

---

Eddy Auger • t.s. • musicothérapeute •  
La Maison Michel Sarrazin • Sillery • Québec  
Courriel : soins@lmms.qc.ca

---

## **La musicothérapie, une résonance qui révèle la personne à elle-même**

**Eddy Auger**, travailleur social

**R**édiger un article traitant de la musicothérapie en soins palliatifs demande en premier lieu de bien définir ce qu'elle est et de quelle manière elle intervient tant sur le plan physiologique que psychologique. C'est pourquoi, dans un premier temps, il vous sera présenté un bref exposé des influences et des effets de la musique et de ses composantes au regard du système nerveux. La mise à jour des différentes recherches scientifiques sur l'emploi du son dans le traitement de certaines maladies nous permet de poser des bases précises sur le plan neurologique.

La musicothérapie est l'utilisation du son, des fréquences vibratoires et de la musique à des fins thérapeutiques, avec des individus ou des groupes, en vue de favoriser l'intégration de leurs aspects physiques, psychologiques et affectifs. En ce qui concerne les soins palliatifs, nous insisterons davantage sur l'utilisation de la musicothérapie à des fins de réduction de la douleur et de l'anxiété, associée à la relaxation profonde et au soutien que la musique peut offrir dans l'ouverture et l'expression des sentiments. Également, les deux formes de la pratique de la musicothérapie vous seront présentées, soit la forme active et la forme inductive.

Travaillant dans le domaine de la relation d'aide depuis une quinzaine d'années, principalement auprès de personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou physique, mon choix de la musicothérapie comme outil d'intervention privilégié s'est manifesté très tôt. Depuis, j'ai eu le privilège d'instaurer le Service de musicothérapie à l'unité des traumatismes crâniens du Centre François-Charon de Québec et d'y faire un travail clinique des plus enrichissants. Nous ne pouvons omettre de mentionner tous les deuils que ces personnes doivent vivre en raison des séquelles laissées par le traumatisme crânien : de la perte partielle ou totale du

fonctionnement de certaines parties du corps aux pertes neuropsychologiques, en passant, la majorité du temps, par une modification importante du fonctionnement psychologique de la personne.

Ma venue dans un milieu spécialisé de soins palliatifs en tant que musicothérapeute demeure nouvelle, bien que, depuis nombre d'années, j'aie eu le privilège d'accompagner des personnes en fin de vie. Cette démarche, d'abord personnelle pour tout ce qu'elle comporte, a été l'élément de motivation profonde aux études en musicothérapie. Entouré maintenant d'une équipe spécialisée en ce domaine, je pourrai mieux servir cette clientèle et évoluer dans un contexte riche en expériences humaines et professionnelles.

Depuis les temps les plus anciens, la musique, le son, le rythme ont toujours accompagné l'homme dans son évolution : musique d'incantations, de guerre, de réjouissances ou simplement l'expression de l'être dénudé d'artifices. Reprenant l'expression de Wagner : « Là où s'arrête le pouvoir des mots commence la musique ».

Il nous semble évident que la musique demeure un mode de communication non verbal qui permet de transmettre, recevoir ou comprendre un sentiment beaucoup plus subtilement que le langage. Elle suscite des états affectifs des plus diversifiés, et cela bien au-delà des barrières culturelles ou spirituelles de l'homme.

Elle révèle l'individu à lui-même tout en faisant surgir dans la conscience des émotions refoulées dans l'inconscient, tout en contournant les censures du moi et du surmoi qui empêchaient leur irruption dans le conscient.

Qui de nous n'a jamais vécu une expérience musicale au sens de se « laisser prendre » par une musique à un moment précis, dans un état d'être quelconque, ou au contraire de réagir fortement par l'intolérance, voire même le rejet de cette même musique ? Comme l'a bien démontré le docteur Benenzon, psychiatre et fondateur de l'École de musicothérapie à l'Université de Sao Paulo, au Brésil, chaque individu a sa propre identité sonore appelée ISO, tout comme il a sa propre personnalité

formée d'un ensemble de traits. Évidemment, l'homme étant en perpétuelle évolution dans son ensemble, l'identité sonore connaît également des modulations sonores différentes, mais cependant toujours en lien très étroit avec la vie affective ou psychique de l'être.

### **Aspects neurophysiologiques de la musique**

---

Ce n'est que vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle que commencèrent les premières expériences scientifiques portant sur les effets physiologiques des ondes sonores. Ces effets ont été mesurés quantitativement.

Hermann Von Helmholtz (1850), physicien et physiologiste allemand, a découvert le rôle des harmoniques dans le timbre des sons<sup>1</sup> et a mesuré la vitesse de l'influx nerveux. Il inventa la théorie des battements stipulant que, lorsque deux sons sont produits simultanément, un troisième son apparaît et que c'est la différence des fréquences qui produit un battement comportant un caractère agréable ou désagréable. Vers les années 1880, Casimir Colomb observait dans son livre intitulé *Musique employée dans le traitement de l'aliénation mentale* que la musique a, sur les sentiments, les idées, l'état de santé de l'homme, une influence incontestable.

Au XX<sup>e</sup> siècle, Raoul Husson (1950), chercheur scientifique et physiologiste, a démontré par des exemples scientifiques la fausseté de la théorie des battements comportant un caractère agréable ou désagréable décrite par Helmholtz. Selon Husson, ces battements modifient le timbre. Lui et ses collaborateurs se sont donc tournés vers la physiologie nerveuse pour trancher ce difficile problème de la perception des sensations agréables et désagréables. À la suite de travaux remarquables sur le diencephale, il fut en mesure de fournir une explication.

Le diencephale, appelé également cerveau intermédiaire et plus précisément l'hypothalamus, est le siège des états affectifs et des nuances de l'humeur. Les travaux scientifiques effectués par Husson et ses collaborateurs chez les animaux de race supérieure et, par la suite, chez l'homme, ont mis en évidence la fonction diencephale. Husson a démontré de façon plausible l'ascension physiologique que la musique subit

---

1. Timbre : qualité particulière du son (Petit Larousse, 1998).

depuis l'oreille à travers le cerveau, jusqu'à l'étage suprême, le niveau cortical, lorsqu'il a étudié les enchaînements harmoniques qui intéressent à la fois le plan de l'affectivité et le plan intellectuel. De cette expérience, Husson a constaté qu'une musique jugée agréable stimule surtout le parasympathique, et une musique désagréable l'orthosympathique.

Toutes ces expériences ont permis de démontrer pour la première fois que l'esthétique musicale doit respecter la physiologie de l'oreille au cerveau<sup>2</sup> et qu'elle met en jeu des mécanismes transformateurs considérables impliquant même, finalement, toute la personnalité consciente et inconsciente de l'homme.

Les recherches de Husson et P. Fraise, notamment, ont mis en évidence le caractère multiforme et synthétique de l'émotion musicale agissant sur la motricité, la vie végétative et sur le cortex cérébral. Ces recherches s'étant intensifiées principalement en Europe et aux États-Unis, il est devenu possible de localiser dans le cerveau le siège des différents éléments composant la musique.

L'esthétique musicale se voit assujettie à une structure par étages : l'étage bulbaire répond au rythme, l'étage de l'encéphaline procure la coloration émotionnelle qui confère le caractère agréable ou désagréable et qui fait de la musique un langage affectif autonome, et enfin l'étage cortical où les sensations musicales s'unissent à tous les éléments intellectuels possibles, évoquant des souvenirs visuels, des associations imaginaires et conventionnelles.

Le son et le mouvement, qui sont des phénomènes tout à fait primitifs dans l'évolution de la personne, entrent en fonction au même moment où le cerveau limbique ou cerveau des émotions entre lui aussi en fonction. Ainsi, les bases du langage musical sont intégrées bien avant celles du langage proprement dit. Comme le cerveau limbique renferme le siège affectif de l'individu en plus des bases du langage musical, nous pouvons agir de façon plus spécifique sur les zones fonctionnelles de notre système nerveux sensible à l'émotion et aux sons.

---

2. En partant de l'oreille jusqu'au centre neurologique du cerveau.

D'autres développements en neurophysiologie ont permis d'établir que l'image impulsionnelle, le stimulus sonore parvient simultanément au thalamus et au cortex entre lesquels il existe un mécanisme d'aller et retour, un balancement. Cette liaison directe entre les centres thalamiques permet ainsi de comprendre pourquoi il est possible d'entrer en contact avec des personnes ayant rompu la relation verbale au cours d'un épisode confusionnel, dépressif ou autistique. Leur cortex ne réagissant plus aux stimuli habituels semble être court-circuité au profit du thalamus qui devient ainsi le centre principal de perception. Ainsi, nous pouvons agir sur le thalamus pour stimuler indirectement le cortex et permettre ainsi à la personne de sortir de son isolement. L'intervention se situe au centre de contrôle de l'émotivité, c'est-à-dire le thalamus.

Enfin, des localisations cérébrales du sens de la musique ont été également élaborées à partir d'études récentes, de données cliniques et expérimentales, et en particulier d'examen d'opérés du lobe fronto-temporal droit. Nous pouvons confirmer aujourd'hui que le langage musical est éminemment bilatéralisé cérébralement, que les fonctions qui le contrôlent se sont structurées à partir des zones de l'hémisphère droit et complémentaire dans l'hémisphère gauche, et cela, bien avant le langage parlé<sup>3</sup>.

Ainsi, en ce qui concerne les éléments qui constituent la musique, il est maintenant devenu possible de leur accorder une détermination précise sur le plan cérébral et d'en connaître les effets physiques et psychologiques.

- 1. Le rythme :** correspond à l'étage bulbaire, cœur de la musique, action directe sur le corps et les émotions.
- 2. La tonalité :** correspond à l'étage diencephalique, fréquence vibratoire spécifique, produit des effets physiques et psychologiques bien déterminés.

---

3. C'est-à-dire que le langage musical se structure d'abord dans l'hémisphère droit et se complète dans l'hémisphère gauche.

3. **La mélodie** : correspond à l'étage cortical, combinaison des rythmes, tonalités, déclenche des émotions, sensations, images et impulsions. Elle influe fortement sur le système nerveux, la respiration, la circulation et toutes les fonctions vitales.
4. **L'harmonie** : correspond à l'étage cortical, produit par la superposition de diverses notes formant les accords.
5. **Le timbre** : correspond à l'étage diencephalique, diversité des sons et de structure des différents instruments musicaux ; déclenche des réactions émotionnelles spécifiques.

Considérant toutes ces recherches et découvertes scientifiques riches et essentielles à la compréhension des mécanismes cérébraux qu'engendre l'emploi de la musicothérapie, la musique demeure le langage des affects, l'expression intime de l'âme.

La multitude de réponses émotionnelles, affectives et spirituelles qu'elle suscite relève de l'essence propre de l'homme et de son vécu en entier.

### **Application en soins palliatifs**

---

La musicothérapie consiste en l'utilisation du son, des fréquences vibratoires et de la musique à des fins thérapeutiques, avec des individus ou des groupes, en vue de favoriser l'intégration de leurs aspects physique, psychologique et affectif.

En soins palliatifs, cette approche peut offrir deux formes d'aides : psychologique et physiologique, par le biais des deux techniques inhérentes à la musicothérapie, c'est-à-dire la forme active et la forme réceptive (Jost 1990). Les objectifs poursuivis visent principalement à :

1. diminuer la douleur et l'angoisse associée ;
2. favoriser une ouverture à la communication ;
3. permettre et faciliter l'expression des sentiments ;
4. apporter un aspect créatif dans un contexte de maladie.

En musicothérapie active, la personne, même sans connaissance musicale, improvise sur des instruments simples tels l'autoharpe, les petites percussions, les claviers, la voix, accompagnée du musicothérapeute. Cette forme active très utilisée en psychiatrie permet l'expression et la libération de certaines émotions dans un contexte non verbal, donc moins menaçant psychologiquement pour la personne. Cette improvisation, création musicale, permet de faire un lien entre l'intériorité et l'environnement ; elle ouvre une fenêtre intérieure qui permet la communication et l'expression du vécu, tout en brisant l'isolement souvent présent.

Également, cette expression active redonne à la personne un certain pouvoir, un certain contrôle à l'égard de la situation vécue. La musique peut être un élément positif et créatif dans un contexte où la personne est envahie par la maladie.

« L'expression est l'expérience créative renouvelée, elle soigne l'âme » (Munro, 1982). Il est important de pouvoir donner au lieu de recevoir. Improviser sur un instrument implique le partage de sa musique avec les autres (famille, personnel soignant). Elle permet de continuer à vivre au lieu d'attendre la mort ; elle élargit les horizons rétrécis par la maladie.

En musicothérapie réceptive, la personne est amenée dans un climat de calme et de respect à auditionner des pièces musicales choisies par elle et le musicothérapeute. Cette application demande à l'intervenant d'avoir fait au préalable un inventaire, un bilan musical de la personne, c'est-à-dire connaître le genre de relation qu'elle entretient avec la musique, ses préférences musicales, ses « habitudes musicales » : aller au concert, au spectacle, acheter des disques, pratiquer ou non un instrument de musique. Ce bilan nous permet d'accroître notre capacité d'intervention. De plus, nous pouvons explorer davantage et de façon beaucoup plus précise grâce au test de réceptivité accompagné de la grille des réactions psychoaffectives. Cependant, cette mesure d'évaluation n'est pas requise, puisqu'il ne s'agit pas, en soins palliatifs, d'amorcer un processus thérapeutique de suivi.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que l'influence psychologique de la musique peut être une expérience très intime et très personnelle. C'est la raison pour laquelle l'emploi de la technique réceptive demande au musicothérapeute d'intervenir dans une dimension élargie, globale de la personne. Ce travail ne peut accorder ses bienfaits que dans le respect, la sensibilité, l'intuition et l'humilité. La personne s'accorde à et avec la musique sur le plan qui lui convient, approprié<sup>4</sup> à sa personnalité, son intellect, son besoin ou son désir ; la musique s'accorde superficiellement, émotionnellement, intellectuellement ou en intimité profonde. « La musique devient ce qu'elle est, seulement à travers celui qui l'entend » (Munro 1982). Le rôle essentiel du musicothérapeute est d'accompagner la personne dans son cheminement.

L'écoute de pièces musicales provoque des souvenirs, des associations. Elle permet l'identification et la réimpression des moments précieux de la vie. Elle permet le partage des sentiments (les chansons parlent au lieu de la personne). Elle sert de support pour faciliter l'expression des sentiments. Elle peut améliorer la qualité d'être psychique de la personne. La musique grégorienne a ce pouvoir de créer un dérivatif dans l'espace-temps, c'est-à-dire qu'elle centre l'individu au cœur de sa propre essence, pour ensuite favoriser le sentiment d'être partie intégrante du tout. Elle permet de restaurer une unité que le malade a souvent perdue en raison de la maladie.

La diffusion d'une musique choisie peut créer un climat, une atmosphère de chaleur, d'intimité et de dignité favorisant une sécurité psychologique pour la personne et ses proches. Elle favorise l'intégration du moment vécu sans menacer personne, tout en offrant une autre dimension de la mort. C'est la raison pour laquelle l'échange verbal n'est pas nécessairement obligatoire après l'audition musicale. Seule la personne demeure maître de ce que la musique signifie à travers elle. Ainsi, la musique ouvre la voie au monde émotionnel, mais la personne demeure libre de prendre contact ou non avec ce ressenti.

---

4. En harmonie, en accord avec sa personnalité.

Le choix des genres musicaux, des timbres et des sonorités demeure propre à chacun. Cependant, en ce qui concerne l'application où des effets physiologiques sont recherchés (réduction de la douleur, régularisation du rythme respiratoire, création d'un état d'hypovigilance), la connaissance de l'influence du son et des fréquences vibratoires sur le cerveau devient un apport important, ainsi que la connaissance de l'impact psychologique des différents instruments de musique.

En soins palliatifs, la musicothérapie demeure une approche personnelle, un vécu propre à chacun rendu possible dans la mesure où elle est intégrée dans l'équipe des soins, et cela en raison de la complexité du contexte des soins palliatifs. « Chaque fois que nous pensons avoir fait notre possible, il reste toujours quelque chose à faire, c'est-à-dire aimer et encourager un acte de confiance en notre propre nature » (Stephen Levine).

## Bibliographie

---

AUGER, Eddy. *Mémoire de fin d'étude en musicothérapie*, Centre international de musicothérapie de Paris-France, juin 1995.

BENENZON, Rolando. *Théorie de la musicothérapie à partir du concept de l'ISO*, coll. A.M.B., Éditions du non-verbal, France, 1992.

DESPINS, Jean-Paul. *La Musique et le Cerveau*, coll. Musique/Passé/Présent, Mayenne, Université de Montréal EPC, 1986.

JOST, Jacques. *Équilibre et Santé par la musicothérapie*, Éditions Albin Michel, S.A., Paris, 1990.

LEVINE, Stephen. *Qui meurt ? Une investigation du processus conscient de Vivre et Mourir*, Éditions Le souffle d'or, France, 1991.

MUNRO, Susan. Oxford. *Textbook of Palliative Medicine*, 1982.

VAILLANCOURT, Guylaine. *Soins palliatifs - Musicothérapie*, Extrait de la conférence de presse de la Fondation Palli-Ami, Hôpital Notre-Dame, Montréal, 1991.