

---

Johanne de Montigny, M.A. Ps. • Psychologue • Centre universitaire de santé McGill • Service de soins palliatifs • Hôpital général de Montréal • Courriel : jo.de.montigny@videotron.ca •

---

## La musicothérapie : instrument relationnel en soins palliatifs

### *Entrevue avec Deborah Salmon\**

Johanne de Montigny

La musicothérapie est une discipline plus ou moins bien connue mais en voie d'expansion parmi la gamme des services offerts en soins palliatifs. La musique thérapeutique peut symboliser une nourriture psychique, produire une cure spirituelle, jeter un baume médicinal. Mais la musique, comme toute autre méthode thérapeutique, ne convient pas à tous ; l'établissement du contact avec la personne triomphe de la technique.

L'Association de musicothérapie du Canada est née en 1975. Dès lors, le médecin qui a instauré les soins palliatifs en milieu hospitalier, le Dr Balfour Mount, n'a pas tardé à découvrir les bienfaits de la musique appliquée dans un milieu interdisciplinaire grâce à son contact avec Susan Munro qui lui a fait connaître et apprécier la nouvelle pratique. Visionnaire et sensible aux recours artistiques combinés à la médecine, Balfour Mount a vite été convaincu de l'importance de la musicothérapie et de son utilité. Conjointement avec Susan, il a mis en place les fondements de cette approche destinée à soulager la douleur physique et à apaiser la souffrance globale des malades en phase terminale et il en a constaté les premiers bienfaits. En 1976, Balfour Mount et Susan Munro signaient un premier article dans le *Canadian Medical Association Journal* ; ce document a fait l'objet de questionnements, de curiosité et de scepticisme, et il a été à l'origine de découvertes. Le sujet a suscité des réactions controversées

---

\* Deborah Salmon est musicothérapeute à l'Unité de soins palliatifs de l'Hôpital général de Montréal, au Centre Universitaire de santé McGill. Courriel : deborah.salmon@muhc.mcgill.ca

entre le désir de pousser la formule plus à fond et l'incrédulité parce que les mérites de cette thérapie étaient trop peu connus. Aujourd'hui, Susan Munro travaille en Suisse. C'est une conférencière de calibre international.

À l'Université du Québec à Montréal, un programme de formation en musicothérapie a vu le jour en 1985. L'Université Concordia de Montréal avait aussi démontré un certain intérêt en offrant des cours d'initiation à la musicothérapie, alors que la Faculté de musique de l'Université McGill proposait un cours biennal d'introduction à la musicothérapie. À l'époque, le programme de baccalauréat en musicothérapie à l'UQAM a été considéré comme novateur au Québec et le programme de maîtrise était offert à l'Université Wilfrid Laurier en Ontario. À ce jour, seuls nos voisins du Sud offrent le programme de troisième cycle.

La musicothérapie s'est principalement fait connaître en gériatrie, en pédiatrie, en milieu scolaire, en psychiatrie et de plus en plus dans les différentes structures de soins palliatifs. La profession étant encore jeune, elle offre un potentiel qui ne cesse de grandir et plusieurs milieux gagnent à y recourir comme outil relationnel. À ce jour, l'Association québécoise de musicothérapie compte une centaine

de membres ; 45 d'entre eux sont accrédités et 10 parmi ces 45 travaillent en soins palliatifs. Par ailleurs, l'Association canadienne compte approximativement 480 membres dont 30 sont accrédités à titre de musicothérapeutes.

Le Service de soins palliatifs de l'Hôpital général de Montréal abrite un lieu de fin de vie qui, malgré le spectre de la mort, dégage une atmosphère tonifiante autour des grands malades, de leurs très proches et des soignants. À l'intérieur de cette alcôve bien spéciale, souvent, la note musicale entre en résonance avec les uns et les autres dans une visée relationnelle. La musique vibre dans le cœur de l'homme, son écho évoque un souvenir, elle officialise le rendez-vous qui sera parfois le dernier.

C'est avec ravissement que j'ai exploré l'impact de la musicothérapie, cette science et cet art d'établir le contact selon l'approche de ma collègue qui, depuis nombre d'années, travaille auprès de patients pour qui les jours sont comptés.

Je trace ici le portrait d'une femme, Deborah Salmon, que l'on peut considérer comme une pionnière en cette matière au Québec.

Ses études de premier cycle lui ont valu un baccalauréat en musique

(interprétation à la flûte) acquis à l'Université du Manitoba. Seul un diplôme en musicothérapie était offert au Collège Capilano de Vancouver. Deborah était à la recherche d'études avancées quand elle a découvert que l'Angleterre et les États-Unis offraient des programmes universitaires correspondant à ses aspirations. Elle a penché pour New York et y a vécu pendant quatre ans.

C'est à la New York University que Deborah a complété une maîtrise en musicothérapie, en 1982. Simultanément, elle a appliqué ses connaissances à une clientèle en particulier : les personnes souffrant de déficience intellectuelle également affectées par des désordres psychiatriques. Cette expérience lui a confirmé son choix ultérieur de travailler auprès d'adultes capables d'intégrer le processus thérapeutique, objectif auquel n'avait pu répondre le premier groupe.

Par l'intermédiaire de l'Association de musicothérapie du Canada, elle a par la suite repéré l'annonce d'un poste disponible à l'Hôpital Royal Victoria de Montréal. Susan Munro avait été la première au Canada à exercer à titre de musicothérapeute dans cette unité hospitalière de soins palliatifs, suivie d'Eugène Bereza,

aujourd'hui bioéthicien au Centre universitaire de santé McGill. Ainsi, en 1984, Deborah Salmon allait-elle devenir la troisième musicothérapeute en poste depuis l'ouverture (1975) de l'unité hospitalière en soins palliatifs à l'Hôpital Royal Victoria de Montréal.

Deborah Salmon exerce son métier de musicothérapeute depuis plus de 20 ans. Elle se présente au chevet des grands malades, propose son aide, ses services, ses talents et son instrument, la flûte, sa façon originale de tendre la main à celui ou à celle qui, à petit feu, perd la force de verbaliser l'expérience du mourir. Il préférera accorder son souffle à une mélodie, prêter son oreille à un souvenir, exprimer son émotion par le truchement d'un son, découvrir le lien dans un rapport musical. L'approche dont il est ici question favorise particulièrement la créativité, la liberté et l'inspiration du moment.

Avant d'entrer dans le vif de la présente entrevue, Deborah souligne que la toute première Association américaine de musicothérapie est née en 1950, peu après la Seconde Guerre mondiale. Les musicothérapeutes avaient à l'époque et dans ce contexte particulier exploré et mis de l'avant cette nouvelle méthode d'intervention clinique.

***Deborah, peux-tu nous dépeindre ton propre développement musical ?***

Je suis la benjamine de trois filles. Mes sœurs ont suivi des leçons de piano obligatoires dans notre famille ; or, malgré mon jeune âge, j'insistais auprès de ma mère : « Puis-je, moi aussi, apprendre à jouer du piano ? » Mes parents ont d'abord cru que je voulais tout simplement imiter mes grandes sœurs ; toutefois, ils m'ont donné la possibilité d'emprunter les 20 dernières minutes de leurs leçons.

J'ai débuté à l'âge de 5 ans ; finalement, j'ai été la seule des trois à désirer poursuivre les leçons et à démontrer un grand intérêt pour la musique. Je n'ai pas vraiment révélé des aptitudes particulières, mais j'éprouve un amour incontestable pour la musique. À 13 ans, je découvrais la flûte.

***Pourquoi la flûte ?***

Puisque je possédais quelques notions en musique, on voulait m'apprendre à jouer du hautbois, beaucoup plus difficile que la flûte. Toutefois, après avoir assisté à quelques concerts, j'ai constaté que les joueurs de hautbois rougissaient en

jouant de cet instrument et je ne voulais pas vivre un tel inconvénient. Ma sœur aînée possédait une flûte, nous jouions pour le plaisir à la maison. Je n'aurais pas choisi la flûte à tout prix, mais l'instrument m'était tout simplement accessible.

***Tes parents étaient-ils musiciens ?***

Ma mère jouait du piano ; elle aimait chanter, elle avait de l'harmonie, du rythme, mais elle n'était pas musicienne. À la maison, nous écoutions de la musique variée au quotidien. Mes parents nous amenaient régulièrement au concert, et j'aimais surtout observer les musiciens en train d'accorder leur instrument. Cette cacophonie m'excitait, j'anticipais la suite. J'aimais aussi danser ; déjà à 4 ans, je voulais apprendre à danser. Mes parents m'amenaient voir des ballets, mais je ne restais pas en place. Ma mère m'installait alors en retrait et je m'exécutais librement.

***Quels ont été tes mentors ou tes sources d'inspiration par la suite ?***

Indubitablement, Balfour Mount et Susan Munro. Les deux ont été ma principale source d'encouragement. Sans l'initiative du D<sup>r</sup> Mount, je n'aurais pu entreprendre mon métier dans un

contexte aussi inspirant et, sans l'engagement initial de Susan, la musicothérapie n'aurait pas connu un essor aussi rapide au Québec.

***Comment l'équipe dont tu fais partie perçoit-elle la musicothérapie ?***

Les membres de la première équipe avaient évolué en côtoyant cette dimension. À mon arrivée, je n'ai pas eu besoin de faire mousser la musicothérapie, ni de convaincre la majorité de ses bienfaits. D'ailleurs, une phonothèque existait déjà dans le service ; il ne me restait qu'à bien l'utiliser. Autant la direction du service que l'équipe multidisciplinaire se montraient enthousiastes et réceptives à la musicothérapie. Certains se disaient plus touchés que d'autres, c'est normal. Parmi les infirmières, une ou deux n'hésitaient jamais à faire connaître ma spécialité aux patients. Quand un membre de l'équipe était témoin de mon travail, il le proposait d'emblée à d'autres patients qui lui semblaient aptes à recevoir ma visite, à profiter de cette approche.

***Le soulagement de la douleur, est-ce là la contribution majeure de la musicothérapie ?***

La douleur, comme nous le savons aujourd'hui, entraîne à la fois une réaction physique, psychologique, émotionnelle et spirituelle ; elle atteint différentes facettes de l'être. Par exemple, sur le plan physiologique, on peut aider un patient à mieux respirer, à s'apaiser, à se détendre par le truchement de la musicothérapie.

Sur le plan psychologique, un des avantages de la musique consiste à aider à affronter les peurs en créant une ambiance sécurisante, là où la relaxation et la visualisation peuvent se greffer, et, dans certains cas, à les transcender. La musicothérapie peut aussi donner le sentiment de reprendre une forme de contrôle ou d'autonomie en déplaçant l'attention ailleurs que sur l'intensité de la douleur, en regagnant le rythme dans sa façon de respirer. Elle peut aussi contribuer à réduire les tensions et, par le fait même, la pression occasionnée par la douleur. L'imagerie qui accompagne cette technique peut stimuler le patient à créer ses propres images en remplaçant les représentations angoissantes par des figures

pacifiantes. On peut alors parler de déblocage de la douleur, de sa circulation ou d'une certaine capacité pour la personne de la déloger de son foyer lancinant.

D'un point de vue spirituel, la musicothérapie peut délivrer l'être de son extrême solitude dans la maladie. Mais avant tout, dans sa démarche, la musicothérapeute veut donner préséance à la compassion, à la liberté et à l'établissement du lien pour ensuite introduire l'apport de la musique.

*Lorsque la situation est pertinente, tu invites le patient à mettre des mots, les siens, sur une mélodie. Cela pourrait, par exemple, lui permettre d'exprimer, dans un langage subtil, ses sentiments ou ses préoccupations que, jusque-là, il gardait peut-être sous silence. Mais la réalité multiculturelle de notre clientèle, sa langue, ses références et ses expressions propres sont parfois très particulières. N'est-ce pas là tout un défi, comme intervenante, d'aborder l'autre avec ses limites et ses possibles qui ne sont pas forcément repérables au premier contact ?*

C'est vrai, avec les années, notre population et son profil continuent de changer, de se diversifier, de se multiplier sur le plan ethnique et culturel. Les critères d'admission en soins palliatifs visent désormais un séjour dit terminal dans une structure palliative ; ainsi, l'admission du patient concorde généralement avec l'imminence de sa mort. Cela dit, mon approche se veut à la fois spécifique à chaque individu et universelle relativement au potentiel que peuvent déployer un très grand nombre de patients. Il s'agit d'abord, et peu importe sa culture, d'explorer si le patient a l'énergie et le désir d'entreprendre une démarche, même brève, avec moi. Je devrai m'ajuster avec souplesse à la fluctuation de son état, de son humeur, de son ouverture à collaborer ou à sa décision de ne pas donner suite.

Dans mon travail, je cherche à évaluer le sens de la musique pour le patient, à explorer les souvenirs que celle-ci évoque en lui, à comprendre les émotions qu'elle suscite chez l'un et chez l'autre. Plusieurs moyens s'offrent au patient, et je cherche surtout à obtenir son engagement, s'il le veut et s'il le peut, afin de maximiser ses ressources internes encore disponibles. Quand un patient souhaite jouer d'un

instrument, il peut alors improviser et, au gré de son état, à sa manière, exprimer sa tristesse ou sa colère, ou sa joie profonde, ou ses peurs. La musique inspire et permet parfois de créer une ambiance, une parole, un moment, un contact ou une issue symbolique à la maladie.

*Je pense à ce film que tu as tourné en 1999, un très beau document éducatif sur la musicothérapie et qui s'intitule : Sur les ailes de la musique<sup>1</sup>. Nous te voyons à l'œuvre au chevet des malades et tu nous fais la démonstration de ce que tu partages ici avec nous. J'ai été frappée par cette patiente qui, sur une musique instrumentale « Quand le soleil dit bonjour aux montagnes », compose spontanément des mots associés à ses images intérieures ; elle dit : « Je la rendrais (la chanson) romantique, je la mettrais belle », et elle compose des mots d'amour et d'espoir. Toi, tu l'accompagnes tout en l'invitant à poursuivre sa réflexion. Dans son lit, elle semble détendue, elle fait danser son petit chien de compagnie et on la croirait presque heureuse malgré la mort qui la taraude.*

La patiente était remuée par des souvenirs familiaux ; sa mère chantait cette chanson, elle a retrouvé dans la mélodie un certain réconfort, une nourriture affective. À ce stade, elle avait relâché ses défenses, c'est pourquoi elle était ouverte à l'exercice. Cet état l'a disposée à collaborer et à créer ses propres mots ; par le truchement de cette expérience, on pourrait conclure à son désir de maintenir une forme d'espoir – les souvenirs heureux et le recours à une force suprême par la métaphore de la montagne.

La réceptivité à la musicothérapie varie d'un patient à l'autre. Plusieurs réagissent en me disant : « Je n'ai aucun talent artistique ou musical, je ne saurais comment faire. » Je leur précise alors qu'il ne s'agit pas de réaliser des performances, mais bien de trouver une musique qui leur convient. Beaucoup de patients optent pour une chanson ou une pièce musicale qu'ils peuvent associer à un moment de leur vie, soit parmi les œuvres que je leur offre sur place, soit une pièce puisée à même leur mémoire. Je tiens à le préciser : qu'il s'agisse d'une chanson existante, d'une composition spontanée de la part du patient, d'un refrain que l'on fredonne ensemble, d'un instrument qui se trouve dans les mains du patient ou de notre écoute

simultanée d'une mélodie reposante, la musique offre un contenant dans lequel le patient peut déposer des tranches de sa vie sans pour autant s'exposer totalement. La musique agit comme un intermédiaire; elle peut mettre en sons ou en mots ce que la personne a vécu ou vit maintenant. La musique devient alors porte-parole, messagère ou version de ses propres expériences. Une communication articulée par la musique est perçue par plusieurs comme beaucoup moins menaçante que la confidence. Souvent la musique attise les émotions et les pensées. Elle permet au patient, et à son rythme, de les exprimer verbalement.

***Y a-t-il une mélodie,  
un chant ou une chanson  
que les hommes ou les femmes  
choisissent plus souvent  
que d'autres ?***

C'est très individuel, mais il arrive souvent qu'on me demande l'*Ave Maria* de Schubert qui, par ailleurs, pour d'autres, serait trop émouvant à entendre; il peut faire penser à la mort puisqu'on l'entend lors de funérailles autant que dans les mariages. En anglais, *Amazing Grace* est souvent choisie; elle peut susciter une charge d'émotions tout comme une bouffée d'espoir.

Le multiculturalisme offre différentes représentations. La musique peut, par exemple, rappeler son pays de souche, agir momentanément comme un outil de contact avec son peuple, connecter à sa langue maternelle. Avoir ce sentiment à la fois fugace et profond d'être en lien avec ses origines, voilà un formidable moyen de rejoindre le patient étranger aux confins de sa vie.

***Certaines cultures sont-elles  
plus sensibles à la musique  
que d'autres ?***

Il me serait difficile d'affirmer une seule réponse à cette question, car tout évolue, tout change, nos réalités actuelles ne sont pas fixes. Il y a une dizaine d'années, j'aurais été portée à dire que pour la génération des aînés ou chez les Grecs, les Italiens ou encore chez les Juifs orthodoxes, le temps du mourir était décrit et vécu comme un temps lugubre. Or, dans leur esprit, la musique étant associée à un moment de plaisir, à ce stade quelques-uns l'auraient considérée comme inappropriée. Néanmoins, j'ai en tête des exceptions qui viendraient contredire ce qui précède.

***Quelles sont les autres raisons  
qui incitent certains patients  
à refuser la musicothérapie ?***

Rappelons que ce service doit être offert et non imposé, car la liberté de choisir est cruciale en termes de qualité de vie du patient. Le refus peut s'expliquer à cause du moment qui n'est pas opportun, parce que le patient attend un visiteur ou encore peut-être doit-il rester disponible pour un test médical. D'autres se sentent trop malades pour établir un nouveau contact, ils sont nauséux ou dans un état de fatigue extrême. Ou certaines personnes ne sont tout simplement pas touchées ou intéressées par la musique, ce n'est pas important dans leur vie. Il peut aussi s'agir d'un problème de surdité.

Vient un temps où le patient se retire, son existence se rétrécit et l'absence de la musique fait partie de son dépouillement ; la crainte que la musique soulève trop d'émotions alors que le patient aspire au détachement ultime fait appel au silence. Je saisis bien ce besoin de retrait et de silence, et je l'honore.

***Est-ce parfois difficile pour toi  
de te faire refuser ton aide ?***

Non, pas du tout. Ce l'était à mes tout débuts. Mais l'important, c'est de bien comprendre que ce qui est bon pour l'un ne l'est pas forcément pour l'autre et que le silence porte une valeur aussi grande que la musique. Parfois, c'est la famille qui refuse. Le patient accepte et sa famille rétorque : « Je ne crois pas que ce soit bon pour lui, pas maintenant. »

***Comment réagis-tu  
dans ces circonstances ?***

Je redonne le pouvoir au patient en lui mentionnant, avec un brin d'humour : « Vous êtes le patron ici, alors vous avez droit à toutes les options. » J'essaie de composer avec les dynamiques familiales, mais si le conflit est manifeste, je reviens à un moment où le patient est seul.

***As-tu déjà accompagné  
un musicien mourant ?***

Un jour, un grand pianiste de concert était alité dans notre unité. Je me souviens de ma timidité à l'aborder, de l'effort pour ne pas sous-estimer mon potentiel musical

en mesurant son talent de maître. J'ai repris mes objectifs en main avec un souci : Comment puis-je agrandir la qualité de fin de vie de cet homme ? Comment l'aider ? Et j'ai procédé avec lui tout naturellement, comme avec d'autres patients, en évaluant ses goûts pour la musique, son intérêt ou son désir de s'engager dans ce genre d'approche. Était-ce réconfortant ou, dans son cas, trop pénible compte tenu de sa perte ?

Qu'il s'agisse de musiciens de talent, de formation ou qu'il s'agisse de néophytes, le mystère existe en chacun. On ne sait pas. Rien ne doit être tenu pour acquis. Un musicien, tout comme un non-musicien, pourrait refuser l'approche musicale, même présentée sous un tout autre angle, ou la redécouvrir en fin de vie. Pour tous, je me pose deux questions fondamentales : Puis-je lui être utile de quelque façon ? Et comment pourrais-je adapter mes services en tenant compte de la personnalité et du vécu de cette personne ?

Je me souviens d'un autre musicien ; la meilleure chose que je pouvais alors faire pour lui était de lui procurer un ensemble de haut-parleurs afin d'y relier son propre équipement pour qu'il puisse écouter ses pièces préférées avec une qualité de son appréciable. Sans plus.

***Est-ce que les hommes,  
autant que les femmes,  
favorisent ton approche ?***

Je ne m'étais jamais posé la question ; je n'y ai jamais pensé. Instinctivement, je suis portée à croire que les femmes penchent davantage pour ce genre d'intervention. Je n'en suis pas certaine, c'est une impression que je ne puis valider.

***Personnellement, dans mon travail  
de psychologue, j'ai été frappée par  
l'absence de larmes chez le patient  
malgré sa tristesse en fin de vie.***

***Est-ce là ton expérience ?***

Non, ce n'est pas mon constat. Très souvent les patients ont pleuré au son de la musique. Je disais souvent, à la blague : « Ou bien j'endors les patients à cause de la relaxation qui l'accompagne, sinon je les fais pleurer à cause des émotions qu'elle suscite. » La musique s'inscrit dans le vécu de l'autre, dans ses souvenirs autant que dans son deuil anticipé. Prenons l'exemple d'un couple, l'accompagnant et l'accompagné ; il m'arrive de leur demander : « Y a-t-il une musique sur laquelle vous aimiez danser ? Très souvent, ce moment soulève leurs larmes. Au commencement de mon travail, il y a bien

longtemps, j'avais la fâcheuse habitude de leur dire : « Oh ! pardon, je suis désolée. » Mais avec le temps, j'ai appris que le patient n'avait pas besoin de prendre soin de moi et que mon rôle visait à le soutenir dans son chagrin. Après les larmes viennent les paroles. C'est un processus, étape par étape.

***Dans une autre séquence du film  
Sur les ailes de la musique,  
j'ai été touchée par cette femme  
qui souffrait de sclérose latérale  
amyotrophique.***

Prisonnière de son corps, la patiente ne pouvait pas parler ; elle communiquait à l'aide d'une baguette attachée à sa tête, lui permettant ainsi de pointer des lettres détachées afin que nous décodions les mots à voix haute, au fur et à mesure. Exceptionnellement, elle est restée à l'unité pendant des mois ; ainsi, nous avons eu le temps de développer et d'approfondir notre relation. Elle apprivoisait sa mort en parallèle avec sa croissance intérieure, spirituelle. Je parle ici d'une dame tout simplement remarquable.

Elle était poétesse, musicienne, chanteuse d'opéra, elle avait joué du violoncelle, elle méditait, elle était

porteuse d'une joie profonde. La richesse de son intériorité avait creusé un espace de créativité. Durant son séjour, elle a été pour moi un professeur, un modèle. C'est même elle qui m'a encouragée à témoigner de mon travail dans le film *Sur les ailes de la musique*. Je craignais que la caméra ne soit intrusive, j'avais tendance, trop peut-être, à protéger les patients. Mais avant de solidifier notre relation ou d'obtenir sa pleine confiance, j'ai pu apprendre à la connaître, un luxe en soins palliatifs.

***Tu semblais très à l'aise avec cette  
dame lourdement handicapée.***

Il ne faudrait pas croire que cela a été facile dès les débuts. Lorsque je n'arrivais pas à saisir ses sentiments ou sa pensée à cause de son incapacité de parler, nous ressentions assurément de la frustration. Il m'arrivait souvent de me tromper dans l'interprétation de ses pensées. Elle me le signifiait sans détour. Elle m'a appris à dépasser les malaises, mes peurs, à ne pas fuir, à accueillir ses limites tout comme les miennes. Elle souriait, elle riait, elle émettait des sons, son regard était vif. Parfois, nous terminions notre rencontre par l'écoute d'une musique classique. C'était formidable.

***Autant d'expériences sur le terrain te permettent d'accueillir et de former des stagiaires en musicothérapie. Tu en as reçu plusieurs jusqu'à maintenant, non ?***

Une quinzaine peut-être. Oui, ces étudiants reçoivent une formation solide avant de se diriger vers un travail qui n'est pas suffisamment connu, peu rémunéré et, quand il l'est, c'est grâce à la direction de soins palliatifs qui trouve un salaire dans des enveloppes gérées par la fondation de l'hôpital. Notre service n'est pas perçu comme essentiel dans les structures hospitalières. Toutefois, certains musicothérapeutes parviennent à créer un poste, à faire leurs preuves ; ils innovent et exportent ailleurs ce qui fonctionne ici.

***Quels sont aujourd'hui leurs principaux lieux de travail ?***

Je suis fière de dire que mes deux dernières stagiaires travaillent dans les milieux de soins palliatifs. Cela laisse entrevoir une ouverture pour le futur. Aux États-Unis, la musicothérapie est très développée dans les milieux médicaux, et nous allons vers cette même direction. Au Canada, la musicothérapie se trouve principalement

en soins palliatifs, en psychiatrie et en gériatrie. Il y a également une percée du côté des enfants autistiques, handicapés ou inscrits dans des programmes spéciaux. Dans ces principaux secteurs, où la clientèle varie, la musicothérapie s'implante et remporte des résultats positifs.

***Tu as un réel respect pour la diversité des profils humains et pour la variété de leurs choix. Quelle est la musique qui te touche plus personnellement ?***

J'ai une oreille ouverte pour la musique classique, par exemple la musique de Bach. Si je veux me détendre, j'écouterai les suites pour violoncelle seul de Bach. Bach a donné un tel sens à la musique, c'est absolument magnifique. Le violoncelle demeure mon instrument préféré. J'ai même spécifié cette musique dans mon testament ; je voudrais qu'elle soit entendue lors de mes funérailles.

Mais je dois dire que j'aime plusieurs styles de musique. Au-delà de ma formation en musique classique, j'apprécie le jazz et j'adore les rythmes de la musique latine. Pleine de vie ! Je ne suis pas particulièrement attentive aux mots d'une chanson, je m'attarde davantage à la mélodie. Il m'arrive

souvent de favoriser le silence à la maison ; puisque la musicothérapie représente mon travail, le silence m'offre aussi du repos.

***Ton travail t'amène parfois à voyager.***

***Peux-tu nous parler de ton séjour au Japon ?***

Quel beau souvenir ! C'était en l'an 2000. J'étais invitée pour deux jours d'enseignement dans un hôpital de Tokyo. Ce fut extraordinaire de me trouver à mi-chemin au bout du monde, devant un peuple accueillant et ouvert, même si les Japonais ont la réputation d'être un peuple réservé et très poli, même s'ils ne laissent pas facilement voir leurs émotions.

***Qu'est-ce que tu retiens de cette expérience ?***

Le premier cadeau, c'est ma rencontre avec une musicothérapeute japonaise formée aux États-Unis, Rika Ikuno. Nous avons donné un concert en joignant les deux cultures, en jumelant la musique orientale et la musique occidentale dans une maison de soins palliatifs au Japon. C'est d'ailleurs Rika qui a traduit la version japonaise de mon document *Sur les ailes de la musique*.

Voici comment je suis arrivée là-bas. J'avais d'abord rencontré le Dr Hinoara à Montréal lorsqu'il est venu visiter notre unité et, parce qu'il était un partisan de la musicothérapie au Japon, je lui avais candidement lancé : « Comme j'aimerais venir au Japon et faire valoir la musicothérapie ! » Il m'a prise au mot. Il a réservé un billet d'avion et m'a invitée dans son pays. J'ai reçu une lettre de sa secrétaire mentionnant le projet du Dr Hinoara. Il souhaitait que je présente la musicothérapie devant une cinquantaine d'observateurs japonais déjà initiés à cette discipline. Ce n'était pas ma façon habituelle de travailler, c'est-à-dire de m'exécuter d'emblée avec un patient devant un aussi grand groupe. J'avais avant tout l'habitude de rencontrer le patient dans son cadre de vie, d'explorer son potentiel pour ce genre d'approche, d'établir le contact, de construire le lien.

J'ai donc posé la condition de rencontrer au préalable la patiente avec qui j'allais travailler devant le groupe. La veille de la démonstration pédagogique, j'ai établi un premier contact avec elle et, en guise d'accueil, elle m'a fait entendre la musique de James Galway parce qu'elle savait que je jouais de la flûte. C'était là sa façon cordiale de me recevoir. Accompagnée d'un interprète, je me demandais tout

le temps comment j'allais mettre la musicothérapie au service de cette patiente tout en l'enseignant aux Japonais. En fait, elle aimait beaucoup écouter sa musique préférée sur disques compacts, mais elle n'était pas vraiment intéressée à s'engager dans une expérience musicale spontanée. Qu'allai-je faire ? La situation inusitée me rendait anxieuse.

Le jour suivant, il a été convenu que cette patiente serait conduite dans la salle en fauteuil roulant ; elle ne se sentait pas bien. Les cinquante observateurs, le Dr Hinoara et d'autres invités du monde médical attendaient patiemment la démonstration clinique. Le Dr Hinoara m'a facilité la tâche en l'interviewant d'abord sur l'importance de la musique dans sa vie, faisant référence à son écoute régulière de disques compacts, puis il s'est tourné vers moi pour continuer l'entrevue. Je lui ai dit : « Vous êtes dans une situation unique. On se trouve rarement devant une cinquantaine de musicothérapeutes. Est-ce qu'il y a un chant ou une pièce musicale que nous pouvons vous offrir ?

Si Dieu existe, il était vraiment présent ce jour-là. Elle a bien voulu collaborer. Nous étions alors dans une chapelle. « J'aimerais entendre le n° 54 dans le livre des hymnes », manifesta-

t-elle. Tout le monde a tourné les pages jusqu'au n° 54, et la traductrice m'a informée qu'il s'agissait du thème de l'amitié. Et tous commencèrent à chanter en japonais : « What a friend we have in Jesus. » La patiente est devenue radieuse. Je souriais à la pensée que j'étais juive et que je me trouvais dans un pays essentiellement bouddhiste, essayant de faciliter l'interprétation d'un hymne chrétien ! Voilà un exemple du mystère et de la beauté de la musique qui rallie les peuples et les religions.

*J'imagine la scène et je tente  
de mesurer tout ce que tu as vécu.  
Un moment exceptionnel, non ?*

*Deborah, le fait d'être juive,  
par exemple, facilite-t-il ton  
entrée dans la chambre  
d'une patiente juive ?*

Bien entendu, on ne peut faire fi de la solidarité d'un peuple, les références culturelles et historiques étant au rendez-vous. Mais le partage avec les autres cultures offre également des possibilités extraordinaires en termes de créativité. De plus, d'autres affinités peuvent rapprocher, par exemple le fait d'être une maman, si la patiente a des enfants, ou d'avoir le même âge que celle-ci sont des éléments qui peuvent donner du sens à une rencontre.

***En quoi la variété des croyances  
et les religions multiples  
peuvent-elles t'influencer  
dans le contexte de ton travail ?***

La diversité culturelle, l'aspect multiconfessionnel, la multiplicité des croyances rendent mon travail encore plus stimulant, plus intéressant. C'est tout simplement fabuleux d'explorer la complexité humaine sous tous ses angles. J'aime le dénominateur commun qui nous unit tous, le besoin de sécurité, de soins, de proximité humaine, et j'aime tout autant les particularités de chacun, les exceptions, les caractéristiques de chaque peuple, l'originalité de chaque individu. Et à la fin, il n'y a plus de différences, il n'y a plus de catégories ; à elle seule, la mort nous rend égaux. En soins palliatifs, je deviens nomade et j'explore le paysage de chaque personne.

***Tu es aussi allée en Inde...***

Le travail en soins palliatifs m'incite continuellement à la réflexion existentielle. Au bout d'une période de cinq ans, j'ai habituellement besoin d'élaborer un projet dans ma propre vie. Avoir un enfant, faire un voyage, prendre une année sabbatique, réfléchir, écrire. Par moments, la mort m'affecte et me porte

à transposer la situation des autres en la mienne et me pousse à dire : « Qu'est-ce que la mort m'apprend à travers le mourir des patients ? Si j'étais dans le lit du mourant, qu'aurais-je à dire à propos de ma vie ? » Je ne voulais pas m'entendre parler de regrets, d'insatisfaction ; je voulais avoir réalisé certains de mes rêves comme celui d'aller un jour en Inde et au Népal.

Or, depuis l'adolescence, je rêvais de faire du *trekking* dans l'Himalaya et je tenais à avoir des enfants. J'ai fait ce merveilleux voyage et j'ai simultanément entrepris ma première grossesse. J'ai vécu la conception de mon enfant au Cachemire comme une expérience spirituelle. Le travail en soins palliatifs pousse à faire des choix de vie que je n'aurais peut-être pas actualisés autrement.

***Cette conscience de la mort  
ne rend-elle pas triste à la longue ?***

Triste, peut-être, emplie de gratitude, surtout. Le travail auprès des mourants, la mort de mes parents, mon évolution personnelle, enfin chacune de ces expériences me conscientise et me porte vers la recherche d'un sens à donner à ma vie. Mon travail me fait

parfois craindre ma propre mort, mais le plus souvent, il me fait apprécier la vie. C'est une chance de pouvoir continuer.

***As-tu ce qu'on appelle  
la passion du métier ?***

La passion vient et va. Parfois, j'en ai assez et j'envisage la possibilité de faire autre chose. À d'autres moments, je suis persuadée que c'est le plus beau métier que je puisse exercer. Travailler en équipe, approfondir la relation, découvrir l'originalité des êtres, y associer la musique, comme c'est plaisant ! Les patients m'enseignent à composer avec l'inconnu, l'imprévu. J'appréhende parfois d'entrer dans une chambre et de trouver le patient mort. Puis je recommence. Le prochain va-t-il accepter mes services ? C'est tout un défi, c'est à la fois difficile et formidable. Je privilégie également ma formation continue en relation d'aide, une corde additionnelle à mon violon, car je dois composer avec de nombreuses variables dans mon travail, la fréquence des nouvelles admissions et des départs attribuables à la mort, les rencontres brèves et parfois troublantes, l'intensité du moment.

***Est-ce qu'il t'est arrivé de jouer  
de la flûte lorsque le patient  
était à l'agonie ou même  
s'il venait tout juste de mourir ?***

Cela m'est arrivé à plusieurs reprises. Je m'assure avant ce stade terminal que le patient l'aurait souhaité, que nous avons déjà établi un lien aussi avec sa famille. Le moment est toujours très touchant. Le travail du trépas se fait dans un mouvement de lâcher-prise graduel, et j'ai parfois l'impression intérieurement de tenir le rôle d'une sage-femme. Par ma présence, je cherche surtout à donner du réconfort jusqu'au dernier souffle. Puis, je joue encore un peu, mais pas longtemps, afin de redonner l'espace intime à la famille. Par ailleurs, et particulièrement quand un patient meurt seul, il m'arrive de jouer dans les minutes qui suivent sa mort. Si la famille est à son chevet, je m'assure que ma présence ne sera pas intrusive ou inappropriée. Dans ce métier, il est important de bien sentir les choses, de développer sa sensibilité et son intuition. Mais quand c'est possible et indiqué, la musicothérapie s'arrime à la respiration, même laborieuse, du mourant et l'atmosphère se prête à ce moment ultime et sacré.

***Est-ce là le moment le plus précieux dans ton travail ?***

Non, pas forcément. D'autres moments peuvent être aussi précieux que les derniers. Par exemple, si j'ai l'occasion d'accompagner un malade qui souffre d'anxiété, j'aime mettre tous mes efforts à son service en vue de troquer son état fébrile contre une plus grande paix. J'utilise, par exemple, un instrument appelé « le tambour de mer » ; il s'agit d'un tambour dont la peau dégage le son de la mer. Quand un patient joue de cet instrument, il entend le bruit des vagues et ce son pacifie, sans exception. Le son évoque une imagerie de bord de mer, de vacances, de repos, de sécurité et d'infini. Cet horizon nous rappelle la force de la nature, la force de l'existence et nous transpose dans un espace de beauté.

Il m'arrive aussi d'inviter le patient à laisser sa biographie, sa musique préférée ou ses derniers mots soit sur ruban magnétique, soit sur DVD, en bâtissant avec lui un document tel un album de photos, et aussi des textes qui l'ont touché ou qui l'inspirent, des lettres à ses proches, un legs qui pourrait consoler sa famille en deuil par la commémoration de souvenirs précieux.

***En terminant, Deborah, aimerais-tu ajouter quelque chose à notre entretien ?***

Oui, peut-être une dernière remarque. La conscience que la musique représente les multiples facettes de la nature humaine – la relaxation, l'expression spirituelle ou amoureuse, un souvenir précieux – revêt à mes yeux la force d'une prière.

***Ta remarque me fait penser à un couple de parents dont l'enfant est présentement dans le coma et, tout naturellement, au rythme de leur accompagnement, ils entrent en résonance avec leur fille en lui chantant les berceuses du temps de son enfance. Cette scène confirme l'adage que « chanter, c'est prier. »***

Merci beaucoup pour cette entrevue musicale ; elle donne le ton et du sens à la Vie.

## Notes

---

1. *Sur les ailes de la musique*, document éducatif sur DVD ou VHS, réalisé par Garry Beitel. Pour en obtenir un exemplaire, vous pouvez vous adresser aux Productions Beitel/Lazar : garrybeitel@videotron.ca

## Récentes publications de Deborah Salmon

- 2005 “Ultimate Journeys: Clinical Internship in end-of-life-care”. In C. Dileo & Loewy (Eds.), *Music Therapy at the End of Life*. Cherry Hill, N.J.: Jeffrey Books.
- 2003 “Death and the Music Therapist: coping with ongoing loss and suffering”: *Canadian Journal of Music Therapist*, Vol. 10, No. 1.
- 2001 “Music therapy as psychospiritual process in palliative care”: *Journal of Palliative Care*, Vol. 17, No. 3.
- 2001 “Guest Editorial: Moments musicaux. With M. Rykov”, *Journal of Palliative Care*, Vol. 17, No. 3.