



HAL
open science

Temps mort : une réflexion sur le silence en musicothérapie

Ella Tandéo

► **To cite this version:**

Ella Tandéo. Temps mort : une réflexion sur le silence en musicothérapie. Revue française de musicothérapie, 2023, 40 (2). hal-04091707

HAL Id: hal-04091707

<https://hal.science/hal-04091707>

Submitted on 8 May 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume 40 - numéro 02 - mai 2023

Temps mort : une réflexion sur le silence en musicothérapie

Ella Tandéo

Musicothérapeute (AFM), (FFM)

ella.tandeo@gmail.com

Résumé

Le musicothérapeute est un professionnel de l'écoute : nous apprenons à écouter ce que les patients ont à nous dire, à travers leurs mots, leurs productions sonores, leur communication non-verbale. Et qu'en est-il du silence ? Cette réflexion porte sur le silence en musicothérapie, sa place, son rôle, sa fonction et ce qu'il peut exprimer, ou ne pas exprimer. En m'appuyant sur des exemples cliniques, je montrerai l'importance de pouvoir écouter le silence en musicothérapie, tout en mettant ces exemples en lien avec des apports théoriques tirés de la littérature sur le sujet.

Mots-clés

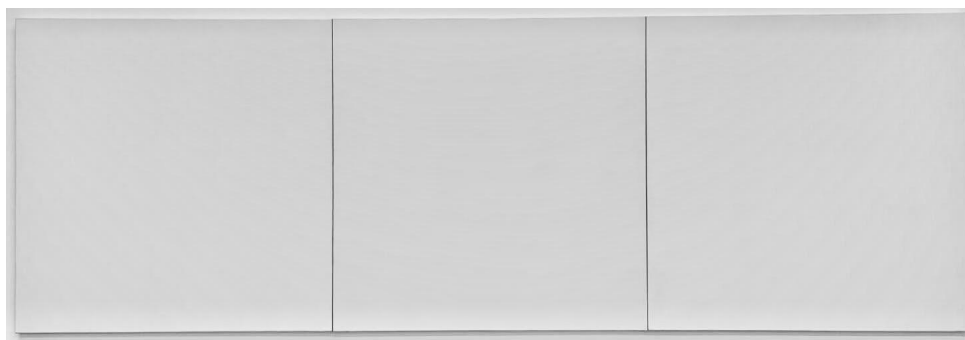
Musicothérapie, silence, psychiatrie, vide, dépression, psychose

Abstract

The music therapist is a professional listener : we learn to listen to the patients and to what they say to us, in their words, their acoustic productions, their nonverbal communication. And what about silence ? This article offers a reflexion of silence during music therapy, its place, its role, its function and what it can express or not express. Based on clinical examples, I will show the importance of listening to silence in music therapy, while making links with theoretical writings.

Keywords

Music Therapy, silence, psychiatry, emptiness, depression, psychosis



Ryman, R. (1974). *Sans titre* [Laque glycérophtalique sur toile marouflée sur panneau de bois]. Centre Georges Pompidou, Paris, France. (Photo Ella Tandéo).

Le silence, ce n'est pas ce qui vient à l'esprit en premier, lorsque l'on parle de musicothérapie.

A priori, la musicothérapie c'est l'écoute du sonore, du musical, du chant, de la parole, du bruit. Le silence, lui, a pu être associé à la psychanalyse : Freud, puis Lacan ont posé les bases d'une psychanalyse où le thérapeute est silencieux pour laisser émerger la parole du patient.

Plus largement, pas seulement en psychanalyse mais en psychothérapie en général, le silence recouvre différentes fonctions. Des auteurs, psychothérapeutes, psychanalystes et musicothérapeutes se sont intéressés à la question du silence, et particulièrement à sa fonction dans les thérapies.

La réflexion que je présente ici a pour but de montrer l'intérêt d'écouter et de prendre en compte le silence dans le travail musicothérapeutique. Nous nous interrogerons sur la signification du silence en musicothérapie : que vient dire ce silence, et qu'est-ce qu'il permet d'entendre ?

Le silence dans les thérapies

Avant même d'aborder la question du silence en musicothérapie, nous pouvons nous pencher sur la définition même du silence. Les dictionnaires nous disent que le silence, c'est le fait de ne pas parler, de ne pas s'exprimer. Pour le Larousse, le silence, c'est l'absence de bruit.

Andrea Sabbadini (1991) dans son article *Listening to silence*, parle du rôle et du sens du silence dans la psychanalyse.

Il met en parallèle le silence dans la psychanalyse et le silence dans la musique :

[Citation] « Mais que se passe-t-il *entre* les mots ? Il suffit de jeter un coup d'oeil à n'importe quelle partition de musique, pour réaliser que les silences ne font pas moins partie de cette partition, que les noires et les doubles-croches ; même si, bien-sûr, il n'y aurait pas de musique du tout si une pause devenait trop longue, sans silences, il ne pourrait pas y avoir de musique non plus. De plus, comme Gustav Mahler le fit remarquer, "la chose la plus importante en musique n'est pas dans la partition" »¹.

¹ « But what happens *between* words? It should suffice to glance at any musical score to realize that rest marks belong to it, no less than crotchets and semiquavers; although, of course, there would be no music at all if a pause became too long, without rests

there could be no music either. Even further, as Gustav Mahler once remarked, 'the most important thing in music is not in the score' » traduit par mes soins

La musique est inextricablement liée au silence. C'est grâce au silence que la musique peut exister. Ce qui permet d'entendre le silence, c'est la musique qui « borde » celui-ci.

Sabbadini (1991) explique que le silence n'est justement pas une absence de mot, mais une présence active. Pour lui, le silence contient à la fois du sens, et des mots :

« En utilisant une image visuelle, on pourrait dire que le silence est comme la couleur blanche : même si une surface blanche apparaît sans couleur, nous savons grâce à la physique qu'elle est constituée de la somme totale de toutes les couleurs. Cette métaphore suggère que nous pouvons penser le silence comme un contenant de mots, comme une membrane plus ou moins transparente et fragile. L'expression "briser le silence" fait clairement référence à cette idée. »²

Cela nous rappelle aussi les toiles blanches, ces œuvres artistiques, peintes entièrement en blanc et qui, de la même manière que le silence avec la musique (telle l'œuvre « silencieuse » 4'33'' de John Cage), peuvent évoquer une représentation du vide, de l'absence. *Carré Blanc sur fond blanc* (Kasimir Malévitch)³, les monochromes blancs de Robert Ryman, ou encore *Monochrome Blanc*⁴ de Yves Klein : dans toutes ces œuvres, il y a la notion de bordure : border le vide par le cadre même, par la toile ou par les formes (dans le cas de

Carré Blanc sur Fond Blanc). En faisant un parallèle avec le silence, on peut dire qu'il existe parce qu'il est bordé, par les mots, les sons, la musique, le bruit. En cela, il n'est pas le vide.

Sabbadini complète, toujours dans ce même article : [Citation] « Alors, le silence peut être une barrière. Il peut être un bouclier. Il peut être un pont. Il peut être une manière d'éviter de dire quelque chose et il peut être une façon de dire ce qu'aucun mot ne pourrait dire. Il peut exprimer la colère, l'excitation, le désespoir, la gratitude, le vide, la joie, la honte, l'impuissance, voire n'importe quelle autre émotion. »⁵

Bien-sûr, la clinique le montre, tous les silences n'ont pas le même sens, n'ont pas le même effet, n'ont pas les mêmes rôles.

D'autres auteurs ont parlé de la signification du silence dans les thérapies. Un article publié dans le *Journal of Palliative Medicine* (Back, Bauer-Wu, Rushton, Halifax, 2009) propose même une typologie des différents types de silence en thérapie. [Citation] « Les silences sont remplis par des textures et des sensations, et peuvent avoir des effets thérapeutiques, neutres ou destructifs sur la relation thérapeutique. Tandis qu'il y a des silences qui sont vécus comme gênants, indifférents, ou même hostiles, il y a aussi des silences qui sont vécus comme réconfortants, affirmants et sécurisants. Ils résonnent avec la simplicité que peuvent avoir un patient et un clinicien à s'échanger des sentiments et des pensées qui ne transparaissent pas

² « By using a visual image, we could say that silence is like the colour white: although a white surface appears to be colourless, we know from physics that it consists of the sum total of all colours. This metaphor suggests that we could think of silence as a *container of words*, as a more or less transparent and fragile membrane. The common expression 'to break the silence' clearly refers to such a view. »

³ Malévitch, K. (1918). *Carré Blanc sur fond blanc* [peinture]. Museum of Modern Art, New-York, Etats-Unis

⁴ Klein, Y. (1958). *M. 69, Monochrome blanc* [peinture]. Centre Pompidou, Paris, France

⁵ « Silence, then, can be a barrier. It can be a shield. It can be a bridge. It can be a way of avoiding saying something and it can be a way of saying what no words could ever tell. It can express anger, excitement, despair, gratitude, emptiness, joy, shame, helplessness or indeed any other emotion. »

vraiment dans le langage. Qu'est-ce qui fait que ces silences thérapeutiques sont différents ? »⁶

Le silence en séance de musicothérapie

Ce questionnement sur le silence m'est venu à la suite d'une verbalisation d'une patiente en séance de musicothérapie. Cette patiente faisait partie d'un groupe dans lequel le dispositif et le cadre théorique que j'avais choisis étaient la musicothérapie analytique de groupe, théorisée par Edith Lecourt⁷, et dans lequel la communication sonore était proposée chaque semaine. Un jour, pendant un temps de verbalisation après l'improvisation de la communication sonore, et pour la première fois dans l'histoire musicothérapique de ce groupe, celui-ci faisait entendre un infime temps de pause lors du jeu musical. Une des participantes du groupe, une patiente ayant un diagnostic de psychose, dit spontanément que pour la première fois, il y a eu « un temps mort ». A partir de ce moment, quasiment à chaque communication sonore qui suivra, cette participante s'arrêtera de jouer quelques secondes pendant l'improvisation. À chaque fois, elle l'explicitera, et souvent elle le décrira comme un « temps-mort », qui est « autorisé » dans la communication sonore.

Ce « temps mort » tel qu'elle l'a appelé, a attiré mon attention. En effet, ce terme n'est pas anodin, surtout en musicothérapie, d'autant plus prononcé par une patiente souffrant de psychose.

Cela pose les questions suivantes : que signifie ce « temps-mort » pour cette patiente, mais plus largement, qu'est-ce que cela signifie en musicothérapie ? Que se

passé-t-il quand le silence apparaît en séance de musicothérapie ?

On peut sûrement faire un parallèle entre le silence et le vécu de vide que peuvent ressentir les personnes atteintes de psychoses et plus particulièrement les personnes schizophrènes. Ce vécu intérieur qui renvoie à la mort et aux angoisses de mort trouve un pendant musical qui serait le silence. Le Professeur Nicolas Franck (2016), dans son ouvrage *La schizophrénie : la reconnaître et la soigner*, explique que ce vécu de vide fait partie des symptômes dit « négatifs » de la schizophrénie. [Citation] « Les symptômes négatifs représentent en effet une sorte de carcan qui bride les sujets dans leur capacité à penser, à agir ou à ressentir. L'expression *symptômes négatifs* désigne la perte des capacités dont le patient disposait avant de tomber malade. » (Franck, 2016, p. 77)

Il ajoute : [Citation] « Cette diminution ou absence de paroles va souvent de pair avec une diminution des pensées. De nombreux schizophrènes se plaignent de ne plus pouvoir réfléchir. Cela va de simples troubles de l'attention ou de la mémoire à la sensation d'avoir la tête vide ou de rester sans idée face à une situation » (Franck, 2016, p. 81)

En écoutant les éléments de langage de certains patients, on peut en effet penser à cela.

La patiente qui parle de « temps morts » est stabilisée dans sa maladie. Elle va certainement pouvoir s'autoriser à faire l'expérience de ces « temps morts », sans que cela soit angoissant, puisque le groupe continuera de jouer autour d'elle. Elle fait

⁶ « Silences are filled with texture and feeling, and can have therapeutic, neutral, or destructive effects on the therapeutic relationship. While there are silences that feel awkward, indifferent, or even hostile, there are also silences that feel comforting, affirming, and safe. They resonate with the ease of a patient and clinician exchanging feelings and

thoughts that do not quite make it into language. What makes these therapeutic silences different? »

⁷ Lecourt Édith. La musicothérapie analytique de groupe : improvisation, écoute et communication. Bressuire: Fuzeau; 2007.

l'expérience, pour elle-même, de ces silences, mais ceux-ci ne lui renvoient pas quelque chose de l'ordre de l'effondrement.

J'ai déjà entendu à plusieurs reprises, lors des verbalisations des patients, l'expression être « dans ma bulle ». Cela revient régulièrement dans les temps d'élaboration après les temps de création sonore. Les patients vont dire qu'ils étaient dans leur bulle, exprimant ainsi une sorte de grande concentration sur le son de son instrument. Cela peut aussi faire penser à l'enveloppe sonore⁸ qui va être contenante et qui va donner au patient la sensation d'être contenu, protégé.

Cela peut aussi témoigner de difficultés à entrer en communication avec les autres et à créer du lien. Pour les patients, cela fait aussi écho à leur solitude, à leur grande difficulté à aller vers l'extérieur et à s'ouvrir aux autres. Ce sont souvent des problématiques exprimées par les patients psychotiques.

En analysant la production sonore de la personne qui verbalise avoir été dans sa « bulle », on remarque quasiment à chaque fois, qu'elle a joué en continu, parfois un seul motif en boucle, ou une improvisation construite sur un rythme stable (par exemple une pulsation régulière ou un rythme joué et répété tout au long de l'improvisation).

On peut sûrement pousser la réflexion plus loin, en se demandant si cette façon de jouer régulière, et en continu, ne permettrait pas aux patients de combler le silence intérieur. Ils jouent pour eux-même, comme une sorte de défense face au silence. Ces façons de jouer peuvent évoquer les rythmes vitaux (cardiaques, respiratoires), tels des symboles de la pulsion de vie, qui peuvent venir combler ce vide intérieur.

Cet exemple autour du « temps-mort » nous permet de nous rendre compte de l'importance de repérer les éléments de langage des patients. Le rôle du musicothérapeute est d'écouter et d'entendre ce que les patients ont à nous dire : ils nous donnent eux-mêmes de précieuses indications sur leur vécu, parfois de manière explicite ou détournée, et nous pouvons comprendre leurs problématiques.

Alain Rouby dans son ouvrage *Éduquer et soigner l'enfant psychotique* (Rouby, 2007) montre que le lien entre le langage et les angoisses est primordial à repérer chez les psychotiques, afin de les aider à trouver des réponses aux questions, souvent déroutantes, qui nous sont posées. « On voit que, aussi longtemps qu'on ne trouve pas la bonne réponse, on tourne en rond avec les patients » (Rouby, 2007, p.11). Nous devons tenter de comprendre ce que les patients psychotiques essaient de nous dire de manière détournée, pour les aider à avancer dans leur travail thérapeutique. Ainsi, quand une patiente parle de « temps-mort », d'autant plus qu'elle répète ce terme d'une fois sur l'autre, c'est qu'il y a quelque chose à chercher dans cette direction. Une sorte de travail de traduction qui incombe au thérapeute ou musicothérapeute.

Deux articles de Dafna Regev, Sharon Snir, et Hadass Kurt (pour l'un⁹) et Hila Chasday (pour un l'autre¹⁰); interrogent sur la question du silence en art-thérapie, du point de vue de l'art-thérapeute (2006), et du point de vue du patient (2006). L'article du point de vue du patient, présente les résultats d'une étude menée avec des participants d'ateliers d'art-thérapie. Il ressort de cette étude, que pour le participant (le patient), le silence est vécu positivement dans certains cas, comme par exemple pendant le processus de création artistique,

⁸ Théorisée par Didier Anzieu puis repris par Edith Lecourt

⁹ Regev D, Kurt H, Snir S. Silence during art therapy: The art therapist's perspective. *International journal of art therapy*. 2016;21(3):86–94.

¹⁰ Regev D, Chasday H, Snir S. Silence during art therapy—The client's perspective. *The Arts in psychotherapy*. 2016;48:69–75.

le silence étant vécu comme favorisant la concentration.

Le silence pendant le processus de création artistique me renvoie à de nombreuses séances de musicothérapie avec des groupes de patients, dans des endroits bruyants, empêchant le silence de se faire. L'absence de silence durant le jeu était vécue à chaque fois comme persécutante. Par exemple, dans des institutions en travaux, le bruit provoqué par le chantier (bruits de marteaux, perceuses) faisait partie du groupe, telle une entité à part entière qui venait « empêcher » le groupe de se faire, de penser, de jouer et d'élaborer.

Le musicothérapeute face au silence

Le rapport au silence pour le musicothérapeute peut être aussi intéressant à analyser. En psychiatrie, on remarque que les patients ont besoin de contenance, d'être enveloppés par les sons, pour faire face au sentiment de morcellement que peut provoquer la psychose. On peut savoir, grâce au Bilan Psychomusical¹¹ ou grâce à un entretien préalable, quels sons seront vécus par la personne comme faisant effraction, quels timbres vont être appréciés, quelle autre mélodie sera ressentie comme apaisante. D'expérience, les musiques faisant entendre des instruments avec des timbres chaleureux, résonnants, avec une réverbération, seront plus souvent vécues comme enveloppantes, mais on ne peut pas faire de généralité, et cela dépend bien-sûr de la personne.

L'expérience montre que le silence peut être angoissant pour un groupe, et le contre-transfert du musicothérapeute va souvent dans ce sens. Les patients sont silencieux : est-ce de l'ennui ? Qu'est-ce qui s'exprime à travers leur silence ? Ces questions que le

musicothérapeute se pose sont l'expression de son contre-transfert.

Ce contre-transfert face au silence fait penser au concept d'omnipotence inanimée dont parle Paul-Claude Racamier dans son ouvrage *Les Schizophrènes* (Racamier, 2001). Pour lui, la sensation de vide intense qui peut être vécue dans la schizophrénie peut se ressentir dans le contre-transfert du thérapeute. [Citation] « Si vous rencontrez un schizophrène pendant des années, il vous arrivera plus d'une fois de vous trouver saisi par une action psychique d'une espèce très particulière, et parfois d'une force irrésistible. Face à lui, vous vous sentirez insidieusement effleuré, gagné puis envahi par un sentiment d'insignifiance. Il vous semblera que non seulement vos paroles, mais votre pensée, et enfin toute votre personne sont non seulement dénuées de sens, mais vidées de signification. Il ne reste de vous qu'une coquille emplie de vide. Ce n'est pas là l'impression la plus agréable qu'on puisse éprouver, et nous verrons un peu plus loin que d'ordinaire on s'en défend farouchement : tout vaut mieux qu'une telle plénitude de vacuité » (Racamier, 2001, p. 89).

De la même manière que le musicothérapeute, face au silence, va tenter de prime abord à l'éviter, Racamier nous montre que face au sentiment de vide intense ressenti dans le contre-transfert, le thérapeute va d'abord essayer de s'en défendre. Mais il ajoute qu'on ne peut pas réellement l'éviter, même si ce vécu contre-transférentiel est difficile à éprouver.

[Citation] « Si averti que l'on soit de cet agir transférentiel, on ne saurait tout à fait en éviter le vécu ; seulement peut-on reconnaître ce transfert et ne point trop maladroitement le contre-agir. On appellera inanisance l'action psychique ainsi menée par le patient » (Racamier, 2001, p. 90). À cette question de comment contre-agir face à ce contre-transfert, pour Racamier, il

¹¹ Théorisé par Jacqueline Verdeau-Paillès dans *Le bilan psycho-musical et la personnalité* (2004)

n'y a rien d'autre à faire que de laisser ce sentiment nous atteindre, mais il ajoute que notre pensée se remettra en mouvement après en avoir fait l'expérience. [Citation] « Mais comme un parachute qui s'ouvre après qu'on ait enfin sauté, irrésistiblement, pour peu qu'on se laisse aller, la pensée vient à renaître. On reconnaît alors que le danger n'est pas tel qu'on le craignait. Psyché ne sombre pas si facilement... » (Racamier, 2001, p. 93)

Cela nous éclaire sur le contre-transfert que nous pouvons avoir avec certains patients, et face au silence. Est-ce que ces silences vécus en séance avec les patients, ne pourraient pas être symptomatiques de cette inanité si particulière à la schizophrénie ? D'ailleurs, est-ce que ces silences sont forcément liés au vide ? Il y a probablement d'autres auteurs qui ont proposé d'autres théories sur ce phénomène.

En lisant l'ouvrage du Professeur Nicolas Franck (2016), dans lequel il présente les avancées de la recherche sur la schizophrénie, sous l'angle des neurosciences, on se demande si celles-ci ne nous permettraient pas de faire un lien entre ce vécu de vide intense chez la personne schizophrène et ce qui se passe dans le cerveau du malade ? [Citation] « Le fait que des expériences éminemment subjectives puissent être étudiées par des méthodes scientifiques (alors qu'elles ont souvent été considérées comme accessibles uniquement à l'introspection et sans rapport avec le cerveau en tant que support physique de la pensée) est sans conteste une grande avancée dans le domaine de la psychiatrie » (Franck, 2016, p. 74).

En musicothérapie, une réaction naturelle (ou plutôt une défense) du musicothérapeute va être de vouloir « remplir » ce silence par du son, des paroles, de la musique. On s'aperçoit que la tendance du

musicothérapeute sera de vouloir contrer ce silence, pour ne pas y faire face, pour qu'il ne soit pas frontal. Mais finalement peut-être que le silence peut avoir sa place de manière mesurée dans nos séances ? Devons-nous forcément combler ces silences qui apparaissent ? Est-ce que la musicothérapie ne permet pas, justement d'aborder ces questions importantes pour nos patients ? Pour ma part, je m'aperçois que ces questions sont centrales dans les prises en charge des patients suivis en psychiatrie, et peuvent d'ailleurs apparaître assez tôt dans les suivis.

L'élaboration du silence avec les patients

Dans la musicothérapie de groupe, les réflexions des patients autour du silence sont fréquentes. Nous avons vu qu'elles peuvent les renvoyer à leurs problématiques et leurs préoccupations. Pour illustrer cela, je vais présenter ce qui s'est joué dans un groupe de musicothérapie, avec des patients adultes souffrant de schizophrénie suivis en musicothérapie une fois par semaine.

Le groupe était constitué depuis plus d'un an, et j'étais accompagnée à chaque fois par une autre professionnelle de l'institution, qui était formée aux thérapies de groupe et sensibilisée à la musicothérapie. Ce jour-là, sur les 4 patients du groupe, seuls 2 étaient présents. Lors des verbalisations de début de séance, ils déposent dans le groupe leurs inquiétudes face aux départs et aux absences des professionnels de la structure. Il s'en est suivie une discussion sur le silence et sur le fait que la salle était silencieuse, comme parfois la structure où ils vivent peut l'être, leur renvoyant un sentiment d'inertie et d'angoisse.

Cette réflexion amenée par les patients, nous a donné l'idée de faire une petite expérience avec eux : et si nous écoutions le silence ? Nous avons donc fait silence quelques secondes et avons écouté ce qui se passait autour de nous. Nous avons bien « balisé » cette expérience d'écoute du «

silence » afin qu'elle ne soit pas vécue de manière angoissante pour les patients. Nous avons précisé que ce temps d'écoute durerait quelques secondes. Suite à cela, la conclusion qui est venue des patients, est qu'effectivement le silence absolu n'existe pas. Ils ont pu faire l'expérience de ce silence, de manière rassurante pour eux. Nous avons pu aussi mettre en lien cette question du silence avec les absences des professionnels de l'institution. D'autre part, l'écoute du silence délimitée dans le temps a pu être supportable pour eux, car il y avait un après qui était anticipé. De plus, l'expérience que nous avons proposée à ce moment-là aux patients, a pu se faire car il s'agissait d'un groupe relativement solide, ayant expérimenté l'alliance thérapeutique depuis plusieurs mois. D'une manière générale, l'alliance thérapeutique est très importante pour permettre au silence de s'exprimer dans la thérapie et de devenir un matériau thérapeutique. Un article publié dans la *Clinical Psychology Review*¹² (Lane, Koetting, Bishop, 2002), explique aussi que le silence qui apparaît en thérapie sera vécu positivement par le patient et le thérapeute si l'alliance thérapeutique a pu préalablement se faire.

Cette expérience nous rappelle l'œuvre *4'33''* de John Cage, cette pièce instrumentale composée de 3 mouvements, et dont la partition est uniquement composée de silences. C'est une expérience surprenante pour l'auditeur qui s'attend à ce qu'une musique soit jouée, mais entend le silence, ou plutôt s'aperçoit que le silence est en réalité sonore, puisque vont se faire entendre les sons de la salle (des chuchotements, des grincements de fauteuil, du mouvement, des toux...). Avec *4'33''*, John Cage offre à l'auditeur une expérience

sur le silence et une réflexion sur ce qu'est la musique. Finalement, il n'y a jamais de silence, puisque même le silence le plus complet est sonore.

Cette réflexion trouve une résonance lorsque l'on s'intéresse au silence en musicothérapie, et nous pouvons y penser lorsque la question du silence est abordée en séance par les patients.

Revenons au lien entre absence et silence. Ce lien a pu s'exprimer à nouveau, avec le même groupe, quelques mois après la séance que j'ai décrite plus haut. La co-thérapeute qui m'accompagnait depuis la création du groupe allait quitter l'institution. Elle avait anticipé son départ, plusieurs semaines à l'avance et préparé la fin des accompagnements avec les patients qu'elle suivait. Son départ a aussi été dit dans le groupe de musicothérapie, et il a pu être élaboré pendant la dernière séance, à la suite de la dernière improvisation avec elle. Comme pour toutes les séances avec ce groupe, il y avait un temps d'improvisation instrumentale, pendant lequel nous jouions avec les patients, et à la suite duquel un temps de verbalisation était prévu. Pour ce temps d'improvisation, la thérapeute s'est arrêtée de jouer, laissant le groupe continuer sans elle. J'ai continué à jouer avec eux, et la majorité du groupe a aussi continué. Seul un patient s'est arrêté avec elle. La verbalisation qui a suivi a permis de mettre des mots sur le départ de la thérapeute, sur son silence dans l'improvisation, et sur le fait que le groupe peut continuer, comme il a continué à jouer malgré son silence à elle. Le patient qui est aussi resté silencieux, a pu faire l'expérience de la fonction contenante¹³, du groupe, car celui-ci ne s'est

¹² Lane, Koetting, M. G., & Bishop, J. (2002). Silence as communication in psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 22(7), 1091–1104.

¹³ Développé par René Kaës dans *Les théories psychanalytiques du groupe* (2017) : « Contre la solitude, la détresse et la peur, contre les dangers et les attaques du monde externe et du monde interne,

le groupe propose un système de protection et de défense en échange d'un contrat d'appartenance permanente au groupe. » (p. 6)
« Les dispositifs de groupes sont indiqués chaque fois que l'abord de la souffrance des patients exige que soient d'abord établies ou rétablies les conditions d'un contenant psy-chique

pas arrêté de jouer. L'histoire du groupe et le travail thérapeutique peuvent continuer malgré les départs.

Le silence à l'Hôpital

Pour les équipes médicales et paramédicales, ce rapport au silence est intéressant à observer. J'ai vu plusieurs fois dans mon travail à l'hôpital, des soignants visiter les malades avec de la musique sur leur chariot à roulettes. C'est comme si c'était une réaction naturelle et spontanée pour faire face à ce que peuvent renvoyer certaines situations difficiles. C'est comme si c'était un moyen de remettre de la vie lorsque celle-ci ne tient qu'à un fil. La musique va être un moyen pour les équipes de fabriquer un rempart à l'angoisse du Silence avec un grand S. Ceci peut aussi expliquer la satisfaction des équipes à voir les patients jouer en séance de musicothérapie.

Mais finalement, si on y prête attention, comme à l'audition de 4'33'', il n'y a jamais vraiment de silence à l'hôpital. C'est un lieu sonore et vivant, qui mélange les sons des machines et des humains.

Quand l'environnement est silencieux

L'idée de « remplir » le silence par du son ou de la musique est une réaction finalement assez fréquente, voire presque banale. Effectivement, de nombreuses personnes écoutent tout le temps de la musique chez elles, ou laissent la télé toujours allumée, en expliquant que cela leur donne la sensation « d'avoir une présence ».

Cependant pour certains patients, ce recours à la musique pour faire face à l'angoisse n'est pas possible. Je repense à cette patiente, Mme M. qui est suivie pour

une grave dépression depuis plusieurs années à l'Hôpital. Elle se dit très seule, et explique, presque quotidiennement, que ce qu'elle supporte le moins est de vivre dans une maison silencieuse. Ce silence fait partie de son quotidien, et elle le présente comme étant insupportable à vivre. Chez elle, elle ne met pas de musique, elle en est incapable, la musique étant sûrement vecteur pour elle d'un trop plein d'émotions. Le travail en musicothérapie avec cette patiente est justement de pouvoir, sur le temps de la séance, écouter de la musique (qu'en plus elle apprécie et qui est source de joie pour elle), afin de l'encourager à se mettre en mouvement (physique et psychique) et de lui apporter des moments de plaisir. Ce plaisir de l'écoute musicale lui est impossible à atteindre lorsqu'elle est seule chez elle. Le fait de venir en musicothérapie lui permet d'éviter le silence de sa maison qu'elle associe à quelque chose de négatif et qu'elle ne peut pas élaborer spécifiquement, pour l'instant.

Chez d'autres patients rencontrés et suivis en musicothérapie, au contraire, la stratégie de défense face au silence (ou face au vide), va consister à écouter de la musique en permanence, en continu, parfois même la nuit. Souvent, il s'agit de patients très mélomanes, avec une grande culture musicale, ou très spécialisés dans un domaine musical. Ce type de fonctionnement peut nous donner un aperçu du vécu de certains patients qui ont trouvé comme seul moyen de supporter leur vécu interne, de vivre en continu avec de la musique.

On se rend bien compte du caractère pathologique de ce genre de comportement, car nous avons vu que pour entendre la musique, il faut aussi des temps de silence. Afin de « s'entendre » soi-même, de se comprendre et s'écouter, nous devons avoir

plurisubjectif, de telle sorte que le groupe puisse progressivement s'internaliser en une enveloppe psychique ; celle-ci pourra alors recevoir les fantasmes et les objets d'identification nécessaires

à l'émergence d'un sujet à la fois singulier et solidaire d'un ensemble dont il participe, et dont il procède » (p.9)

aussi des temps de silence, et c'est peut-être cela que ces patients cherchent à éviter.

En conclusion : écouter le son du silence

« Ô privilège du génie ! Lorsqu'on vient d'entendre un morceau de Mozart, le silence qui lui succède est encore de lui » (Guitry, 1947). Cette phrase de Sacha Guitry peut faire écho à la musicothérapie d'une manière générale, et à la façon dont certaines auditions (communication sonore ou écoutes d'œuvre) vont être reçues et vécues par les patients. Le musicothérapeute doit être capable d'écouter ce qu'il se passe après la communication sonore, lorsque les participants ont reposé leurs instruments. Est-ce qu'il y a des rires libérateurs ? Est-ce le silence assourdissant ? Est-ce que quelqu'un va prendre la parole immédiatement ou au contraire le groupe va tarder à s'exprimer ?

Qu'est-ce que le silence fait entendre ?

Le musicothérapeute s'attachera à écouter ces silences, tous différents. Pour ce faire, il devra tenter d'analyser et de prendre en compte ses propres défenses face au silence.

Enfin, pour aller plus loin, et pour continuer la réflexion, je pose la question de l'intérêt d'intégrer dans nos critères d'évaluations, et dans les questions de nos entretiens préalables, le rapport au silence du patient suivi en musicothérapie, ainsi que son type de défense face au silence. Est-ce que la connaissance de ces éléments pourraient nous être utiles pour comprendre nos patients ?

Bibliographie

Back, A. L., Bauer-Wu, S. M., Rushton, C. H., & Halifax, J. (2009). Compassionate silence in the patient-clinician encounter

- : a contemplative approach, *Journal of Palliative Medicine*, 12 (12), 1113-1117
- Franck, N. (2016). *La schizophrénie : la reconnaître et la soigner*. Paris: Odile Jacob.
- Guitry, S. (1947, réédité en 2008). *Toutes réflexions faites*. Latresne : Au Bord de l'Eau.
- Kaës, R. (2017). *Les théories psychanalytiques du groupe* (6e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Lane, R. C., Koetting, M. G., & Bishop, J. (2002). Silence as communication in psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 22(7), 1091–1104
- Lecourt, É. (2007). *La musicothérapie analytique de groupe : improvisation, écoute et communication*. Courlay : Fuzeau.
- Racamier, P.-C., & Messagier, J. (Nouv. édition). (2001). *Les schizophrènes*. Paris: Payot & Rivages
- Regev, D., Kurt, H., Snir, S. (2016). Silence during art therapy : The art therapist's perspective. *International journal of art therapy*. 2016;21(3):86–94.
- Regev, D., Chasday, H., Snir, S. (2016). Silence during art therapy—The client's perspective. *The Arts in psychotherapy*. 2016;48:69–75.
- Rouby, A. (2007). *Éduquer et soigner l'enfant psychotique*. Nouvelle présentation. Paris: Dunod.
- Sabbadini, A. (1991). Listening to Silence. *British Journal of Psychotherapy*, 7: 406-415.
- Verdeau-Paillès, J., Menuhin Y. (3e édition). (2004). *Le bilan psycho-musical et la personnalité*. Courlay : Fuzeau.