musique & santé

Musique à l'hôpital. Modalités, formes, enjeux

Didier Cohen-Salmon, médecin anesthésiste,
hôpital d'enfants Armand Trousseau, AP-HP

Il est question de partenariats, c'est-à-dire de collaborations et d'échanges. Au quatuor formé par le musicien, l'enfant, le parent et le soignant vient s'adjoindre un nouvel acteur, en la personne de l'institution musicale. Peut-être était-ce la voix qui manquait à l'ensemble. Cette entrée en scène signifie pour moi ceci : reconnaissance institutionnelle du fait que l'hôpital n'est plus un monde clos. Mais il est tout aussi artificiel d'isoler l'hôpital des autres institutions qui nous prennent en charge tout au long de notre vie. Les partenariats marquent un pas de plus : la reconnaissance par l'institution hospitalière comme par les institutions culturelles de l'existence et de l'importance de la musique dans le cadre de l'hôpital.

Le désir des artistes eux-mêmes n'a certainement pas été pour rien dans cette évolution. Ils ont été nombreux, et depuis plusieurs années, à vouloir sortir des circonstances habituelles de l'exécution musicale et à en prendre concrètement l'initiative. C'est plus qu'une mode, c'est une volonté de sortir de situations trop connues pour se risquer dans des lieux où rien a priori n'appelait leur présence.

Mais un partenariat, cela se fait à deux, au moins, et chacun a à faire un pas vers l'autre, ou vers les autres. Plus qu'aux formes et aux contenus de la musique, je voudrais m'intéresser à ce qui se produit aux interfaces entre ces différents acteurs de la situation musicale

C'est peut-être à l'aube de la vie, à l'aube des sens (Catherine Druon) que l'on peut le mieux saisir ce qui se joue. On sait que le bébé est dans le ressenti du langage bien avant d'avoir les moyens de s'exprimer avec des mots. Les psychanalystes travaillant au contact des très jeunes enfants nous ont montré comment l'observation attentive des manifestations corporelles du bébé peut nous donner petit à petit la clé de ses états intérieurs, en nous mettant au contact d'une pensée non verbale. Nos connaissances sur les communications précoces entre la mère et l'enfant, le babil enfantin, le baby-talk, et leur rôle dans l'accession du jeune enfant à la langue maternelle donnent à ces questions un regain d' actualité. Mais ne sommes-nous pas aussi à l'aube de la musique ?

Un bébé hospitalisé en néonatalogie, porté par sa mère, regarde intensément la musicienne qui lui chante : "Chagrin, chagrin, on dit qu'elle est malade, chagrin, chagrin, on dit qu'elle guérira ". L'attention de l'enfant est évidente. La vision de cette séquence filmée me suggère un échange muet où le bébé ferait naître chez l'intervenante l'idée d'une demande : " parles-moi de ma situation ". Elle y répond par une proposition musicale. Ce que ressent le bébé est en quelque sorte traduit par le musicien, si ce dernier possède non seulement la technicité indispensable, le répertoire toujours repris dans lequel tout enfant peut se

reconnaître, mais aussi la disponibilité mentale qui lui permet d'être comme une eau calme prête à accueillir toutes les vibrations. Ce qui est requis c'est une écoute bien particulière qui s'appuie sur la maîtrise et le " métier " du musicien, mais ne s'y réduit pas. Dans cette création partagée nous ne sommes pas bien loin du " squiggle " tel que le décrivait Winnicott ?

A plusieurs reprises j'ai pu constater combien la situation musicale favorisait l'expression des émotions de l'enfant, et surtout comment cette expression, quelle que soit sa forme, devenait un élément de la situation musicale. L'enfant apportait, sur le mode verbal ou non-verbal, un peu de son vécu, et la musique devait se faire discrète, un peu à la manière de la sanza du conteur africain, en contrepoint de cette prise de parole.

Ainsi la musique peut délimiter un espace immatériel de liberté. L'enfant (parfois les parents) y apporte les contenus qu'il tire de sa propre histoire, et que le musicien peut intégrer. Ainsi l'enfant se réapproprie ce qui lui arrive, aussi dramatique que cela puisse être. Il n'est plus simplement la victime passive d'un destin contraire, ou l'objet de soins qu'il ne peut refuser. Les ruptures subies ne sont pas supprimées, mais aménagées, ritualisées. L'enfant peut les vivre psychiquement.

Mais où commence le chant ? Celles-là même qui affirment de bonne foi " ne pas savoir chanter " se surprennent à le faire. Evidemment l'exigence qui consisterait à vouloir chanter comme on soigne, je veux dire de façon exacte, professionnelle, avec des effets nettement observables, est impossible et paralysante. Mais la réalité est plus riche que les schémas préétablis. Elle est faite de ces moments où la musique surgit d'une situation. Au bain quotidien des enfants brûlés l'infirmière accompagne instinctivement de la voix mi-parlée mi-chantée la prise de contact avec l'eau et l'endormissement anesthésique. " Celui qui parle, chante bien, celui qui chante, chante mal " professait-on à l'époque baroque. L'idéal toujours actuel d'un " chant d'une gracieuse nonchalance " nous ramène à ce parler-chanter, qui est la source même de l'expression musicale

De son côté, et dès les premières semaines de vie, le bébé reçoit la musique du langage, savoure les sons, les roule dans sa bouche, les fabrique, intègre la toux, les renvois à ses bruitages Il imite et répond à l'adulte et essaie de sortir un son dans la nuance et même dans la hauteur de la voix qu'il entend.

Mais la voix est un geste du corps, ce qui nous renvoie à notre gestuelle, et par là à un " savoir-être " qui est partie intégrante de la relation de soins. Mais ce serait un autre développement.

Tout cela est souvent subtil, éphémère, il faut traduire, et c'est pourquoi le travail avec les équipes soignantes est essentiel. Il est fait d'activité musicale partagée et de réflexion commune. Les musiciens qui interviennent à l'hôpital ont souvent du mal à faire partager ce qu'ils perçoivent. A eux d'assumer cette réflexion sur leur pratique, de contribuer à ouvrir les yeux et les oreilles. On ne " voit " bien que ce qui entre dans le cadre de pensée auquel on est habitué. Significatives sont les formules, recensées dans une thèse, qu'emploient les soignants témoins des interventions des musiciens : "il y a autre chose qui se passe", "le musicien saisit l'insaisissable", "il apporte un soutien impalpable" ; la musique, "fil invisible", occupe "l'espace de façon immatérielle". Autant de termes à l'opposé du langage médical qui privilégie ce qui est tangible, observable et quantifiable. Quand un médecin qui se réclame d'une démarche scientifique et d'un savoir laborieusement acquis est face à un phénomène qui lui échappe, cela peut être un vrai traumatisme. Ainsi un médecin-réanimateur constate, en situation musicale, des progrès chez un adolescent comateux qu'elle croyait au delà de

toute relation. Elle parlera d'une évolution "presque choquante", qui "malmène ses certitudes". "Là où j'avais fui parce que je ne savais pas comment appréhender une relation fondée sur d'autres supports que ceux auxquels j'étais accoutumée, parce que le dossier médical me paraissait sans espoir, d'autres faisaient merveille en répondant à l'invitation qui leur était faite de trouver d'autres vecteurs de relation : toilette, repas, blague, musique. Et des messages passaient".

Mais quand un cadre théorique ne rend pas compte d'une réalité, est-ce la réalité ou la théorie qu'il faut remettre en cause ? Cela pose la question du système de représentations qui gouverne nos pratiques médicales, plus précisément de la difficulté à reconnaître que le corps souffrant dont nous nous occupons ne se réduit jamais à un objet de soins. Le psychanalyste Lucien Israël l'exprime ainsi: "ce que méconnaît le médecin, c'est qu'en déclarant soigner le corps mortel de l'homme, qu'il appelle "l'être-pour-la-mort" il soigne en même temps le corps, support et champ des désirs vitaux de l'homme, "être-pour-la-jouissance". "Moi je suis un manuel, ne me parlez pas de cet enfant, sinon je ne pourrai plus l'opérer", déclare un chirurgien avant une opération délicate. Mais le déni produit d'autres effets : souffrance psychologique des patients, et en particulier des enfants dont on méconnaît les affects : peur, colère, tristesse, sentiment d'abandon ou d'impuissance; non-reconnaissance ou déni de la douleur; épuisement psychologique des soignants ; tentation de la toute-puissance thérapeutique

La médecine a beaucoup à dire sur la maladie, mais combien pauvre est le discours médical sur la santé. Celle-ci n'est définie qu'en négatif, par le fameux " silence des organes ". Définition non pas fausse, mais limitée. Elle ne vaut que si on se limite au fonctionnement organique. Mais vivre et fonctionner sont deux choses différentes. N'y aurait-t-il donc de choix, pour ce corps qui est nôtre, ou plutôt qui est nous, qu'entre le silence et la plainte ? Non la santé n'est pas silencieuse.

La difficulté est d'accepter ceci : nous sommes dans une situation fondamentalement différente de la situation de soins, en ceci que la musique que l'on fait avec et pour les enfants malades nous concerne aussi. Or toute la situation soignante que nous connaissons est fondée sur la séparation entre soignant et soigné. L'aiguille ou le médicament que nous faisons pénétrer dans le corps d'autrui ne pénètre pas dans le nôtre, et face au patient qui a mal nous savons que nous n'avons pas mal. La musique, parce qu'elle ne choisit pas ses auditeurs, attaque ce clivage, qui favorise l'efficacité technique mais pas nécessairement l'empathie. Elle peut faire naître chez certains soignants, peut-être un peu trop soi-niant selon la formule de Jacques Salomé, la crainte d'être soi-même impliqués dans un ressenti émotionnel trop fort. Le soignant doit accepter non seulement de toucher mais d'être " touché ". La musique avec l'enfant ne peut pas ne pas évoquer en nous notre propre enfance avec ses refoulements et ses souffrances.

Ainsi le partage de la musique est une des voies par lesquelles le médecin, le soignant peut redécouvrir l'intersubjectivité qui est au centre de toute relation de soins, et apprendre à en jouer. Qu'on le veuille ou non, on n'en fera pas l'économie. Le premier signe du syndrome d'épuisement des soignants, ce " burn out " aujourd'hui bien décrit, est l'inaptitude à entrer dans une relation personnelle avec le patient. Dans les services ou institutions trop inégalitaires, où les rapports de pouvoir sont trop contraignants, la musique ne peut trouver sa place, elle pourrait être vécue comme désordre. Mais n'est-ce pas le désordre même de la vie ?

Tout cela, bien sûr, n'est pas sans conséquence sur l'institution elle-même. Vient un jour où cela ne peut plus continuer en l'état, parce qu'à la base il y avait la négation du sujet parlant et désirant, et que cela n'est plus accepté. Pas étonnant que les premières contestations, les premiers changements soient venus, dès les années 70, de ces secteurs où l'intégrité du sujet humain est le plus clairement mise à l'épreuve : l'enfant, mais aussi la personne âgée, la pathologie mentale, le handicap. Ces années ont été marquées, en milieu pédiatrique, par l'entrée des familles avec les chambres mère-enfant, l'école à l'hôpital, l'arrivée des éducatrices de jeunes enfants. L'entrée des musiciens, mais aussi des clowns, conteurs, marionnettistes ou plasticiens a été au nombre de ces changements. L'accueil et l'information des patients, la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs ont bénéficié d'un regain d'intérêt.

L'hôpital a profondément changé, il change sous nos yeux et changera encore, mais on ne reviendra pas en arrière. A chaque génération, à chaque moment ses problèmes. En même temps que s'imposait la notion d'accueil, l'hôpital devenait technologique et secrétait toute une série de nouveaux lieux, facteurs de nouvelles ruptures. Notre défi présent est de les réhumaniser, d'y imposer (en douceur) la présence des artistes. Dans ce domaine le mouvement se prouve en marchant: on peut faire de la musique en pré-anesthésie, en soins intensifs, en chambre stérile, avec les patients comateux. La musique n'est pas un analgésique, mais Annie Gauvain-Piquard a montré dans son film " Tamalou " comment elle peut contribuer à l'examen de l'enfant douloureux.

Si elle fait bouger les corps, mais elle peut aussi contribuer à faire évoluer les rôles. Elle remet en question, le plus simplement du monde, la coupure artificiellement entretenue, dans notre culture, entre soma et psyché. Si le patient, enfant ou adulte, retrouve sa voix pour chanter, rire ou pleurer, il peut aussi s'en servir tout simplement pour parler. On n'a pas fini de découvrir ce que la musique peut apporter. Elle est un geste concret autour duquel peut s'articuler un projet de service qui se déploiera dans d'autres directions. Tout est lié. Il n'est pas étonnant que les services hospitaliers où l'on juge que la présence de l'artiste peut apporter quelque chose soient en général ceux qui se préoccupent d'accueil et de prise en charge de la douleur. Mais les autres ? Les jumelages et partenariats peuvent permettre de sortir de cette question un peu irritante : si la musique à l'hôpital est une bonne chose, pourquoi certains en bénéficient-ils, et pas d'autres ? N'y a-t-il pas là une question de justice, ou si l'on préfère, d'éthique ?