

Centre International de Musicothérapie  
Noisy le Grand

---

# Mémoire pour le certificat de musicothérapeute

par

Pierre Arnaud Larnier

Groupe 54

---

## **MUSICOTHERAPIE en ONCOLOGIE**

Hypothèse de travail : La musicothérapie peut-elle améliorer voire annuler l'ESPT\* de la personne atteinte d'un cancer ?

\* Etat de Stress Post-Traumatique

---

# Sommaire

Page

<b>Résumé</b>	3
<b>Introduction</b>	5
<b>Présentation des acteurs</b>	
1 - Les chiffres du cancer	
A) Etat des lieux	7
B) Action : mission interministérielle pour la Lutte contre le Cancer	8
2 - L'ESPT	
A) Définition	10
B) Historique	10
C) Symptômes	12
3 - La musicothérapie	
A) Définition	13
B) Historique	13
C) Mise en oeuvre	
a) Bilan psycho-musical	14
b) Musicothérapie réceptive	14
c) Musicothérapie active	15
4 - Les études françaises et étrangères sur la musicothérapie	16
5 - La cellule sonore	17
6 - Le patient ou la personne	19
7 - Le cas clinique : Tara	20
8 - L'évaluation du patient : HADS et émotions	20



## Acte I

• La séance de Tara	22
• L'analyse	24
* La prise en charge	25
* L'alliance thérapeutique	25
* La psycho-oncologie	26
* Les autres thérapies	27
• L'évaluation	29
* Le HADS	30
* Les émotions	30

## Acte II

• La séance de Tara	31
• L'analyse	32
* Cerveau gauche, cerveau droit	33
* Créatif et imaginaire	35
* L'âme et le corps	38
• L'évaluation	41
* Le HADS	42
* Les émotions	42

## Acte III

• La séance de Tara	43
• L'analyse	45
* La prise de conscience	46
* La sphère psychique	47
• L'évaluation	49
* Le HADS	49
* Les émotions	49
* Les résultats cumulés des 10 séances	50

## Conclusion

53

## Biographie

54

## Annexes

<b>1 présentation : La musicothérapie en oncologie</b>	56
<i>pages (MAC) ou power point (PC)</i>	
<b>2 Le plan cancer</b>	
a) Lancement de l'institut National du Cancer INC	66
b) Discours de Dr Douste-Blazy sur l'Institut national du Cancer	683
Résumés des études étrangères	72

**(1,2,3,...) les chiffres entre parenthèses sont des renvois à la bibliographie.**

# Introduction

L'objectif de ce mémoire n'est pas de faire un traité sur la musicothérapie, ni sur la psychologie, mais d'essayer de montrer de manière simple et explicite comment la musicothérapie peut apporter du bien-être à une personne atteinte d'un cancer et développant un syndrome dépressif, suite au stress post traumatique que cette maladie provoque.

En outre, le cancer est au coeur d'un vaste plan d'action gouvernemental dans lequel figurent plusieurs mesures concernant l'aide psychologique aux patients. Des services spécialisés comme la psycho-oncologie, dans lequel il existe une grande panoplie de solutions d'aide aux patients, prennent de plus en plus d'importance au sein de l'hôpital. Je souhaiterai, par le biais de cette petite étude, apporter un témoignage supplémentaire à tous les travaux existants en la matière, et voir peut-être un jour s'inscrire la musicothérapie dans le protocole de soins du service de psycho-oncologie.

Pour ce faire, j'ai choisi de vous raconter l'histoire d'une personne que j'ai suivi pendant plusieurs mois en séances individuelles. Elle sera le fil conducteur de mon hypothèse de travail.

Durant les trois actes, qui correspondent à peu près à une période de deux mois chacun, vous retrouverez la description du type de séance de musicothérapie, l'analyse des données, la comparaison avec ce qui existe déjà ainsi que la méthodologie d'évaluation des émotions. Ce dernier point me paraît primordial, car l'animateur de séances psychomusicales, ne peut pas intervenir de manière clinique. Je vais donc essayer de trouver un lien entre mes résultats sur l'émotionnel du patient et les interprétations des cliniciens. Pour ce faire, j'ai mis au point quelques questions, afin de mesurer le ressenti émotionnel du patient, et je les utiliserai en parallèle avec un test clinique sur l'angoisse et

la dépression appelé HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (10) Ce dernier étant reconnu et validé par le monde médical de la psychologie et la psychiatrie.

On pourra ainsi visualiser sur des graphes, non seulement les tendances émotionnelles d'une personne dans le temps, mais aussi ses niveaux d'anxiété et de dépression.

Grâce à ces relevés, qui seront fait à chaque séance, j'espère voir se dessiner des tendances positives ou négatives. L'important sera d'en faire une lecture avec la personne et d'en tirer des enseignements.

La plupart des sujets évoqués dans ce mémoire, le seront afin d'y trouver des hypothèses, des débuts de réponses. L'objectif n'étant pas dans la recherche fondamentale de la cause des troubles, mais bien dans l'effet de bien-être final que va procurer aux patients, la musicothérapie. D'où l'intérêt de quantifier et de qualifier ces effets, pour pouvoir corriger son objectif de travail. Il faudra toutefois être prudent dans l'interprétation des résultats, et veiller à rester vigilant sur les changements de la personne.

In fine, nous verrons si mon hypothèse de travail s'avère être une réelle relation d'aide aux patients atteints de cancer.

# 1 - Les chiffres du cancer

## A) Etat des lieux

Il y a 35 ans Richard Nixon disait que le cancer serait éradiqué en l'an 2000. Il y a 3 ans , notre président se proposait plus modestement de réduire de 20 % la mortalité dans les prochaines années grâce au plan cancer et ses 70 mesures. Mais voyons d'abord quelques chiffres sur la maladie afin de se rendre compte de l'ampleur du fléau.

D'après l'institut de veille sanitaire, on a dénombré 278 253 cancers en l'an 2000, et 150 045 femmes et hommes en sont décédés cette même année. Le plus alarmant est de constater qu'il existe une progression vertigineuse dans le nombre de cancer depuis l'année 1980, et la tendance s'accroît ! Certes, l'amélioration des méthodes de diagnostics augmente les chiffres, mais voici en données corrigées quelques résultats :

Depuis 1980 : cancer du sein +97%, mélanome de la peau (hommes) + 294%, thyroïde (femmes) +203%, myélomes (hommes) +118%, ...

Le cancer est une maladie fréquente qui atteint énormément les patients sur le plan mental, émotionnel et physique. Il touche de nombreux aspects de leurs vies personnelles, professionnelles, affectives et sexuelles, avec la crainte de la mort. On constate qu'un certain nombre de femmes et d'hommes restent bloqués sur leur souffrance, repliés sur eux-même et refusant toute aide, que ce soit de leur entourage ou de leur médecin. De plus, en France, la prise en charge psychologique garde une connotation négative chez bon nombre de personnes.

## **B) ACTION**

On vient de le voir, le cancer tue en France plus de 150 000 personnes chaque année, chiffre qui justifie pleinement le choix du président Jacques Chirac de faire de la lutte contre cette maladie l'un

des chantiers majeurs de son mandat, avec le lancement de l'institut national du cancer.

(Annexe 2a )

Un rapport annuel 2004-2005 est disponible sur le site : [www.plancancer.fr/](http://www.plancancer.fr/)

[Documents/MILC2005.pdf](http://www.plancancer.fr/Documents/MILC2005.pdf)

il permet de se faire une idée des moyens mis en oeuvre pour lutter contre ce fléau.

- La mesure 42 prévoit le développement des soins de support et insiste notamment sur le développement de la prise en charge de la douleur et de la psycho-oncologie. Ce développement doit s'inscrire en complémentarité de la mesure 43 du plan cancer concernant les soins palliatifs. Il devra s'appuyer sur les organisations, institutions et acteurs existants. L'objectif est que toute personne, quel que soit l'endroit où elle se trouve, puisse bénéficier de soins de support et d'un accompagnement approprié. L'ensemble des soins et soutiens nécessaires doit pouvoir être proposé aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques. Cette approche globale de la personne malade suppose que l'ensemble des soignants en oncologie ait connaissance de tous les soins existants afin de pouvoir en assurer la continuité dans la prise en charge de leurs patients.(Annexe 2b)

Le projet de soins vise donc à assurer la meilleure qualité de vie possible aux patients, sur le plan physique, psychologique et social, en prenant en compte de la diversité de leurs besoins, ceux de leur entourage et ce quelque soit leurs lieux de soins.

Les soins de support ne sont pas une nouvelle spécialité. Ils se définissent comme une organisation coordonnée de différentes compétences thérapeutiques dans la prise en charge des malades dans les services d'oncologie.

Le plan cancer comprend actuellement 70 mesures, la 71 ème devrait être attribuée aux médecines complémentaires. Certaines de ces dernières ont montré dans le temps qu'elles améliorent la qualité de vie des personnes malades. La musicothérapie en fait partie. ( annexe 3)

### **Extrait du rapport du "Plan cancer" page 60**

#### 4.9 Des recherches sur la qualité de vie des patients

*“Le vécu et la qualité de vie des personnes atteintes de cancer font l'objet d'une attention croissante. Il est nécessaire de mieux connaître les difficultés et les besoins concrets des patients. Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004 pour les cancéropôles, 5 projets sur les 32 retenus concernent le vécu des personnes malades (recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie).*

*Par ailleurs, la DREES (ministère de la Santé) a mené une enquête nationale sur la qualité de vie des patients atteints d'un cancer (conditions de vie, insertion professionnelle, ressenti de la prise en charge...). Les trois Caisses Nationales d'Assurance Maladie et leurs services de contrôle médical y ont été pleinement associées.”*

## 2 - ESPT ou état de stress post traumatique

### A) Définition

**L'ESPT** est une réaction psychologique à des événements extrêmement traumatisants, en particulier ceux qui mettent la vie en danger. Les catastrophes naturelles, les accidents et les combats en sont des exemples. **L'ESPT** peut toucher tout le monde, peu importe l'âge, la culture ou le sexe.

L'Association Américaine de Psychiatrie définit l'ESPT ( PTSD pour Post Traumatic Stress Disorder en anglais) comme "un état morbide survenu au décours d'un événement exceptionnellement violent, capable de provoquer de la détresse pour quiconque. Par exemple, être menacé pour sa vie ou pour celle de ses proches, être agressé, être victime d'un accident ou d'une catastrophe".

### B) Historique

Cet ensemble de réactions que constitue l'ESPT avait déjà été décrit après les grandes guerres napoléoniennes ou la première guerre mondiale. Il était primitivement connu sous le nom de "maladie du vent du boulet". Ces réactions touchaient les soldats survivants et non blessés, qui avaient vu mourir leurs camarades à côté d'eux. Plus tard, le syndrome de stress post traumatique a été étudié dans les suites de la guerre du Vietnam par les psychiatres américains. Ils en chiffrèrent la fréquence à 3,5 % des soldats traumatisés mais non blessés physiquement et à 20 % des soldats blessés physiquement.

Plus récemment, les organisations humanitaires, questionnées par le nombre anormalement élevé de troubles psychologiques incluant de nombreux suicides parmi leurs volontaires après leur retour de mission, se sont penchées sur le problème. La plupart ont mis en place des formations adaptées avec des responsables sur le terrain, pour essayer de prévenir la survenue de ce syndrome. Après chaque événement

traumatique, les participants sont "débrieffés" selon une technique adaptée. Dans les catastrophes civiles, on dépêche des équipes de psychologues dont le rôle est identique. Aujourd'hui, on retrouve ce syndrome chez le patient atteint d'une maladie grave comme le cancer. La personne subit un traumatisme plus ou moins important lors de l'annonce de sa maladie. Après une période dite de latence, elle refuse d'admettre son cas, c'est le refus. Puis vient la colère, le plaidoyer, la dépression et enfin l'acceptation. Elisabeth Kübler-Ross (1) parle de ces cinq stades.

Le refus ou déni :

Il consiste à refuser le diagnostic : " Non, c'est impossible ", " Cela ne peut pas être vrai ", " le médecin s'est trompé de dossier ", "... d'ailleurs, je n'ai jamais eu confiance en lui, je vais en consulter un autre ".

Parfois les malades refusent d'aller plus loin dans les investigations pour éviter la confirmation de leurs craintes.

La colère :

Très dure à vivre pour l'entourage et les soignants. D'une part, le malade crie sa révolte : " Pourquoi moi ? ", " Qu'est-ce que j'ai bien pu faire au bon Dieu ? ", " C'est injuste...". D'autre part, il est vite agacé, mécontent, agressif à propos de tout et de rien, furieux après lui-même et après le monde entier.

La dépression :

Elle alterne souvent avec la précédente et n'est pas plus facile à passer : " Je m'en doutais ", " Je n'ai jamais eu de chance ", " Les tuiles, ça a toujours été pour moi ", " Déjà, quand j'étais petit..;".

La dépression peut s'installer alors durablement si elle n'est pas détectée à temps.

La négociation ou justification.

Le malade essaie de trouver une explication, un motif. Viendra ensuite la phase d'acceptation lorsque le malade aura pris conscience de sa maladie, de son pourquoi et de toutes les répercussions sur son corps mental et physique, de celle-ci.

Ces phases ne se succèdent pas toujours dans le même ordre et leur intensité peut varier en fonction du sujet. Mais elles sont toujours là!

### **C) Symptômes**

Nous sommes tous différents. De part ce constat nous pouvons dire que certaines personnes seront plus affectées que d'autres et auront beaucoup plus de mal à gérer ce traumatisme. Le sujet éprouve un sentiment de détresse important avec un refus de tout ce qui peut lui rappeler son traumatisme. Les effets majeurs sont : malaises, angoisses et craintes conduisant à l'insomnie, une impossibilité de se détendre, une irritabilité ou au contraire une grande mollesse, une baisse de la concentration, des angoisses face aux choses quotidiennes de la vie, une dé-socialisation, une baisse de la qualité de vie dans tous les domaines : familiaux, professionnels, sociaux.

Il n'existe pas de prévention particulière car on ne pense jamais que cela puisse nous toucher. Plus le choc émotionnel est important et plus la dépression risque de l'être. De la même façon, plus on tardera à prendre en charge la personne psychologiquement et plus la dépression sera ancrée dans le temps.

## 3 - La musicothérapie

### **A) Définition**

Musique : c'est l'art d'organiser les sons et les silences de manière à produire des mélodies, des harmonies, des rythmes ...

Thérapie : soigner une personne avec un traitement.

Musicothérapie : utilisation judicieuse de la musique comme outil thérapeutique en vue d'ouvrir un canal de communication, de permettre une relaxation, d'améliorer la qualité de vie.

### **B) Historique**

La vibration sonore accompagne l'histoire de l'humanité depuis la nuit des temps jusqu'à nos jours. L'utilisation de la musique se retrouve chez tous les peuples ancestraux, les Egyptiens, les Grecs, les Romains, lors de cérémonies, de rites de passage ou de séances thérapeutiques. Esculape utilisait la musique à des fins curatives comme Isménus, médecin de Thèbes, qui soignait la sciatique, Théophraste lui, calmait les déments et Xénocrate, philosophe et disciple de Platon traitait les enragés, toujours avec la musique. Platon la conseillait, ainsi que la danse, contre les frayeurs et les angoisses phobiques. Aristote attribuait l'effet bénéfique de la musique à son pouvoir cathartique, c'est à dire provoquer l'émotion d'une représentation refoulée dans l'inconscient, responsable des troubles psychiques. La musicothérapie n'est donc pas une nouveauté, elle a fait ses preuves. Elle est aujourd'hui de plus en plus reconnue par le corps médical comme une thérapie d'aide et de soin efficace pour le corps et l'esprit.

## **C) Mise en oeuvre**

### **a) Bilan psychomusical**

Afin de recueillir les données permettant la mise au point de cette carte d'identité sonore, j'ai réalisé un support sur lequel la personne va inscrire ce qu'elle ressent au fur et à mesure que des extraits sonores lui parviennent à ses oreilles. Ceci est appelé un test de réceptivité et à été mis au point par Jacques Jost (2) dès 1954. Ce pionnier de la musicothérapie propose alors au centre d'études de la radiodiffusion française, l'étude du pouvoir affectif de la musique à l'aide d'encéphalogrammes. Quinze ans plus tard, il fonde le Centre International de Musicothérapie (CIM), une référence en la matière.

Lors des premières séances et au moyen du test de réceptivité, le patient et le thérapeute vont faire connaissance musicalement, définir quels types de cellules sonores provoquent chez le patient des émotions négatives ou positives, ce sera sa carte d'identité musicale, ce que Omar Benenzon (3) appelle l'ISo, l'Identité Sonore.

Un test actif suivi d'un entretien avec la personne permettront d'avoir un bon aperçu de son environnement sonore et d'en déduire son profil psychologique. Nous déterminerons alors ensemble les objectifs thérapeutiques à atteindre et commencerons les séances.

### **b) Musicothérapie réceptive**

Ecouter de la musique peut engendrer plusieurs applications thérapeutiques. Un travail d'écoute peut permettre un développement des capacités cognitives comme l'attention et la mémoire. Cela peut faciliter un processus visant à résoudre certaines difficultés en offrant un espace créatif d'expression personnelle.

La musique peut être évocatrice de souvenirs et d'associations d'idées. Une

écoute de la musique, favorisée par un état de relaxation et de réceptivité, stimule des pensées, des images, des sentiments qui peuvent être ensuite examinés et discutés. Jean BRUN (12) dit que la musique permet d'ouvrir à la réflexion d'autres perspectives dans la mesure où, sans recourir au langage parlé, elle exprime les relations de l'homme avec lui-même, avec les autres, avec le temps, et avec ce qui leur échappe. Il s'agit donc, en musicothérapie réceptive, d'écouter à travers des oeuvres ce qui se dit sans recourir aux mots.

Pour les personnes rencontrant des difficultés émotionnelles, la musicothérapie réceptive peut, dans un cadre sain, leur permettre d'exprimer leurs difficultés ou leurs sentiments réprimés. C'est le pouvoir cathartique de la musique. Celle-ci va permettre au patient de se libérer de ses émotions et l'aider à travailler dans le but de mieux se connaître et de s'accepter. La personne prend conscience de son inconscient : Freud (7)

Pratiquement, il s'agit de proposer à la personne une audition de cellules sonores préalablement choisies, afin de provoquer dans sa sphère psychique (7) un état émotionnel agréable, ou au contraire perturbant. Il s'agit de musiques dites " de travail ". Après une phase de verbalisation, la personne écoutera une musique de reconstruction, de re-synchronisation.

### **c) Musicothérapie active**

La personne est invitée à s'exprimer par l'intermédiaire d'objets sonores, d'instruments de musique ou avec le corps et/ou la voix. Il n'est pas question ici de technicité ni de virtuosité musicale mais de l'expression du ressenti entre le patient et le musicothérapeute en créant un canal de communication non-verbale. Différentes méthodes très connues existent : Carl ORFF (4) sur les rythmes, Edgar WILLEMS (5) sur l'écoute et la musicalité, DALCROZE (15) sur le corps. Le musicothérapeute décidera des techniques

psychomusicales à employer en fonction de l'état psychique de la personne qu'il a en face de lui et des objectifs à atteindre. La musicothérapie active s'inscrit dans l'art-thérapie au même titre que le dessin, la peinture, la sculpture...

**Présentation destinée aux cliniciens en annexe 1 : "la musicothérapie en oncologie"**

## **4 - Les études françaises et étrangères sur la musicothérapie**

Fort est de constater qu'en France, mis à part l'excellent travail d'Alice Berthomieu (14), manipulatrice en radiothérapie au centre Claudius Régaud de Toulouse, nous sommes en retard dans la recherche et la mise en application de la musicothérapie en oncologie par rapport à l'étranger. J'en ai pour preuve ces résumés d'études que vous pourrez retrouver en **annexe 3** à la fin du mémoire. Après avoir lu ces articles, on se demande pourquoi la musicothérapie n'est pas présente, au même titre que d'autres thérapies, dans le protocole du traitement du cancer. Cela pourrait faire l'objet d'une mesure supplémentaire dans le rapport "Plan Cancer".

- **Musicothérapie en oncologie d'Alice Berthomieu (14)**
- **Cancer patient's interest and preferences for music therapy**
- **Complementary therapies for cancer-related symptoms**
- **Music therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stemcell transplantation : a randomized controlled trial.**
- **The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer.**
- **The effects of interactive music therapy on hospitalized children with cancer : a pilot study.**
- **Music therapy in palliative medicine.**
- **A pilot study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help center.**
- **Music therapy in pain and symptom management.**

## 5 - La cellule sonore

D'après Darwin, l'Homme est le produit de l'espèce, il rajoute à sa propre espèce. Il vient au monde avec une histoire, il n'est pas vierge de ce qui s'est passé avant lui. La cellule a une mémoire et transmet l'histoire organique et psychique. C'est le "ça" dans la cellule psychique de Freud.

En plus de cet héritage et à partir de notre vie in utero, nous baignons tous dans un univers sonore qui s'inscrit jour après jour dans notre mémoire consciente et inconsciente. Nous avons tous en mémoire inconsciente le bruit des battements du coeur de notre mère qui nous donne le rythme de la vie, et tous les autres bruits environnants que nous entendons et qui sont les rythmes biologiques. Ces derniers, comme le souligne Paul FRAISSE (16) dans son livre intitulé : "la Psychologie du Rythme", ont une très grande répercussion dans notre vie quotidienne. Nous partons donc d'une base (le "ça" de Freud : voir la sphère psychique) à laquelle nous rajoutons notre propre expérience (le "moi"). Le musicothérapeute pourra donc utiliser la musique comme une véritable clé donnant accès à un monde passé, plus ou moins perdu mais bien réel.

C'est en mesurant l'impact des différentes composantes d'une cellule sonore, que le musicothérapeute va réussir à définir, la carte d'identité musicale du sujet, ou ISo chez Benenzon. Ces paramètres sont : le rythme, la mélodie, le timbre, le tempo, l'harmonie, le mode, le genre, la tonalité, les paroles, le volume sonore, l'interprétation...

Le musicothérapeute proposera l'écoute d'une cellule sonore choisie en fonction de l'ISO de la personne, afin de mettre en vibration son inconscient.

Il est donc important que le musicothérapeute analyse un maximum de cellules sonores afin de pouvoir proposer un large panel d'échantillons sonores à ses patients et que les cartes d'identités sonores de ses derniers soient réalisées avec la plus grande précision.

La cellule sonore sera utilisée en musicothérapie réceptive. Il s'agit alors d'une réelle psychothérapie d'où le nom employé par le Dr Omar Benenson : musicopsychothérapie.

je cite :

*“Je considère qu'il est possible dans la majorité des cas d'établir comme unique mode de communication celui qui est appelé “communication non verbale”.*

*selon la psychologie, pour rendre conscient l'inconscient, il est toujours nécessaire de passer par la parole. Il est également dit que pour communiquer et comprendre, l'homme a besoin d'utiliser le signifiant des mots, qui rend possible la pensée à travers ceux-ci.*

*Durant mes trente années d'enseignement et d'applications de la musicopsychothérapie, j'ai démontré et préconisé qu'il n'était pas nécessaire d'avoir recours à la parole pour rendre conscient l'inconscient et que, de plus, il est possible de développer toute une histoire relationnelle et un processus thérapeutique avec le seul usage de la communication non verbale, appelée aussi communication analogique.”*

Et de dire *“J'ai abandonné le terme de musicothérapie pour le remplacer par celui de musicopsychothérapie.”*

*Dr Rolando Omar Benenson*

## 6 - Le patient ou la personne

Là est toute la question !

Le patient par définition doit subir, supporter, endurer, il doit "être patient" car il est pris en charge par des médecins afin de subir un traitement médical ou chirurgical. Il n'est alors plus responsable de lui, il s'en remet à une instance plus compétente sans résistance avec une certaine confiance. Il devient souvent un numéro ou un nom commun comme : " le poumon " ou " la jambe cassée ". Le corps médical s'intéresse alors à la pathologie physique du patient.

La personne par définition est quelqu'un qui vibre qui résonne, qui vit !

Per = qui et sonne de sona = émettre une vibration.

L'identité de la personne reste intacte, même si elle attend un traitement pour généralement une petite partie de son corps. Cette personne porte un nom et pas un numéro. Toute la partie non atteinte de son corps fonctionne. Elle reste maître de son corps.

La musicothérapie comme beaucoup d'autres thérapies va s'intéresser au corps sain afin de venir en aide à la partie pathologique. Souvent la partie saine est beaucoup plus importante que la partie pathologique, d'où l'intérêt d'utiliser ce qui fonctionne ou ce qui pourrait fonctionner en l'aidant un peu.

Les personnes atteintes de cancers parlent de combat avec la maladie, elles utilisent toutes les ressources du corps sain pour contrer le pathologique. C'est un combat de tous les jours qui peut porter ses fruits, mais certaines personnes ont besoin d'une thérapie afin de les aider à forger les outils de combat, la musicothérapie en est une !

## 7 - Le cas clinique : TARA

C'est une femme de 52 ans qui a subi l'ablation du sein gauche suite à un cancer. Elle avait trouvé ma plaquette de présentation de la musicothérapie dans le service d'oncologie d'un hôpital parisien. Elle était complètement perdue et ne savait plus à qui parler, à qui se confier. Elle a découvert en quelques minutes la musicothérapie, et m'a téléphoné quelques jours plus tard.

Elle n'est pas un cas isolé, beaucoup de femmes et d'hommes sont un peu voire complètement perdus lorsqu'ils quittent l'hôpital après leur traitement. Pour avoir discuté avec des responsables de ces services, ils admettent qu'il manque un maillon à la prise en charge psychologique.

Nous retrouverons cette femme dans les chapitres "cas clinique".

Pour des raisons évidentes de confidentialité, nous l'appellerons **Tara**.

## 8 - L'évaluation de la personne

L'évaluation des émotions d'une personne n'est pas une chose facile, mais est d'une importance capitale pour connaître l'impact de son travail. Elle devra être réalisée sur un laps de temps relativement long : dans notre cas, 6 mois me semblent être un minimum. Les résultats seront exprimés en tendances, ainsi, nous saurons par exemple si la personne ressent moins d'émotions négatives par rapport à sa maladie et si sa joie de vivre revient !

Pour recueillir ces informations, j'ai réalisé une fiche (annexe 1 pages 61 et 62) sur laquelle on trouve des questions relatives à la profession, à la maladie, à la famille et au futur, ainsi que sur la culpabilité, la tristesse, l'espoir, le bonheur et l'amour. La lecture de ce test se fera sur un graphique coloré avec en sombre, les émotions négatives et en

couleurs vives, les émotions positives, ainsi, on pourra visualiser rapidement dans le temps, les tendances émotionnelles de la personne.

Ceci dit, il me fallait un test reconnu du monde médical pour pouvoir communiquer de façon pragmatique avec les médecins. Pour ce faire j'ai repris un test HADS(10) validé par des psychiatres et qui permet de déterminer le niveau d'anxiété et de dépression des personnes atteintes d'un cancer. Il s'agit de deux séries de 7 questions, l'une sur l'anxiété et l'autre sur la dépression. A chaque question, on propose 4 réponses qui donneront de 0 à 3 points pour un total de 21 pour A et 21 pour D ou 42 pour A+D.

Après avoir appliqué un calque de lecture, l'interprétation se fera de la façon suivante:

Dans chaque catégorie **A= anxiété** ou **D= dépression**,

NORMAL

LEGER

MODERE

SEVERE

0 ----- 7/8 ----- 10/11 ----- 14/15 ----- 21

En cumulé **A + D**

NORMAL

Troubles d'adaptations

Fortes anxiétés et

Dépressions mineures

Dépressions majeures

0 ----- 12/13 ----- 18/19 ----- 42

De la même manière que pour les émotions, ces résultats seront reportés sur un graphe, ce qui permettra de visualiser en quelques secondes les tendances A et D de la personne sur 6 mois.

# Acte 1

## La séance de Tara

Un matin de juin 2005, j'ai reçu un appel téléphonique d'une dame ayant pris connaissance de mes séances de musicothérapie grâce aux plaquettes de présentation que je donne aux soignants dans les services d'oncologie de différents hôpitaux parisiens. La conversation dura 30 minutes et ce fût pratiquement un monologue. Tara venait de faire son apparition sonore. Elle commença par me raconter en long et en large, ce qui lui était arrivé. Tara venait de subir l'ablation du sein gauche ainsi qu'une série de séances de radiothérapie. Elle avait besoin de parler, de raconter son histoire mais ne savait pas à qui ! Je lui proposai donc de venir faire connaissance avec "la musicothérapie"

A son arrivée à mon cabinet, Tara commença par me raconter tous les problèmes quotidiens qu'elle rencontrait, à savoir : ne pas conduire et être tributaire d'un chauffeur, ne plus pouvoir être indépendante, être en permanence stressée, avoir mal, avoir peur du temps, ne plus vivre... tous ces problèmes qu'elle ne connaissait pas quelques mois auparavant. Je l'ai laissée parler tout en prenant des notes. Puis est venue la question que j'attendais " C'est quoi la musicothérapie ?" Pour que ma réponse ne soit pas un problème supplémentaire, je lui ai demandé quelle était sa musique préférée et c'est ainsi que je lui ai fait écouter un extrait d'opéra italien. A la fin de l'extrait sonore, je lui ai demandé son ressenti par rapport à son écoute, et là elle me raconta avec beaucoup de détails, une

partie de sa vie qu'elle avait presque oubliée ! Elle en était stupéfaite et me dit qu'elle n'aurait jamais pu imaginer parler de cela quelques minutes auparavant. Je lui dis alors " c'est une des facettes de la musicothérapie". La première séance était finie, et la prise de contact était bonne, la prise en charge réussie, tous les paramètres étaient réunis pour que l'alliance thérapeutique fonctionne.

Pour que mon travail puisse être objectif, j'avais besoin de connaître l'environnement sonore de la personne depuis sa plus tendre enfance, alors c'est ce que nous fîmes la séance suivante. Grâce à des tests de réceptivité et un entretien avec la personne, j'ai pu recueillir un maximum d'informations pour pouvoir préparer les séances suivantes.

Les deux séances qui ont suivi ont été les premières dites de "travail". Effectivement, j'avais préparé des cellules sonores bien précises et Tara de son côté était beaucoup plus détendue, donc à l'écoute.

La première écoute de travail était le premier mouvement du concerto pour violoncelle opus 129 de Schumann.

Le premier ressenti de Tara fût un long silence, je réussis à ne pas briser ce silence tellement bénéfique dans la réflexion. Puis, après une longue respiration et avec un timbre nostalgique, elle me dit : " je vais me remettre à la peinture ! " Elle en avait oublié tout le reste pendant quelques secondes, puis les soucis sont réapparus servant d'alibi à la non réalisation de cette envie. " Rome ne s'est pas faite en un jour ! " lui dis-je ! " la maladie non plus " me répondit-elle ! "

Avant de clore les séances, nous nous sommes mis d'accord pour écouter un extrait d'air d'opéra. Musique qu'elle affectionne tout particulièrement et qui la "baigne" dans un environnement sonore rassurant !

Au cours de la séance suivante, je ressentis un problème avec son fils. Alors l'alliance thérapeutique fonctionnant, je décidai de lui faire écouter un extrait sonore moins classique : Can't stop de Red Hot Chili Peppers !

L'écoute ne fut pas très longue car elle me stoppa avant la fin du morceau, j'avais ressenti que quelque chose s'était passé, mais Tara ne pût rien exprimer à la suite de cette écoute, même avec les techniques non verbales que sont le dessin, la peinture... rien !

J'ai laissé un silence relativement long tout en préparant le morceau de musique d'opéra qui fût très re-constructeur.

## **L'analyse**

Le cas clinique est à la base de l'enseignement. Mais il ne faut pas en tirer de conclusions trop hâtives, car chaque cas est différent. Les classer par catégories peut gommer certains paramètres, je pense que nous devons respecter chaque cas et le considérer comme unique. Tout au plus pourrons nous en dégager quelques tendances.

Une des règles fondamentales de la musico-psychothérapie est de laisser le temps au temps, de ne pas aller plus vite que la musique. Or, c'est bien là le problème, nous sommes sans arrêt sollicités pour faire, voir, entendre, sentir... et notre pouvoir à assumer toutes ces informations n'est pas extensible. Nous vivons donc en saturation permanente d'informations. La maladie provoquant chez Tara une baisse de l'acuité des sens , les informations lui parvenant sont altérées, il en résulte en plus de la saturation , une déformation du signal. J'ai remarqué que les pauses sonores apportaient à Tara un réconfort et une aide à la réflexion, ceci était de plus en plus vrai au fur et à mesure qu'elle se sentait en confiance.

La phase la plus importante dans le bon déroulement du processus thérapeutique est la prise en charge de la personne. Celle ci peut émaner d'un service comme la psycho-oncologie ou d'un thérapeute indépendant, peu importe, c'est la prise en charge qui doit amener doucement le patient et le thérapeute à ce que l'on appelle "l'alliance thérapeutique".

# Résumé

L'annonce d'une maladie comme le cancer provoque un traumatisme chez la personne. La vie de cette dernière va basculer. Il y aura alors un "avant" et un "après". On passe de l'identité de personne à celle de malade avec un rappel soudain de la mortalité. Ce changement d'état s'appelle : l'état de stress post traumatisme ou ESPT et est caractérisé par cinq phases : le refus, la colère, le plaidoyer, la dépression, l'acceptation.

Pendant cette période :

- L'état physique du patient se dégrade, c'est le résultat d'opérations, de traitements lourds comme la radiothérapie, la chimiothérapie, la curiethérapie.

- L'état psychologique du patient se dégrade également avec l'apparition de l'anxiété et de la dépression.

- La douleur, si elle existe, peut devenir de plus en plus insupportable malgré les analgésiques.

- Tous les effets secondaires dus aux traitements vont rendre la vie socio-familio-professionnelle très compliquée.

La pathologie physique traitée par la médecine classique représente une petite partie du corps tel un sein, un poumon, un foie, un larynx etc... une grande partie du corps physique reste intacte. Par contre, le corps mental est atteint dans son ensemble et en profondeur et plus la prise en charge psychologique tarde, plus les séquelles se feront sentir dans le temps.

Le concept que je vais développer pour essayer d'apporter une solution à mon hypothèse de travail est le suivant : grâce à la musicothérapie qui a une action directe

sur le corps émotionnel, nous allons pouvoir agir sur le corps psychique afin de remettre en vibration la majorité du corps physique, et ceci dans le but unique d'améliorer le confort de vie du patient.

La prise en charge du patient sera individuelle. Les séances de musicothérapie alterneront entre le type réceptif (écoute de cellules sonores) et actif (production de sons avec des instruments de musique, avec la voix, expression de la personne sous d'autres formes non-verbales comme la peinture, le dessin, la sculpture...).

Une analyse clinique servira de fil rouge tout au long du développement. Je pourrai ainsi valider ou non, mon hypothèse de départ.

Enfin, un système d'évaluation du ressenti de la personne sera mis au point afin de crédibiliser mon travail aux yeux de la médecine classique pour qu'un jour la musicothérapie rentre dans le protocole de la psycho-oncologie.



Vue intérieure du cabinet des techniques psychomusicales

## **La prise en charge psychologique**

C'est certainement l'instant le plus important dans la relation d'aide qui s'installe entre la personne malade et le psycho-thérapeute. Le premier contact, pour le malade c'est déjà franchir un cap, accepter l'aide de l'autre, accepter de se dévoiler intimement à un moment de la vie où l'on préfère se cacher. C'est prendre conscience que des solutions existent, que les autres peuvent être une aide, c'est aussi donner sa confiance, se rendre vulnérable. Certains malades sont demandeurs, d'autres non! Il est recommandé de ne pas se livrer au premier thérapeute venu et de se renseigner auprès du corps médical compétent. Souvent une orientation sera faite vers un psychologue voire un psychoncologue, ce dernier étant médecin. Mais, en France le terme de psy a une connotation négative et un nombre important de gens refusent d'aller consulter un psy en disant " je ne suis pas fou ! " ou " je n'en ai pas besoin ". Or, quand le corps (soma) est malade, il y a souvent une incidence sur l'esprit (psy). L'un ne peut fonctionner sans l'autre, alors pourquoi ne guérir que le corps ?

## **L'alliance thérapeutique**

L'alliance thérapeutique est une propriété de la relation médecin - malade . L'alliance est le fait que plusieurs personnes se joignent afin de poursuivre le même but ou les mêmes intérêts, et adoptent les mêmes attitudes ou les mêmes comportements. Elle est basée sur le respect mutuel, sur la confiance et sur un engagement dans le travail de la thérapie. Maintenant, elle ne peut pas être contrôlée entièrement, car une part d'inconscient entre en jeu dans la relation patient/thérapeute. La séduction intervient lorsqu'il s'agit d'une relation homme/femme, la rivalité, la jalousie peuvent s'installer dans un rapport homme/

homme ou femme/femme. Mais quand l'alchimie humaine fonctionne et que la confiance s'installe entre le patient et le thérapeute, alors les meilleurs résultats sont envisageables.

## **La psycho-oncologie**

La psycho-oncologie a pour objet la prise en compte des dimensions psychologiques, psychiatriques, comportementales, familiales et sociales en relation avec un cancer. C'est une composante de la multidisciplinarité du soin en cancérologie. Son développement, relativement récent, répond essentiellement à la nécessité de prévenir et traiter les répercussions négatives de la maladie cancéreuse sur le psychisme du patient et de son entourage, d'aider le patient à rester lui-même et garder sa liberté de décision, en proposant un accompagnement adapté aux besoins de la personne malade et de ses proches.

La psycho-oncologie est exercée par des psychiatres et des psychologues auprès des personnes atteintes de cancer, pendant le traitement et après (s'intéressant à la réinsertion, au devenir, aux séquelles éventuelles). Elle peut aussi aider à prendre en charge des comportements à risque comme le tabagisme et l'alcoolisme.

Elle intervient auprès du patient mais aussi de sa famille. Elle tient compte des effets neuro-psychologiques de la maladie et/ou des traitements, mais aussi des conséquences sur les modes de vie, de penser, les relations aux autres.

Les "onco-psychologues" sont en mesure de dialoguer sans jugement ou censure avec les malades et avec leurs proches de leurs réactions à la maladie et à ses conséquences, de leurs questions, de leurs réflexions sur leur situation présente, leur vie avant la maladie, leur avenir, etc. Ils essaient de les aider à trouver les meilleures façons pour traverser cette période difficile.

Ils peuvent aider les malades et les proches à mieux communiquer, à " parler vrai " et à dépasser les difficultés relationnelles liées à la maladie. Ils sont disponibles également

pour aider les parents malades à parler du cancer à leurs enfants et les accompagner dans leur vécu de la situation.

## **Les autres thérapies (dont la musicothérapie)**

Le terme de thérapie complémentaire est très important. Toutes les thérapies dites douces, de bien-être, bref quelle que soit leurs appellations, doivent impérativement être complémentaires. En effet, il s'agit d'un cancer avec dans tous les cas des lésions avérées et il en découle une succession de traitements chirurgicaux, radiothérapeutiques et chimiques. Il existe des études très sérieuses sur les effets des thérapies complémentaires et notamment sur la musicothérapie.

### **Complementary therapies for cancer-related symptoms (annexe 3)**

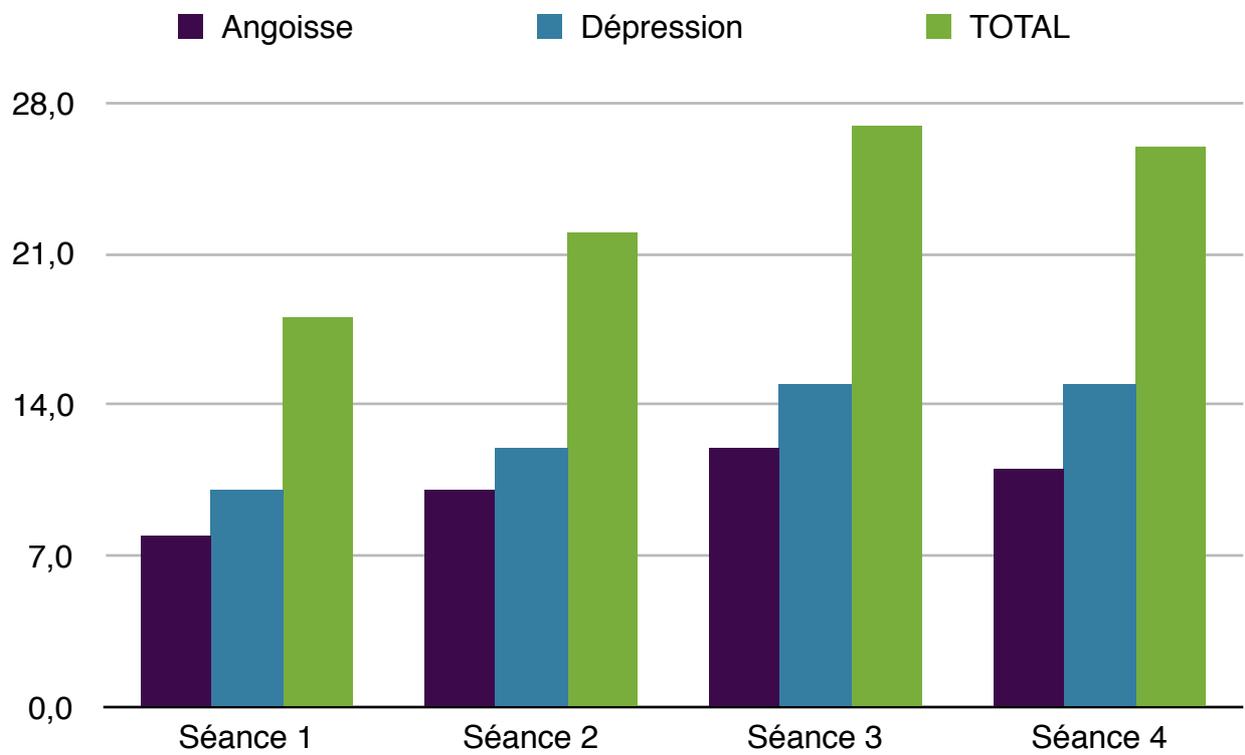
Comme je le disais plus haut, quelle que soit la thérapie, l'objectif est le même : apporter un mieux-être aux personnes. En cela, le travail sur le psychisme de la personne atteinte d'un cancer va améliorer sa qualité de vie, voire dans certain cas le traitement clinique, mais en aucun cas, il ne remplacera la médecine classique. Il est important de le reconnaître en tant que thérapeute afin de mettre la personne en confiance et non de lui laisser entrevoir d'autres alternatives, ce qui aurait pour effet de renforcer sa culpabilité. D'un autre côté, je travaille pour qu'il y ait une continuité, une complémentarité, une communication, entre le monde médical et le monde émotionnel.

Donc, peu importe la thérapie, à partir du moment où elle est pratiquée dans le seul et unique objectif d'apporter un mieux être psychologique à la personne, en utilisant pour cela les outils de la thérapie et quelques règles élémentaires de bon sens, de communication et d'humanité.

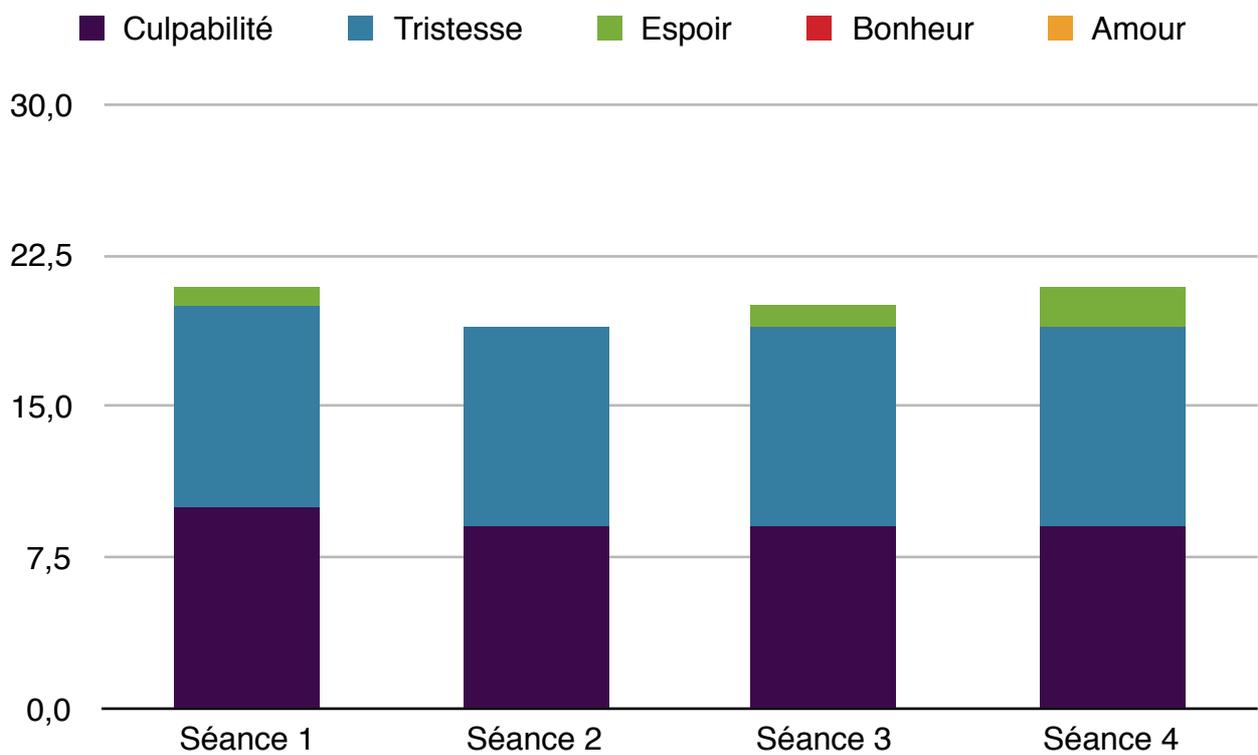
Nous sommes tous dotés dès la naissance d'une capacité extraordinaire à communiquer avec nos cinq sens. Au fil du temps et en fonction de notre éducation, des coutumes de notre pays d'origine, de notre expérience de la vie, de nos habitudes, de nos rythmes de vie trépidants, nos capteurs sont comme déconnectés de notre cerveau et ce dernier ne perçoit plus les émotions comme avant. Comme le raconte si bien Marcelle AUCLAIR (6) dans " Le bonheur est en vous ", à un certain moment de la vie comme ici avec cette maladie : " on connaît la chanson, mais on ne peut plus la chanter ! "

La musique va toucher l'émotionnel de la personne, c'est justement le lien existant entre le corps et l'esprit. La musique est le médiateur, il ne s'agit plus de mots mais d'une communication non verbale qui s'installe entre le thérapeute et la personne. Cette dernière va se sentir beaucoup plus libre du fait que le thérapeute ne lui donnera aucun ordre, et la laissera libre de penser, de faire, de croire, de prendre conscience...

## L'ÉVALUATION



Graph 1 = HADS



## **Graphe 2 = Emotions**

### **Graphe 1**

La première constatation concerne la grande différence entre les paramètres relevés lors des trois premières séances. Ceci s'expliquerait par le fait que Tara n'était pas en confiance, il ne pouvait pas exister d'alliance thérapeutique au bout d'une heure. Par contre, le relevé des séances 3 et 4 est semblable, ce qui tendrait à croire qu'elle s'est confiée un peu plus à chaque séance. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les résultats sont représentatifs de son état d'anxiété et de dépression à partir de la troisième séance.

L'interprétation du score HADS (cf: l'évaluation du patient, page 20) nous donne en échelles séparées : des angoisses modérées et une dépression avérée.

Et en cumul A+D : une dépression majeure !!

Je rappelle que ce test est validé par le monde médical et que l'interprétation serait la même dans un service hospitalier de psycho-oncologie.

### **Graphe 2**

Au niveau émotionnel, on ne constate pas de différence notable entre les 4 premières séances, mis à part le fait que l'espoir disparaît à la deuxième séance et revient progressivement sur les séances 3 et 4.

De manière générale, les résultats montrent une progression dans le niveau des angoisses et de l'état dépressif de Tara. Ceci est très visible et correspond à la période de prise en charge du patient. ce dernier n'ayant pas encore trouvé l'alliance qui va lui permettre de se confier totalement. On peut dire qu'à la séance 4, il existe un début d'alliance ou tout du moins de confiance.

# Acte 2

## La séance de Tara

En accueillant Tara, que je n'avais pas vue depuis 2 semaines, j'ai senti qu'il se passait quelque chose. Elle rentra dans la pièce et alla s'asseoir directement comme si elle voulait que la séance commence tout de suite. Pour éviter toute influence sur elle, je l'ai suivie dans son élan et me suis installé sur ma chaise faisant mine de chercher quelque chose pour gagner du temps. Je sentais bien qu'elle était tendue et qu'elle ne savait pas trop par où commencer. Pour l'aider, je lui proposai d'exprimer son ressenti du moment par la production sonore. Pour l'accompagner, j'ai commencé par frotter la peau de mon djembé dans un mouvement circulaire puis je me suis arrêté. Je lui ai proposé avec un geste de choisir un instrument de musique, ce qu'elle fit en prenant un tambourin.

Elle s'est détendue en quelques secondes et a commencé à imprimer un rythme sur le tambourin, de plus en plus rapide et fort. Je l'ai accompagné en essayant de communiquer avec elle, mais dans un premier temps, elle ne m'entendait pas. Puis au bout de quelques minutes, un échange pu avoir lieu, un canal de communication venait de s'ouvrir. L'échange sonore a duré un dizaine de minutes.

Lorsqu'elle stoppa le tambourin, un silence d'une grande intensité s'installa pendant deux ou trois longues minutes. Tara paraissait détendue, je lui demandais alors quel était son ressenti à cet instant. Elle me répondit qu'elle allait beaucoup mieux que dix minutes plus tôt. La production sonore lui aurait-elle permis de s'exprimer par le langage non verbal ?

Les trois séances qui suivirent, étalées sur 2 mois, ressemblaient fortement à celle qui venait de se terminer. Je sentais bien que Tara voulait me dire quelque chose mais n'y

parvenait pas. A chaque fois, la séance démarrait en séance de musicothérapie active et la verbalisation était inexistante.

## **Analyse**

Ce fût un grand moment pour moi, car je constatai que le canal de communication verbal n'était pas le bon ce jour, et qu'il ne fallait absolument pas la forcer dans cette voie. J'avais aussi l'impression qu'un travail psychologique important se passait chez Tara et il était de mon devoir, de la laisser avancer dans cette voie sans venir la perturber avec des mots, ce qui aurait pu avoir comme effet de rompre le mécanisme psychologique ou de l'orienter dans une direction qui aurait été la mienne et non plus celle de Tara.

Cette attitude est appelée un repli chez Winnicott (8), c'est une procédure de protection, utile et qui peut amener à la régression. Cette dernière peut avoir une fonction curative, puisque des expériences vécues dans l'enfance, l'adolescence, peuvent être alors corrigées.

Tara avait certainement une déficience de son cerveau émotionnel, ce qui l'empêchait de mettre en cohérence son corps et son l'esprit. La thérapie non verbale, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, semble être là, le seul moyen d'accéder à la structure émotionnelle.

Nous sommes au coeur du processus psychologique, certaines parties du corps se remettent à vibrer grâce à l'action du corps émotionnel sur le corps physique. Le corps psychique, quant à lui, reste un peu en sommeil.

Nous sommes dans l'imaginaire, il est encore trop tôt pour concrétiser et prendre conscience, c'est un lâcher prise total, mais toujours contrôlé par le thérapeute.

La question que je me posai était de savoir si je restai réellement neutre durant les séances. Est-ce l'ambiance sonore, vibratoire autour d'elle qui a déclenché ce processus, ou bien moi en tant qu'homme avec ma personnalité, et tout ce que je peux induire?

A cet instant, je me suis senti embarqué dans une situation nouvelle, que je devais piloter mais pas influencer. Là est toute la difficulté du thérapeute.

## **Cerveau gauche, cerveau droit**

Le cerveau gauche est celui qui va gérer de manière logique. On y trouvera la parole, le langage écrit, la capacité à compter, le raisonnement, les compétences scientifiques et la commande de la partie droite du corps. C'est le logique.

Le cerveau droit est le siège de l'imaginaire et de la créativité, des fonctions spatiales, des dons artistiques, et de la commande de la partie gauche du corps. C'est l'analogique.

De part les études réalisées par des chercheurs en neurosciences et avec des systèmes aussi perfectionnés que des tomographes à émissions de positrons ou PETScan, il s'avère que les femmes auraient tendance à avoir un cerveau gauche plus développé que celui des hommes et au contraire les hommes ont un cerveau droit plus important que les femmes. De plus nos capteurs sensoriels ne seraient pas étalonnés de la même façon.

Nous savons également que nous utilisons très peu les capacités extensibles de notre cerveau et qu'il faut s'entraîner pour augmenter ses capacités cérébrales. Le travail des deux cerveaux est primordial pour arriver à un développement harmonieux de l'esprit et du corps.

Un cerveau gauche choisira peut-être d'étudier la mécanique ou la législation; un cerveau droit, la psychologie, l'art ou la musique. S'ils abordent l'étude de la musique par exemple, les cerveaux gauches apprendront des faits par la lecture : les noms, les oeuvres musicales, l'histoire, l'harmonie, les techniques, alors que les cerveaux droits apprendront probablement en observant et en imitant. Si nous préférons fortement l'un des modes, il se peut que nous rejetions l'autre.

L'idée principale qui émerge... est qu'il y aurait deux modes de pensée, le verbal et le non-verbal, représentés respectivement dans l'hémisphère gauche et l'hémisphère droit, et que

notre système éducatif, ainsi que la science en général, tend à négliger la forme non verbale de l'intellect, ce qui me pousse à dire que la société moderne fait une discrimination contre l'hémisphère droit.

Le Dr David Servan-Schreiber (9) parle du cerveau émotionnel (le droit) comme celui qui contrôle tout ce qui régit le bien-être psychologique et une grande partie de la physiologie du corps: le fonctionnement du coeur, la tension artérielle, les hormones, le système digestif et même le système immunitaire. Un dysfonctionnement de ce cerveau provoquerait des désordres émotionnels qui gravés dans notre mémoire inconsciente, influeraient sur notre ressenti et notre comportement, parfois des dizaines d'années plus tard.

La principale tâche du psychothérapeute est de "reprogrammer" le cerveau émotionnel du patient afin qu'il réagisse à des situations actuelles et non du passé. Pour ce faire, il est souvent plus efficace d'utiliser des méthodes qui passent par le corps et influent directement sur le cerveau émotionnel plutôt que de compter sur le langage et la raison.

## Imaginaire et créatif

L'imaginaire, c'est le pouvoir de se représenter une image qui n'existe que dans l'abstrait. On imagine toute la journée des situations qui vont se produire, des rendez-vous importants, des mises en scène, mais c'est le temps qui dévoilera la réalité des faits, le moment venu. Il y a souvent une grande différence entre l'hypothèse de départ et la réalité, entre la théorie et la pratique.

Tout le monde peut imaginer mais tout le monde ne crée pas. Alors, il n'y aura pas d'incidence de l'imaginaire sur le créatif dans ce cas là. Par contre, si il y a création, le fait d'imaginer auparavant, peut avoir une incidence sur le résultat. Donc, pour passer au stade de la création, il faut avoir franchi l'étape : imaginaire. Dans l'ordre, cela donnerait : j'imagine, et lorsque je commence à produire, à rendre concret mon imagination, je crée.

Nous imaginons toute la journée alors que nous créons très peu, voire pas du tout.

Prenons un compositeur comme Mozart. Il était un excellent producteur de musique dans le sens de transcrire tout ce qu'il imaginait. Beaucoup de personnes peuvent entendre de la musique dans leur tête, peuvent lui donner des couleurs, des timbres différents, des rythmes et des nuances. Ce n'est rien par rapport à l'écrire sur un papier à musique en essayant de retranscrire son imaginaire. Mais alors, comment savoir si l'on interprète correctement l'oeuvre d'un compositeur disparu ? On ne le saura jamais, seul le compositeur de l'oeuvre peut nous dire s'il est en résonance, en cohérence avec ce qu'il entend. Jean Brun (12) nous dit que les interprétations successives d'une même oeuvre ne peuvent pas être comparées, elles correspondent à ce que souhaitent leurs interprètes au moment de l'exécution des oeuvres et c'est tout.

Dans le créatif qui nous intéresse, c'est l'interprétation de la production sonore du patient à l'instant t, à la différence près, qu'il n'y aura pas de recherche de virtuosité, ni de technicité, ni de jugement, seul l'acte de passer à la production sonore est important, car il

va déclencher une extériorisation de la personne, une nouvelle image, un acte peu habituel : c'est la création.

Ceci va aussi déclencher un peu de narcissisme car la personne va aimer ce qu'elle va produire. Et c'est justement par ce biais là, le narcissisme, qu'elle va pouvoir reprendre confiance en elle plus tard.

Je rappelle que le narcissisme n'est pas par nature un phénomène pathologique et qu'il est bénéfique dans le cas où il aide la personne à se faire une image, l'image de soi dans le miroir et aussi dans le regard de l'autre (Freud 13).

Le créatif permet de concrétiser l'imaginaire, de transformer une chose impalpable en réelle.

Le créateur est quelqu'un qui est en confiance, qui accepte la critique, qui sait faire la part des choses, qui n'a pas peur d'être ridicule, qui travaille son image... C'est aussi un pragmatique puisqu'il est passé dans l'action, dans la concrétisation. Pour créer, il faut une certaine organisation des lieux, des matériaux, des supports, des notions techniques. Commencer à créer, c'est accepter de faire face à tout cela. Le thérapeute incitera son patient à créer en lui proposant des matériaux, des techniques, des exercices, et le patient en fera ce qu'il voudra. Le thérapeute doit absolument rester neutre et ne jamais rentrer dans le jugement. L'objectif n'étant pas le rendu du dessin, ni celui de l'instrument de musique, ni la beauté de la sculpture mais bien le retour du pouvoir de créer du sujet .

Ceci nous amène à comprendre pourquoi nous apprécions certaines oeuvres artistiques et pas d'autres. Car l'oeuvre est le reflet de l'image intérieur de l'artiste et si nous ne sommes pas en cohérence vibratoire avec cette oeuvre, elle paraîtra à nos yeux, anodine. Or l'artiste ne fait pas des oeuvres pour qu'elles plaisent à tout le monde, mais bien en fonction de ce qu'il ressent à l'instant où il crée. J'irai plus loin en disant que le statut

d'artiste nous ait donné à la naissance, car nous sommes tous dotés en début de vie, d'un potentiel artistique qui nous permet d'exprimer notre ressenti, certains le travaillent, d'autres non.

Dès la plus tendre enfance, nous sommes amenés à créer, à imaginer, à découvrir un monde que nous ne maîtrisons pas consciemment. Au fur et à mesure que les années passent, nous entrons dans un format pré-conçu, un gabarit, un carcan, et ceci pour soi-disant se socialiser, appartenir à une catégorie... La mondialisation en est un bel exemple. De ce fait, nous sommes de moins en moins invités à créer, à imaginer, et c'est là que nous pouvons entrer dans un processus de régression, où l'initiative, l'action, la motivation, l'intérêt, le bonheur, l'amour n'a plus raison d'être. Mais en nous est gravée, génétiquement et à tout jamais, une sorte de notice d'utilisation de notre cerveau, de nos sens. L'imagination et la créativité vont en quelque sorte, nous aider à retrouver le chemin d'accès à cette notice.

# L'âme et le corps

Platon séparait l'âme de l'esprit mais depuis Descartes, l'âme et l'esprit prennent le même sens, le reste étant le corps. Il en est de même aujourd'hui.

Les grands compositeurs de musique s'intéressent à l'association de l'âme et du corps. Emilio De Cavaleri présenta en 1600 à Rome "La représentation de l'âme et du corps", 7 ans avant le fameux Orfeo de Monteverdi, le véritable créateur de l'opéra. Sans parler de la religion qui s'empare de l'âme pour gérer le corps. Depuis toujours, les hommes sont fascinés par la relation qui existe entre ces deux entités. Ces dernières peuvent être les meilleurs amies comme les pires ennemies. Une chose est sûre aujourd'hui, et un certain nombre de travaux le prouvent : nous ne pouvons pas vivre si l'âme n'accepte pas le corps.

Dans ce cas, nous survivons et sommes tout à fait en bas de la pyramide de Maslow. Avant de pouvoir se réaliser personnellement, il est recommandé de franchir une à une, les étapes de la pyramide de Maslow :

depuis RESPIRER.....

jusqu'à.....SE REALISER SOI-MEME

On voit bien qu'il existe un "mix" entre l'âme et le corps dans cette pyramide, la base étant plus physique et le sommet plus intellectuel. Pour grimper, il va falloir que les deux entités

soient de connivence, et c'est là que rentre en scène le corps émotionnel qui va faire le lien entre le corps physique et le corps psychique.

Il y a un moyen très simple de savoir comment notre corps émotionnel fonctionne. Il vous est sûrement déjà arrivé d'avoir un frisson lors d'un événement musical, artistique, familial, sexuel... C'est en fait l'induction psychique sur le corps physique qui provoque cette réaction, cette sensation de bien-être. On peut dire que les deux entités sont en phase, qu'elles résonnent, qu'elles vibrent, qu'elles sont accordées. Maintenant, cela n'arrive pas si souvent que cela, mais avec un peu d'entraînement, on peut provoquer ce frisson et ainsi travailler la circulation de l'énergie positive qui est pour moi, "la représentation de l'âme et du corps".

Quand David Servan-Schreiber (9) parle de cohérence entre le cerveau et le coeur, il parle de la même chose, mais avec des termes plus médicaux car il est médecin.

Je vous propose un petit exercice qui consiste à provoquer sur soi, un frisson énergétique. Comme tout exercice, il ne fonctionnera peut-être pas la première fois, et il est important d'être patient avant d'obtenir un résultat.

1- Allongez vous confortablement sur un lit, bien à plat et sans oreiller.

2- Faites le vide votre tête, ne pensez plus à quelque chose de précis. Si des pensées persistent, alors imaginez que vous êtes très loin de la Terre et que tous vos soucis sont à l'échelle très petite de la Terre. Pendant une fraction de seconde vous pouvez imaginer que vous êtes vierge de pensées, vous vous sentez alors très léger.

3- Avec le bout des doigts de chaque main, vous vous massez doucement la nuque de chaque côté des vertèbres cervicales.

4- Avec un peu d'entraînement, vous devriez pouvoir ressentir un frisson d'énergie de la base du cou jusqu'à la pointe des pieds.

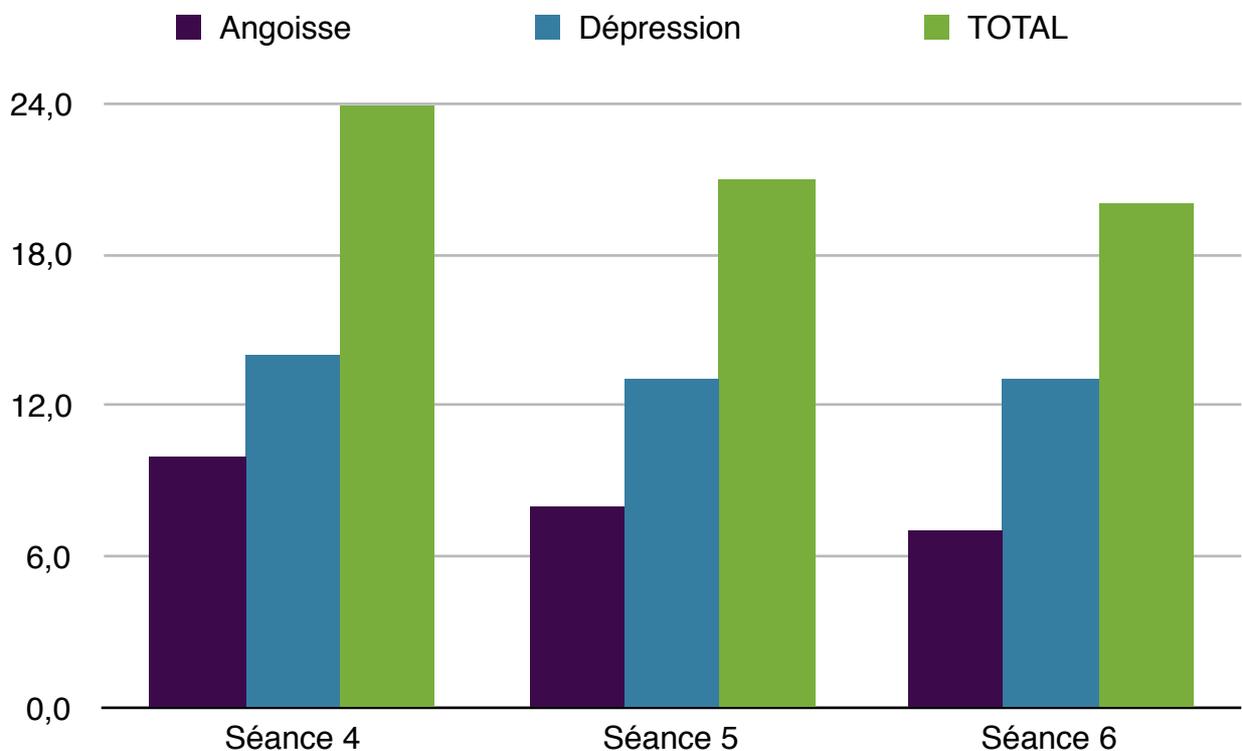
5- Avec beaucoup d'entraînement, vous pourrez "vibrer" sans massage, et sans être allongé, à la demande.

Je compare mon frisson énergétique à un feu. Pour obtenir ce dernier, il faut de la matière, de l'air et de la chaleur. Pour obtenir mon frisson, il faut un corps, un esprit et de l'amour.

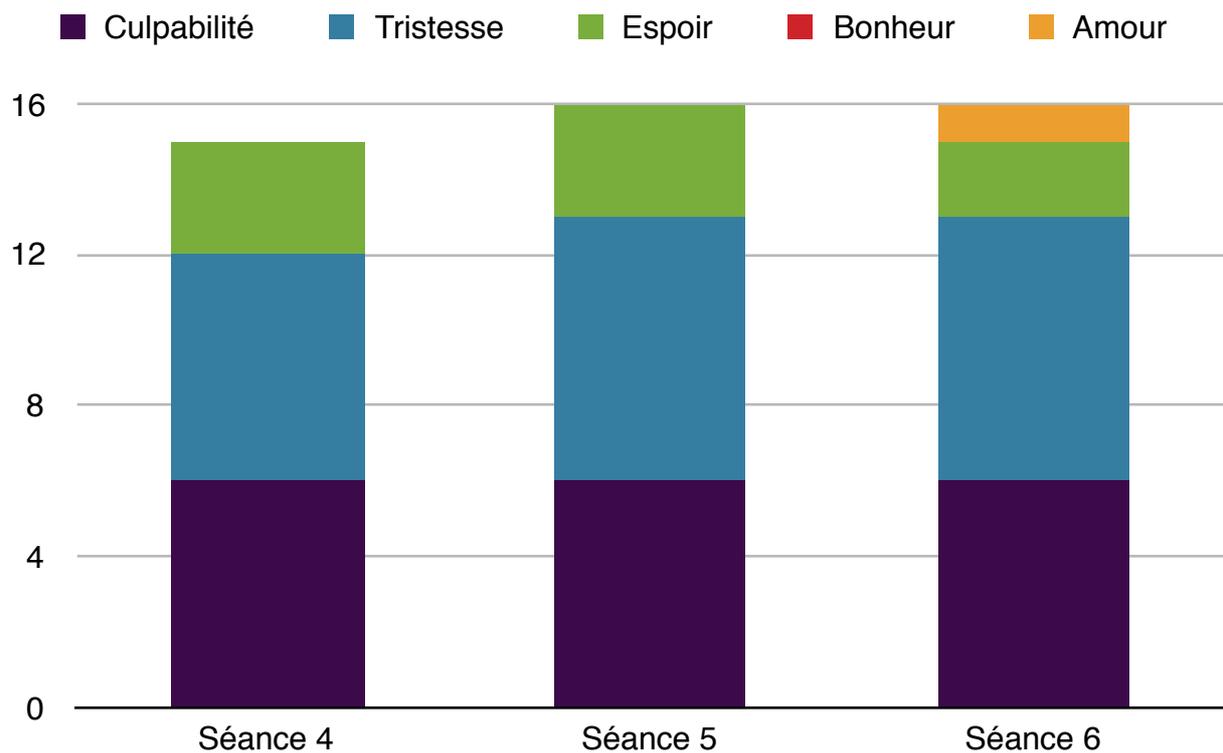
L'amour est un vecteur essentiel à la vie, sans amour il n'y a pas de vie, pas de vibration.

La personne doit s'aimer pour se réaliser, un dosage de narcissisme et d'ego est nécessaire à son équilibre, elle sera alors en vibration et sera attirée ou attirera à elle d'autres personnes en phase vibratoire. Et ce jusqu'à l'acte d'amour qui n'est autre, à mon sens, qu'une synchronisation parfaite de toutes les ondes vibratoires émises par les corps physiques et psychiques des deux personnes. N'est-ce pas là également un frisson énergétique extraordinaire?

## L'évaluation



**Graphe 3 = HADS**



**Graphe 4 = Emotions**

### Graphe 3

Entre ces trois séances, il s'est écoulé un laps de temps de deux mois.

Nous pouvons constater que les angoisses ont tendance à s'atténuer avec le temps, alors que le syndrome dépressif est toujours très présent. La tendance générale montre une baisse des angoisses, et le franchissement vers le bas du seuil minimum de la dépression majeure est en vue, en données cumulées.

### Graphe 4

On voit tout de suite l'apparition de l'émotion "amour" en séance 6, alors que la tristesse et la culpabilité sont toujours encore très présentes. Par contre l'espoir prend de plus en plus de place dans le graphique.

Tara est partie en vacances chez son fils entre la séance 5 et 6, et c'est juste après que les angoisses ont commencé à diminuer et que " l'amour " est apparu dans les émotions.

## Acte 3

### La séance de Tara

Je retrouvais Tara début septembre après trois semaines d'interruption. Elle avait l'air détendu et commença par me raconter ses vacances auprès de son fils dans le sud de la France. C'est elle qui a décidé d'aller le voir! Son récit n'apportait pour l'instant rien de nouveau, mais son flux de paroles était bien plus posé que la première fois. Je le ressentis dans sa voix plus grave, plus ample, elle résonnait. Le pressentiment que j'avais eu concernant un problème avec son fils se confirma, mais elle devenait habile dans le choix des mots pour ne pas m'en dire trop. Je décidai alors de creuser dans cette direction.

Installée dans son fauteuil de relaxation, je lui passai un extrait d'opéra pour la remettre dans d'excellentes conditions sonores, avant de lui faire écouter un morceau qu'elle détestait. Il s'agissait de " A tes souhaits " de M. Le choix d'un extrait sonore avec paroles ne peut être fait que lorsque l'on connaît bien la personne et les paroles de la chanson et que l'on a un objectif bien précis. Je voulais que sa réaction soit en contraste par rapport à son attitude de départ. Elle se crispa sur le fauteuil, j'ai donc arrêté la musique, il n'était pas nécessaire d'aller plus loin dans l'écoute. Seule la première phrase importait : "tes souhaits, c'est pour les autres, ton souhait, s'rait d'être une autre, tes souhaits tu les gardes pour toi, tes souhaits, on ne les entend pas."

Ne voulant pas lui proposer un moyen non verbal de communiquer car déjà utilisés plusieurs fois, il était temps d'en venir à la verbalisation afin d'avancer. C'est ce qu'elle fit

en redressant la tête, elle resta un moment dans le silence avant de me raconter la face cachée de ses vacances.

Comme toute mère, elle s'est occupée au mieux de son fils en lui donnant tout ce qu'elle pouvait. Elle l'a élevé seule car son mari est parti alors que son fils avait 4 ans. A 22 ans , son fils, qui en a aujourd'hui 32, est parti s'installer dans le sud de la France. Tara n'a jamais accepté ce départ. Pendant ses vacances, elle a voulu retrouver son fils non pour se le ré-approprier, mais pour couper le cordon afin qu'elle puisse se réaliser. Car pendant les 22 ans qu'elle a passé avec son fils, elle n'a pas pu faire ce qu'elle voulait.

La séance se termine par l'écoute de l'ouverture de "cosi fan tutte" de Mozart.

Les deux suivantes furent beaucoup moins verbales. A la manière d'Omar Benenson, j'ai proposé à Tara d'élargir la communication non verbale, au dessin et à la peinture.

Elle prenait de moins en moins de temps pour réaliser un dessin. Elle prenait aussi volontiers un instrument qu'elle ne connaissait pas, pour en découvrir le son. Plus on avançait, plus elle me racontait des histoires anciennes sans retenue, sans nostalgie, cela devenait même un moteur, une motivation.

Tara a passé les fêtes de fin d'année, dans un tout autre climat que l'année d'avant. Je l'ai revue en janvier, elle était transformée. Elle était venue me dire que ce serait la dernière séance car elle avait repris le contrôle des choses, gagnant en indépendance, elle avait retrouvé plaisir à partager avec les autres, et surtout, elle avait l'intention d'ouvrir une galerie de peinture !

Elle m'avait dit qu'elle reviendrait si elle sentait une faiblesse, un souci, un problème... à ce jour, je n'ai pas eu de nouvelles d'elle.

Ne dit-on pas : Pas de nouvelles, bonne nouvelle !

## L'analyse

Il est intéressant de constater à quel point Tara a évolué depuis sa prise en charge 7 mois auparavant. Il s'est passé beaucoup de choses positives dans la vie de Tara car elle a pris conscience de son problème majeur qui était de ne pas avancer, de se dire que maintenant c'était trop tard, que son fils l'a empêché de se réaliser, etc...

La discussion avec son fils était certainement l'élément clé pour débloquer la situation, mais elle reportait d'année en année cette échéance. La musique a réveillé en elle tout ce qu'elle rêvait de faire depuis des années. Beaucoup d'émotions positives lui sont venues à l'esprit et avec les techniques psychomusicales, elle a pu accepter la situation, reprendre confiance, développer son MOI (7). Elle porte dorénavant beaucoup plus attention aux personnes qui l'entourent et donc moins à ses problèmes qui passent au second plan.

Elle repart en ayant fait face à l'obstacle.

## La prise de conscience

La prise de conscience, si importante dans le processus psychologique, n'est pas nécessaire à la prise de décision, mais cette dernière est obligatoire si l'on veut un résultat durable. Elle intervient après un travail long et difficile à vivre pour le patient. Ce dernier doit trouver une solution à toutes ses questions, sans omettre une seule réponse. C'est en quelque sorte sa clé de voûte psychologique.

Pour arriver à cette prise de conscience, le musicothérapeute va utiliser toute une panoplie d'outils issue de la musicothérapie dite active. C'est à dire offrir la possibilité au patient de s'exprimer dans un langage non verbal, avec un moyen de communication vierge de toute pollution ou habitudes. L'effet recherché étant l'expression de l'inconscient de la personne afin qu'elle en prenne conscience. Au fil des séances, la personne va se retrouver de plus en plus face à elle-même et va accepter plus ou moins vite ce visage caché !

D'après Freud, notre inconscient est comme un immense iceberg avec une partie immergée (l'inconscient) représentant les 9/10èmes de l'ensemble. L'inconscient s'exprime, se manifeste par les rêves, les non-dits, les actes manqués... Il peut remonter à la surface, émerger grâce au non verbal et petit à petit se "conscientiser". Car Freud dit aussi : " Lorsque le symptôme est mis en mot, le problème disparaît". C'est le principe de la psychanalyse. En musicothérapie réceptive, l'objectif est le même, seul change le médiateur qui est la musique et non les mots. On peut alors parler de musicothérapie analytique. Edith Lecourt (11) dans "Découvrir la musicothérapie" énumère et décortique tous les aspects de la musicothérapie, elle explique l'immense pouvoir de la musique sur l'inconscient avec beaucoup de pragmatisme grâce aux nombreux cas cliniques étudiés.

# La sphère psychique

Nous sommes constitués de deux structures : l'une psychique, l'autre corporelle. Elles forment un tout intimement lié, mais semblent distinctes. On connaît la structure corporelle car elle est visible, palpable, on a du mal à se représenter notre structure psychique.

D'après la conception Freudienne, elle est composée de trois parties qui sont le "ça", le "moi" et le "surmoi".

Le "ça" représente tout ce qui nous est transmis, l'héréditaire. On est obligé de vivre avec, ce qui est souvent source de conflits s'exprimant sous forme de pulsions. Totalement inconscient, le "ça" est régi et dirigé par le seul principe de plaisir.

Le "moi" est la partie de la personnalité la plus consciente, en contact avec la réalité. Il vient contrer les attaques pulsionnelles du "ça". Lorsque le désir et les pulsions ne peuvent être admis par le Moi, ce dernier utilise alors comme moyen de défense, appelé aussi mécanisme de défense, le refoulement, qui consiste à étouffer les pulsions. Celles-ci, alors toujours dans l'inconscient, essaient de s'exprimer autrement, au travers des rêves, des actes manqués, des lapsus, et de nos symptômes. N'est-ce pas là, le processus des maladies psychosomatiques?

Le "surmoi" n'est autre que le siège de ce que l'on apprend, l'éducation, les lois, les interdits, les limites.

Dans sa deuxième topique, Freud rajoute l'Idéal du Moi, très investi narcissiquement, il sera le réel moteur inconscient de l'affirmation du "moi" : " tu dois ", " tu devrais "...

Pour se développer normalement psychiquement, le sujet a besoin d'un équilibre entre ces 3 entités.

Prenons la figure 1 : manque de personnalité, de confiance en soi, peur des lois, introverti, subit la vie. Figure 2 : Egocentrisme, trop sur de soi, peur de rien, extraverti, déconnecté du monde réel. Figure 3: Equilibré, en contact avec la réalité, affirmé, réactif, acteur de la vie.

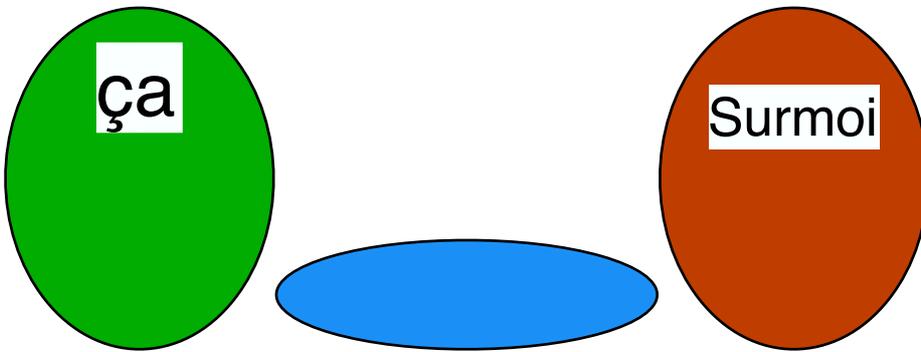


Figure 1

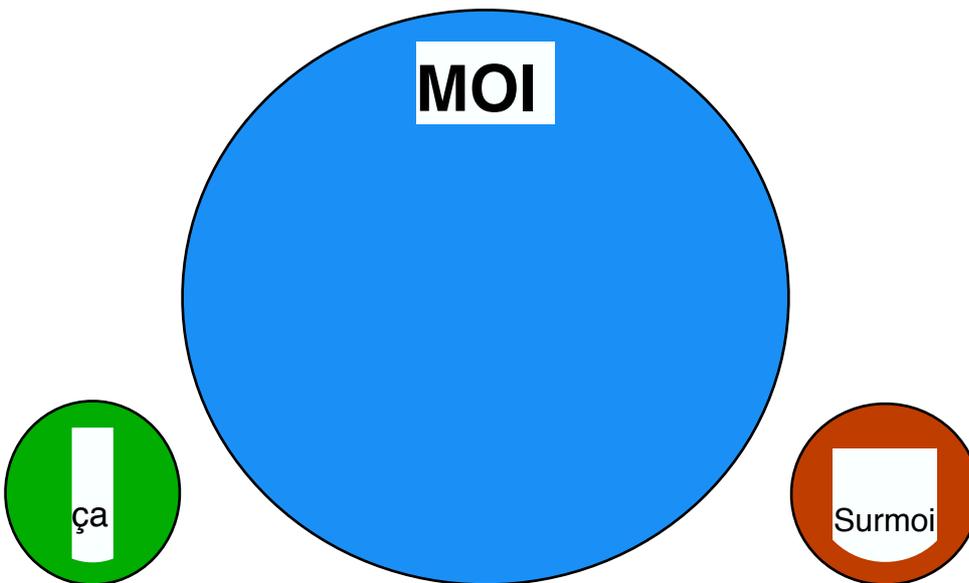


Figure 2

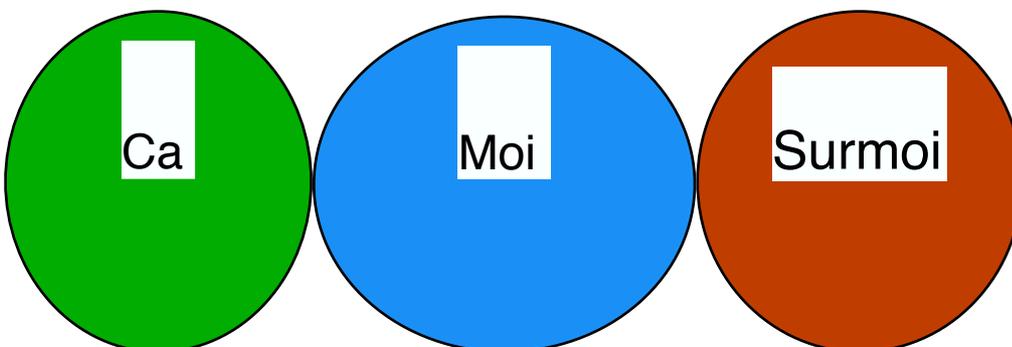
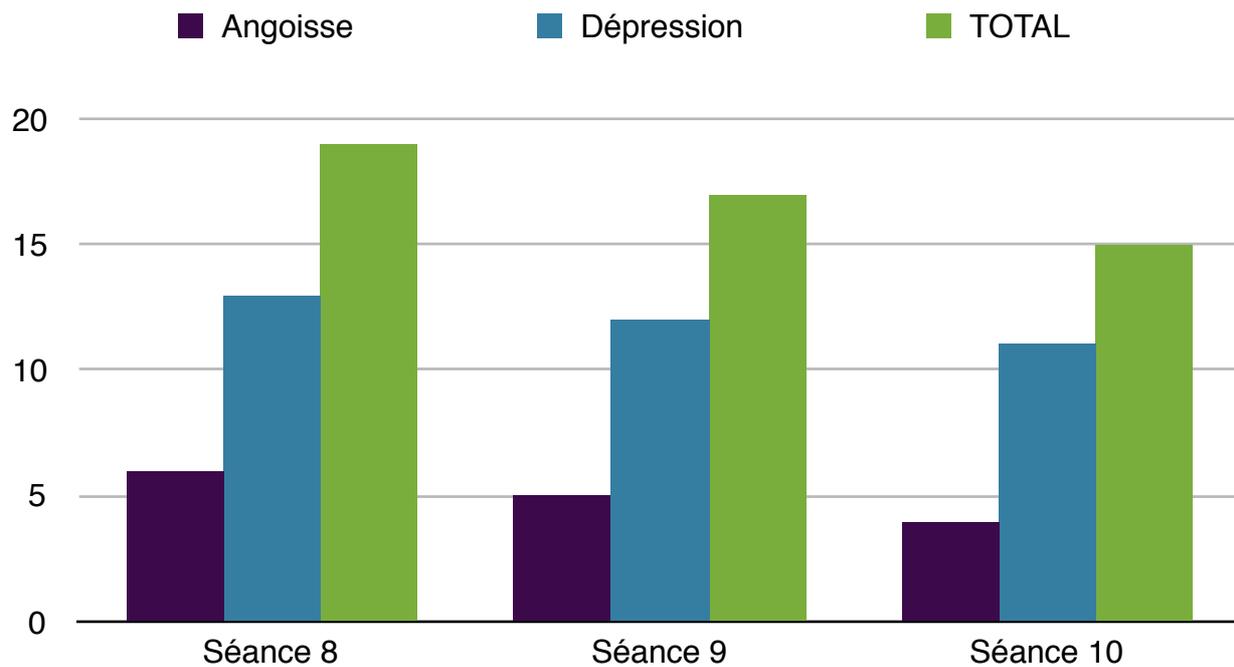
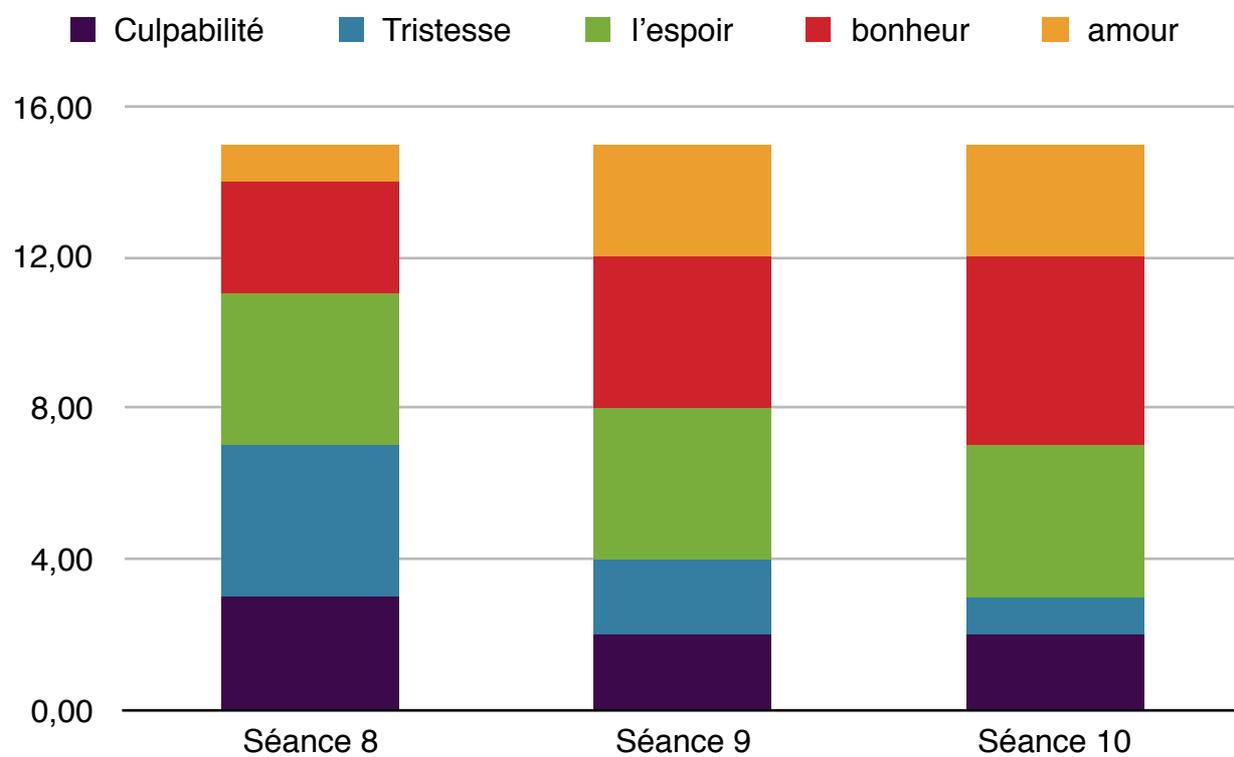


Figure 3

# L'évaluation

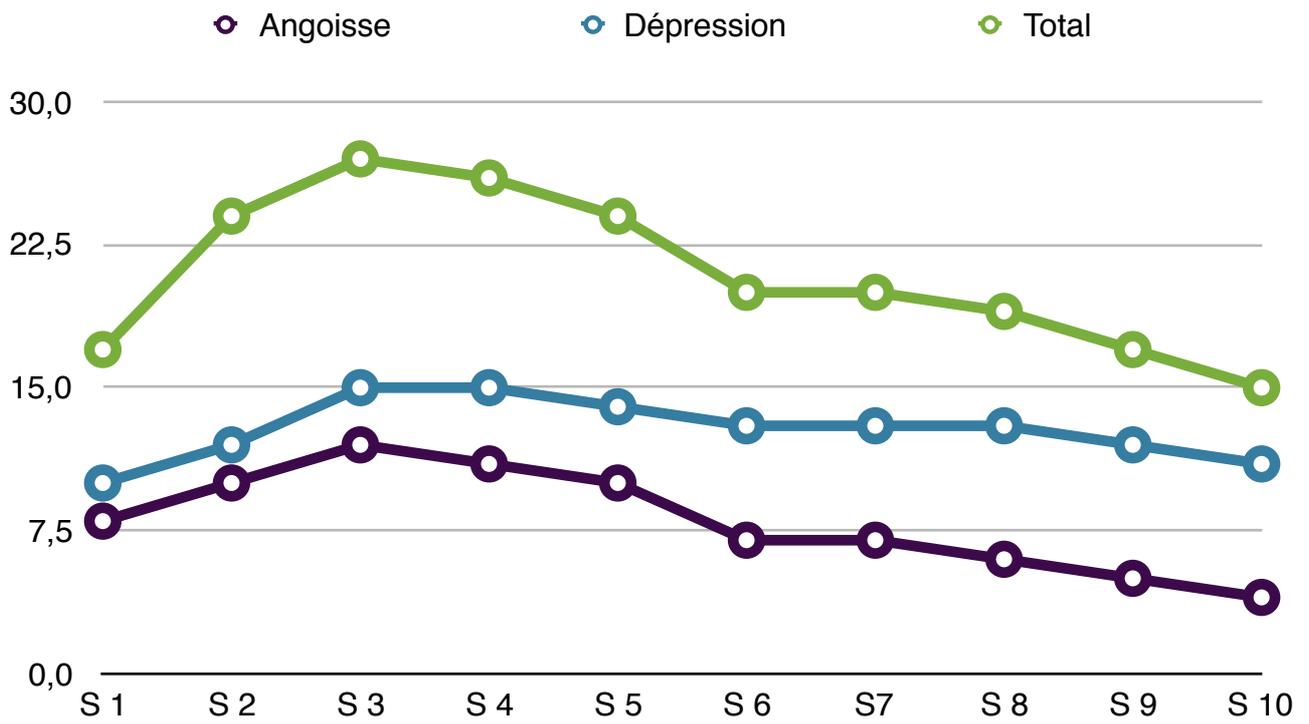


Graphe 5 = HADS

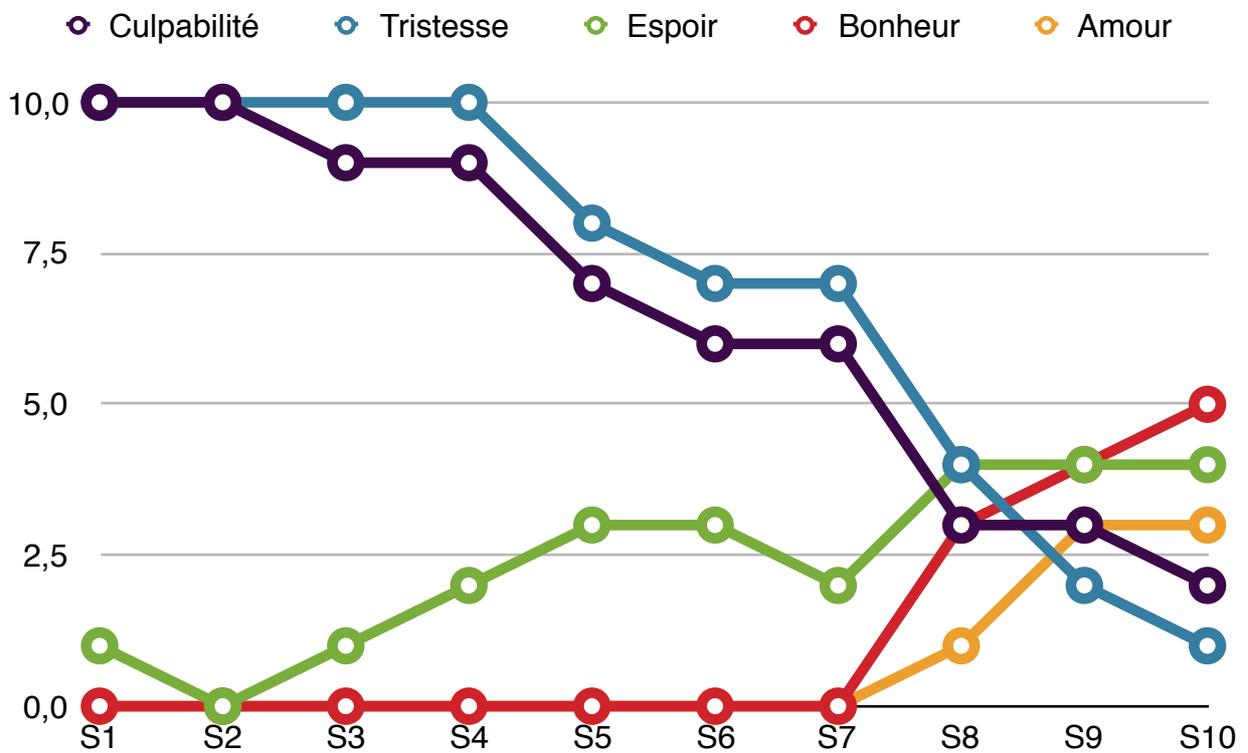


Graphe 6 = Emotions

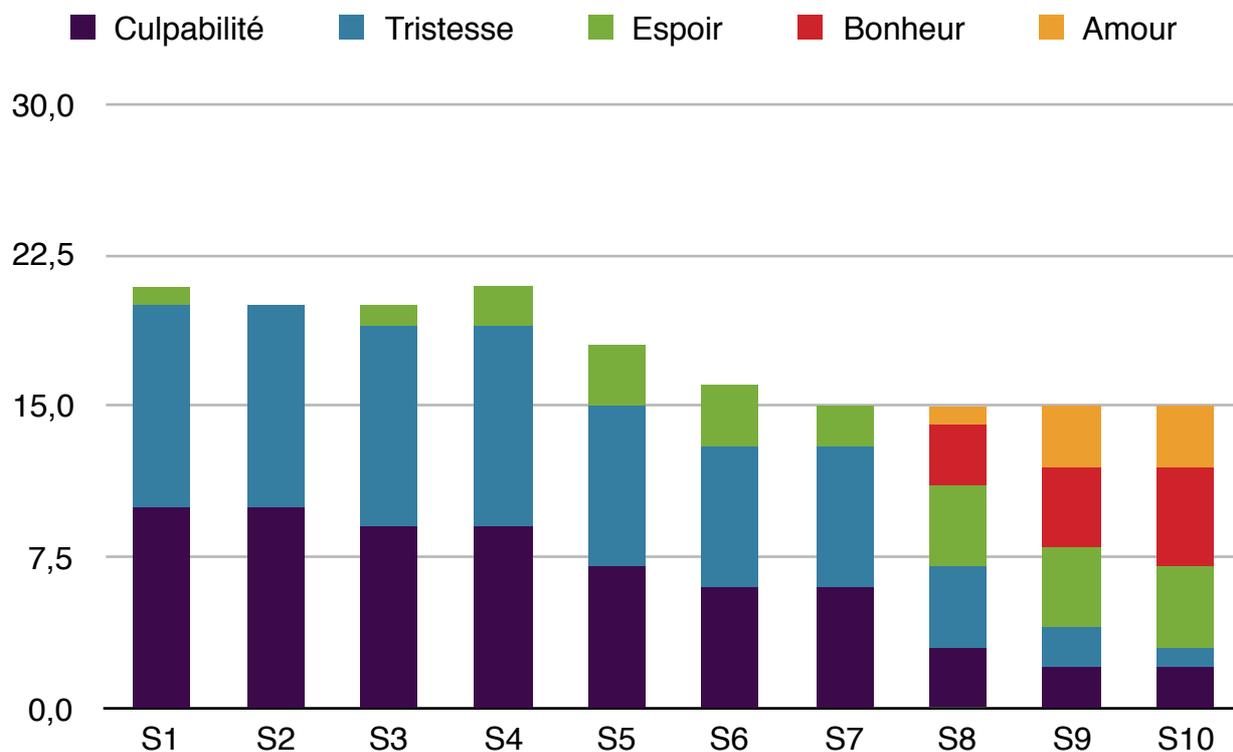
### Résultats cumulés des 10 séances



Graphe 7 = HADS



Graphe 8 = Emotions



**Graphe 9 = Emotions**

### Graphe 5

Trois mois pour trois séances, et un constat d'emblée : Le niveau des angoisses est redevenu normal, alors que l'état dépressif s'atténue beaucoup plus lentement.

### Graphe 6

Incroyable changement de couleur dans ce graphe avec l'apparition du "bonheur" et une importante représentation de "l'espoir" et de "l'amour".

### Graphe 7 Résultats HADS cumulés sur 7 mois

Si nous faisons abstraction des séances 1 et 2 qui, comme nous l'avons vu en page 30, ne sont pas représentatives car dans la période de prise en charge, ce graphe nous permet de constater qu'il y a une tendance à la baisse en ce qui concerne les angoisses et le total A+D. Maintenant, l'état dépressif de Tara, bien qu'il ait baissé sensiblement devra être suivi jusqu'à ce qu'il redevienne acceptable, c'est à dire en dessous de 8.

## **Graphe 8 et 9 : Résultats des tendances “émotions” sur 7 mois**

Le graphe 8 nous permet de visualiser le renversement important des émotions négatives au bénéfice des émotions positives. L'apparition de “l'amour” et du “bonheur” en séance 7 est très visible et ne cesse de prendre de l'importance sur les trois mois qui suivent.

Le graphe 9 nous donne un indice très important qui correspond au pouvoir émotionnel de Tara. On voit très clairement que le cumul des émotions en séance 8, 9 et 10 est nettement moins élevé que le cumul des émotions des séances 1, 2, 3 et 4. Ce qui voudrait dire que le pouvoir émotionnel de Tara était plus important dans les émotions négatives que dans les émotions positives. Ce qui laisse croire que Tara n'est pas encore en pleine possession de son pouvoir émotionnel positif, et qu'elle n'a pas transformé toute l'énergie négative en énergie positive.

# Conclusion

Le but de ce travail était de valider mon hypothèse de départ qui je le rappelle est : la musicothérapie peut-elle améliorer voire annuler l'ESPT de la personne atteinte d'un cancer? Il n'était pas question pour moi de rentrer dans une explication systématique de tout le processus psychique d'une personne, car je ne suis ni psychiatre, ni psychologue, mais en tant qu'animateur de séances psychomusicales, d'observer et de noter les effets de la musicothérapie sur une personne, par le biais de l'étude réalisée avec Tara.

Au fil des mois, le relevé de son ressenti montre une diminution des émotions négatives au profit des émotions positives. L'énergie négative qu'elle a développé dans son ESPT s'est transformée en positive au fil des mois. Son psychisme s'améliore.

Mais comment mesurer l'aide que je lui ai apporté, n'est-ce pas pas tout simplement le temps qui lui a fait prendre conscience de certaines choses importantes de la vie ?

Il me semble que les techniques psychomusicales lui ont donné le courage d'affronter sa vie, et que ma neutralité lui a permis de s'exprimer au delà de ses pensées quotidiennes.

Toutefois, je ne peux pas prendre le cheminement de Tara comme référence, sachant que le cas suivant sera totalement différent, et comparé aux dizaines de milliers de patients atteints de cancer chaque année, je n'ai pas la prétention de dire que la musicothérapie pourrait leur apporter à tous une solution. Par contre, je m'appuie sur des études en annexe 3, qui montrent que la musicothérapie réduit la morbidité et que son champ d'application est immense. Alors, cela m'encourage à continuer dans cette voie, à multiplier les expériences, à développer la relation d'aide aux personnes afin d'acquérir les valeurs intrinsèques du musicothérapeute.

La question qui me vient à l'esprit en cette fin d'étude est : " L'expérience n'est-elle pas nuisible à la neutralité du thérapeute ? "

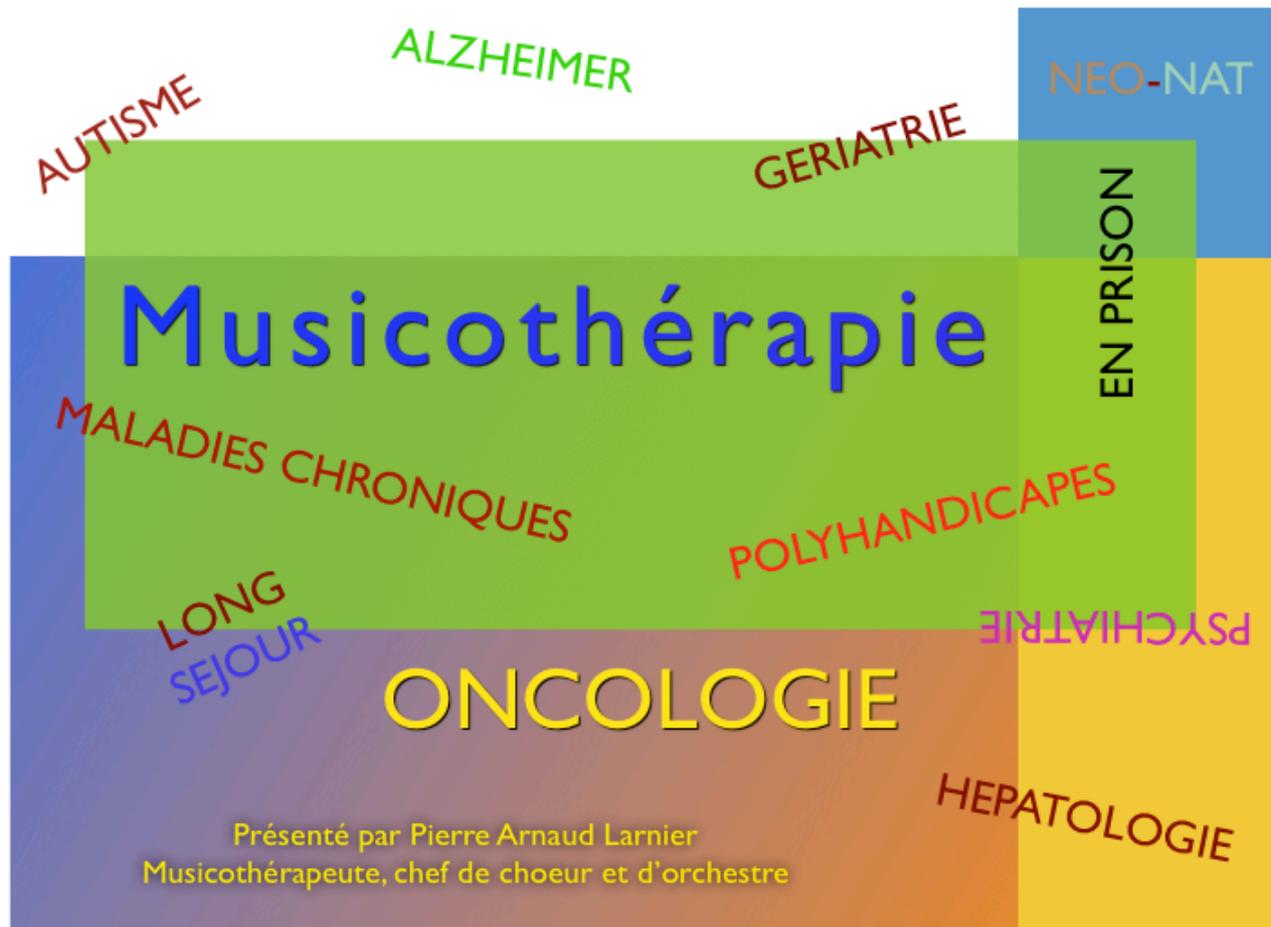
# Bibliographie

- 1 Elisabeth Kübler-Ross  
"Les derniers instants de la vie"  
Montréal, Labor et fides, 1977
- 2 Jacques Jost, Michel Gabay  
"Musique et médecine"  
Paris, Stock, 1972
- 3 Rolando Omar benenson  
La musicothérapie : la part oubliée de la personnalité  
Bruxelles, De Boeck & Larcier, 2004
- 4 Grosser A-M  
"La pédagogie Orff"  
Paris, Cahiers de pédagogie musicale, 1988
- 5 Edgar Willems  
"Le rythme musical"  
Fribourg, Pro Musica, 1984
- 6 AUCLAIR Marcelle  
Le bonheur est en vous  
Paris, Seuil, 1951
- 7 FREUD Sigmund  
Cinq leçons sur la psychanalyse  
Paris, Patot, 1924
- 8 WINNICOTT D.W.  
La nature humaine  
Paris, Gallimard 1990
- 9 SERVAN-SCHREIBER David  
Guérir  
Paris, Robert Laffont, 2003

- 10 BOUVARD M./ COTTRAUX J.  
"Protocoles et échelles d'évaluations en psychiatrie et en psychologie"  
Issy Les Mlx, Masson, 2005
- 11 LECOURT Edith  
"Découvrir la musicothérapie"  
Paris, Eyrolles pratique, 2005
- 12 BRUN Jean  
"Essence et histoire de la musique"  
Genève, Ad Solem, 1999
- 13 Freud, Sigmund  
"Pour introduire le narcissisme"  
Paris, P,U,F 6ème Ed. 1982
- 14 BERTHOMIEU Alice  
"Musicothérapie en oncologie"  
Bordeaux,Ed du non verbal, 1994
- 15 BRUNET-LECOMTE H.  
"Jacques Dalcroze : sa vie, son oeuvre."  
Genève, Paris, Ed. Jeheber, 1950
- 16 FRAISSE Paul  
"Psychologie du rythme"  
Vendôme, PUF, 1974

# Annexe 1

1 - présentation : La musicothérapie en oncologie  
*pages (MAC) ou power point (PC)*



## musical

Piano, petit chanteur, altiste, chef de chœur et d'orchestre, compositeur

### Industrie médicale

LABM : automates d'hématologie et de bactériologie  
 anesthésie-réanimation : monitoring  
 neurochirurgie : bistouri à ultrasons et neuronavigation  
 chirurgie hépatique : radiofréquence



**Postulat** : Le cancer est une maladie fréquente qui secoue énormément les patients sur le plan émotionnel, touchant à de nombreux aspects de leurs vies, personnelle, relationnelle, professionnelle, affective et sexuelle, avec la crainte de la mort. On constate qu'un certain nombre de femmes et d'hommes restent bloqués sur leur souffrance, repliés sur eux-mêmes et refusant toute aide, que ce soit de leur entourage ou de leurs médecins.  
 De plus, en France, la prise en charge psychologique garde une connotation négative chez bon nombre de personnes...

## HYPOTHESE de TRAVAIL

### Améliorer l'Etat de Stress Post Traumatique : ESPT

Démarrer les séances avant la fin du traitement (radiothérapie, chimiothérapie)

Je ne m'intéresse plus à mon apparence  
 D. 3 plus du tout

## MUSICOTHERAPIE

### Définition :

**MUSIQUE** : C'est l'art d'organiser les sons et les silences de manière à produire des mélodies, des harmonies, des rythmes...  
**THERAPIE** : Soigner une personne avec un traitement.  
**MUSICOTHERAPIE** : Utilisation judicieuse de la musique comme outil thérapeutique.

### Historique :

La musicothérapie n'est pas une invention liée à la vogue des médecines douces, elle a toujours existé !  
 Depuis la nuit des temps : Esculape, Isménus, Théophraste, Xénocrate, Platon, Aristote...  
 A aujourd'hui : Jacques Jost, Jehudi Menuhin (CIM), Edith Lecourt (Paris V, AFM), Alfred TOMATIS (ORL)  
 Ce qui est nouveau, c'est l'importance qu'elle a pris dans notre panoplie de soins.

### Objectif :

Améliorer voire rétablir la santé émotionnelle d'une "personne"  
 (per = qui, sonne = sona = sonner = produire un son)  
 Remettre en résonance, en harmonie, en cohérence - rétablir les canaux de communication.

### Applications :

Aucune contre indication mais ATTENTION !! l'écoute de cellules sonores dans le cadre d'une thérapie doit être réalisée par un professionnel, un musicothérapeute !

# O B J E C T I F S

## Pour le patient

- **A court terme**

Parler

Prise en charge en individuel

- **A moyen terme**

Etablir une relation d'aide et de confiance

Développer le créatif et l'imaginaire

Faire des séances en petit groupe

- **A long terme**

Prise de conscience du potentiel qui est en soi

Retour de la confiance en soi

Mieux-être

## Pour le thérapeute

Ecoute

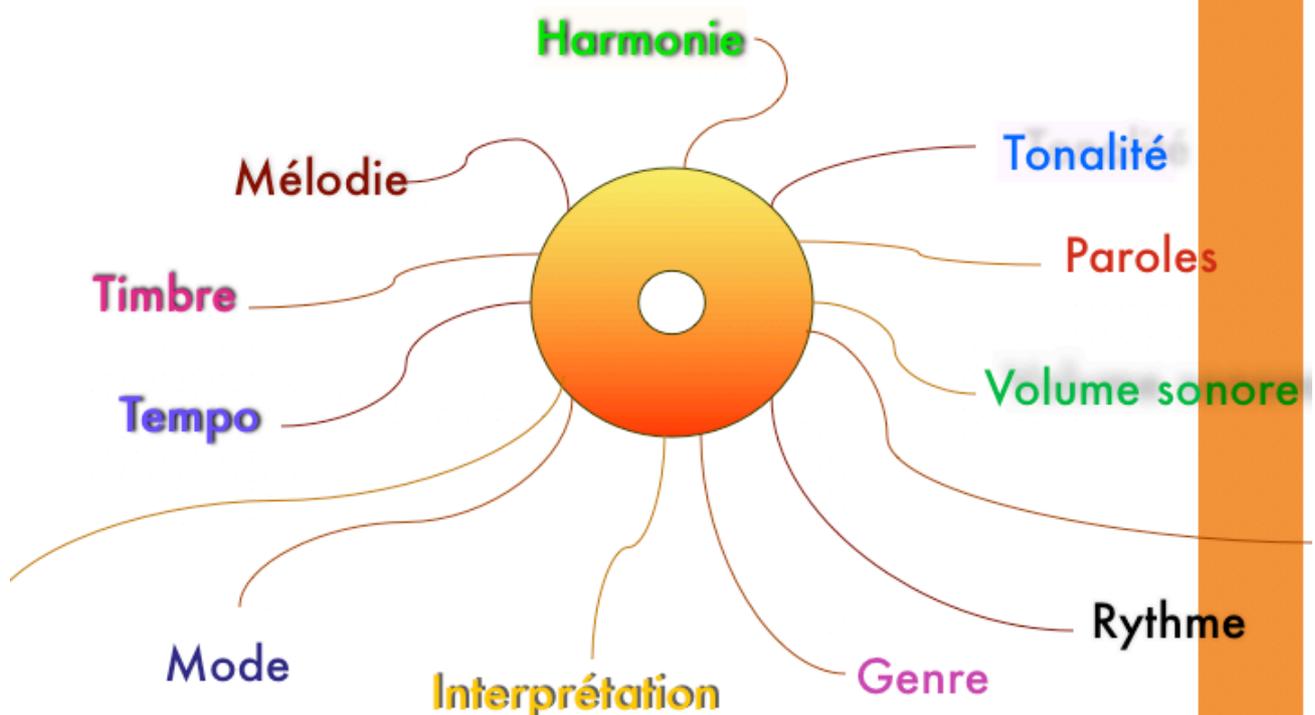
Neutralité

Adapter les  
techniques  
psychomusicales

## A long terme

Mise au point d'une  
méthode  
d'évaluation

# La Cellule Sonore



# MISE EN OEUVRE

## Bilan psychomusical

Questionnaire d'accueil  
 Test de réceptivité  
 Entretien avec la personne

## Musicothérapie Réceptive

Ecoute de cellules sonores  
 Relaxation  
 décharge des tensions  
 verbalisation  
 détente, relaxation, réveil

Recherche de l'effet cathartique :

accueil, empathie  
 neutralité  
 travail  
 reconstruction

← Art-thérapie

dessin peinture sculpture  
 et de la créativité  
 Développement de l'imaginaire

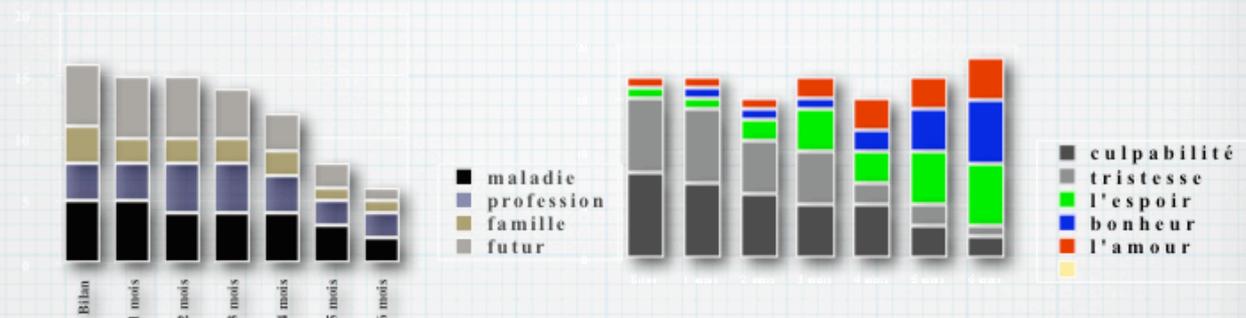
Techniques psychomusicales  
 voix  
 Instruments de musique

des productions sonores  
 Expression du ressenti par

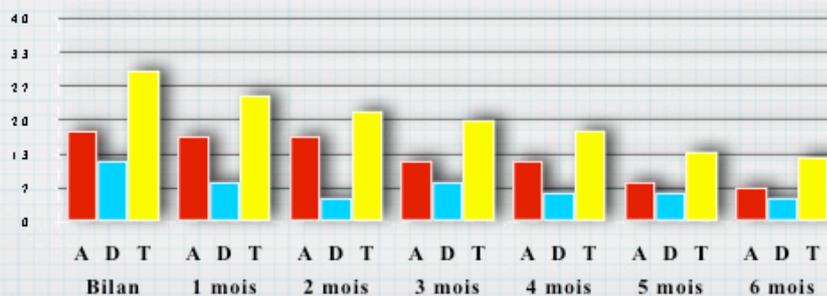
→ Musicothérapie Active

# EVALUATIONS

## Echelles des émotions



## Echelle d'anxiété et de dépression (HADS)



## Cabinet de musicothérapie

## Questionnaire

**Prénom :**

Date :

Age :

Nom :

Fratrie :

Profession:

Situation familiale :

Raisons de la visite :

Antécédents médicaux :

Antécédents thérapeutiques :

Par qui êtes vous adressé(e) :

Début des troubles :

## Vos rapports avec la musique

Environnement musical de vos parents :

Environnement musical de votre enfance :

Musique pratiquée en dehors de l'école :

Quelle musique aimez vous le plus ?

Quelle musique détestez-vous ?

Commentaires personnels :



Nom :

Prénom :

Date :

**A** Quel est votre niveau d'anxiété par rapport:

	pas du tout anxieux			extrêmement anxieu		
	0	1	2	3	4	5
à la maladie	<input type="text"/>					
à la profession	<input type="text"/>					
à la famille	<input type="text"/>					
au futur	<input type="text"/>					

**B** Dans quelle mesure ressentez vous les sentiments ;

	Faible sentiment			fort sentiment		
	0	1	2	3	4	5
de culpabilité	<input type="text"/>					
de tristesse	<input type="text"/>					
d'espoir	<input type="text"/>					
de bonheur	<input type="text"/>					
d'amour	<input type="text"/>					

**C** Lisez attentivement chaque série de questions et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine écoulée.

Je me sens énervé(e) ou tendu(e)

<input type="checkbox"/>	la plupart du temps
<input type="checkbox"/>	souvent
<input type="checkbox"/>	de temps en temps
<input type="checkbox"/>	jamais

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'auparavant

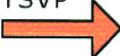
<input type="checkbox"/>	oui, tout autant
<input type="checkbox"/>	pas autant
<input type="checkbox"/>	un peu seulement
<input type="checkbox"/>	presque plus

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

<input type="checkbox"/>	oui, très nettement
<input type="checkbox"/>	oui, mais ce n'est pas trop grave
<input type="checkbox"/>	un peu mais cela ne m'inquiète pas
<input type="checkbox"/>	pas du tout

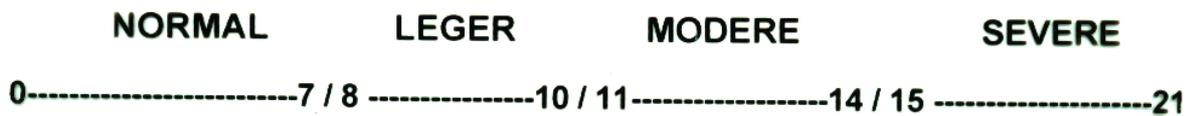
Je ris facilement et vois le bon coté des choses

<input type="checkbox"/>	autant que par le passé
<input type="checkbox"/>	plus autant qu'avant
<input type="checkbox"/>	vraiment moins qu'avant
<input type="checkbox"/>	plus du tout

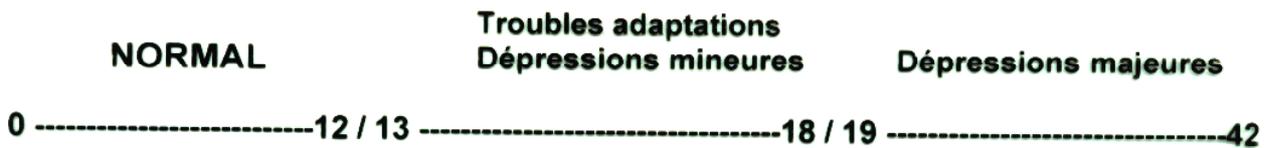
TSVP 

# INTERPRETATION

A ou D



A + D = T



**C** Lisez attentivement chaque série de questions et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine écoulée.

Je me sens énervé(e) ou tendu(e)

- A 3  la plupart du temps
- 2  souvent
- 1  de temps en temps
- 0  jamais

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'auparavant

- D 0  oui, tout autant
- 1  pas autant
- 2  un peu seulement
- 3  presque plus

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- A 3  oui, très nettement
- 2  oui, mais ce n'est pas trop grave
- 1  un peu mais cela ne m'inquiète pas
- 0  pas du tout

Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- D 0  autant que par le passé
- 1  plus autant qu'avant
- 2  vraiment moins qu'avant

TSVP

## Annexe 2

- 2 a) Le plan cancer : lancement de l'Institut National du Cancer ( INC )  
b) Discours de Dr Douste-Blazy sur l'Institut national du Cancer

### a) -Lancement de l'institut National du Cancer

#### Pourquoi l'Institut National du Cancer ?

Cette maladie tue 150 000 de nos concitoyens chaque année, le double peut-être dans vingt ans si la rapide progression tendancielle de ce fléau moderne se confirme. Ces projections sont également vraies à l'échelle de l'Europe et de la planète, car le cancer ne connaît pas de frontières, la France ne l'oublie pas. Pour lutter contre le cancer, il faut relever quatre défis majeurs :

- un défi de santé publique : combattre la première cause de mortalité en France,
- un défi scientifique : intégrer dans un schéma global et cohérent de prévention, de dépistage et de soin la multitude de connaissances et de découvertes accumulées jour après jour à travers le monde,
- un défi médical : assurer l'égalité d'accès à des soins de qualité, à une prévention et aux traitements les plus innovants dans un pays où la mortalité du cancer varie encore de 1 à 4 d'une région à l'autre, ce qui n'est pas admissible au regard de nos valeurs républicaines,
- un défi social : rendre leur pleine citoyenneté aux malades pendant et après la maladie, que ce soit en terme de soins d'accompagnement ou palliatifs, d'assurances et de prêts, voire d'emploi.

Devant l'ampleur de la tâche, le Président Jacques Chirac a signé la Charte de Paris sur le plan international en 2000 et a lancé le Plan Cancer en France en 2003. Quinquennal, ce Plan se déroule bien. Les délais sont respectés et il a déjà permis d'importants progrès sous la houlette de la Mission Interministérielle de Lutte contre le Cancer, de sa Déléguée Pascale Briand et de son équipe.

**Le Plan Cancer, ce sont déjà 1,8 millions de fumeurs en moins, la promotion du dépistage systématique du cancer du sein, la mise en place des cancéropôles, la diminution des délais d'attente pour une IRM, ou encore une meilleure prise en charge médicale et financière des patients, pour ne citer que ces quelques exemples.** Sur 70 mesures programmées, 20 sont déjà réalisées et 50 doivent encore l'être. Sur le seul exercice budgétaire 2003-2007, 1,5 milliard d'euros sont d'ailleurs mobilisés.

**Mais le cancer, pathologie multiforme, ne disparaîtra malheureusement pas en 2007, avec la fin du Plan Cancer : c'est pourquoi la loi a confié à l'Institut National du Cancer une mission pérenne, de grande envergure.**

### **3. Il harmonise l'effort de recherche en proposant et en finançant des actions de recherches interdisciplinaires**

Dans le domaine de la recherche, l'Institut National du Cancer n'a aucunement la mission de développer des capacités concurrentes à celles qui existent déjà (Inserm, CNRS et autres grandes institutions de recherche françaises). Il travaille en partenariat avec toutes ces structures pour éviter toute redondance et favoriser les complémentarités et les synergies.

**Son rôle est de définir une stratégie cohérente et coordonnée et de soutenir des programmes qui permettront de renforcer les recherches qui font le lien entre la paillasse des chercheurs et le lit des malades et ce par des financements supplémentaires et une évaluation indépendante, rigoureuse et objective des résultats.** Il dispose pour cela de budgets propres.

Concrètement : l'Institut National du Cancer va piloter les cancéropôles et servir de levier d'action pour la recherche fondamentale, la recherche clinique et la recherche « translationnelle » (transferts entre recherche fondamentale et recherche clinique). Il assure enfin la conduite opérationnelle et directe de certaines actions de recherche, notamment en sciences humaines et sociales.

## b) Discours de Dr Douste-Blazy sur l'Institut national du Cancer

[<< Accueil](#)

[<< retour au sommaire](#)



**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**  
**Cabinet de Philippe Douste-Blazy**  
**Ministre des Solidarités,**  
**de la Santé et de la Famille**

**Mardi 24 mai 2005,**  
**Paris**  
**Institut national du Cancer**

### **DISCOURS**

#### **Installation de l'Institut national du Cancer**

[Lire aussi le communiqué de presse.](#)

Monsieur le Ministre, Cher François  
Monsieur le Président, Cher David,  
Madame la Directrice Générale, Chère Christine Welty,  
Mes chers Confrères,  
Mesdames et Messieurs

Souvenez-vous, il y a un an, peu après mon arrivée à ce ministère, je vous ai présenté l'équipe de préfiguration de l'Institut national du Cancer, qui avait pour mission de travailler à sa création.

Nous voici donc – devrais-je dire enfin ? – réunis aujourd’hui pour l’installation de cet institut, et j’en suis très heureux.

Il traduit l’ambition du Président de la République de s’attaquer, pour la première fois au plus haut niveau de l’Etat, à une maladie, qui concerne des millions de nos compatriotes de toute situation sociale ou géographique.

Le Chef de l’Etat nous a montré la voie déjà lors des sommets mondiaux contre le cancer de 1999 et 2000, et le 24 mars 2003, en présentant les principales orientations du plan cancer, dont il a voulu faire l’un des trois chantiers prioritaires de son quinquennat.

Jacques Chirac avait alors insisté sur l’attente des patients qui, au-delà des traitements les plus efficaces, veulent bénéficier de plus d’écoute et d’humanité. Il a ainsi donné à la lutte contre le cancer de grands objectifs, une volonté de mobilisation de tous et un engagement sur les moyens consacrés à cette maladie.

La Mission interministérielle de lutte contre le cancer, dirigée avec talent et dynamisme par Pascale Briand, a élaboré le plan de mobilisation nationale contre le cancer que vous connaissez tous et commencé sa mise en application. Je suis très heureux de sa présence ici aujourd’hui et je la remercie chaleureusement pour le travail accompli, ainsi que tous ceux qui y ont contribué.

Ce plan comporte 70 mesures concrètes devant permettre, d’ici fin 2007, d’améliorer la situation en termes de prévention, de dépistage, de soins, d’accompagnement et de recherche.

Ces mesures sont progressivement déclinés dans toutes les régions de France depuis maintenant deux ans et nous en observons les premiers résultats.

1/ Tout d’abord il existe, pour l’ensemble de nos concitoyens, un net rééquilibrage en faveur de la **prévention et du dépistage**.

C’est un tournant historique, inscrit dans la loi relative à la politique de santé publique adoptée en août dernier.

*Dans le domaine de la prévention* – vous le savez – les mesures concernant le tabac, l’alcool et la nutrition montrent leur efficacité et nous pouvons nous réjouir de certaines avancées.

Nous avons enregistré près de deux millions de fumeurs en moins. Le tabac s’est ainsi « dénormalisé » ; il est moins accessible, notamment pour les jeunes ; et l’aide à l’arrêt du tabac s’est amplifiée...

La consommation d’alcool continue elle aussi à diminuer.

Par ailleurs, je suis heureux que le « Plan National Nutrition Santé » ait su déclencher une large mobilisation.

*Dans le domaine du dépistage :*

Les patients ayant une prédisposition génétique, ainsi que leur famille, ont désormais accès aux consultations d’oncogénétique, sur l’ensemble du territoire, dans des conditions comparables de qualité.

En outre, le dépistage individuel du cancer du sein est maintenant organisé dans tous les départements. Nous avons voulu, avec Xavier Bertrand, que cet acte de prévention soit exonéré du forfait de « 1 euro ». Nous avons souhaité instaurer, avec toutes les associations concernées, une journée nationale du dépistage du cancer du sein le 1er octobre.

Enfin, mes services travaillent également à la mise en place du dépistage généralisé du cancer colo-rectal.

2/ En 2005, le plan Cancer donne la priorité à la **prise en charge des patients**, qu'elle soit médicale ou sociale, et à leur accompagnement dans la vie quotidienne.

30 000 patients ont pu bénéficier du dispositif d'annonce de la maladie dans 58 établissements répartis dans 15 régions. Ce dispositif est en cours de généralisation.

L'hospitalisation et les soins à domicile se développent rapidement : 5 500 places étaient déjà installées en mars 2005, 1 700 devront encore l'être d'ici la fin de l'année. Nous atteindrons donc l'objectif prévu fin 2007 de l'ouverture de 8 000 places d'hospitalisation à domicile.

De plus, les consultations anti-douleurs sont maintenant accessibles dans tous les départements et nous avons atteint l'objectif d'une équipe mobile de soins palliatifs pour 200 000 habitants.

Nous avons mis en place l'organisation régionale des soins de recours dans chacune des régions, ce qui permet un égal accès aux soins innovants et coûteux sur tout le territoire.

3/ Enfin, les patients bénéficient depuis un an – n'est-ce pas, Cher Henri ? – d'une information facilement accessible grâce à la ligne Cancer Info Service, dont nous avons fêté le premier anniversaire le mois dernier. Les patients accèdent aussi plus simplement, et donc plus rapidement, aux **soins d'accompagnement pour leur vie quotidienne**. Je profite de ce moment pour remercier toutes celles et tous ceux qui apportent chaque jour leur soutien aux personnes malades, qu'ils soient professionnels, comme les nutritionnistes, les psycho-oncologues ou encore les assistants sociaux, ou qu'ils soient bénévoles.

Toutes les mesures déjà effectives que je viens de vous présenter brièvement figurent dans le Plan Cancer. Et l'installation de l'Institut national du Cancer que nous fêtons aujourd'hui en constitue la 70ème !

Cette structure unique permettra de coordonner les actions de lutte contre cette maladie, qui – je le rappelle – touche un homme sur deux, une femme sur trois et provoque 150 000 décès par an.

***Dès juillet 2004, un groupement d'intérêt public de préfiguration de cet institut a été mis en place avec pour mission essentielle d'élaborer la convention constitutive de cet organisme, en lien avec les partenaires publics et privés.***

***Le décret relatif à la création de l'institut a été publié le 3 mai 2005 ; la convention constitutive du groupement d'intérêt public est maintenant signée par l'ensemble des partenaires. L'arrêté approuvant cette convention est en cours de publication.***

Soixante-dix millions d'euros ont été affectés à l'Institut national du Cancer en 2005 et 80 millions le seront en 2006, pour atteindre 100 millions en 2007.

Cet effort financier considérable doit permettre à l'Institut de coordonner les actions de recherche, de prévention, de prise en charge médicale et d'accompagnement de la personne atteinte et de son entourage.

Avant de laisser la parole à mon ami, François d'Aubert, pour exposer les actions de recherche menées dans ce domaine, je voudrais préciser ce qui me tient à cœur pour l'avenir en tant que ministre de la santé, mais aussi en tant que médecin et patient potentiel.

Tous les moyens pour préserver des vies humaines, et en particulier celles de nos enfants, doivent être mis en œuvre rapidement.

Si le système de santé français est l'un des meilleurs au monde pour l'offre de soins, il reste encore hétérogène et perfectible pour la prévention.

L'Institut va poursuivre et accélérer la mise en œuvre du Plan cancer et prendre ainsi le relais de la Mission interministérielle de lutte contre le cancer.

David Khayat vous en présentera le calendrier et les modalités.

Je souhaite cependant, Cher David, que l'Institut privilégie particulièrement trois points :

- premièrement, le développement des dépistages organisés et de la prévention.

N'oublions jamais que de nombreux cancers sont évitables !

- deuxièmement, l'égal accès à des soins de qualité et à un accompagnement personnalisé. J'ai d'ailleurs signé il y a deux mois la circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie. Ce texte est issu d'une large concertation de tous les acteurs et traduit ma volonté de construire une organisation fondée sur la coordination, l'accompagnement, l'information et l'accès à l'innovation.

- et enfin, si nous pouvons aujourd'hui parler de guérison du cancer – et quel progrès formidable ! –, je souhaite qu'on s'adresse à toutes celles et tous ceux qui sont passés par l'épreuve et en sont sortis, à ces personnes bénéficiant d'une rémission depuis cinq, huit ou dix ans, sans rechute. Il nous appartient de mettre tout en œuvre pour ne pas rajouter l'injustice sociale à l'injustice de la maladie. Ces personnes ne sauraient être « pénalisées » d'avoir survécu, en étant privées d'accès aux prêts, aux assurances, à tout ce qui permet de poursuivre et de construire une vie normale.

Je vous remercie.



















