



« Une musique sur le fil », expérience clinique d'une musicothérapie en service de néonatalogie

Sophie Boucheix

Musicothérapeute, Aurillac.

Résumé

Du silence de l'observation à la musicalité d'une séance partagée avec le bébé né prématuré et ses parents, la musique tire et tisse patiemment son fil au sein d'un service de néonatalogie. La musicothérapie, dans ce contexte, fait du son et de la musique sa matière et son socle, se densifiant et s'enrichissant par touches et couches successives. La musique est plurielle et puise ses fondements dans un archaïsme sonore où il s'agit de faire naître le son du prolongement du souffle, où l'ostinato se transforme en mélodie des voyelles, en jeux des intervalles, créant ainsi une architecture sonore propre à la composition musicale.

Si le sonore est une stimulation ajustée et adressée au bébé et à son entourage, elle devient un espace de rencontre où les sons et mots se côtoient pour structurer le temps, lui redonner une cohérence quand tout est chaos.

La chanson du prénom ou la berceuse font le lien avec l'histoire familiale et réinvestissent du sens, créant également un espace du possible, une enveloppe sonore de la symbolisation, de la représentation. C'est une musique incarnée pour cet être en devenir qu'est le bébé né prématuré. Au travers de trois vignettes cliniques, ces différents paramètres musicaux vont prendre corps et sens. L'enveloppe musicale sera celle de la contenance, de la structuration, de l'alternance, de l'interaction et de la créativité. La démarche du thérapeute va être questionnée au travers d'une musique à chaque instant réinventée, dans la temporalité de l'« ici et maintenant » et au travers des temporalités successives que constitue le processus de soin.

De cette composition musicale le musicothérapeute tentera de créer les conditions d'une possible résonance.

Mots clefs

Musicothérapie ; néonatalogie ; enfant prématuré ; parentalité ; soins de développement.

Abstract

From the silence of observation to the musicality of a session shared with the premature baby and his parents, the music pulls and patiently weaves its thread in a neonatology department. Music therapy, in this context, makes sound and music its material and its base, densifying and enriching itself by touches and successive layers. The music is plural and draws its foundations in a sonic archaism where it is a question of creating the sound of the extension of the breath, where the ostinato is transformed into a melody of the vowels, into intervals games, thus creating a sound architecture specific to the musical composition.

If the sound is a stimulation adjusted and addressed to the baby and his entourage, it becomes a meeting space where sounds and words come together to structure the time, give it a coherence when everything is chaos.

The song of the first name or the lullaby make the link with the family history and reinvest sense, creating also a space of the possible, a sound envelope of the symbolization, the representation. It is an incarnated music for this being in the making which is the baby born premature. Through three clinical vignettes, these different musical parameters will take shape and meaning. The musical envelope will be that of the capacity, structuring, alternation, interaction and creativity. The therapist's approach will be questioned through a music reinvented at each moment, in the temporality of the "here and now" and through the successive temporalities that constitute the process of care.

From this musical composition the music therapist will attempt to create the conditions for a possible resonance.

Keywords

Music therapy; neonatology; premature infant; parentality; developpemental care.

« Une musique sur le fil », expérience clinique d'une musicothérapie en service de néonatalogie

Introduction

La musicothérapie en service de néonatalogie inscrit le sonore et la musique au cœur d'une relation sensible et singulière avec le bébé né prématuré. C'est une musique « sur le fil » qui va naître de cette rencontre avec un bébé fragile, né trop tôt, et en même temps un être en devenir.

A la rencontre de ce « bébé funambule », en équilibre sur le fil de la vie, la musique se structure et se déploie comme matière, support, soutien possible du bébé dans son processus de vie, dans son développement physique, physiologique, psychique, et relationnel.

Créant un « espace-temps » autre, dans un contexte de naissance et d'hospitalisation parfois synonyme de chaos et de sidération dans le vécu des parents, la musique que tisse le musicothérapeute va évoluer dans une nécessaire répétition et variation de l'identique et du différent.

Du silence de l'observation à la naissance du son, de la stimulation auditive au jeu musical, du « bain sonore » à la composition autour des intervalles, en passant par le « peau à peau sonore », la chanson du prénom ou bien la berceuse ; le musicothérapeute n'en finit pas de réinventer le sonore. C'est par une écoute attentive et renouvelée que le musicothérapeute va s'accorder au bébé, soucieux de ce qu'il lui donne à voir et à entendre, s'ajustant à son rythme et à sa capacité à recevoir.

C'est une musique de « dentelle » que doit tisser le thérapeute, suffisamment délicate, contenante et stimulante, ouvrant un possible espace sonore de rencontre. C'est un objet sonore structurant et assimilable pour le bébé et son entourage en tant qu'objet interne, créant une résonance pour chacun une fois la séance terminée.

La démarche clinique amène à poser des éléments théoriques, et des démarches de prises en charge possibles. Plusieurs vignettes cliniques viendront étayer ces données théorico-cliniques faisant de l'expérience musicale et thérapeutique

auprès du bébé prématuré une rencontre unique, où la musique peut s'exprimer dans un grand dénuement, dans le prolongement de la respiration notamment, mais également offrir au bébé un bouquet de sensations capables d'étayer ses perceptions, une palette de couleurs, de nuances, d'intonations. La musique sera une présence à l'autre, où le son peut ainsi recréer du sens.

Musique et temporalité

On ne peut questionner le sonore et la musique auprès du bébé né prématuré sans prendre en compte la temporalité singulière qui lui est donnée à vivre lors de sa venue au monde et lors de son hospitalisation en service de néonatalogie.

La naissance d'un bébé prématuré et le vécu de l'hospitalisation sont deux paramètres qui font effet de rupture dans le déroulement même du vécu temporel, à la fois du bébé et de ses parents.

C'est une rupture pour le bébé dans son processus de développement physiologique dont résulte un état d'immaturité plus ou moins prononcé en fonction du degré de prématurité : immaturité pulmonaire, cardio-vasculaire, digestive, hépatique, de son système neuro-central.

C'est une rupture pour le bébé avec le monde sonore intra-utérin. Il passe d'un espace protégé, feutré, bercé par les sons organiques de sa mère, la fluidité de la voix maternelle et les sons extérieurs filtrés, à un univers sonore « exposé » qu'il ne devrait pas entendre à ce stade de développement, doublé de la perte d'identités rythmiques intra-utérines.

Cette confusion temporelle peut s'inscrire aussi dans le vécu émotionnel et psychique des parents. La naissance prématurée doublée de l'hospitalisation ou/et de la séparation de la maman avec son bébé à la naissance peuvent mettre certains parents dans un état d'anxiété poussant à la sidération, l'effroi, la perte de repère. Le bébé peut être ressenti par ses parents comme

étant « ni dedans, ni dehors », dans un espace-temps non identifié, sans réel déroulé temporel sous la forme d'un « avant-pendant-après ».

L'espace-temps de l'hospitalisation en service de néonatalogie peut accentuer cette désorganisation temporelle en empêchant la possibilité de se repérer, de s'ancrer dans un vécu tangible car compréhensible, intégrable, déchiffrable. C'est à la fois un temps suspendu aux résultats des examens, des prises de sang... et le temps de l'urgence (de sauver de survivre, de prendre du poids...). Le temps de l'hospitalisation est aussi vécu comme un temps qui n'en finit pas, où l'acceptation de chaque nouvelle étape de vie peut paraître une éternité. Qui plus est les parents peuvent avoir du mal à se projeter dans l'avenir comme ils ont du mal à fantasmer ce bébé, à le signifier dans le présent et dans l'avenir.

Or, c'est dans un espace temporel hors norme que la musique du thérapeute va s'inscrire comme tentative de restructuration du temps.

C'est bien à partir de cet état des lieux temporel, multiple et complexe, que le musicothérapeute va créer un espace musical, une matière sonore propice à la rencontre et à la relation. Face à ce temps figé, suspendu ou chaotique, l'enveloppe sonore que le musicothérapeute va tisser au fur et à mesure de sa prise en charge sera une tentative de réguler, de réorganiser le temps, en lui redonnant du sens et une direction.

La musique comme processus de maturation

Table rase sonore ?

La création sonore et musicale du musicothérapeute, lors d'un suivi en service de néonatalogie, se compose à partir d'un environnement déjà investi par certains sons : couveuses, alarmes, respirateurs, incubateurs, déplacements des chariots de soin, les voix des soignants.

Les équipes soignantes sont de plus en plus vigilantes à diminuer le « bruit » généré par le

matériel médical. Les démarches des soins de développement et notamment du Nidcap (Programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement)¹ contribuent à une amélioration significative des paramètres sonores agressifs pour le bébé né prématuré.

Les sollicitations auditives, olfactives, visuelles sont néanmoins constantes pour un enfant né prématuré hospitalisé et tout à fait différentes de ce qu'elles auraient été dans le cas d'une naissance à terme. Certaines stimulations peuvent donc être considérées comme stressantes pour le bébé prématuré.

Si le musicothérapeute peut tout au moins contribuer à accompagner les équipes dans cette prise en compte d'un environnement sonore le moins hostile possible pour le bébé, il ne peut en faire l'impasse lors de sa prise en charge.

Il n'y a donc pas de page blanche sur laquelle le thérapeute pourrait écrire sa partition musicale. L'inspiration musicale ne vient pas d'une nécessaire abstraction du contexte sonore préexistant, d'une table rase sonore.

Il s'agit de composer à partir de ce fond ou tapis sonore quotidien.

Le musicothérapeute le prend en compte, l'accepte (dans la mesure de l'acceptable néanmoins) tout en créant un autre espace, celui du musical et de la relation par le sonore.

Maturation du bébé et composition sonore

Malgré sa fragilité et son immaturité, le bébé prématuré s'inscrit dans une dynamique de vie, dans un devenir. Il est également en capacité de recevoir le sonore puisque son système auditif est fonctionnel à partir du cinquième mois de grossesse.

La musique du musicothérapeute va ainsi suivre ce processus de vie pour faire vivre le sonore, le faire évoluer en synchronie avec les étapes de maturation du bébé.

Cette musique inscrite dans ce processus dynamique doit tracer une histoire, une direction,

¹<http://www.nidcapfrance.fr/>

réinjecter du sens et du contenu possible pour le bébé et ses parents.

L'état de vie du bébé et de ses parents doit être un fil conducteur pour la musique du thérapeute car elle est un espace partagé, ajusté en fonction des capacités à recevoir du bébé, en fonction de ses réactions, en fonction de la disponibilité du parent.

Le musicothérapeute s'ajuste *a fortiori* sur le rythme du bébé, ce qui définit une forme de tempo. La durée des séances sera de 10 à 20 minutes en moyenne, en fonction de l'état de présence du bébé. La fréquence et le renouvellement des séances sont souhaités. Cette fréquence et cette régularité inscrivent dans le processus thérapeutique une rythmicité qui peut favoriser l'alliance avec les parents, un espace de relation avec le bébé. Cette rythmicité va structurer le temps de chacun, faire de la musique créée par le thérapeute une musique attendue, reconnue, retrouvée.

Une musique incarnée

De la présence à la vie du bébé, le musicothérapeute répond par une présence musicale incarnée, emprunte d'écoute, de disponibilité à l'autre.

Le support ou l'outil que je privilégie pour incarner cette musique est la voix chantée.

Elle est cette membrane suffisamment souple et malléable pour permettre d'être au plus proche des réactions du bébé. La voix fait également le lien avec ce que le bébé avait l'habitude d'entendre dans le ventre de sa maman, cette « sonate maternelle »² que le bébé a pu vivre in utero.

Elle est un vecteur sensoriel, émotionnel, communicationnel. La voix est vibration du corps tout entier qui se transforme en instrument sonore dans sa chair, ses organes, sa structure osseuse.

La voix chantée adressée au bébé privilégie un volume faible, une tessiture medium, l'important étant de ne pas surstimuler le bébé, de ne pas créer de stress. Des pauses sont marquées systématiquement à la fin des phrases musicales

²En référence à l'expression de Pascal Quignard (1996, *La haine de la musique*, Paris, Calmann-Lévy)

pour laisser le bébé récupérer. Ce temps de « retrait » est partie intégrante de la composition musicale, il permet au bébé de se retirer pour mieux se réengager par la suite dans la stimulation et la relation au sonore.

La voix incarnée du thérapeute s'exprime également par la voix parlée : elle invite, accompagne, reformule ce qui est dit et vécu. Son intonation, son rythme, ont une haute importance pour le bébé et le parent qui la reçoit. Elle peut être médiatrice et traductrice de certaines émotions quand le langage n'est pas présent pour les parents. Elle cherche à faciliter la verbalisation des parents, sans l'obliger, accompagnant ainsi un processus de symbolisation. Elle est une voix tierce qui porte, accompagne, encourage.

Elle est timbrée, modulée, ni trop ni pas assez pour être rassurante. Elle définit donc un phrasé musical adapté qui préfigure le phrasé musical chanté, ou lui succède. Une musicalité s'établit donc entre la voix parlée et la voix chantée du thérapeute. Le passage de l'un à l'autre doit se faire dans la recherche de la fluidité.

Tirer le fil d'une musique en devenir

Le bébé né prématuré est parfois présenté comme un « bébé funambule », en équilibre sur le fil de la vie. Or la musique peut être un des fils qui se tire et accompagne ce début d'existence fragile.

Le musicothérapeute crée une musique qui se déploie et se déploie, donne une direction et en même temps se densifie, varie, s'enrichit et peut faire des allers-retours en fonction de l'état de présence du bébé et de ses parents.

De l'image du fil, nous pouvons passer à l'image du tissage tant le sonore va tenter au fur et à mesure de s'organiser pour créer une matière-support que le bébé peut intégrer physiologiquement, psychiquement comme objet interne.

On note une progressivité dans cet accompagnement musical. La matière sonore s'enrichit en même temps que grandit le bébé prématuré, en même temps que ces capacités à recevoir s'affirment. La musique se compose par

couches, feuillets, revêtant au fil des séances une réelle densité, épaisseur.

C'est un peu à la manière d'un peintre que le musicothérapeute va apporter des nouvelles touches, partant d'une matière sonore simple, quasi archaïque, à une composition plus complexe laissant ouvert l'espace du jeu musical et de l'interaction.

Cette musique en devenir va nécessairement incarner une alternance : entre le connu, le reconnaissable, le répétitif et la variation, le nouveau, le différent, l'inconnu. La composition musicale doit donc être un savant dosage dans l'« ici et maintenant » de la séance. Si elle est improvisation sur le moment, elle n'en demeure pas moins composition à structurer au travers d'un début, d'un milieu et d'une fin.

De l'anacrouse à la naissance du son

L'anacrouse en langage musical signifie le temps musical d'avant le temps fort, une sorte d'avant-propos suspendu qui introduit la musique.

Cette sorte de levée peut s'incarner, dans la musicothérapie que j'ai pu mettre en place auprès des bébés prématurés, au travers du temps d'écoute et d'observation préalable à la prise en charge thérapeutique.

L'observation du bébé préfigure l'enveloppe sonore. Elle crée un espace d'écoute à même de recevoir le contenu musical et le contenu de la relation avec le sonore.

Ce temps de silence de la part du thérapeute est une imprégnation du rythme du bébé, de son environnement préexistant (y compris sonore), de son état de vie : comment il respire, bouge, interagit ou pas avec ce qui l'entoure. Cette observation et cette écoute concernent sa présence corporelle, physiologique (sa respiration d'une part, mais aussi ses battements de cœur qui peuvent se dessiner sur le scope) et sa présence vocale : pleurs, cris, bruits de succion, geignements éventuels.

Cette anacrouse de la musicothérapie s'inscrit en parallèle de l'observation clinique. Elle est également pour le musicothérapeute une mise en disponibilité musicale.

C'est un temps pour l'émergence de la voix du thérapeute. La bouche, comme « passerelle » de la voix chantée incarne ce lien symbolique entre un espace intérieur et extérieur. C'est dans le prolongement de la respiration du bébé, et dans la prise de conscience, pour le thérapeute, de sa propre respiration (de son expiration et du souffle) que naît le premier son.

C'est un son que l'on pourrait qualifier « d'organique » car il nécessite une écoute et un accordage physiologique avec le bébé et avec soi-même. Il est une parole du corps qui n'est pas encore musicale dans l'idée d'une forme composée. C'est un son que l'on pourrait considérer comme archaïque car volontairement épuré, primaire, simple. C'est un son qui s'exprime volontairement dans une forme de dénuement.

Pouvoir faire des allers-retours entre l'inspiration et l'expiration pour signifier l'intériorité et l'extérieur est fréquente dans les séances auprès du bébé né prématuré. Dans ce va et vient, ce flux et reflux, le son va prendre sa place et son sens.

C'est un son tenu, souvent bouche fermée. Il résonne volontairement à l'intérieur de la bouche, dans les cavités de la gorge, du palais. Cette résonance signifie l'intérieur donc l'espace d'un contenant mais aussi la nécessaire surface qui permet cette intériorité.

La bouche s'ouvre progressivement laissant place à l'ostinato préfigurant la création de l'enveloppe sonore.

La création d'un premier socle musical

La composition musicale du musicothérapeute auprès du bébé prématuré se construit dans le temps et dans une progressivité nécessaire. Cette composition va partir d'un « peu à peu sonore » (Anzieu) comme espace de rassemblement et d'unité sensorielle, psychique et musicale pour aller jusqu'à la création d'un espace de jeu qui sera aussi celui de la réciprocité, de la variation, de la différenciation, de la symbolisation. C'est une première enveloppe sonore pour le bébé.

Le « peau à peau sonore » est le socle et la surface d'apport du sonore. Il nécessite une proximité physique et vocale du musicothérapeute avec le bébé. Cette première rencontre s'inscrit dans un accordage quasi adhésif, se calant sur la respiration du bébé notamment.

Il s'agit pour le musicothérapeute de façonner un tapis sonore à même d'étayer la perception d'un espace contenant et unifiant pour le bébé. C'est une expression sonore de la surface et de la continuité.

L'ostinato signifie une forme d'invariance musicale tout en faisant du sonore une perception tangible. Le son est une matière concrète qui se veut assimilable pour le bébé.

Le timbre du musicothérapeute est relativement neutre, la voix est quasi « blanche » car l'important est sa continuité, sa contenance et non encore la variation des timbres ou des intervalles.

L'enjeu de l'accompagnement vocal à ce stade du suivi est de donner au bébé un premier support possible de ses perceptions.

Il s'agit de matière sonore plus que de composition musicale. On note peu de variation mélodique, une simplicité rythmique puisque qu'à des notes tenues succèdent des motifs rythmiques répétitifs très simples.

L'ostinato, qui peut faire effet de bourdon, prend corps par l'expression d'une première note tenue, puis la variation de deux à trois notes, puis une légère variation rythmique.

La voix peut être enrichie d'un « toucher-contenant », avec une paume de main posée sur le haut du crâne du bébé et une autre sur le dos des pieds. C'est une musique de la surface qui souhaite étayer une enveloppe corporelle unifiée, continue.

Elle peut être renforcée par certains instruments, notamment le tambour de l'océan. Le contact de la paume de la main avec la surface de l'instrument transcrit une rythmicité, un mouvement de flux et de reflux, de va et vient. Le souhait est d'être dans une continuité rythmique des mouvements sonores intra-utérins.

L'enveloppe sonore, à ce stade premier d'élaboration est à la fois maintenance, contenance, enveloppe de la surface continue qui

envisage le bébé comme une unité. Elle peut faire écho au concept de *holding* et *handling* (Winnicott, 1975).

Le vécu sonore : expérience du contenu musical

Dans l'expérience du « vécu sonore », il s'agit pour le musicothérapeute d'immerger le bébé dans le son, de lui faire goûter le son.

Ce vécu sonore peut faire écho au concept de « bain sonore » (Anzieu, 1976 ; Lecourt, 1985), tout du moins en proposer une interprétation possible au travers d'une expérience clinique de musicothérapie.

Avec l'expérience du « vécu sonore », le son incarne l'idée de plein, de volume, de densité mais aussi de mouvement. Est offert au bébé un bouquet de sensations et le vécu sonore peut s'enrichir par le phrasé musical, la durée, les contrastes, le volume, le mouvement mélodique, les intervalles, le timbre.

La palette sonore s'enrichit principalement par le biais de l'improvisation vocale.

A partir des lallations, voyellisations, vocalisations, la voix vibre, sonne, résonne. La musique prend corps. Elle revêt un aspect plus tangible et devient aussi plus créative. Elle peut aussi être perçue et reçue comme une forme de nourrissage sonore, notamment en cas de carence sonore et musicale du petit patient (pas de musique pendant la grossesse) ou de ses parents.

Alors que l'on explore « une musique de la surface », plus linéaire dans le « peau à peau sonore », nous accédons avec le « vécu sonore » à une forme de verticalité musicale, grâce notamment à la mise en expérience des intervalles qui structure l'improvisation musicale à travers des codes musicaux et une forme d'architecture sonore.

Les intervalles rentrent en relation et créent une musique de la relation. Ils contribuent également à la perception d'un espace sonore (l'espace entre deux sons de hauteur différente).

Les intervalles seront explorés à la voix, privilégiant d'abord les intervalles simples, la tierce, la quinte, la fondamentale (en faisant écho parfois aux sons émis par les machines qui entourent le bébé) puis ils peuvent se complexifier progressivement. Cette variation et cet enrichissement s'ajustent à l'état de présence du bébé.

Il s'agit de revenir à la note fondamentale régulièrement pour garder un socle, un repère, un point d'ancrage, un lien avec ce qui peut être reconnu.

Les intervalles pourront également être explorés avec l'instrument d'accompagnement, la *sanza* notamment, offrant ainsi la possibilité pour le bébé de vivre en simultané la perception de plusieurs sons.

Ce sont encore d'autres timbres qui s'entremêlent avec le duo voix-instrument, se rencontrent, rentrent en contraste et en complémentarité, tissant et enrichissant la composition musicale.

Le jeu musical s'introduit progressivement laissant la place à un espace de la créativité.

La musique et les mots : une musique qui relie³

Le parent, confronté à la naissance prématurée de son bébé est parfois dans une difficulté à dire, nommer, signifier leur bébé.

La chanson du prénom qui s'exprime par l'improvisation vocale ou la berceuse, qui fait le lien avec l'histoire familiale, sont des tentatives de réinvestir le lien parent-bébé, de soutenir le parent dans sa capacité à imaginer et à fantasmer son bébé.

Il s'agit par ailleurs de réintroduire du concret, du tangible, au travers de la structure même des mots, du phrasé de la chanson.

La chanson du prénom, par l'improvisation vocale, peut alterner des temps vocaux où le prénom est chanté ou parlé dans sa globalité et d'autres temps où il est décomposé en syllabes.

³Voir les travaux d'Eduarda Carvalho, et notamment dans la Revue Française de Musicothérapie : Carvalho, M. E. (2015). « Chansons Adressées à L'enfant à Naître : Résonances Affectives et Fantasmiques de l'Aube de la Parentalité ». La Revue Française de Musicothérapie, volume XXXV, (1), 48 – 61.

C'est une enveloppe sonore « d'alternance » qui crée une interdépendance entre le tout et les parties. Le silence est présent comme espace de résonance et comme temps de retrait et de récupération pour le bébé.

Dans ce jeu musical, la répétition est importante, pour faire résonner ce prénom, en faire un objet musical.

Par le prénom chanté, le musicothérapeute tente de faire résonner, notamment pour les parents, l'idée d'appartenance, de continuité mais aussi de singularité propre au bébé.

C'est une composition musicale qui croise le son et le sens, et questionne de manière tout à la fois concrète et symbolique, consciente et inconsciente, le lien parent-enfant.

Ce prénom répété, décomposé, recomposé, sonne et tente de faire « écho » pour les parents pendant et après la séance.

Il peut au fur et à mesure se faire appel, avec des intonations en courbes mélodiques ascendantes.

Le prénom devient un terrain de jeu musical et s'inscrit aussi dans un rituel des séances. Il en constitue une ouverture, une présentation qui met au cœur de la séance le bébé et le lien symbolique qui l'unit avec ses parents.

Quant à la berceuse, nous retiendrons surtout la mise en corps musicale qu'elle met en jeu.

Elle induit le bercement, le balancement et donc le rapport charnel avec le bébé dans l'expérience du portage. C'est une double écoute qu'engendre la berceuse pour le parent, sur lui-même et sur son bébé.

La mise en expérience de la berceuse par le musicothérapeute sera celle d'une tentative de remise en mouvement intérieur, tout à la fois psychique et corporelle pour les parents.

Elle implique une proximité : dans les bras, dans le berceau, au bord du lit. Dans un contexte où les parents ont parfois du mal à toucher leur bébé, il s'agit de créer un espace de relation possible.

Il est courant en service de néonatalogie que les parents me demandent de chanter la berceuse qu'ils chantaient lorsque le bébé était encore dans le ventre de la maman ou même de chanter la

berceuse qu'on leur chantait quand ils étaient enfant.

C'est souvent une étape dans le suivi, les parents sont désormais en capacité de faire un choix musical pour leur bébé, de lui donner à écouter quelque chose de leur propre ressenti, de leur propre histoire, de leur appartenance, et de leur « identité sonore ».

Dans la signification des phrases, la berceuse peut être une façon pour les parents de mettre des mots sur leurs maux par cette musique. L'écoute de la berceuse peut être ainsi une façon d'exprimer de manière indirecte leurs peines, leurs angoisses, leurs attentes, leurs espoirs.

De la stimulation sonore au jeu musical

Le sonore peut être l'espace de l'appel, de la stimulation agréable introduisant le plaisir, l'espace de l'interaction et du jeu, créant un espace d'échange entre l'intérieur et l'extérieur, entre l'espace interne du bébé et son environnement.

Joane Loewy (2013) nous parle du « potentiel de la musique à offrir des stimulations significatives et fondatrices ». Le sonore devient cette stimulation « juste » pour le bébé prématuré. Une stimulation sonore trop importante risque de désorganiser ses différents systèmes physiologiques, neurologiques, végétatifs et une absence de stimulation ou une stimulation trop pauvre risque de le couper de son environnement et donc d'enfreindre ses capacités de développement.

L'expérience du sonore par le bébé prématuré étaye par ailleurs la découverte de sa sphère orale, représentée par la zone intérieure et extérieure de la bouche. Cet éveil de l'oralité par le sonore soutient la capacité de succion non nutritive du bébé.

Au-delà de la stimulation ajustée, la musique du thérapeute se fait surface protectrice à la fois pour le bébé et son parent. Le sonore et la musicalité qui se créent dans une séance de musicothérapie offrent une autre voie et un autre réceptacle des angoisses de chacun.

L'improvisation clinique au travers notamment de la technique du reflet (Bruscia, 1998 ; Wigram,

2004) est un support de choix au service de la transformation de certains états psychiques du bébé né prématuré et de ses parents. C'est en s'emparant notamment des pleurs ou des cris du bébé (que les parents sont parfois dans l'incapacité de recevoir, d'interpréter), que le thérapeute tente une transformation par le sonore et par la composition musicale.

Enfin, c'est parce que le sonore, comme objet et vecteur de relation, peut être assimilé par le bébé prématuré, de manière progressive, à la fois comme objet interne, « Soi », mais aussi comme objet appartenant au « non Soi », qu'il pourra devenir un objet « transitionnel » (Winnicott, 1971). Il s'agit par là-même de voir en quoi l'enveloppe sonore conçue comme « aire transitionnelle » peut s'élargir et s'ouvrir jusqu'à devenir un espace de « jeu ».

La répétition des séances est importante dans l'assimilation d'un objet attendu, reconnu, perdu puis retrouvé.

Les rituels musicaux de début et de fin de séance, telle que la chanson du prénom, participe à ce repère temporel qui fait de la séance de musicothérapie un objet transitionnel en lui-même.

Il ne s'agit pas pour autant d'en faire un objet et un espace figés où il serait question d'identité, de systématique, ce qui risquerait au final de créer les conditions d'un espace d'angoisse.

La musique créée par le musicothérapeute et qui rentre en interaction avec le bébé prématuré laisse nécessairement place à la variation et à la créativité. Les mêmes chansons peuvent subir des microdéformations, la chanson du prénom peut se décliner à l'infini, dans ses courbes mélodiques comme dans sa structure rythmique. L'improvisation vocale ouvre les champs des possibles. Des répertoires nouveaux peuvent être apportés au fur et à mesure des séances afin d'intégrer de l'autre et du différent dans le processus thérapeutique, continuer à nourrir le bébé par le son.

Cette musique est en perpétuelle création et c'est parce qu'elle est créative qu'elle participe au processus thérapeutique.

Résonance et empreinte sonore

On peut s'interroger sur la manière dont la séance de musicothérapie fait « écho » pour le bébé et ses parents, une fois la séance terminée, entre deux séances, ou bien après l'hospitalisation en service de néonatalogie.

C'est un espace sonore de résonance qui ne nous appartient plus en tempstant que musicothérapeute et qui néanmoins s'intègre au processus thérapeutique.

Cette notion d'écho et de résonance introduit à nouveau la notion de temporalité et de silence propre à la composition musicale du musicothérapeute auprès du bébé prématuré.

Elle peut concerner le parent dans la mesure où elle fait référence au processus d'intériorisation de la voix du thérapeute par le parent qui ne peut chanter pour son bébé.

Si le parent intériorise cette musique, elle peut devenir une image et une matière sonore qu'il peut réinvestir auprès de son bébé plus tard.

Il n'est pas rare que des parents chantent à leur enfant, une fois la séance de musicothérapie terminée. Ou bien ce sont les soignants eux-mêmes qui me confient avoir entendu des parents chanter lorsque plus personne n'était dans la chambre, dans l'intimité de la rencontre avec leur bébé. Cela nécessite parfois du temps pour que la voix du parent émerge, et ose s'adresser à son bébé.

Le musicothérapeute contribue, lors des séances renouvelées, à l'élaboration d'une trace, d'une empreinte sonore à la fois pour le bébé et ses parents. Le renouvellement des séances et un suivi sur le long terme facilitent l'inscription de ces traces dans le vécu des parents et du bébé.

On peut espérer que ce vécu partagé résonne dans d'autres espaces-temps, celui du quotidien de la maison notamment, une fois l'hospitalisation terminée.

Vignettes cliniques

Ces trois vignettes cliniques témoignent des démarches de soin que j'ai pu mettre en place dans

deux services de néonatalogie, au sein du Centre Hospitalier d'Aurillac et du CHU de Nantes.

Cette expérience clinique auprès de trois bébés nés prématurés et de leurs parents illustre les paramètres sonores et musicaux développés dans la première partie de cet exposé.

Le sonore et la musique y sont convoqués comme deux supports qui se déploient en même temps que le processus thérapeutique évolue, dans une nécessaire réciprocité et interaction.

1 - Elias

Contexte d'hospitalisation

« Né à 32 semaines d'aménorrhée + 5 Jours. Altération de la fonction respiratoire, signes de lutte. Bradycardies successives suivies de désaturation en oxygène en dehors de l'alimentation. Remonte seul spontanément à chaque fois. Elias est scoppé lorsque je le rencontrerai. »

J'interviendrai sur deux séances en présence de la maman, lors du « peau à peau » qui suit la tétée au sein.

Première séance. Durée : environ dix minutes

C'est une intervention sonore pendant le temps de « peau à peau » (le bébé est en contact avec le ventre de sa maman), par des improvisations bouches fermées qui reprennent une mélodie répétitive basée sur une alternance de mouvements ascendants et descendants : deux notes en tierces descendantes tout d'abord qui se répètent, puis la gamme ascendante puis descendante correspondant à ces intervalles. C'est une musique des intervalles. La tessiture choisie est moyenne, volontairement neutre.

Le préalable à cet accompagnement est le travail autour de la naissance du son, l'incarnation du passage entre la respiration (celle du bébé et la mienne) et l'émission sonore bouche fermée. C'est une proposition musicale primaire, basée sur les données physiologiques qui me sont données à observer, écouter, ressentir (rythme cardiaque du bébé, mouvement de sa respiration). Cette mise en relation par le sonore revêt un caractère

« adhésif » car très en lien avec une organicité (mouvements et rythme du corps du bébé). Elle souhaite aussi poser une temporalité particulière, créant un nouvel espace de rencontre possible au sein de l'espace-temps de l'hospitalisation.

Les objectifs de la musicothérapie dans ce contexte sont pour moi la participation à une contenance et d'une réassurance de la maman que l'équipe soignante présente comme stressée par les oscillations du scoppe et les épisodes de désaturation en oxygène de son bébé. Il s'agit donc de favoriser les liens maman-bébé et également de voir si le sonore peut avoir un effet sur les épisodes de désaturation d'Elias.

Lors de la première séance, après une première rencontre sans musicothérapie la veille, qui laisse donc place au silence de l'observation, je rencontre une maman plutôt nerveuse. Elle est allongée avec son bébé sur elle, en peau à peau, ventre contre ventre. Le bébé est lové sur sa maman et se frotte de temps en temps entre ses seins. La maman fait face au scoppe. Son regard ne quittera pas cet appareil pendant toute la séance. Je continue donc mon ostinato mélodique car je vois que le bébé, lui, semble se poser et trouver sa place.

La maman ne semble pas profiter de la séance, ou tout du moins n'est pas en relation directe avec son bébé, mais avec la machine qui lui donne des indications sur l'état de son bébé.

Il n'y a pas de désaturation pendant la séance, mais une légère accélération cardiaque en début de séance puis une stabilisation.

Deuxième séance. Durée : un quart d'heure environ

Lors de la seconde séance, la maman est moins focalisée sur la machine, elle se laisse plus aller et porte son bébé contre son ventre, allongée en peau à peau. Cette fois-ci il semble y avoir un accordage entre la maman et son bébé : le regard, l'attention, la présence à l'autre. La maman contient physiquement son bébé, par sa paume de main ouverte qui se pose sur le dos de son bébé. Le bébé est donc en total contact avec sa maman, entouré de deux parois (le ventre de la maman et une de ses mains) qui le contiennent. La maman

ferme ensuite les yeux, comme pour mieux sentir ou mieux écouter son bébé, ou la proposition vocale peut-être. Le bébé est totalement posé et détendu physiquement aucun signe apparent d'inconfort). Il est comme rassemblé à l'intérieur des frontières que lui offre sa maman. Je continue l'ostinato bouche fermée en rajoutant quelques échappées vocales (introduction d'intervalles plus variés) dans une tessiture un peu plus aigüe.

Cette séance est empreinte de temps de silence, nécessaire ponctuation musicale laissant la possibilité pour le bébé de se retirer face à cette stimulation, et la possibilité d'une résonance interne pour le bébé et sa maman.

Aucun épisode de désaturation n'est observé pendant cette séance.

Le musical créé par cette séance donne l'impression d'un espace très recueilli, feutré, presque intérieur.

La maman a subi une césarienne et m'avouera que ce moment de peau à peau « sonore » lui donne l'impression de sentir encore son bébé dans son ventre, alors qu'elle a l'impression de ne pas avoir encore accouché.

Hypothèses d'analyse

La musicothérapie est un élément contenant pour la maman et contribue à un recentrage sur son bébé et sur elle-même, permettant aussi d'étayer le lien maman-bébé, de créer un espace inter et intrapsychique.

Les machines : scoppes, sondes, lunettes à oxygène... sont autant d'éléments qui peuvent éloigner physiquement mais aussi psychologiquement les parents de leur enfant en service de néonatalogie. Les parents développent une écoute particulièrement fine des différentes alarmes, comme si elles finissaient par incarner les pleurs ou les manifestations de douleurs et d'inconfort que leur bébé prématuré n'est pas toujours en capacité d'exprimer de façon « visible » ou que les parents ne peuvent pas déchiffrer.

Concernant Elias, il est manifeste que le scoppe et notamment la courbe relative à la saturation d'oxygène accapare la maman lors de la première

séance, lors du « peau à peau ». Face à ce regard qui se détourne et qui fixe l'autre objet qu'est la machine, le « peau à peau » est vidé de son sens : ce n'est plus une présence à l'autre physique, sensorielle et psychique.

L'espace thérapeutique se crée alors entre Elias, moi et le sonore. Elias semble trouver sa place et être en phase avec l'accompagnement vocal que je lui propose. J'avoue ne pas savoir ce que la maman écoute de la proposition que je lui fais à ce moment làmoment-là. Son écoute est-elle lointaine, distanciée, ou totalement absente ? Est-ce que le sonore résonnera en elle après la séance, comme un écho ?

L'ostinato est volontaire, il s'inscrit en parallèle des oscillations de la machines et de ses bips répétitifs, ceux de la saturation en oxygène, du rythme cardiaque. La musicothérapie ne s'inscrit pas comme une rupture ou une volonté de surprendre une maman qui, à ce moment-là, ne peut être disponible à autre chose. La musique du thérapeute souhaite s'intégrer, s'immiscer dans cet environnement sonore médicalisé tout en essayant de déplacer les regards, attention, écoute et disponibilité. Je joue donc autour des intervalles (que les machines émettent aussi) mais l'enjeu est d'apporter une consistance vivante et mouvante au sonore et de pouvoir aller ailleurs, dans un autre espace de relation, celui d'une maman et de son bébé.

La seconde séance amorce un changement notable de la part de la maman qui, en investissant le sonore de la musicothérapie, investit aussi son bébé sensoriellement et, psychologiquement et symboliquement. Nous sommes dans un espace intérieur, symbolisant l'avant naissance et l'état de fusion corporelle, physiologique entre une maman et son bébé. Cette maman qui me révèle ne pas avoir senti la naissance de son fils recrée lors de la séance de musicothérapie une paroi symboliqueenveloppe pour l'accueillir à nouveau, et peut-être lui permettre de naître psychiquesymboliquement pour elle. Nous sommes dans un espace « entre deux », la maman étant à la fois dans l'échange avec son bébé (elle lui sourit, le regarde) et en même temps dans un espace interne, intérieur (la paroi physique qu'elle

créé avec sa main et son ventre, le fait qu'elle ferme les yeux à plusieurs reprises).

La musicothérapie se situe en accompagnement de cet état de fusion et introduit cependant de l'extérieur, par ma présence physique et celle du sonore. L'espace-temps de la musicothérapie est celui du passage, de l'entre-deux, entre la fusion et la différenciation.

2 - Juliette

Contexte d'hospitalisation

« Née à 36 semaines d'aménorrhée. Hospitalisée au sein du service de soins intensifs pour souffrance fœtale avec cause inconnue.

Prise en charge de musicothérapie : 6 séances étalées sur quinze jours, à raison de trois séances par semaine (dix à trente minutes).

Diagnostic lors de son arrivée en service de néonatalogie : hypotonie. Suspicion de séquelles neurologiques (une IRM cérébrale lui est prescrite). Ce bébé est peu réactif, très peu éveillé. Il semble douloureux, notamment pendant les soins lorsqu'on lui manipule la tête à gauche. Juliette est gênée par la lumière, elle est plus réactive dans l'obscurité.

Liens parents-enfant : peu de verbalisation de la part des parents, ils ne paraissent pas réaliser la situation, ne posent pas de question. »

Contexte de prise en charge de musicothérapie : intervention sur prescription médicale du pédiatre, afin d'apporter une stimulation sensorielle adaptée au bébé et favoriser les interactions avec son environnement durant les moments d'éveil calme. Le pédiatre a noté que Juliette était sensible à la voix parlée et aux claquements de doigts (pour vérifier l'audition) lors des examens médicaux.

Première séance. Durée : 10 minutes environ.

Elle se déroule en présence de l'auxiliaire de puériculture. Les parents ne sont pas là. Ils devaient venir ce jour-là.

La prise en charge de musicothérapie se fait durant un moment d'éveil calme, pendant le biberon, après des signes de réveil de Juliette.

Je commence la séance bouche fermée une fois que Juliette a commencé à téter. Je me cale sur le rythme de la tétée, arrêtant ma proposition vocale quand Juliette ne tète plus et recommençant lorsque Juliette reprend le biberon.

Lorsque j'observe des temps d'endormissement lors de la tétée, je commence à prononcer le prénom du bébé voix parlée, en prenant soin de l'intonation, en forme d'appel répété. Juliette ouvre à nouveau les yeux et reprend la tétée. Une fois que le rythme de la tétée semble installé, je vocalise en improvisant bouche ouverte, je propose une rythmique mélodique à l'écoute du rythme de la tétée. Juliette ouvre les yeux et tourne la tête vers moi au moment-même ou je chante bouche ouverte, elle semble chercher la source sonore, l'auxiliaire suit le mouvement de la tête de Juliette qui désormais me fait face. Elle continue néanmoins à téter.

J'accompagne vocalement l'intégralité de la tétée, avec une mélodie répétitive offrant peu de variation. Les variations se font plutôt au travers de l'alternance bouche fermée, bouche ouverte, voix parlée, voix chantée. C'est une alternance entre un son qui résonne dans la cavité de la bouche et un son qui est projeté vers l'extérieur. Nous sommes dans un va et vient entre l'intérieur et l'extérieur, le dedans et le dehors.

A la fin de la tétée, lorsque Juliette quitte la tétine, je termine par une mélodie bouche fermée en schéma « berceuse », et je termine en decrescendo.

S'en suivra une phase de sommeil pour Juliette qui va être réinstallée dans son lit.

Deuxième séance. Durée : 10 minutes environ.

Elle se fait en présence de la maman, le lendemain de la première séance.

C'est la première fois que je rencontre la maman de Juliette. Je lui présente la musicothérapie sans l'angle d'une stimulation adaptée prescrite par le pédiatre. Je lui décris la première séance et les signes d'éveil de Juliette qui ont pu être observés de façon nette. Elle ne soutient pas mon regard lors de mes explications.

Elle accepte cependant la séance de musicothérapie le temps de la tétée.

L'accompagnement en musicothérapie se fera sur le même schéma que la première séance, volontairement dans une sorte d'invariance et de continuité. Le cadre thérapeutique est pourtant très différent : la maman est présente.

Il y a peu de signe d'éveil et d'interaction de la part de Juliette durant cette séance. Je n'observerai pas de disponibilité ou d'attention prolongées de la part de la maman, ni vis-à-vis de sa fille (pas de regard prolongé ou de stimulation vocale lors de la tétée) ni vis-à-vis de la prise en charge de musicothérapie. L'investissement du lien parent-bébé se fait dans un temps saccadé, où l'on passe d'une chose à l'autre sans véritable organisation ou continuité.

L'enveloppe sonore tente de se former par la répétition, les adresses renouvelées auprès de Juliette et de sa maman. J'accompagne le début, le déroulement et la fin de la tétée, en délimitant ce temps par mes improvisations vocales pour lesquelles j'essaye de composer et de structurer une évolution musicale cohérente.

La séance se termine néanmoins, à ma grande surprise, par la demande spontanée de la maman de bénéficier d'une nouvelle séance de « musique » (selon ses termes) avec sa fille.

Je lui réponds que je serai là la semaine suivante si elle le souhaite.

Troisième séance. Durée : environ 20 minutes.

En présence de la maman.

Cette séance s'ouvre par une discussion avec la maman autour de la musique. Juliette n'est pas réveillée, nous parlons doucement.

J'invite la maman à parler de sa relation avec la musique : est-ce qu'elle en écoute, qu'est-ce qu'elle aime écouter ?

Elle me parle de son rapport avec la musique lors de son enfance. Elle me dit qu'elle n'écoutait pas de musique quand elle était petite, que personne ne lui chantait de chanson et qu'elle ne connaît pas de chanson.

Lors de cette séance, Juliette ne se réveillera pas. Le biberon sera donné plus tard, à son réveil, peu de temps après la séance de musicothérapie.

Suite à l'échange avec la maman, je lui demande si elle souhaite que je chante pour elle, en présence de son bébé qui dort. Elle me répond que oui.

La maman est assise, je me situe en face d'elle à la même hauteur. La maman est proche du berceau de Juliette qui se trouve sur son côté.

Durant cette séance dont le déroulement n'était pas prévu ainsi (à cette heure Juliette montre des signes d'éveil et boit son biberon), je vais partir sur l'interprétation de plusieurs berceuses que j'adresse à la maman. Je choisis un répertoire de berceuses du monde, berceuses africaines principalement.

Les airs s'enchaînent avec des temps de silence. La maman regarde son téléphone portable, change de position. Puis elle regarde le scophe. Progressivement, elle quitte les machines pour poser le regard sur moi, avec plusieurs temps d'accroche assez longs, puis vers sa fille. Je laisse des temps de silence entre les chansons comme autant de ponctuation et de respiration musicales. Les alternances de regard se stabilisent jusqu'à se transformer en une attention prolongée en direction du berceau et de Juliette. La maman se rapproche du berceau, pose sa main sur son bébé.

Nous terminons la séance par un silence important où le temps semble suspendu mais les corps relâchés, les machines mises de côté.

Je demande à la maman si elle souhaite s'exprimer sur la séance. Elle me dit que « la musique, c'est important pour Juliette ». Elle me demande de revenir le lendemain et me faire part du fait que le papa de Juliette sera présent.

Quatrième séance. Durée : un quart d'heure environ.

En présence de la maman, du papa et de l'infirmière.

Cette séance suit le même schéma musical et sonore que les deux premières séances, accompagnant la tétée, à quelques variations près.

Je prends conscience du réajustement permanent que ce type de séance nécessite.

Les paramètres du cadre changent puisqu'il y a plus de personnes présentes pour Juliette : le papa, la maman, l'auxiliaire de puériculture et moi-même. Le sonore s'inscrit dans de multiples rapports entre les différents adultes et Juliette, au travers aussi du rôle que chacun prend corporellement, psychiquement dans la séance.

L'accompagnement de musicothérapie doit laisser la place, à plusieurs reprises, à la voix de l'auxiliaire qui conseille et accompagne le papa dans la prise du biberon.

Je me situe différemment cette fois-ci dans l'espace, je me recule, je fais face au quatuor maman-papa-bébé-infirmière. J'ai une vue d'ensemble et la musicothérapie va s'inscrire dans ce rapport distancié et globalisé.

La musicothérapie est à l'adresse de ce groupe et non spécifiquement une stimulation sonore et sensorielle pour Juliette. Je développe par là-même une écoute globale de ce qui peut se passer dans cet espace thérapeutique, une « écoute flottante », légèrement distanciée.

Lors de cette séance, la maman est spectatrice de la tétée qui est donnée par son compagnon. C'est la première fois que je constate que la maman prête des intentions à son bébé lors de cette prise de biberon : elle lui parle, la stimule, semble détecter des signes de satisfaction de Juliette.

La musicothérapie va prendre consistance au fur et à mesure de la séance comme un tapis sonore, une nappe vocale, une enveloppe musicale distanciée. Il y a un espace physique réel entre moi et le reste des personnes présentes qui eux sont proches les uns les autres. Le sonore constitue un environnement légèrement extérieur. Il semble délimiter un dedans et également une surface où je me situe, à la frontière de ce qui se passe à l'intérieur et ouvrant aussi vers un extérieur, un autre.

Cinquième séance. Durée : environ 10 minutes

En présence de la maman

Cette séance se présente comme un rendez-vous attendu de la part de la maman. C'est à la même heure que nous nous retrouvons pour la séance de musicothérapie depuis quelques temps.

Mon intervention auprès de Juliette et de ses parents est également reconnue par l'équipe, ayant fait apparaître dans le dossier des transmissions écrites et également lors des transmissions orales l'efficacité de certaines séances, la réactivité de Juliette et le lien parent-enfant, plus précisément celui de la maman.

Je note que la maman parle désormais de « musicothérapie » et non de musique et qu'elle verbalise auprès de son bébé ma présence.

Elle exprime également des choix de chants qu'elle a pu écouter durant les séances précédentes. Son choix porte plus précisément sur un chant africain, *Olélé moliba makasi*, une berceuse congolaise dont je lui donne désormais la traduction: « Olélé, le courant est très fort. Ramez, ramez, son pays c'est le Kasai. Eo éo, viens viens le courageux. Viens, viens le généreux ».

La séance se fait lors d'un temps d'éveil calme de Juliette mais cette fois-ci en dehors de la tétée.

La maman porte Juliette dans ses bras, elle la regarde.

Je chante plusieurs fois la berceuse de façon assez vive et rythmée, puis j'introduis la *sanza* durant certains moments de la berceuse, soulignant des intervalles en tierce et en quinte. Je travaille donc, à ce moment de la séance sur une structure et une architecture musicale relativement simple, au travers d'un jeu entre la tonique, tierce, quinte, octave. J'effectue des gammes ascendantes, puis descendantes puis une improvisation en combinant ces différents intervalles. Je suis soucieuse d'y inscrire une certaine répétition, des phrases mélodiques qui reviennent comme autant de repères sonores et temporels pour Juliette et sa maman.

La maman est surprise par cet instrument qu'elle ne connaît pas. Juliette porte une attention particulière à ce nouveau son. Je décide alors de laisser la voix de côté pour jouer un petit air à partir des intervalles uniquement à la *sanza*. Juliette réagit, cherche la source sonore par des

mouvements de tête sans pour autant s'agacer ou montrer des signes de sur-stimulation.

Je note également qu'elle fait certains mouvements de bouche, comme si elle cherchait à téter, or ce n'est pas l'heure théorique de la tétée. Sa sphère orale est en mouvement et elle arrive à maintenir ses yeux ouverts quelques temps en direction de sa maman. J'amorce un travail « en miroir » avec le bébé. Me situant en face de son visage, j'explore par le sonore et je donne à voir à Juliette des mouvements de mastication, des bruitages de bouche et de lèvres : gazouillis, vibrations, bruits de succion que je fais sonner à l'intérieur de la bouche mais aussi au niveau de la surface des lèvres.

Je « rebondis » aussi sur les sons de bouche qui me sont donnés par Juliette elle-même, essayant de créer une réciprocité sonore et les prémisses d'une « enveloppe sonore d'interaction ».

Juliette montre ensuite des signes de fatigue. Sa maman la remet dans son berceau. J'accompagne son entrée dans le sommeil bouche fermée accompagnée de la *sanza*.

Sixième et dernière séance. Durée : un quart d'heures environ.

En présence du papa et de la maman

C'est une séance un peu particulière puisqu'elle précède le départ de quelques jours de Juliette. Cette dernière a la possibilité (après avis de l'équipe médicale) de partir pour le week-end avec son papa et sa maman, afin de voir comment l'adaptation dans cet environnement à la maison se déroule.

Je découvre des parents en pleine ébullition, se projetant beaucoup sur le départ du lendemain. Ils me parlent particulièrement de la chambre de Juliette, de la décoration, du berceau...de la boîte à musique qu'ils lui ont achetée récemment, parce que Juliette « aime la musique ».

« L'ici et maintenant » de la séance est donc en résonance directe avec un autre espace et un autre temps : l'espace de la chambre chez Juliette, le lendemain.

Ne revenant que le mois d'après au sein du service de néonatalogie, je sais que je ne reverrai plus Juliette et ses parents. La projection des parents et la conscience aussi de mon propre départ pour quelque temps donne une consistance particulière à l'instant présent.

Je chante donc une dernière fois à Juliette la chanson africaine préférée de sa maman. Juliette est dans les bras de son papa.

Je propose à la maman de prendre la *sanza* si elle souhaite par moment accompagner le chant. Nous alternons le chant avec des moments de silence et des moments avec la *sanza* seule. La séance se déroule au travers de ce jeu musical partagé. Le papa regarde sa fille.

La séance se termine par le temps de la tétée, qui se fait dans le silence (pas de chant), mais ponctué par les stimulations vocales de la maman à l'adresse de Juliette. C'est une voix parlée incarnée, avec de réelles intonations, nous sommes dans une amorce de *motherese*.

A la fin de la tétée, j'entame la chanson du prénom. C'est une forme d'au revoir musical, et une dernière ritualisation propre à ce suivi.

Je laisse également aux parents de Juliette un petit livret de chants que j'ai réalisé pour les parents. Il contient des chants que j'interprète dans le service et notamment ceux interprétés lors des séances avec Juliette.

Hypothèses d'analyse

Le sonore, dans un contexte d'éveil calme pour l'enfant est un accompagnement au soin qui déclenche une activité motrice et physiologique de la part du bébé et une attention renouvelée. Le bébé tourne la tête en direction de la source sonore, arrive à ouvrir les yeux alors qu'une grande partie de la journée ce bébé est endormi, sans réaction au toucher, comme indifférent à la présence des soignants ou des parents.

La voix chantée et notamment les modulations d'intonations, les phrases mélodiques ascendantes en forme d'appel, stimulent le bébé sans signe apparent de gêne ou de stress (pas de froncement de sourcil, de membres tendus ou de hoquet).

Juliette montre également lors d'une séance une activation de sa zone orale, en dehors de la tétée.

Cette stimulation accompagne la prise du biberon, sans l'empêcher. La prise en charge de la musicothérapie accorde une part importante à la rythmicité de la tétée, le chant se calant sur la tétée et inversement.

Le silence ponctue cette prise en charge, faisant alterner continuité et discontinuité, permettant aussi des temps d'observation, et des temps de respiration pour chacun.

L'environnement sonore délimite un espace physique de la musicothérapie plus ou moins proche : très proche au départ et directement adressé à Juliette, puis il englobe la maman, puis il s'élargit avec le personnel soignant et le papa. Il est plus distancé lors de la quatrième séance.

Si la prescription de musicothérapie a été faite par le pédiatre dans l'objectif d'une stimulation adaptée, la prise en charge de musicothérapie interroge le lien parent-bébé à différents niveaux.

Dans ce rapport aux parents, et notamment à la maman de Juliette, la musicothérapie va exister assez rapidement comme un nourrissage et un portage sonores. Nourrissage car la musique comble un vide, un creux, une carence, que la maman exprime lors qu'elle me parle de l'absence de musique et surtout l'absence de transmission de musique durant son enfance. Deux nourrissements se répondent également : le besoin physiologique de la tétée, besoin vital et primaire qui doit être satisfait et celui qu'apporte le sonore.

Le portage sonore se fait dans la mesure où la musicothérapie accompagne aussi le moment où les parents, les soignants, portent Juliette dans leur bras. Le sonore soutient cette prise de contact, un espace physique, sensoriel et psychique. Ce sont deux enveloppes qui interagissent, un « peau à peau » où chaque geste peut avoir son importance.

L'accompagnement à la parentalité proposé par l'équipe soignante intègre à la fois ce portage mais aussi un cheminement vers l'autonomie parentale. Il en est de même pour la musicothérapie. Elle suivra ce mouvement progressif dont l'issue est la fin de l'hospitalisation et le départ de Juliette chez elle. C'est progressivement que la maman devient

actrice des séances de musicothérapie, s'emparant même sur les dernières séances de la sanza (au lieu de son téléphone portable...). Ce changement de positionnement et la prise de conscience de ce que peut être la musicothérapie se fait après le portage sonore de la maman de Juliette, lors de la séance où je lui chante des berceuses pour elle.

Le point d'accordage sonore et qui fait écho à un accordage affectif entre Juliette et sa maman, se fait par le biais de la chanson africaine que la maman me demande. C'est dans cette temporalité de cette chanson « doudou » que l'on va pouvoir bâtir petit à petit une organisation du cadre thérapeutique. C'est à ce moment-là que la maman de Juliette s'approprie véritablement la musicothérapie, et porte aussi un regard sur sa fille, se détourne des appareils, est capable de s'exprimer en faisant le choix de cette chanson. C'est lors de ce vécu que la maman semble pouvoir porter son bébé, près avoir elle-même été portée par le sonore (le « Holding du holding » développé par Boukobza, 2003).

Cette chanson devient un rituel, un repère dans le temps, un point central de la séance qui semble pouvoir résonner ailleurs, car se structurant, semble-t-il, comme objet interne pour la maman.

La dernière séance délimite une enveloppe spatio-temporelle singulière car symbolisant et transposant directement l'espace de la chambre de Juliette, chez elle.

Il se trouve que je n'évoquerai jamais avec les parents les éventuelles séquelles neurologiques de Juliette. Juliette est réceptive au sonore mais son attention restera faible cependant au fil des séances. Il ne s'agit donc pas pour moi de faire un comparatif avec d'autres bébés ou de signaler aux parents que j'observe des réactions anormales.

De la stimulation adaptée, on est donc passé par l'espace d'une enveloppe sonore contenant et rassurante, puis par le nourrissage et le portage sonores, par l'accordage affectif et sonore, puis par l'objet musical comme source d'investissement affectif et psychique, comme soutien à l'interaction.

Le dernier instant de cette prise en charge est la transmission du livret de chant, objet intermédiaire que je confie aux parents. J'accepterai aussi la

possibilité que cet objet-trace reste dans l'oubli ou ne soit pas approprié et investi dans un autre lieu et un autre temps.

3- Rose

Contexte d'hospitalisation

« Naissance à 32 semaines d'aménorrhée. Rose arrive dans le service de néonatalogie quelques jours après.

Elle est admise en néonatalogie pour surveillance thérapeutique, avec un petit poids, une problématique du lien parent-enfant. Rose est un bébé agité, qui pleure beaucoup, à différents moments de la journée. Rose paraît parfois inconsolable. Un érythème fessier sévère la fait souffrir. Les infirmières et les auxiliaires de puéricultures sèchent cet érythème avec de l'oxygène, la dermatologue vient pour prescrire un traitement spécifique, mais l'érythème ne s'améliore pas. La peau de Rose est à vif. »

Contexte familial

Les parents ont un autre enfant placé par les services sociaux chez la grand-mère paternelle. Ce fils aîné (de 5 ans) est suivi au CAMSP (Centre d'action médico-social précoce). Concernant la grossesse de la maman lorsqu'elle attendait Rose : c'est une grossesse mal suivie, la connaissance de la grossesse arrive tardivement.

Le contexte psychiatrique concernant la maman: antécédents récents de bouffées délirantes, hospitalisation actuelle en psychiatrie service de jour, contexte de toxicomanie ancienne. Éthylisme sevré. Psychose postpartum lors de la première grossesse.

Lorsque je rencontre les parents cela fait trois jours que la maman ne s'est pas présentée en service de Psychiatrie. L'équipe de psychiatrie, qui est en lien avec le service de néonatalogie, a des doutes sur le fait qu'elle continue à prendre son traitement.

La présence des parents en service de néonatalogie (éléments donnés par l'équipe soignante lors des réunions de transmission) : espacement des visites. Ils ne viennent pas alors qu'ils devraient assurer le bain, la toilette, la pesée.

Ils préviennent qu'ils vont venir puis au dernier moment ils font faux bon. Lorsqu'ils viennent, c'est très peu de temps. Absence d'appel. Parents qui ne posent pas de questions. Ils sont assez méfiants vis à vis de l'équipe soignante et plutôt sur la défensive.

Ma prise en charge en musicothérapie s'est faite sur sept séances. Elle s'est inscrite sur la globalité du temps de l'hospitalisation de Rose, c'est à dire sur trois semaines, à raison de deux à trois séances par semaine.

Indication/ Objectifs

- « Contribuer à une meilleure tolérance aux soins pour le bébé.
- Inscrire la musicothérapie en lien avec les soins de peau et massage réalisés par l'équipe soignante.
- Calmer Rose durant des temps d'agitation, désamorcer des situations de stress.
- Etayage du lien parents-bébé notamment dans la dimension du portage.
- Contribuer à une présence continue pour Rose (en l'absence de ses parents), par le médium de la voix. »

Hypothèses

- « L'enveloppe sonore contribue à étayer l'enveloppe tactile du bébé.
- La musicothérapie crée la possibilité d'un espace de résonance et d'une trace pour Rose et ses parents. »

Méthodes utilisées

- « Observation clinique.
- Verbalisation avec les parents garante d'alliance thérapeutique.
- Improvisation clinique.
- Bain sonore.
- Enveloppe sonore de « transformation » avec la technique du reflet. »

Première séance. Durée : 10 minutes environ

Elle s'inscrit dans le cadre de la présentation de la musicothérapie que je fais systématiquement auprès de chaque parent dans ce service, à la demande de la cadre de santé qui me supervise au

sein du Centre hospitalier. Dans ce contexte, la musicothérapie peut être considérée et légitimée comme une indication en soi pour les bébés hospitalisés dans le service de néonatalogie.

Lorsque je rencontre ces parents pour leur parler de la musicothérapie et de la possibilité d'accompagner leur fille et la relation entre eux et leur fille, ils m'adressent un refus catégorique : « Nous n'avons pas besoin de cela, ça ira ».

Il est difficile de rentrer en contact. Je n'ai aucun argumentaire de leur part qui me permet de rebondir ou de préciser des explications qu'ils auraient peut-être mal comprises. Concernant leur attitude corporelle, le papa me tourne le dos lorsque je parle et la maman regarde ailleurs, alors que je me présente face à eux.

La première rencontre s'arrêtera là. L'équipe soignante m'avait fait part d'une méfiance vis à vis de tout ce qui est lié au soin de la part de ces parents. Elle m'avait dit que la musicothérapie avait peu de chance de susciter leur intérêt.

J'accueille le refus. Je privilégie le silence comme espace possible d'écoute. Je souhaite cependant prendre le temps de connaître Rose lors des soins qui lui sont prodigués. Il est vrai aussi que les pleurs répétés de Rose ne laissent personne indifférent au sein du service.

Le lendemain, je participe à certains soins prodigués à Rose. Je suis particulièrement attentive aux soins apportés à la guérison de sa peau. Rose reste une partie de son temps sur le ventre, fesses nues, pour que son érythème se résorbe. Je reste près d'elle, à l'observer une bonne partie de la journée, en silence. Son érythème la fait souffrir. Je note cependant que la présence des infirmières et des auxiliaires et notamment leur présence vocale (voix parlée douce, avec intonation à la manière du *motherese*) lors des soins, suscite une attention de la part de Rose, elle tourne la tête, ouvre les yeux.

Deuxième séance

Quelques jours après, je vois la maman de Rose, seule. Elle entame d'elle-même une discussion avec moi sur sa grossesse. Elle me dit avoir fait écouter de la musique à son fils

lorsqu'elle était enceinte. Je comprends alors qu'elle ne me parle pas de la grossesse relative à Rose mais à son fils aîné (qui a 5 ans et dont elle n'a pas la charge). Cette discussion est un premier point d'ancrage et une entrée pour la mise en place de l'alliance thérapeutique. Cet échange introduit aussi la dimension musicale comme objet reconnu par la maman, objet du passé cependant intégré. La musique semble faire le lien avec le temps d'avant, faire écho avec une histoire familiale, s'inscrire donc dans une temporalité certes décalée mais qui correspond à l'état psychique de la maman à ce moment-là du suivi.

Je ne propose pas de séance de musicothérapie même si la maman semble moins sur ses gardes.

Les jours passent et la confiance s'installe entre les parents et moi-même par le biais de la discussion, surtout sur leur fils aîné. Ils me parlent du placement de leur fils, ils ont peur que cela fasse la même chose pour Rose. Le verbal est donc de plus en plus présent entre nous, me laissant l'espoir du musical.

Puis vient le jour où la musicothérapie s'introduit au sein de cette relation et de cette alliance thérapeutique naissante. Les parents m'autorisent à encadrer des séances auprès de leur fille quand ils ne sont pas là et que Rose est énervée.

La demande est particulière puisqu'elle ne se situe pas lors de la présence des parents. Ma présence et la présence du musical s'inscrivent donc dans une absence des parents. J'accepte cette demande, consciente que les parents me confient leur fille lors de moments privilégiés et intimes, et ils seront nombreux.

Cette demande surprend toute l'équipe soignante. Je suis moi-même surprise de voir que le refus a pu se transformer en accord parental.

De la troisième à la sixième séance

La musicothérapie trouve son cadre au sein d'un accompagnement chanté, tout d'abord lors des moments d'agitation de Rose, qui sont nombreux : des cris stridents qui ne semblent pas pouvoir s'arrêter et mettent en attention les autres parents dans l'unité.

Les cloisons entre les chambres étant trop minces et transparentes, il semblerait que Rose intrigue, soit un lieu de comparaison avec des enfants plus calmes. Rose déplace et décentre les regards et les attentions, elle devient un enjeu de questionnement, ses parents aussi, de par leur absence, de par certains de leur comportements (ils parlent fort, la maman porte sur elle les empreintes d'un passé et d'un présent fragiles).

La musicothérapie doit construire et délimiter une enveloppe sonore de l'intime vis à vis de Rose et de ses parents C'est une sorte de protection invisible qui doit garantir le début d'un cheminement thérapeutique possible. Je devrai m'abstraire en partie, au moins pour un temps, de l'environnement du service (y compris sonore) et des autres (les autres parents, la vie du service et de ses va et vient, voire même les paroles des soignants et des assistantes sociales concernant le futur de Rose et de ses parents) pour être également totalement présente à Rose et à ses parents. Il me faut par ailleurs apprivoiser les cris et pleurs de Rose, continuels, très intenses, accompagnés le plus souvent de tensions physiques extrêmes et d'accélération cardiaques.

De par la configuration du service et des chambres des bébés (des baies vitrées séparent chaque chambre mais il n'y a pas de mur faisant office de cloison), ma présence est en interface directe avec la vie des autres parents et la vie du service. C'est une musicothérapie « exposée ». Ma voix s'entend dans tout le service, mes discussions avec les parents de Rose à peine moins. Il s'agit donc d'affiner au fil des séances un cadre qui « fasse avec » cette exposition à l'espace et à l'écoute des autres mais en se recentrant sur Rose, sur ce qu'elle est, ce qu'elle donne à voir et à entendre, ce qui naît de la relation avec son environnement.

Ce sont toutes ces séances qui se renouvèlent dans le temps, qui créent donc une forme de rythmicité, qui constituent le cadre et la permanence à même de transfigurer un espace non protégé en un espace de sécurité et de contenance.

Ces moments d'accompagnement chantés se font pendant le change, qui est encore douloureux pour Rose, à cause de son érythème fessier. Ils se

déroulent également pendant les soins de peau. L'enveloppe sonore que je tente d'élaborer trouve un écho avec les massages, applications de pommade, enveloppements, que l'équipe soignante prend le temps d'apporter à Rose au quotidien.

Lors de ces moments musicaux, je propose principalement un accompagnement en bouche fermée, sous forme d'ostinato. Puis je choisis une alternance entre bouche fermée et la bouche ouverte, avec l'exploration de « voyellisations » sur des mélodies très simples. Les intervalles plus complexes arriveront très progressivement, le sonore se densifiant au fur et à mesure que la peau de Rose se résorbe. La musique semble se créer par couches successives, tout comme la peau de Rose devient moins fragile au fil des soins, s'épaissit également.

Il s'établit une alliance implicite avec l'équipe soignante lors de ces soins, nous trouvons ensemble notre propre rythme de soins, le massage et la musicothérapie s'inscrivant dans l'alternance, la complémentarité et dans un espace thérapeutique commun. Ce sont aussi des temps de plaisir et de satisfaction communs lorsque l'on constate que l'érythème se résorbe petit à petit et que les souffrances de Rose s'atténuent. Ma voix chantée alterne avec la voix parlée des soignants, créant une partition à plusieurs, une composition collective où chacun tient son rôle.

C'est aussi seule que je rentre dans la chambre de Rose, lors de moments d'agitation sans raison apparente. La musique s'exprime principalement en improvisation chantée. Il m'est alors impossible d'établir un protocole précis car ce sont autant d'instantanés présents que je vis avec Rose.

J'utilise plusieurs démarches adaptées à Rose au gré de la situation et de l'environnement.

A l'écoute de ses cris stridents, je tente plusieurs fois une transformation progressive, partant de l'imitation d'une voix haletante, à la limite de la suffocation, à une improvisation vocale plus liée, et plus posée. C'est donc par la technique du « reflet » que le musical se pose comme support possible. C'est un désamorçage que je tente plus qu'une tentative d'arrêt des pleurs et des cris. Nous sommes- là dans un processus de

« pare-excitation » (Bion, Anzieu) au travers d'une enveloppe sonore et psychique faisant office de « réceptacle », de « contenant » et de « matrice » permettant la transformation.

Je répéterai inlassablement, en voix parlée et en improvisation vocale, le prénom de Rose, en ajustant les intonations. Rose arrive à se calmer, ses pleurs à se réguler. Elle pourra montrer des signes de détente et d'interaction liés à la présence vocale, une présence qui devra sans cesse se réajuster et demandera beaucoup de temps et de patience.

Rose tourne désormais la tête lorsque j'entre dans sa chambre pour lui dire bonjour. Il y a dans cette relation thérapeutique une forme de connaissance et *a fortiori* de reconnaissance, jour après jour.

En parallèle de cette relation de musicothérapie avec Rose, je note que l'érythème fessier s'est résorbé au fil du temps, que les parents viennent plus régulièrement et plus longtemps voir leur fille. Je peux donc désormais échanger avec eux sur le bienfait de la musicothérapie sur leur fille, sur ses signes de détente et d'interaction.

Après la confiance de la maman, j'accède progressivement à une alliance avec le papa, qui petit à petit ose affronter mon regard. C'est lui qui me demande dorénavant une séance de musicothérapie après leur venue.

Le frère de Rose vient également voir sa petite sœur. Même s'il n'a pas le droit de rentrer dans le service et de toucher Rose, il peut la voir dans le couloir attenant aux chambres, à travers la baie vitrée qui sépare les espaces. Des dessins de ce grand frère sont accrochés dans la chambre de Rose. Nous chanterons également tous les deux une chanson pour Rose. Il exprime son propre choix de « La souris verte » dont la fin l'amuse beaucoup. Il a du plaisir à adresser ce moment à sa petite sœur.

Cette chanson sonne au travers de la baie vitrée, séparation physique, sonore et symbolique entre ces deux enfants, frère et sœur, liés et séparés à la fois par leur présent et leur devenir.

Les prises en charge de musicothérapie seront de plus en plus longues et journalières. La temporalité incarnée par cette fréquence contribue ainsi à faire de la musique un objet familier, tout au moins attendu et reconnu.

La dernière séance. Durée : 15 mn environ

En chambre mère-enfant, en présence du papa et de la maman

Cette séance a lieu deux jours avant la sortie de Rose chez elle. Rose ne sera donc pas placée (chez sa grand-mère, comme son frère). Suite à la décision des équipes sociales et soignantes, un suivi sera réalisé par certains professionnels du secteur médico-social et la PMI auprès des parents. La maman suivra son accompagnement psychiatrique.

Lorsque que je rentre dans cette chambre maman-bébé – cette fois-ci un espace non exposé aux autres espaces du service, et permettant aux mamans de rester dormir avec leur bébé – je me retrouve en présence de la maman et du papa. La maman me tend son bébé quand j'arrive et lorsque je dis bonjour, Rose tourne la tête et reconnaît ma voix.

Je demande à la maman de garder Rose dans ses bras. Je remarque qu'elle ne soutient pas la tête de sa fille. Cependant elle la prend contre elle. C'est une contenance corporelle qui me donne l'impression d'une ambivalence : elle la tient mais ne la soutient pas.

Je lui propose de s'asseoir et de trouver une position convenable pour elle et sa fille. Elle s'assoit sur le lit et le papa est un peu plus loin, assis sur un fauteuil, en face de sa femme et de sa fille.

La maman me fixe du regard pendant toute la séance, gardant cependant sa fille « lovée » dans les bras. Je propose une succession de berceuses, la maman entamant un mouvement corporel de bercement. Je me cale sur ce rythme-là. Il n'y aura pas d'interaction particulière entre Rose et sa maman, le papa sera spectateur.

Cette dernière séance se termine par une impression d'inachevé, car il me semble que la

musicothérapie avait encore à faire autour de cette triade maman-bébé-papa.

Le jour où Rose part du service avec ses parents, je suis présente avec l'infirmière. Nous les reconduisons toutes les deux à la porte de sortie du service, lieu de passage symbolique entre le dedans et le dehors. C'est aussi le passage entre la prise en charge en musicothérapie, et ce qui n'appartient plus au thérapeute la séance finie ou le suivi terminé.

Je ferai remonter à l'équipe soignante, durant les temps de transmission, que des liens entre le service de néonatalogie et le service du CAMPS pourraient, de mon point de vue, être pertinents. La musicothérapie pourrait aussi vivre dans ces deux lieux, afin de donner une continuité, un suivi à plus long terme, et une forme de résonance concernant certaines problématiques d'enfants et de lien parents-bébé.

Hypothèses d'analyse

Cette prise en charge a été certainement une des plus marquantes que j'ai pu conduire.

La temporalité de la musique dans ce cadre s'est faite au travers d'une inscription sur la longueur et dans la présence renouvelée auprès de Rose et de ses parents.

L'alliance thérapeutique avec les parents de Rose s'est construite au travers de la discussion préalable sur leur fils aîné, la reconnaissance de la musique dans l'histoire de la maman et sa précédente grossesse. Ce premier enfant dont ils n'ont pas la charge est le repère symbolique qui nous permet d'accéder à Rose et de structurer le temps. Cette filiation entre ces deux enfants incarne le lien possible et le point d'accroche pour une prise en charge en musicothérapie. Leur destin n'en demeure pas moins différent.

La musique contribue à créer un espace de rencontre entre ce grand frère et ce petit bébé qu'il ne peut pas toucher et qu'il arrive mal à symboliser (les visites étant limitées, et l'espace de rencontre se situant derrière les baies vitrées).

La chanson que ce grand frère (rappelons qu'il n'a que 5 ans) chante et que j'accompagne, ainsi que les dessins que les parents accrochent au

chevet de Rose, est un objet de symbolisation et d'identification important pour ce petit garçon, et j'ose croire aussi pour ses parents.

Concernant Rose, c'est d'abord dans le silence, l'observation, l'écoute que se construit mon cadre thérapeutique. Il me faut connaître Rose par les soins que l'équipe soignante lui donne, il me faut écouter les histoires des parents. La musique naît de cette imprégnation-là et de ce temps de latence nécessaire qui préfigure la mélodie. La voix parlée, dans ce contexte, est une amorce de la voix chantée, un point d'appui et d'ancrage possible.

C'est en résonance à cette histoire et à ce contexte que la musicothérapie prend forme et trouve son sens.

L'enveloppe sonore créée par la musicothérapie rentre d'abord en synergie avec les soins apportés par l'équipe soignante. Un fil se tisse entre les soins de peau et l'enveloppe sonore que j'apporte, jour après jour. C'est une enveloppe sonore qui symbolise la surface de l'enveloppe charnelle de Rose (qui est abîmée, « entamée », à vif).

La musicothérapie prend également existence avec le choix des parents de me confier leur fille lorsqu'ils ne sont pas là, et notamment lorsqu'ils partent de la chambre. La musique s'inscrit dans ce temps « entre », « un temps relais », « un temps d'après ». Elle crée un espace d'intimité et de proximité avec Rose. Dans cette présence renouvelée, ma voix devient, à mon sens, un objet connu et reconnu par Rose et ses parents.

C'est ce portage sonore au quotidien qui a pu, me semble-t-il, contribuer à certains « désamorçages » d'extrêmes nervosités de la part de Rose. Certaines techniques de l'improvisation clinique, comme le « reflet », m'ont permis de trouver des issues à certaines situations qui pouvaient paraître perdues d'avance au départ. La musique a pu dans ce cas être le support à la transformation.

C'est en s'emparant et en s'imprégnant des caractéristiques d'une matière sonore (et psychique) brute (les cris continus et sans explication apparente de Rose), en tentant d'illustrer et de recréer une ambiance sonore, que très progressivement, la musicothérapie amorce

une transformation qui passe par une tentative de régulation et de recomposition de ce qui est donné à recevoir comme déstructuré, désorganisé, compulsif.

La présence de Rose à son environnement et aux autres a évolué au fil des jours et des prises en charge et celle de ses parents également.

Malgré la bienveillance de la maman envers son bébé, j'ai noté un portage fragile et une interaction difficile à identifier. Il me paraît évident que ces parents avaient eux aussi besoin d'un portage important. La musicothérapie aurait pu contribuer à cela me semble-t-il au travers d'une prise en charge sur le long terme laissant la place à une possible résonance.

Le manque de temps ne m'a pas permis de donner aux parents à verbaliser ce qu'ils ont ressenti, vécu durant cette séance (permettant le déclenchement d'un processus de symbolisation). Ce manque de mise en mot du processus psychique vécu demeure une frustration concernant cette prise en charge.

Conclusion

L'expérience clinique témoigne de comment peut interagir et se nourrir mutuellement le support musical et le processus thérapeutique. La prise en soin, la rencontre avec le bébé né prématuré donne du sens et de la consistance à la musique car elle permet de puiser dans les fondements du son, dans les modes d'expression sonores les plus archaïques, quasi organiques, comme ceux plus élaborés. Les paramètres musicaux y sont mis en expérience au travers d'une relation à l'autre toute singulière, la voix impose une présence à soi-même, une écoute de soi et de l'autre, une qualité vibratoire. Le musicien-thérapeute, le thérapeute-musicien ou bien plutôt le musicothérapeute se questionne, s'ajuste, réinvente, se met dans une disponibilité et une écoute particulière. Il crée tout au long du processus thérapeutique. Il doit aussi se laisser surprendre, aller vers des territoires sonores inconnus que le processus thérapeutique impose, permet d'ouvrir. Il apprend à écouter l'inattendu. L'improvisation clinique en est une belle

illustration, tant elle ouvre les possibles musicaux tout en créant du possible dans la relation thérapeutique. La matière sonore et la musique y sont donc convoquées de manière intrinsèquement créative et dans l'interaction. C'est cette créativité partagée entre le support musical et le processus thérapeutique qui permet de créer du possible pour le bébé, et une alliance avec ses parents. C'est un « espace-temps » structuré, solide mais en mouvement, en transformation, qui peut étayer les mouvements psychiques du bébé comme de ses parents, ouvrir l'espace du symbolique, du signifiant.

L'enveloppe sonore étaye l'enveloppe sensorielle, physiologique et psychique du bébé né prématuré. Le processus thérapeutique étaye le processus de création musicale, il lui ouvre de nouveaux champs possibles. Par ce nourrissage et cette écoute mutuelle, la musicothérapie ne s'exprime non pas comme un compromis ou une zone frontière, mais elle crée au contraire un nouvel espace, de relation, de communication, de compréhension, de présence à l'autre et à soi-même.

Bibliographie

- Anzieu, D. (1976). L'enveloppe sonore du Soi. Nouvelle revue de Psychanalyse, 13, pp. 161-180.
- Anzieu, D. (1985). Le Moi-peau. Paris, Dunod.
- Anzieu, D. et al. (1987). Les enveloppes psychiques. Paris, Dunod.
- Boucheix, S. (2017). Une musicothérapie de l'enveloppe : résonance entre enveloppe sonore, sensorielle et psychique en service de néonatalogie, La Revue Française de Musicothérapie, 36, 1, pp. 43-66
- Boukobza, C. (2003). La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. Le Coq-héron 2/2003 (no 173). Édition : ERES
- Bouteloup, P. (2005). Berceuses pour petits et grands. Spirale, 34, 2, pp. 51-60.
- Bruscia K.E. (1998) A Survey of Treatment Procedures in Improvisational Music Therapy. Psychology of Music. 1988, 16: 10-24. 10.1177/0305735688161002.
- Castarède, M.-F. (2007). Métapsychologie de la voix, Champs psy, 48, 4, 7-21.
- Castarède M.F. (2001). L'enveloppe vocale, Psychologie clinique et projective 2001/1 (n° 7), p. 17 à 35
- Ciccone, A. (2012). La pratique de l'observation, Contraste, 36, 1, pages 55-77
- Lecourt, É. (2011). L'intervalle musical : entre l'Autre et l'autre. Insistance, 6, 2, 119-132
- Loewy, J. (2013). The Effect of Music Therapy on Vital Signs, Feeding, and Sleep in Premature Infants, Pediatrics 13/5
- Porge, E. (2012). Voix de l'écho. Toulouse : Erès.
- Wigram, T. (2004). Improvisation - Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Winnicott, D.W. (1971). Jeu et réalité. Paris : Gallimard, 1975.
- Winnicott, D.W. (1965) Processus de maturation chez l'enfant. Paris : Payot, 1988.
- Zonabend, F. (2001). Prénom, temps, identité. Spirale, 19, 3, p. 41