



**HAL**  
open science

## Une musicothérapie de l'enveloppe

Sophie Boucheix

► **To cite this version:**

Sophie Boucheix. Une musicothérapie de l'enveloppe : résonance entre enveloppe sonore, sensorielle et psychique en service de néonatalogie. *Revue française de musicothérapie*, 2017, 36 (1). hal-03429437

**HAL Id: hal-03429437**

**<https://hal.science/hal-03429437>**

Submitted on 15 Nov 2021

**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 XXXVI - Numéro 01 - février 2017

## Une musicothérapie de l'enveloppe : résonance entre enveloppe sonore, sensorielle et psychique en service de néonatalogie

**Sophie Boucheix**

Musicothérapeute, Aurillac, diplômée Université de Nantes

### Résumé

L'enveloppe sonore incarnée par une musicothérapie en service de néonatalogie peut participer de la maturation sensorielle, psychique, relationnelle du bébé prématuré au regard de son environnement. C'est un espace thérapeutique qui à la fois délimite une surface contenant et sécurisante, organisatrice et unificatrice de l'appareil psychique et sensorimoteur du bébé tout en lui permettant d'intégrer progressivement des stimulations nouvelles, des expériences fondatrices pour son devenir. Les enveloppes sonores, sensorielles, psychiques évoluent en résonance. Elles interagissent et s'étayent les unes et les autres au service d'un processus thérapeutique dynamique. Elles tissent progressivement la surface servant d'interface entre ce que le bébé prématurité est en capacité de recevoir de l'extérieur et ce qu'il peut assimiler comme objet interne. Des outils tels que la berceuse, le bain sonore, la chanson du prénom, l'improvisation clinique, viennent enrichir une enveloppe musicale vivante qui s'exprime comme une zone d'échange, de partage, de jeu. Ces enveloppes accompagnent le bébé prématuré dans son processus de développement tout en soutenant les parents dans leur capacité à se représenter ce bébé, à le connaître et à le reconnaître. L'enveloppe sonore du musicothérapeute trouve enfin son sens et sa consistance au travers des relations qu'elle tisse avec l'enveloppe institutionnelle, matrice génératrice de lien entre identité commune et individuelle.

### Mots clefs

Enveloppe sonore - appareil psychique - maturation sensorielle - objet interne - processus thérapeutique dynamique - enveloppe institutionnelle.

### Abstract

Music therapy used in Neonatology can participate in the sensory, psychic and relational maturation of the premature baby with regard to its environment. This therapeutic space bounds a wrapping surface, reassuring, organizing and unifying the psychic and sensori-motor device of the baby, and allows him to integrate gradually new stimulations, founding experiences for its future. The sound, sensory, psychic envelopes evolve in echo. They interact and support each other for a dynamic therapeutic process, according to what the premature baby is in capacity to receive from the outside and assimilate as an internal object. Tools such as lullabies, sound or musical bathes, the song of the first name, clinical improvisation, enhance a live musical envelope which expresses itself as an

exchange, sharing or play zone. These envelopes accompany the premature baby in his process of development while supporting the parents in their capacity to represent their baby to themselves, to know him and to recognize him. The sound envelope of the music therapist finds finally its sense and its content through the relationship which it weaves with the institutional envelope, generative matrix of links between shared and individual identity.

### **Keywords**

Sound envelope- psychic device – sensory maturation – internal object — dynamic therapeutic process - institutional envelope

# Une musicothérapie de l'enveloppe : résonance entre enveloppe sonore, sensorielle et psychique en service de néonatalogie

## Introduction

La musicothérapie en néonatalogie part d'une rencontre singulière avec un bébé fragile, immature et néanmoins en capacité de percevoir le sonore. Le thérapeute le rencontre dans l'espace du service de néonatalogie et dans celui de sa couveuse, ou dans son berceau soigneusement enveloppé, comme protégé, contenu. Ces espaces le protègent mais le mettent également à distance, décidant déjà de l'idée d'un dehors et d'un dedans.

Le postulat d'une théorie de l'« enveloppe » renvoie à la fois aux notions de contenant, surface, limite, interface, réceptacle, espace transitionnel, espace d'échange et de partage, en mouvement et en transformation.

L'enveloppe est ainsi envisagée dans la relation et l'interdépendance qu'elle met en œuvre entre l'enveloppe psychique, sensorielle et sonore. L'enveloppe spatio-temporelle et institutionnelle du service de néonatalogie doit également être mise au regard de l'espace de relation créé par la musicothérapie.

Il s'agit, au-delà de la métaphore, de définir le contenant et le contenu de ces différentes enveloppes mises en correspondance et en complémentarité dans une démarche de musicothérapie en néonatalogie.

Dans quelle mesure l'enveloppe sonore créée par le processus dynamique de musicothérapie participe des enveloppes sensorielles et psychiques (du bébé, de ses parents) ? En quoi elle fait naître un autre espace de possible et de relation pour le bébé prématuré hospitalisé et ses parents ?

L'enveloppe sonore s'incarnera progressivement dans cet espace et cette surface intermédiaires,

entre le dedans et le dehors, stimulation adaptée et opportune qui favorise l'échange, l'interaction et fait de la dyade parent-enfant un duo empreint de musicalité.

La musicothérapie tentera de devenir cette surface vivante, dynamique, animée, qui en amenant de l'« autre » permettra de réinventer des corps et des pensées.

## Contenance et maintenance : une enveloppe musicale et thérapeutique garante de possible

Partir du postulat de la « contenance » et de « la maintenance » à la fois appliquées au cadre thérapeutique de la musicothérapie en néonatalogie et également au contenu des séances comme espace de soin contenu et continu pour le bébé, questionne la correspondance entre un contenant et un contenu dans une dimension sensorielle, psychique et sonore.

Or, en quoi l'enveloppe thérapeutique et musicale fait soin ? En quoi elle entoure, protège, soutient, contient, rassure, rassemble, psychologiquement et sensoriellement le bébé prématuré tout en permettant de le connaître et de le reconnaître comme sujet ?

## L'enveloppe structurelle : le cadre thérapeutique

Quelle est l'enveloppe spatio-temporelle que le musicothérapeute est capable d'inventer et de poser dans un service de néonatalogie et au sein d'une chambre d'un bébé prématuré hospitalisé ?

La temporalité de la musicothérapie et celle de son cadre thérapeutique s'inscrivent de façon singulière dans un service de néonatalogie.

Avant même l'accompagnement musical, avant même l'émergence de la voix chantée du thérapeute adressée au bébé (dans la mesure où la voix peut être un outil privilégié), il s'agit en premier lieu d'aller à sa rencontre dans le silence de l'observation, de rentrer dans son espace, celui qui nous est donné à voir en premier : sa chambre, sa couveuse ; sortes d'enveloppes en forme de poupées gigognes.

Cette forme d'« anacrouse » de la musicothérapie permet de prendre acte et conscience de là où le bébé évolue, de son espace de vie, de son état de vie, de son rythme. L'observation de sa présence corporelle (ses postures, ses mouvements, ses mimiques), de sa présence physiologique et organique (le rythme de sa respiration, des battements de son cœur qui se dessinent sur le scope), et aussi de sa présence vocale (pleurs, cris, geignements, babils) sont autant d'éléments qui vont permettre de construire un cadre thérapeutique sous forme d'enveloppe structurelle psychique préalable.

C'est dans cette imprégnation nécessaire de ce que le bébé exprime et donne à voir, que se préfigure l'espace thérapeutique en musicothérapie comme espace de contenance et de maintenance spécifiques. Spécifiques car l'espace qui sera créé est autre que celui des soins apportés habituellement au bébé prématuré, spécifique car « l'ici et maintenant » qui délimite la rencontre de musicothérapie rompt nécessairement avec le temps de l'urgence, de précipitation qu'a pu vivre ce bébé lors de sa mise au monde prématurée ; qu'il s'inscrit aussi différemment du temps d'attente (du diagnostic, du résultat d'examen) qu'ont pu vivre ou que peuvent vivre encore le bébé et ses parents par ailleurs.

L'enveloppe de l'observation préfigure l'enveloppe sonore en créant un espace d'écoute à même de recevoir le contenu musical et le contenu de la relation avec le sonore. La temporalité de la musicothérapie doit être posée comme un repère possible pour le bébé et ses parents et l'espace de la chambre doit être investi dès le départ de la

prise en charge comme un espace de rencontre à part entière, dans la continuité des autres soins mais cependant différencié.

C'est un espace d'une nouvelle rencontre (mais non totalement vierge de vécu et d'histoire) où il est possible d'inventer et d'espérer de l'autre. C'est aussi ce qui permet au musicothérapeute d'être disponible, à l'écoute, lui-même contenant et en capacité de créer un espace du Holding et du Handling (D.W. Winnicott), porteur et structurant.

La contenance de cet espace, la nécessaire sécurité et continuité qu'elle doit apporter au bébé prématuré et aux parents, ne pourra se faire sans l'alliance thérapeutique des parents et « l'accordage affectif » (D. Stern) avec le bébé prématuré. C'est cette confiance, cette empathie, ce lien affectif, sensoriel, qui garantit la possibilité de l'espace psychique et sonore comme zone d'échange.

Le cadre thérapeutique de la musicothérapie, ce sera « l'objet support » (au sens du holding de D.W. Winnicott), le socle, la « colonne vertébrale », la base d'une construction possible. Ce sera aussi une articulation, une construction qui apportera une cohérence interne dans la mesure où elle se structure par un début, un milieu et une fin. Ce sera enfin la matrice symbolique capable d'accompagner et de contenir le bébé et ses parents dans un processus de maturation psychique en lien avec une maturation sensorielle et un mouvement sonore.

### **Le peau à peau et l'accordage sonore : un espace de rassemblement et d'unité.**

Le musicothérapeute s'installe au chevet du bébé prématuré, à ses côtés, à sa hauteur, proche de lui. Cette proximité physique est celle d'une proximité vocale ou/et instrumentale, le vocal étant privilégié dans cette démarche.

Cette projection sonore adressée au bébé, et qui vient de l'intérieur du thérapeute tout en répondant

à ce que le bébé lui donne à voir, s'exprime au travers de la vibration de la voix comme vecteur sensoriel et émotionnel. Egalement par les paramètres du son tels que le volume (peu important pour ne pas agresser le tout petit), le timbre (une voix suffisamment incarnée et vivante), la couleur (une voix veloutée, qui peut être « soufflée », chaude, douce, « enveloppante »), la hauteur (tessiture moyenne), l'utilisation du silence pour laisser le bébé respirer et se reposer, le rythme (qui peut se caler dans un premier temps sur le rythme respiratoire et cardiaque du bébé).

La musicothérapie en néonatalogie s'inscrit ainsi dans un corps à corps fondateur, un accordage sonore presque « adhésif », « fusionnels » avec le bébé qui peut faire penser à la technique du « peau à peau » fréquemment expérimentée par les parents et leur bébé en néonatalogie comme étayage sensoriel, physiologique et psychique du bébé (participant notamment au processus d'attachement). C'est comme si une première peau sonore venait donc rencontrer la peau physique du bébé, la surface de son corps, l'entière de son enveloppe charnelle.

L'accordage permet le dépôt d'un contenu, d'une matière première.

L'enveloppe sonore est là pour rassurer le bébé, créer de l'unité, contribuer au rassemblement du bébé et le signifier comme être à part entière (et non morcelé). La voix se fait contour mélodique et rythmique, surface unifiée et unifiante. Elle s'inscrit aussi dans une continuité de l'espace sonore intra-utérin : fluidité, continuité, répétition, flux et reflux.

La musicothérapie en néonatalogie peut incarner un « peau à peau sonore » qui s'étaye souvent sur le « peau à peau » physique entre le parent (la maman ou le papa) et le bébé. C'est dans la découverte sensorielle de l'autre, au travers de cette peau commune qui nécessite cependant le portage et le maintien par l'autre que le bébé peut parfois « prendre corps » aux yeux et à l'esprit de

ses parents. C'est à ce moment-là qu'il peut commencer à être ressenti, reconnu.

La musicothérapie intervient pour soutenir le contact, le portage, l'adhésion qui peut alimenter le processus d'attachement.

Ces temps de peau à peau sonore se déroulent pendant le portage du bébé par le parent, ou lorsque que le bébé est dans sa couveuse, enveloppé dans sa couverture ou en « cocon » (un enveloppement étroit permettant à l'enfant de se retrouver dans un espace limité comme il était dans la cavité utérine et de stabiliser ses fonctions motrices, et donc physiologiques et ainsi promouvoir un meilleur développement neurocomportemental).

*Voici quelques caractéristiques (liées aux notions de contenance et de maintenance) pouvant structurer des séances de musicothérapie :*

*- Le travail en bouche fermée, faisant émerger une intériorité vocale dans un espace fermé mais néanmoins résonnant.*

*- Les propositions en ostinato, qui fait effet de bourdon, avec la variation de quelques notes : la mélodie est répétitive, les formes musicales relativement simples permettant d'inscrire de l'identique, de la continuité dans la proposition faite au bébé. L'ostinato créé par une sorte de « tapis » sonore peut participer à l'étayage d'une enveloppe psychique et sensorielle continue au travers de laquelle le bébé peut se sentir sécurisé.*

*- La création de l'enveloppe vocale contenue et continue peut être renforcée aussi par certains instruments. C'est le cas du tambour de l'océan. Le contact de la paume de la main avec la surface de l'instrument fait le lien avec le toucher de la peau du bébé. Les mouvements circulaires sur la surface de l'instrument transcrivent aussi une rythmicité, un mouvement de flux et reflux, de va et vient, se développant en continuité avec les mouvements sonores et notamment rythmiques de la vie intra-utérine. Cette technique de musicothérapie est notamment utilisée à l'heure*

*actuelle par Joane Loewy aux Etats Unis, ou encore par Marc Ettenberger en Colombie.*

*- Le travail sur la respiration et le souffle, en se calant sur ceux du bébé, sont également des paramètres importants pour créer une enveloppe sonore contenant et maintenant, faisant alterner le plein et le vide, l'inspiration et l'expiration, le dedans et le dehors.*

Dans le « Moi-peau » (1985, p 159), Didier Anzieu de nous dire : « Associée, lors de l'émission sonore, aux sensations respiratoires qui lui fournissent une impression de volume qui se vide et se remplit, les sensations auditives préparent le Soi à se structurer en tenant compte de la troisième dimension de l'espace (l'orientation, la distance) et de la dimension temporelle. ».

Le Handling (D.W. Winnicott), se retrouve quant à lui dans tous les soins dits de « nursing » donnés au bébé prématuré : soins de la peau (particulièrement fragile et irritable pour les plus petits) les soins de siège, de cordon, les temps de bain également. Le bain est un moment qui peut être très déstabilisant pour un bébé prématuré. Dans la mesure où il est manipulé, déshabillé, il peut se sentir agressé par l'extérieur, éparpillé dans son corps, non contenu. Les réactions à la dénudation au moment du bain et parfois lors de la pesée peuvent être intenses : hurlements, agrippements, raidissements ou trémulations.

La technique du « bain enveloppé » consiste à placer l'enfant en position latérale, hors de l'eau, à le couvrir d'un linge, puis à le savonner en ouvrant le linge partie par partie. Ensuite, il est glissé dans l'eau avec le linge. Les mains des soignants (ou des parents), ainsi que l'eau elle-même vont le bercer, et les bords de la baignoire vont lui apporter un appui plantaire contenant. Enfin, lors de la sortie du bain, le linge est laissé dans l'eau et les mains de l'adulte vont venir envelopper le corps de l'enfant, avant que celui-ci soit de nouveau enveloppé par une serviette.

Cette contenance physique et sensorielle permet sans nul doute une contenance et une sécurité psychique du bébé. Or, l'enveloppe sonore peut agir comme continuité entre ces différents passages, entre l'extérieur du bain et le passage dans l'eau. Elle doit se faire discrètement pour ne pas être source de stimulation supplémentaire pour le bébé qui ne serait pas prêt à la recevoir.

« Les rapports du corps et de l'âme sont ainsi faits que les deux formes de portage (physique et psychique) s'étaient l'un et l'autre et que le portage psychique se trouve représenté dans le psychisme sur le mode d'un appui et d'un enveloppement ressentis comme concrets » (Houzel, 1997).

L'enveloppe sonore, bien qu'objet abstrait, peut aussi jouer ce rôle pour un bébé prématuré, en enrichissant et en confortant l'enveloppe psychique et l'enveloppe sensorielle mais aussi en créant une autre possibilité de contenance et de maintenance, fondatrices pour la capacité à être de ce tout petit.

### **Le holding du holding**

Le peau à peau sonore est un moment de fusion qui imprègne le corps du bébé d'un bouquet de sensations, créant un vécu sensoriel primaire à même de lui donner une impression de support psychique et de sécurité interne, support possible de ses perceptions. C'est aussi une proposition dont la démarche doit permettre d'étayer (ou de faire émerger) des représentations mentales parentales positives. Les représentations d'un bébé « inachevé » et « étranger » peuvent progressivement être remplacées par celles d'un être en devenir, qu'il est possible de reconnaître et de ressentir.

Certains parents en service de néonatalogie ne peuvent pas accéder au toucher de leur bébé, ni le toucher ni se sentir touchés, ni le caresser, ni poser leur main sur une partie de son corps. Ils ont peur

de le porter, de lui donner les soins dits de « nursing ».

La musicothérapie, sous forme de portage sonore englobant aussi les parents, ce que l'on pourrait nommer un « holding du holding » (C. Boukobza), peut, dans certains cas, contribuer à un lâcher prise et au fait de « s'autoriser à » regarder, se rapprocher et toucher.

Prendre soin, « take care » (D.W. Winnicott) des parents pour qu'ils puissent prendre soin et porter leur bébé peut s'intégrer dans une démarche de musicothérapie, même si cette dernière s'adresse d'abord au bébé. Il ne s'agit pas de prendre la place des parents, de les « dessaisir » de leur enfant, de leur apprendre comment il faut faire, ou de les rassurer sur leur capacité à faire. Il est plutôt question d'un « vivre avec » qui est autre, d'un « vécu sonore » comme expérience intime, commune et personnelle dont chacun peut se nourrir pour se rencontrer lui-même et rencontrer l'autre.

### **Le bain sonore : la création du contenu sensoriel et psychique**

Si nous avons vu comment le cadre créé par la musicothérapie et l'accordage musical avec le bébé prématuré sous forme de « peau-à peau » sonore pouvaient contribuer à créer un premier espace contenant et maintenant, le bain sonore (terme utilisé par Didier Anzieu, repris également par Edith Lecourt) pourrait en être un des premiers contenus :

« Le Soi se forme comme une enveloppe sonore dans l'expérience du bain des sons, concomitante de celle de l'allaitement » (Anzieu, 1976).

Edith Lecourt rappelle les quatre axes fondateurs de ce bain de sons : un rapport de surface à volume ; la qualité de soin ; l'expérience d'apesanteur ; d'être porté ; la fonction de l'environnement. L'agression sonore en est bien sûre exclue.

Le bain sonore revêt les traits d'un environnement sonore bienveillant et bon (à l'« environnement suffisamment bon » explicité par D.W. Winnicott).

Or, La musicothérapie en néonatalogie peut créer cette expérience sonore où il s'agit de transporter le « bébé » et de lui donner à entendre, à ressentir, à goûter les sons.

Si l'ostinato et le chant bouche fermée peuvent contribuer à construire un socle et un soutien à la rencontre et à l'accordage (affectif, sonore), la musique pourra au fur et à mesure prendre corps, consistance, devenir matière sonore et immerger le bébé dans de nouvelles sensations lui permettant de développer des capacités de perceptions.

Le bain sonore s'exprime par la matière même du son comme vecteur d'émotions, de sensations, d'affects. L'improvisation clinique comme approche de la musicothérapie en néonatalogie permet à ce titre d'enrichir le vécu sonore au travers d'une large palette sonore. Le phrasé musical s'enrichit du timbre, du rythme, de la densité, de la durée, du contraste, du tempo, du mouvement mélodique...

Le bain sonore doit néanmoins former une continuité et ne pas créer de ruptures, de cassures que le bébé prématuré ne pourrait pas recevoir et qui l'empêcherait d'assimiler les expériences sonores. La palette sonore doit au contraire s'enrichir progressivement, par petite touche, au fur et à mesure que le bébé devient plus mature et plus apte à les recevoir.

Le bain sonore est une enveloppe en mouvement qui évolue en parallèle du processus de maturation physiologique et psychique du bébé prématuré.

Lorsqu'il y aura eu carence dans l'environnement sonore du bébé (pas de stimulation sonore pendant la grossesse notamment), lorsque la présence des parents se fait rare au chevet de leur bébé hospitalisé, ou qu'ils ne s'adressent pas à lui vocalement, il arrive que la voix du

musicothérapeute incarne ce bain sonore comme la réponse à un besoin premier, une satisfaction primaire, un état d'« omnipotence » (D.W. Winnicott) sonore, psychique, affective nécessaires à la construction du tout jeune bébé.

Quand la voix du parent ne peut s'exprimer, le thérapeute peut adresser la sienne au bébé, pour un temps, pour permettre au bébé d'« éprouver ». Cette voix auxiliaire, tiers, ne sera pas une voix de substitution mais plutôt une voix qui en soutenant le bébé soutient le parent dans son processus d'attachement avec son bébé.

Le processus d'attachement demande un temps, la musique s'inscrit justement dans une temporalité qui peut comprendre des temps de silence, des ponctuations, des pauses, se réajustant sans cesse aux besoins du bébé. Le développement de l'enveloppe sonore se fait progressivement de la même manière qu'un bébé prématuré s'inscrit dans ce processus de maturation nécessitant une temporalité lente et continue.

« Pour entrer dans le langage, le bébé a besoin non pas de savoir mais d'éprouver, de ressentir que le langage de l'autre le touche et l'affecte » (Bernard Golse, 2010). C'est bien cette dimension-là que permettent de faire vivre au bébé la musicothérapie et la voix du musicothérapeute dans les premiers moments de vie, avant-même la conscience de l'autre (parent, objet sonore, voix du thérapeute) comme espace autre que soi.

### **Le fil et le tissage : quand la musique relie**

En quoi l'enveloppe sonore peut créer une autre forme de lien, un fil symbolique qui permet au bébé prématuré de s'inscrire dans une continuité d'existence et un devenir ? En quoi le fil conducteur musical peut aussi faire sens dans l'histoire des parents, une histoire qui s'est parfois arrêtée nette lors de la venue au monde de leur bébé ?

Les fils reliant le bébé aux appareils médicaux ont remplacé de façon brutale le cordon ombilical qui

liait le bébé à sa mère, laissant parfois les parents dans l'incapacité de se raccrocher à un élément tangible qui puisse les soutenir dans la connaissance et l'échange avec leur bébé.

Comment unifier, faire tenir ensemble des éprouvés psychiques et sensoriels, parfois débordants, informes, venant assaillir le bébé prématuré dans sa présence au monde, sa présence aux autres ?

Il s'agit de trouver le fil qui nous relie au bébé prématuré, fil symbolique qui lui permet d'être et de faire le lien avec l'histoire de l'autre. Comment cet autre, notamment le parent, peut donner de lui et recevoir du bébé au travers de cette continuité affective, psychique, familiale que peut signifier l'enveloppe sonore ?

Comment ce fil permet de tisser, de construire à partir de la présence de chacun ? En quoi ce tissage est un ouvrage, une création commune dont chacun est acteur : les parents, le bébé, les soignants, le musicothérapeute ?

Voici quelques problématiques et outils que l'on peut soumettre à la réflexion, au regard de l'expérience clinique.

### **La berceuse**

La berceuse est une « aire intime », qui peut créer le lien symbolique entre le parent et son bébé.

Au travers de la berceuse, « la mère caresse et enveloppe son bébé du ton de sa voix et lui chuchote son histoire familiale et culturelle, les valeurs les plus répandues, les idéaux et les représentations. La communication entre le préconscient maternel et l'appareil psychique individuel contribue aussi à l'inscription du registre inconscient familial, et à la création de sentiments de liens. [...] Au cours des premières rencontres entre la mère et son enfant, lorsqu'ils sont encore unité, la berceuse fait émerger le monde intérieur de la mère et tout ce qu'elle

exprime provenant de son propre entourage affectif, imprégné du familial et du culturel, associés à son histoire familiale, à ses identifications et à son affinité avec certaines valeurs » ( De Litvan, 2001).

Il n'est pas rare que les parents dont les bébés sont hospitalisés en néonatalogie, demandent au musicothérapeute, 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 eux-mêmes petits.

Le chant et la musicothérapie s'inscrivent ainsi au travers de différentes temporalités et espaces qui résonnent les uns les autres, se font écho. Ils se donnent à entendre dans une histoire qui ressurgit, où il est possible de retrouver du sens, par la correspondance entre ce qui a été vécu avant et ce qui est vécu aujourd'hui. L'enveloppe musicale comme « fil » conducteur participe d'une structuration, d'une continuité, d'une transmission qui se répète comme un « repère » temporel, affectif, sensoriel tout en se déplaçant dans un autre contexte.

La berceuse permet de retrouver du « même » dans un espace où tout est empreint de différent, de bouleversement, de chaos psychique et affectif. Dans ce sens, elle peut être un facteur de réassurance dans le lien parent-bébé, un objet « sonore » intermédiaire qui facilite un réinvestissement relationnel.

Au cours de l'expérience clinique en service de néonatalogie, Il arrive aussi d'accompagner (vocalement ou avec instrument) les mamans ou les papas qui chantent eux-mêmes une berceuse à leur bébé, dévoilant ainsi au thérapeute leur espace d'intimité vocale.

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

La berceuse, qui s'accompagne en principe de balancements est aussi une forme d'incarnation musicale du corps, qui porte, soutient, et berce. La berceuse est synonyme de dynamique du corps et du psychisme. La berceuse est une façon de remettre du mouvement à l'intérieur des parents contribuant aussi à la dynamique de la relation parent-bébé.

Cette chanson familière et parfois préférée, à la manière de « The song of kin » décrite par Joane Loewy, est intégrée par le bébé et ses parents, comme une trace et une mémoire qui permettent une répétition de l'identique, en laissant cependant la possibilité de certaines variables.

C'est lorsque que cet objet sonore est accepté comme « objet interne » que la variante, le « presque pas pareil » (G. Haag, concept du « suffisamment pareil et un petit peu pas pareil que le soi » comme processus d'intersubjectivité) peut trouver sa place et modifier légèrement l'enveloppe sonore.

Intégrer, au fil des séances, certaines variations de mélodie, de phrasées et de tempo à l'intérieur de la même berceuse, peut ainsi contribuer à agrandir l'enveloppe sonore partagée, de la rendre plus malléable. Par ce repère et cette ritualisation qu'est la berceuse, il s'agit de trouver le chemin qui permette d'accepter du différent.

Pour compléter ce propos, quelques mots de Bernard Golse : « Le premier autre ne peut-être qu'un autre spéculaire, suffisamment pareil et un petit peu pas pareil que le soi (G. Haag), caractéristiques du premier autre qui invitent à se représenter l'accès à l'intersubjectivité comme un processus de dégagement lent, mais précocement scandé par des moments de différenciation accessibles au sein des interactions » (Golse, 2006, p 715).

## **La chanson du prénom**

Partir du prénom du bébé pour dérouler le fil de l'improvisation vocale part du postulat du signifiant que représente le prénom choisi par les parents et de l'investissement psychique et affectif qui peut en résulter.

Dans un contexte de naissance prématurée, certains parents ont du mal à nommer leur bébé autrement que par « il » ou « elle ». Le prénom semble parfois être une donnée abstraite, un élément projeté d'avant la naissance auquel il est difficile d'associer une existence concrète, une fois que le bébé prématuré est né.

Dans cette difficulté à dire, à nommer et à signifier, le prénom chanté et improvisé est une tentative de réinvestir le lien et de réinjecter de la dynamique dans les capacités des parents à imaginer leur bébé et à le fantasmer. C'est aussi une façon de s'adresser au bébé dans ce qu'il est pour les autres, de lui offrir un « miroir vocal ». Ces parents ont choisi et désiré ce prénom pour cet enfant qu'ils ont désiré. Ils ont mis quelque chose d'eux-mêmes dans ce prénom.

Le prénom, par l'improvisation chantée et adressée devient ligne mélodique, phrasé musical, courbe harmonieuse et répétitive. Il s'agit d'alterner des temps vocaux où le prénom est chanté ou parlé dans sa globalité et d'autres temps où il est décomposé en syllabes. Cette enveloppe sonore d'« alternance » crée ainsi un lien sonore et une interdépendance entre le tout et les parties.

Le chant du prénom peut également se faire appel, avec des intonations en courbes mélodiques ascendantes. Il appartient au musicothérapeute de faire sonner ce prénom, de le faire exister et de le relier au bébé présent, de le relier aux parents qui sont en lien avec leur bébé. Il est possible alors de jouer avec : rebondir sur les consonnes, faire résonner et ouvrir les voyelles, jouer sur des rythmiques ...

Le prénom est ainsi entendu autrement par chacun. Cela peut contribuer à ce qu'il soit reconnu et relié au bébé présent qui lui donne chair.

## **La voix qui relie le corps**

La voix chantée du thérapeute, dans un contexte de prématurité, peut tisser sa proposition musicale autour du corps du tout petit : les parties du corps du bébé sont nommées à l'intérieur de la chanson et cette dernière constitue le cheminement entre les différentes parties du corps du bébé. Les improvisations vocales (sans paroles signifiantes) peuvent également s'accompagner d'un toucher contenant avec la paume de la main sur certaines parties du corps du bébé, les extrémités (notamment, crâne et pieds).

Certaines recherches actuelles en musicothérapie utilisent aussi la sanza comme support et vecteur de résonance sur certaines parties du corps du bébé prématuré. Amélie Villaume (musicothérapeute à Hambourg,) utilise une petite Kalimba pentatonique fabriquée par elle-même, dont le socle est arrondi sous forme de pont, de sorte de pouvoir poser l'instrument sur différentes parties du corps du bébé, les mains, les pieds et le ventre.

Toutes ces formes de mise en lien par le sonore peuvent être entendues comme une expérience permettant de donner corps, de rassembler, de mettre ensemble des parties qui ne tiennent pas toujours entre elles dans le psychisme et dans le ressenti du bébé prématuré. Il s'agit là d'une consolidation du schéma corporel. Ce travail permet aussi d'étayer la fonction d'inter-sensorialité du « moi-peau » en associant toucher, ouïe, vue.

## **L'enveloppe sonore comme interface et zone d'échange : à la rencontre de l'autre**

L'enveloppe sonore comme zone d'échange et de partage est un processus d'évolution de l'enveloppe sonore comme contenance et maintenance.

L'enveloppe sonore « contenant » peut être désignée comme enveloppe « primaire », répondant aux besoins premiers du bébé prématuré de se sentir « un », « unifié », comblé par le sonore. La fusion et l'accordage sous forme d'enveloppe sonore adhésive sont ainsi une première étape indispensable pour créer une surface de sensations « assimilables » en étayage d'un espace interne.

Une seconde étape relative à la construction de l'enveloppe sonore serait la création d'un espace d'échange entre l'intérieur et l'extérieur, entre l'espace interne du bébé et son environnement.

### **Le sonore, interface entre stimulations du dehors et sensations du dedans**

La stimulation sonore dans un contexte de naissance prématurée ne doit pas être, ni trop insuffisante, ni trop stimulante afin de ne pas être un facteur de désorganisation pour les différents systèmes du bébé prématuré : systèmes végétatif, moteur, de veille et de sommeil, d'attention et d'interaction, d'autorégulation.

Les bébés prématurés peuvent facilement être débordés et fatigués par les stimulations, il est donc essentiel de connaître les signes que donnent à voir le bébé afin de lui apporter des stimulations appropriées et le soutenir. En revanche, un bébé prématuré qui n'est jamais stimulé peut sombrer dans un sommeil et une léthargie psychique, sensorielle qui finit par le couper de son environnement, par enfreindre ses capacités de développement.

Les premiers signes de désorganisation doivent alerter l'équipe soignante, et *a fortiori* le musicothérapeute, qui doit moduler l'intensité et la quantité des stimulations afin d'éviter l'épuisement.

La désorganisation d'un seul des cinq systèmes évoqués va obligatoirement entraîner la perturbation des autres.

Pour chaque système, le bébé prématuré peut nous montrer certains signes de retrait et certains signes de bien-être. Des stimulations adaptées et une aide apportée au bébé pour soutenir son système d'autorégulation, permettront peu à peu au bébé d'obtenir une organisation des tous ses systèmes.

Nous pouvons partir du postulat que le sonore, quand il est adressé « *en live* », par les paramètres internes mêmes qu'il contient (vibration, résonance, rythme, mélodie...) mais aussi par sa possibilité permanente d'être réajusté à la capacité de perception du bébé prématuré, est une source de stimulation amenant le bébé prématuré à recevoir des sensations, à pouvoir les intégrer et à en exprimer d'autres en retour.

Il n'en demeure pas moins que « l'interface » que peut constituer le sonore entre ce que le bébé reçoit de l'extérieur et ce qui se passe en lui, est d'autant plus pertinent qu'il est médiatisé par le musicothérapeute comme objet intermédiaire de relation thérapeutique et affective.

Ce lien entre les stimulations du dehors et les sensations du dedans permet de créer une surface psychique et sensorielle qui se formalise sous forme de perceptions renouvelées et assimilées.

Dans cette problématique des stimulations apportées au bébé et ressenties par lui, les canaux de sensorialité sont à la fois messagers des sensations éprouvées par le bébé prématuré et réceptacles des informations données par l'environnement. Mais pour que ces stimulations soient appropriées et bénéfiques, il faut qu'elles surviennent au milieu de relations qui nourrissent l'affectivité de l'enfant.

Il existe nécessairement une articulation entre les stimulations de l'environnement et les potentialités présentes chez le bébé prématuré.

Il ne s'agit donc pas de saturer l'organisme du bébé prématuré d'informations, dans la mesure où elles ne seraient pas « capturées » à la surface de la « peau », psychique et sensorielle et donc non

assimilable à l'intérieur du corps et de l'appareil psychique. Il faut lui offrir, au moment adéquat, ce avec quoi il est susceptible d'interagir, de construire quelque chose. Pour chaque bébé rencontré, cette interaction sera différente, les courbes de développement et les comportements de chaque bébé étant différents.

Si les capacités perceptives du bébé prématuré sont bien réelles et s'il est en capacité de percevoir les stimuli sensoriels qui l'entourent, de les intégrer et de les utiliser au fur et à mesure de son processus de maturation, il n'en demeure pas moins que la maturation de ses différents systèmes n'étant pas complètement achevée, les seuils d'excitation et la latence des réponses sont plus élevés que chez le nouveau-né à terme.

Joane Loewy nous parle du « potentiel de la musique à offrir des stimulations significatives et fondatrices » (Loewy, J. 2011). Nous pourrions rajouter que ces stimulations ne sont intéressantes et fondatrices que dans la mesure où elles sont incarnées par un autre et adressées par un autre qu'est le parent, le musicothérapeute, le soignant. C'est à cette condition là que les stimulations sont vécues comme vecteur émotionnel, affectif, communicationnel.

Il s'agit donc encore une fois, pour le bébé prématuré, de trouver la stimulation « juste », dans un environnement hospitalier qui en comporte déjà.

La théorie de René Spitz sur l'hospitalisme a démontré les effets dévastateurs du manque de stimulations affectives et d'interactions chez le jeune enfant, celui-ci manifestant une attitude de retrait et un arrêt du quotient de développement.

La carence en stimulation pour un bébé prématuré est une grande source de danger et l'absence de certains parents en service de néonatalogie (expression souvent d'un mécanisme de défense) ou leur difficulté à stimuler leur bébé, doivent être relayés et accompagnés par l'équipe soignante.

Il ne s'agit donc ni de trop, ni de trop peu, sachant que les stimulations dont fait partie la stimulation sonore doivent aussi étayer les compétences du bébé à se réguler par lui-même. Le positionnement en flexion du bébé, les stimulations ajustées aux capacités d'expression et d'organisation du bébé font partie intégrante de cet accompagnement vers un éveil progressif du bébé à son environnement.

Cet accompagnement qui soutient les compétences du bébé prématuré joue un rôle hautement organisateur. Ce soutien des compétences d'autorégulation du bébé est aussi valable dans le cas d'enfants irritables et agités. Il s'agit alors d'offrir à l'enfant la possibilité de s'apaiser par lui-même, pour retrouver un état d'éveil calme et attentif permettant l'échange.

*Voici quelques propositions sonores, en forme de stimulations adaptées et ajustées, mises en œuvre dans des séances de musicothérapie en néonatalogie. Elles correspondent à chaque fois à un objectif, un contexte, et à un bébé précis.*

- *Stimulation chantée en forme d'appel et de sirène en mélodie ascendante répétée avant les temps de tétée, pour des bébés qui ont du mal à rester éveillés pendant la tétée.*
- *Stimulation dite « analgésique » dans un contexte de soins invasifs et douloureux : prise de sang, dextro, fond d'œil, ponction lombaire... La musicothérapie sera présente surtout avant et après l'intervention dans l'objectif de créer une détente chez le bébé, un climat agréable, non stressant. Après la séance, la stimulation doit soutenir un retour au calme. Pendant certains soins ou examens médicaux (par exemple une radiographie qui peut durer assez longtemps), il s'agit de soutenir le bébé dans sa capacité à attendre, à patienter. La musicothérapie est là pour canaliser l'attention du bébé sur autre chose que le soin, le sonore a pour objectif de « détourner » le bébé d'une stimulation qui pourrait être*

*agressive. Le bébé exprime son intérêt envers le sonore en tournant la tête et en accrochant le regard du côté de la source sonore, ou en fixant le regard du thérapeute (plus ou moins longtemps en fonction du bébé et de son âge).*

- *Stimulation rythmique lors des tétées avec jeu vocal en onomatopées, accompagnant la cadence de la tétée et servant à la soutenir, ou à la déclencher à nouveau.*
- *Stimulation durant les moments d'éveil calme avec petits jeux vocaux, faisant alterner rythme et mélodie, voix chantée voix parlée, voix et instruments. Ce stimuli de « l'alternance » se fait auprès de bébés prématurés en fin d'hospitalisation et suffisamment matures pour assimiler les changements dans la proposition musicale.*

## **L'interface de l'oralité : zone du plaisir et du désir**

On peut faire le postulat que « l'oralité », représentée notamment par la zone intérieure et extérieure de la bouche, est une véritable zone d'exploration mais aussi de plaisir et de désir pour le bébé prématuré. C'est à la fois un lieu de passage et de réception de l'alimentation mais aussi le lieu d'investissement du sonore et de la respiration.

Nous pourrions avancer qu'il existe une corrélation entre le vécu oral des enfants prématurés et leur développement ultérieur par rapport à l'alimentation et au langage. Une attention précoce est ainsi portée à la sphère orale, notamment à la fonction de succion qui a des effets sur le développement de l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche et donc sur les capacités interactionnelles de l'enfant.

L'éveil de l'oralité, qui correspond à une technique de stimulation protocolisée, est assuré généralement en service de néonatalogie par le kinésithérapeute, le psychomotricien ou les

soignants eux-mêmes formés à cette stimulation. Elle se fait essentiellement avant ou au début d'une tétée, ou quand le bébé est éveillé.

En voici les différents objectifs pour le bébé : « percevoir sa bouche de façon agréable (pas seulement avec des stimuli désagréables : sondes, aspirations...); intégrer sa bouche dans son schéma corporel ; entretenir, renforcer sa succion et préparer son autonomie alimentaire, mieux digérer, éviter l'exacerbation du réflexe nauséux »<sup>1</sup>.

L'oralité comme espace de « passage » chez le bébé prématuré revêt une dimension essentielle dans son rapport à lui-même et aux autres :

Les rapports qu'entretient le tout petit avec son entourage, notamment sa mère passe par l'activité orale : cris, succion, alimentation, babillage, comportement exploratoire de mise en bouche. Faire du lien autour des sensations éprouvées autour de la sphère orale et les mettre en relation peut permettre au bébé prématuré d'explorer plus tard son environnement, en prenant des objets à sa bouche par exemple, mais aussi en appréhendant le sonore comme source de plaisir, de sensation agréable, et comme vecteur interactionnel.

La notion d'oralité évoque aussi la fonction érogène et de plaisir, puis d'auto-érotisme, fondatrice pour le bébé et l'enfant.

Freud, en expliquant la notion d'étayage (Les Trois essais de la théorie sexuelle, 1905) définit les zones érogènes comme « les zones de l'organisme où s'assouissent les besoins du corps et sur lesquelles les pulsions sexuelles viennent s'étayer : la zone orale, la zone anale, la zone uréthro-génitale, le mamelon. Ce sont toutes ces zones de revêtement cutanéomuqueux du corps où se font des échanges essentiels entre l'intérieur du corps et le monde extérieur ».

Ainsi c'est le désir et la pulsion orale qui permettront la constitution d'un « objet interne » chez le bébé, un objet idéalisé, « halluciné ». Pourtant cet objet halluciné n'est pas lui-même satisfaisant, car à terme il ne comblera pas totalement le bébé (la faim notamment). L'insatisfaction physiologique et psychique est ce qui va permettre à l'enfant de réellement vivre l'objet de jouissance comme manquant et de s'en sentir « séparé ». Il se produira un effet de « coupure » qui introduit le manque à jouir, manque à être, donnant à l'« objet perdu » qui cause le manque toute sa dimension symbolique d'objet « autre » permettant aussi au bébé de se positionner en tant que sujet désirant un « objet ».

Nous sommes bien ici dans une zone frontière, située « au bord », entre ce qui se passe à l'intérieur et à l'extérieur du corps, est en étroite relation avec ce qui se passe au niveau psychique : l'interrelation entre l'espace de pensée du bébé et ce qu'il reçoit de l'extérieur comme objet autre, source de plaisir et de satisfaction renouvelés dans le cadre d'une réciprocité mais aussi d'une différenciation sujet-objet..

La musicothérapie peut accompagner ce passage et cet étayage de la zone intermédiaire qu'est « la bouche », entre la cavité buccale et les lèvres à la surface.

*Quelques outils et applications cliniques relevant de cette théorie d'une enveloppe de l'oralité :*

- *Accompagner des tétées, dans l'amorce de la prise de la tétine et pendant les temps de succion, jouer notamment sur les passages entre les vocalises bouche fermée et les vocalises bouche ouverte, se calant aussi rythmiquement sur le rythme de la tétée.*

- *Travailler sur les mouvements respiratoires, dans la circulation nécessaire entre l'expiration et l'inspiration. Les mouvements d'expiration se font par la voix soufflée et progressivement par des sons tenus. Il s'agit de projeter le son, de le faire passer, physiquement, de l'intérieur à l'extérieur*

*et de renouveler ce va et vient pour qu'il soit le plus fluide possible, dans l'idée de créer une véritable « fluctuation » sonore.*

- *Explorer un travail « en miroir » avec le bébé. Le musicothérapeute se situe en face de son visage, expérimente par le sonore et donne à voir au bébé des mouvements de mastication, des bruitages de bouche et de lèvres : gazouillis, vibrations, bruits de succion que le thérapeute fait sonner à l'intérieur de sa bouche mais aussi au niveau de la surface des lèvres.*

- *« Rebondir » sur les sons de bouche qui sont donnés par le bébé lui-même, en tentant de créer une réciprocité sonore et les prémisses d'une « enveloppe sonore d'interaction ».*

### **L'enveloppe sonore comme frontière et pare-excitation**

Le nouveau-né prématuré est confronté sans cesse à des stimulations externes et des débordements internes d'ordre physiologique, émotionnel, voire pulsionnel, qu'il ne peut toujours contenir. Le traumatisme pouvant en résulter est une « effraction » du seuil de pare-excitation. La fonction de pare-excitation (définie notamment par Didier Anzieu dans le Moi-peau) consiste à protéger l'organisme contre les excitations du monde extérieur, qui par leur intensité risqueraient de le détruire.

Dans le contexte de la prématurité il s'agit d'être vigilant concernant les réactions du bébé vis à vis de toutes les perceptions qu'il intègre venant de l'extérieur. La lumière, le son, les manipulations lors des soins, sont autant de paramètres qui peuvent mettre le bébé en état de sur-stimulation donc de danger physiologique et psychologique. Le bébé est pris aussi par des débordements internes.

Or, dans la démarche des Soins de développement (et NIDCAP *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program*),

ou « Programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement) en service de néonatalogie, chaque réaction que peut avoir le bébé vis à vis des informations extérieures sont observées décryptées, reconnues.

Ce débordement, cette effraction peuvent être signifiés et reconnus chez le bébé prématuré par certaines désorganisations de ses différents systèmes physiologiques, notamment dans le cas où le bébé ne peut exprimer ni pleurs, ni geignements (lorsqu'il est intubé par exemple).

Il est donc nécessaire pour le musicothérapeute de reconnaître ces signes car ce sont autant de moments où la musicothérapie n'a pas forcément sa place et où l'enveloppe sonore risquerait de faire plus de mal que de bien.

Par ailleurs, pour certains parents, il est difficile d'accepter les pleurs de leur bébé et la fonction de « pare-excitation », comme capacité à recevoir et à transformer, n'est pas toujours possible à assumer pour des parents fragiles, doutant de leur compétence, en situation de détresse et d'échec vis à vis de leur bébé, en difficulté de lien.

Il n'est pas rare que les parents ressentent les pleurs de leur bébé prématuré comme une agression supplémentaire. Ne reconnaissant pas les pleurs de leur bébé, ne sachant pas s'il a faim, s'il est douloureux, en colère, s'il réclame de l'attention, ils s'engouffrent parfois encore plus dans une incapacité à protéger leur bébé. C'est également difficile quand les bébés prématurés sont encore en alimentation « continue », alimentés par la sonde gastrique, car ils ne leur est pas toujours possible de crier pour exprimer leur faim (le manque ne se faisant pas sentir). Les parents sont parfois incapables de penser et de faire des choix pour leur bébé, débordés eux-mêmes par leurs émotions, leur difficulté à « contenir ». La fonction de « pare-excitation » ne peut donc se concrétiser. Ils ne peuvent ni accueillir, ni comprendre ou interpréter ce que leur donne à voir et à entendre leur bébé. Leur appareil

à penser est « figé » et ne peut devenir un « appareil à penser les pensées » de leur bébé.

La notion de « pare-excitation » explicitée par Didier Anzieu (notamment dans le *Moi-peau*) renvoie aux notions de « fonction Alpha » en lien avec le traitement des « éléments Bêta développées par W.R.Bion. Les éléments « alpha » y sont des impressions sensorielles mises en image, que l'on peut dire assimilées par la psyché. Les éléments « bêta » sont des impressions sensorielles non assimilées. W.R. Bion, en parlant de la fonction « Alpha » évoque une fonction de contenance : celle qui permet de contenir les débordements d'excitation, les émotions brutes du bébé. C'est aussi une enveloppe de protection : il s'agit de protéger le moi immature du bébé des conséquences de brèches et d'effraction, calmer et réguler les flux d'excitation. C'est enfin une fonction transformatrice, « une fonction qui élabore les expériences sensorielles et émotionnelles chaotiques et dispersées pour les rendre tolérables en leur donnant une signification ». L'appareil psychique se dote alors d'une « digue », d'un véritable « barrage » comme « enveloppe de protection » mais aussi d'une enveloppe malléable, de transformation.

Dans ce postulat, « le contenant » psychique ne se concrétise pas dans une fonction passive. Il opère une véritable transformation des éléments psychiques, il a un rôle dynamique et organisateur.

Or qu'en est-il de cette barrière protectrice et transformatrice dans un contexte de naissance prématurée, comment soutenir les parents dans ce processus relationnel qui nécessite à la fois contenance, protection, transformation ?

Les signes que donne le bébé prématuré de son interaction au monde environnant, de ses sensations internes, sont parfois infimes, à peine mesurables. Il n'assimile pas les mêmes impressions qu'un bébé né à terme, car plus fragile physiologiquement, car moins mature au niveau de ses différents systèmes, car énormément

emprunt aux stimulations désorganisatrices et moins armé pour les recevoir.

Dans un contexte de naissance prématurée, il arrive que la maman ne puisse pas allaiter. Elle ne peut donc se « gratifier » ou se « renarcissiser » par le bien de l'investissement « tangible » de la tétée, par la « contenance » que peut apporter le sein. Ce bébé a également des cycles de sommeil-éveil plus perturbés que le bébé né à terme, ce qui rend parfois les parents irritables et très désemparés.

Si les parents sont donc « empêchés », pour un temps, d'investir le rôle de pare-excitation, de régulation qu'offre la « fonction Alpha », privés d'une « rêverie maternelle » ; comment les soignants et plus précisément comment le musicothérapeute, par la présence d'une musicalité adressée et réajustée permet à la fois l'activation de cette « enveloppe protectrice et de transformation » pour le bébé et permet d'éveiller et d'assoir chez les parents cette même capacité ?

Le sonore et la musicalité qui se créent dans une séance de musicothérapie offrent une autre voie et un autre réceptacle des angoisses du bébé (et aussi des parents). La fonction de pare-excitation proposée par le musicothérapeute s'incarne d'abord dans sa capacité à développer une écoute : celle du bébé, de ses débordements, de ses expressions sonores, corporelles. Le musicothérapeute les accueille, les accepte, si intenses soient-ils. Il doit pouvoir contenir des pleurs et des cris soutenus, pour pouvoir après tenter de les transformer par le sonore. C'est en partant de cette matière sonore brute « expulsée » que le musicothérapeute va tenter, en faisant « avec » et non en essayant de l'enrayer d'emblée, d'amener le bébé sur un autre chemin.

Il s'agira, en plus de l'écoute, de réguler les flux non ordonnés du bébé, donc de tenter une composition, une recomposition à partir de ces matières désorganisées. Quand le flux sera régulé, quand le musicothérapeute aura réussi à désamorcer les éléments « bêta », il sera possible

alors de « composer » et de faire évoluer cette matière vers autre chose, à savoir un objet musical.

Ce processus de « désactivation » et de « transformation » ne fonctionnera pas toujours et sera secondé parfois par les autres soignants lorsque les besoins du bébé sont du ressort d'une autre compétence. Ils le replaceront dans une position plus confortable, sauront lire, avec leur regard, les besoins ou stress exprimés. Il s'agira de travailler en complémentarité et en soutien mutuel. La composition musicale sera doublée d'une composition des gestes, présences corporelles à l'autre.

*Quelques démarches cliniques possibles :*

*Travailler en improvisation clinique au travers de la technique du « reflet » développée notamment par Bruscia (1987) et Wigram (2004). Il s'agit de refléter, d'illustrer en quelque sorte, de renvoyer par le sonore l'état émotionnel du bébé qu'il peut exprimer par le corps, l'émission vocale.*

*Ce postulat ne part pas d'une tentative de désamorçage rentrant en rupture avec l'état du bébé (par exemple la proposition d'un chant d'une berceuse alors que le bébé est en train d'hurler et de s'agiter).*

*Au contraire, pour construire l'improvisation (vocale notamment) le thérapeute peut « refléter » la hauteur de son donné par le bébé dans ses cris ou ses pleurs ; également le rythme donné par les sanglots (rythme saccadé notamment) ; la qualité sonore qui est donnée à entendre par la voix du bébé : voix haletante par exemple. C'est en s'emparant et en s'imprégnant des caractéristiques d'une matière sonore (et psychique) brute, en tentant d'illustrer et de recréer une ambiance sonore, que, très progressivement, la musicothérapie amorce une transformation qui passera par une tentative de régulation et de recomposition de ce qui est donné à recevoir comme déstructuré, désorganisé, compulsif.*

*De la tentative de « désamorçage » suivra une composition plus fluide lorsque que le thérapeute observe que le bébé a pu se réguler et devenir plus calme.*

*Les parents peuvent participer parfois à ce vécu et à cette expérience commune. La plupart du temps, leur réaction est celle du contentement et du soulagement de voir leur bébé plus calme. C'est parfois dans ce contexte qu'ils arriveront à « interpréter » des signes de la part de leur bébé : signes de détente, de contentement notamment.*

### **L'enveloppe sonore : zone d'échange et de partage**

Au-delà de la stimulation adaptée ou de l'enveloppe sonore comme protection, il est nécessaire de voir en quoi l'enveloppe que constitue le sonore peut définir un espace d'échange, d'interaction permettant la rencontre du bébé prématuré avec un objet « autre » que le Soi, permettant aussi d'alimenter et de soutenir le processus d'individuation et de différenciation qui lui permettra de grandir.

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 un objet interne, Soi, mais aussi comme un objet appartenant au « non Soi », qu'il pourra devenir un « objet transitionnel » (D.W. Winnicott). Dans ce sens, il sera aussi un objet qui pourra soutenir le processus d'autorégulation du bébé prématuré, sa capacité à se calmer et à faire face à ses désordres internes par lui-même.

Le sonore peut revêtir les traits de cet objet transitionnel, aussi bien que le doudou laissé dans les couveuses et imprégné de l'odeur de la maman. De même l'enveloppe sonore conçue comme « aire transitionnelle » peut s'élargir et s'assouplir jusqu'à devenir un espace de « jeu » où l'autre, le différent de soi, peut être accepté, non comme un objet d'agression, mais au contraire comme une condition de créativité et de reconnaissance

mutuelle, notamment entre un bébé en devenir et ses parents.

Dans quelle mesure cette « réciprocité d'attention et d'intention » que signifie le vécu du jeu génère une expérience bébé-parent permettant de créer ce bébé et ses parents comme des êtres en interrelation ? Dans quelle mesure l'enveloppe vécue comme terrain de jeu est une expérience de « l'ici et maintenant » qui étaye les capacités d'interprétation et de « rêverie » des parents et les amèneront à transformer ce bébé, dans leurs représentations mentales, en un bébé ressenti, reconnu, gratifiant, créateur de parent ?

L'objet transitionnel : ni dedans ni dehors  
« J'ai introduit les termes d'objets transitionnels et de phénomènes transitionnels pour désigner l'aire intermédiaire d'expérience qui se situe entre le pouce et l'ours en peluche, entre l'érotisme oral et la véritable relation d'objet, entre l'activité créatrice primaire et la projection de ce qui a déjà été introjecté, entre l'ignorance primaire de la dette et la reconnaissance de celle-ci » (D.W. Winnicott, date de parution 1975, p.28-29).

L'objet transitionnel est aussi ce que Winnicott appelle « la première possession non moi ». Or, l'apport du sonore en néonatalogie et plus précisément l'objet musical véhiculé par l'enveloppe vocale s'inscrit dans une continuité et une répétition qui donnent à entendre un objet qui, s'il doit être « adhésif » et enveloppant » dans une première étape, finit par être un objet connu et reconnu par le bébé prématuré, donc différencié du Sujet tout en lui appartenant.

L'inscription des séances dans une forme de rythmicité et dans une régularité participe de cette idée d'objet attendu, perdu puis retrouvé, assimilable au Soi mais aussi s'en détachant, créant les conditions d'une relation thérapeutique qui s'affine au fur et à mesure de son inscription dans le temps.

Les rituels de début de séance, qui peuvent, par exemple, commencer par une improvisation et une

variation vocales autour du prénom du bébé, participe de ce repère temporel qui fait de la séance de musicothérapie un objet transitionnel sonore en lui-même.

Certains parents sont rassurés par cette ritualisation des séances de musicothérapie, qui leur donne un repère temporel, émotionnel, psychique. Il ne s'agit pas pour autant d'en faire un objet et un espace figés où il serait question d'identité, de systématisme, ce qui risquerait au final de créer les conditions d'un espace d'angoisse.

L'enveloppe sonore comme zone d'échange est une zone malléable qui va subir nécessairement micro-changements, évolutions, variations. Le sonore, vécu au travers de l'expérience vocale et instrumentale « en live », est intrinsèquement malléable et changeant (puisque nous ne pouvons chanter deux fois exactement la même chose). Le contexte de la prématurité contient également en lui-même des changements et de variations relatifs au bébé prématuré qu'on ne peut complètement contrôler ou anticiper (les réactions du bébé d'une séance sur l'autre, l'évolution de son état de santé...).

- L'enveloppe sonore : espace de jeu, espace autre

L'enveloppe sonore s'enrichit au fur et à mesure des séances de musicothérapie et il arrive un temps où elle devient un espace de « vécu ensemble ». Ce sera le temps où le bébé sera en capacité d'interagir autour des propositions musicales du thérapeute et ce dernier de répondre aux expressions vocales et sonores du bébé, ses premiers babils, et ses premiers appels, aussi infimes soient-ils mais pourtant reconnaissables.

D.W. Winnicott (1971, p 109) de nous dire « la psychothérapie s'effectue là où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute » (...) « Si le patient ne peut jouer, il faut faire quelque chose pour lui permettre d'avoir la capacité de jouer, après quoi la psychothérapie pourra commencer. Si le jeu est essentiel c'est

parce que c'est en jouant que le patient devient créatif » (...) « C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi ».

Qu'en est-il de cette « enveloppe du possible » que peut signifier l'espace de jeu dans un contexte de musicothérapie en néonatalogie ? Dans quelle mesure ce tout petit être qu'est le bébé prématuré est en capacité d' « être avec » et lui-même créatif, par le jeu sonore ?

*Quelques démarches et outils cliniques mis en œuvre en séance de musicothérapie :*

- *Travailler au travers de vocalises alternées entre le bébé et le thérapeute, dans la mesure où le bébé se manifeste par la voix. C'est une forme de dialogue sonore qui peut s'amorcer et créer également l'attention des parents en étayant leur capacité à interpréter les manifestations de leur bébé.*

- *L'utilisation de la sanza comme objet sonore complémentaire à la voix (instrument facilement manipulable au chevet du bébé), peut impliquer les parents dans un espace de jeu musical partagé, délimitant une aire « autre » que l'espace de soin habituel et créant de nouveaux possibles dans les relations entre un bébé et ses parents.*

*Ce type de vécu se fait généralement sur les dernières séances partagées entre des bébés et des parents avec lesquels il a été vécu un long cheminement autour de l'expérience sonore.*

*Le jeu s'installe progressivement dans la capacité de chacun à faire évoluer la composition musicale à l'enrichir par des variations nouvelles, en introduisant des temps d'improvisation, puis des temps d'accompagnement instrumentaux (avec la sanza par exemple).*

*Il est possible de créer un jeu d'improvisation où se conjuguent la voix chantée du musicothérapeute, la voix parlée des parents adressée au bébé à la façon du « motherese », et une base rythmique réalisée par un des deux parents. Il est ensuite intéressant d'expérimenter la « scansion », créant des variations rythmiques dans la composition.*

*- L'enveloppe du jeu s'instaure aussi par des jeux de corps et de posture, où le bébé peut répondre par un rictus, par une posture de détente corporelle (mains repliées sur le visage par exemple), ou montrer des signes d'interaction par le regard, lors de la proposition musicale.*

*L'objet sonore est pour chacun un objet autre que le soi, mais vecteur de relation entre différentes subjectivités, mettant en relation autant d'enveloppes psychiques, sensorielles et sonores individuelles tout en créant un espace de jeu commun, une « identité sonore » collective, en perpétuelle transformation et devenir.*

## **L'enveloppe sonore : enveloppe de transformation et de symbolisation**

L'enveloppe sonore est une enveloppe en mouvement, une matrice génératrice de possible, de devenir, d'autre, de différent. La musicothérapie en néonatalogie a cette fonction essentielle d'être un espace dynamique où le bébé, avec ses parents, peut évoluer et grandir jusqu'à la fin de l'hospitalisation.

Si cet accompagnement est un soutien, il doit permettre des mouvements dans les représentations des parents envers leur bébé. Dans quelle mesure la musicothérapie en néonatalogie permet aussi aux parents de passer de la représentation d'un bébé étranger, inconnu, à celle d'un bébé connu et reconnu ? C'est tout ce processus thérapeutique qui part de l'alliance thérapeutique et de l'accordage affectif et sonore, et qui va jusqu'au temps de jeu, en passant par l'enveloppe de pare-excitation ou de stimulation. C'est ce long cheminement, ce long vécu sonore (sensoriel et psychique) qui amènent progressivement à la représentation par les parents d'un « bébé réel » mais que l'on peut enfin symboliser, imaginer, fantasmer.

L'investissement sensoriel et psychique du sonore par le bébé et également par ses parents crée progressivement les conditions d'un processus de symbolisation. « La matière première de la psyché

doit être transformée en représentation psychique pour être « utilisable » par la psyché subjective, cette transformation suppose un travail de représentation et de symbolisation ».<sup>2</sup>

Or la musicothérapie en néonatalogie est un processus thérapeutique qui peut amener à un investissement progressif de la relation bébé-parent en même temps à un étayage progressif de l'appareil à penser du bébé, de sa capacité à ressentir, à réguler des émotions donc à s'autoréguler, à rentrer en interaction avec son environnement.

L'enveloppe sonore n'aura eu cesse de se transformer et d'évoluer dans un suivi en néonatalogie : d'une nourriture première répondant aux besoins primaires du bébé, elle deviendra contenant, et contenu permettant l'émergence de la pensée chez le bébé, ce sera une zone protectrice qui canalise et délimite, une stimulation adaptée et réajustée en permanence par le thérapeute, une zone intermédiaire de plaisir et d'interaction, puis une aire créatrice de jeu.

De ce vécu et de cette expérience psychique, sensorielle et sonore, émergeront aussi des maux et des mots de la part des parents. La verbalisation qui suivra certaines séances ou qui aura lieu durant des séances de musicothérapie participera du processus de symbolisation nécessaire à la reconnaissance du bébé par ses parents, et également au processus de « deuil » nécessaire d'un bébé que l'on aurait imaginé parfait et qui a été vécu longtemps comme « décevant ».

C'est le vécu sonore qui facilitera parfois une forme de « résonance » chez le parent, lequel, dans une forme de lâcher prise émotionnel et psychique, fera entendre certaines douleurs psychiques du présent ou du passé.

C'est dans cet espace de paroles que représente aussi l'enveloppe protectrice et génératrice de transformation d'une séance de musicothérapie,

<sup>2</sup> R Roussillon, « le processus de symbolisation et ses étapes »

que certaines mamans notamment, oseront avouer qu'elle ne comprennent pas leur bébé, qu'elles culpabilisent ou qu'elles en veulent à leur bébé de cette situation de souffrance. C'est aussi un espace où les larmes, comme lâcher prise corporel et psychique, pourront couler à flots après un long parcours d'hospitalisation où il s'agissait de « tenir », de « positiver », de ne « pas lâcher ».

Ce temps de verbalisation que le musicothérapeute doit accueillir, contenir et contribuer à transformer, participe d'un « travail de symbolisation secondaire ». C'est un travail « grâce auquel les processus secondaires peuvent s'exercer, c'est le travail de transformation grâce auquel le transfert dans l'appareil de langage verbal peut s'effectuer » (...) « Une partie du travail de symbolisation s'effectue sur le moment, dans le moment de l'action, mais un certain nombre d'aspects du travail ne peut avoir lieu sur le moment, le sujet se contentant d'une forme de maîtrise de ce qui se produit (main-mise, maintenance). Une partie s'effectue après-coup, dans les rêves par exemple. Mais quand la situation mobilise des aspects inconscients de la vie psychique particulièrement investis, potentiellement traumatiques, ou débordant les capacités de symbolisation actuelles du sujet, celui-ci s'assure d'une main-mise suffisante de ceux-ci, une maîtrise suffisante, et reprend la question plus tard au sein d'une situation sécurisée et symboligène »<sup>3</sup> (Roussillon).

Cette enveloppe sécurisante et symboligène permet un processus de transformation psychique pour les parents et le bébé qui doit dépasser l'enveloppe temporelle et musicale de la séance de musicothérapie pour résonner dans d'autres espaces thérapeutiques. Ce sont tous ces espaces de « reprise », de « transmission » où il s'agit aussi de co-construire, de collaborer et de mettre en synergie avec l'ensemble de l'équipe soignante et avec les autres professionnels du service de néonatalogie (assistante sociale, psychologue notamment). C'est cette enveloppe commune et partagée qui créera les conditions d'un espace

sécurisant garant de possible, de changement et de devenir.

Il y aura parfois des rendez-vous manqués, des enveloppes sonores qui n'auront pu cheminer et prendre corps, se transformer, par faute de temps ou parce que le musicothérapeute n'aura pas trouvé le bon chemin, la bonne manière de réunir tous les paramètres nécessaires pour un suivi efficace.

Ce sera une enveloppe perfectible comme l'est l'enveloppe sonore, psychique, sensorielle du musicothérapeute qui évolue sans cesse aussi dans un service de néonatalogie. L'enveloppe du musicothérapeute se construit au fur et à mesure en grande partie par le vécu clinique. Son enveloppe s'affine et s'enrichit du vécu des séances, elle se transforme, s'ajuste, se réadapte. Elle est dans un processus de maturation comme l'est le bébé prématuré.

### **L'enveloppe sonore : surface d'inscription des traces et espace de résonance**

Dans quelle mesure l'expérience de musicothérapie en néonatalogie, le vécu des séances, laissent trace (au niveau sonore, psychique, sensoriel) pour les bébés et les parents qui ont été accompagnés au point de pouvoir résonner dans d'autres espaces et d'autres temps que ceux de l'hospitalisation ?

C'est principalement dans l'« ici et maintenant » de la séance que la musicothérapie se vit en néonatalogie. Il n'en demeure pas moins que l'espace thérapeutique se crée à partir de tous ces présents et que le bébé construit sa propre enveloppe à partir de cette histoire accumulée et intégrée.

C'est par la répétition de l'enveloppe sonore qui va devenir « habitude » que le vécu sonore se constitue comme une forme de relation « acquise » et constitutive du bébé dans sa présence aux autres et au monde.

<sup>3</sup> R Roussillon, « le processus de symbolisation et ses étapes »

Il n'en demeure pas moins que le suivi de musicothérapie en néonatalogie s'arrête à la porte de l'hôpital et du service de néonatalogie et que l'enveloppe commune créée trouve ses limites spatiales et temporelles dans la fin d'hospitalisation.

Certaines enveloppes sonores auraient mérité plus, mieux, et le musicothérapeute doit pouvoir accepter cette limite qui peut prendre la forme d'une frustration.

Le musicothérapeute peut développer des outils de transmission laissés aux parents (type livret de chant par exemple). Mais qu'en sera-t-il une fois les parents rentrés à la maison avec leur tout petit ? Auront-ils envie de se rappeler le vécu de l'hospitalisation, dont la musicothérapie fait partie intégrante ? Cela nous échappe bien-sûr.

Il serait néanmoins intéressant et nécessaire de réfléchir à des espaces thérapeutiques qui puissent établir des passerelles dans le suivi de musicothérapie.

La musicothérapie pourrait trouver sa place dans d'autres services post-hospitalisation, les services du CAMSP notamment (Centre d'Action Médico Sociale Précoce), comme une continuité, autour de problématiques qui peuvent faire suite à une naissance prématurée : les séquelles psychomotrices notamment, les difficultés d'apprentissage.

Un suivi de musicothérapie sur le long terme, avec l'accord des parents, pourrait permettre la continuité d'un soutien à la parentalité et un approfondissement des problématiques interactionnelles que le bébé prématuré peut rencontrer au fur et à mesure de son développement. L'enveloppe sonore pourrait trouver de nouveaux espaces de jeu dans les premiers babillages, les premières syllabes que le bébé répète et met en son, le jeu de doigts investis par les parents...

C'est aussi dans cette interface et ce lien entre différents services de soins que peut se trouver une cohésion de vécu émotionnel et psychique chez le bébé et ses parents.

## **L'enveloppe institutionnelle**

En quoi l'espace de soin qu'est le service de néonatalogie peut constituer une enveloppe physique et psychique à la fois pour les bébés (et les mamans hospitalisées pour ce qui concerne l'unité kangourou ou dans les chambres mère-enfant) qui y sont accueillis et également pour les professionnels qui y travaillent, l'équipe soignante notamment ? En quoi cet espace-temps est garant de permanence et de contenance pour des enfants fragiles et des parents parfois désorientés, en manque de repères ?

Le service de néonatalogie est un lieu identifiable par sa singularité, délimité par un temps qui se renouvelle, dans un rythme qui s'inscrit en lien avec le rythme du bébé, créant ainsi une forme de continuité.

C'est un espace spécifique et un espace transitionnel entre l'extérieur et le monde interne de chaque bébé, interstice entre un avant (l'histoire familiale, l'histoire traumatique...) et le devenir. Cela peut être un lieu de transition, d'urgence, de secours, de soutien, ou de transformation. C'est un lieu où le bébé et ses parents sont accueillis, accompagnés, soignés, reconnus.

Au sein d'un service de néonatalogie, le temps est parfois encore suspendu pour des parents en attente d'un diagnostic, d'une confirmation de résultats, d'une amélioration d'un état de santé, d'une prise de poids... Or, la musicothérapie peut créer un « espace autre » pour le bébé et ses parents.

L'enveloppe du service, c'est un cadre soignant qui met au cœur du processus thérapeutique le petit patient. Ce cadre n'est pas un espace fermé, cloisonné même s'il est délimité physiquement

(par des chambres, des salles de soins, la biberonnerie, les espaces d'accueil pour les parents...).

C'est une membrane vivante définie par des interrelations internes multiples en permanente évolution. Il s'agit à la fois des relations thérapeutiques qui se jouent entre petits patients et soignants, entre parents et soignants, et également les relations entre les professionnels du service.

Tout service de soin est à la fois une porte ouverte sur du possible et un rempart protecteur contre certaines violences (la violence du vécu traumatique de la naissance prématurée notamment). C'est un lieu où peuvent s'inscrire de nouvelles traces, de nouvelles empreintes, de nouveaux vécus tout en laissant la possibilité aux souffrances, pulsions, traumatismes de s'exprimer (et d'être transformés).

Concernant la notion d'enveloppe institutionnelle liée au vécu de l'équipe et plus particulièrement au vécu des soignants, elle s'exprime dans un premier temps par le climat, l'ambiance caractéristique qui s'en dégage. Cette enveloppe est faite de l'histoire du service, de sa structuration interne, de sa place au sein du Centre Hospitalier.

Entrer dans un tel espace : physique, relationnel, émotionnel nous amène déjà à nous situer et à nous interroger sur notre identité dans un tel service.

Il s'agit d'adhérer à cette enveloppe (venant de l'extérieur), d'en accepter les contours, tout en gardant un espace « à distance », à même de pouvoir observer, élaborer un point de vue. L'arrivée d'un musicothérapeute dans un service de néonatalogie peut apporter une certaine discontinuité dans un espace chargé d'histoires communes que nous ne connaissons pas. Trouver le chemin, de l'extérieur vers l'intérieur, pour rentrer dans cette enveloppe tout en gardant son identité (psychique et sonore) est un enjeu important.

« L'institution nous précède, nous assigne, et nous inscrit dans des liens et discours (...). « Nous découvrons ainsi que l'institution nous structure et que nous contractons avec elle des rapports qui soutiennent notre identité » (Kaes et al, 2007).

Il existe alors un « va et vient » entre une enveloppe unifiée, le corps commun constitué par l'équipe et l'institution, et des enveloppes individuelles et plurielles qui interagissent comme autant de cellules animant un être vivant.

Or, comment peut s'exprimer l'identité, le statut de chaque soignant (et notamment celui du musicothérapeute) au sein de cette psyché collective ? En quoi les individualités sont protégées, étayées par cet espace singulier qu'est l'institution ?

L'enveloppe institutionnelle est faite de couches différenciées qui créent une épaisseur, une densité propre à une structure cohérente unifiée.

Mais ce qui se crée au final, c'est un espace intermédiaire, qui s'élabore dans le temps ; il n'appartient ni à l'individuel ni au collectif, mais à leur relation, laquelle se réinvente sans cesse.

« L'institution est l'organisation vivante qui peut faire face aux défis internes et externes, accueillir le sens qui circule en elle et donner du sens à ce qu'elle fait » (Kaes et al, 2012).

L'institution doit pouvoir étayer l'identité et la créativité de chacun comme les espaces individuels doivent pouvoir nourrir l'identité commune de l'institution, créer des représentations communes, des matrices identificatoires. L'enveloppe se forme par les relations entre les parties et l'ensemble. Elle est organique car en nécessaire évolution et mutation.

« Le tissage de l'enveloppe institutionnelle est la condition pour que des processus thérapeutiques puissent y prendre place. Ces processus échappent à la maîtrise des soignants et il faut qu'il en soit ainsi. La tâche des soignants n'est pas de les

diriger, mais de créer les conditions qui les rendent possibles en tissant cette enveloppe et en la retissant au fur et à mesure que l'expérience acquise l'exige ». (Houzel, 2005)..

## Conclusion

La musicothérapie peut faire vivre au bébé prématuré et à son entourage une expérience sonore permettant à la fois un vécu corporel et facilitant une construction de l'appareil psychique jusqu'à devenir une « enveloppe sonore du Soi » (Didier Anzieu, 1976).

C'est à Didier Anzieu que revient la théorie d'un Moi-peau qui s'incarne par les fonctionnalités suivantes : la maintenance, la contenance, la fonction de pare-excitation, de recharge et de décharge d'énergie (ou énergisation), d'individuation (c'est-à-dire de distinction entre le propre et le non propre), la fonction érogène, la fonction de connecteur intersensoriel, de surface d'inscription, et également une fonction destructrice.

Le postulat d'une musicothérapie de l'enveloppe en néonatalogie puise dans cette réflexion, s'en imprègne, s'en inspire, pour créer une enveloppe singulière, unique qui se déploie dans l'espace thérapeutique créé par la relation au sonore.

Pour tisser une enveloppe, suffisamment solide pour contenir, protéger, et suffisamment souple pour être créatrice et permettre l'échange, le musicothérapeute doit trouver le juste équilibre entre ce que le bébé lui donne à voir et à entendre et ce qu'il renvoie, lui, au bébé, notamment par sa voix chantée et adressée.

Le contenant et le contenu sonores prennent le temps de murir, au fil des séances, participant d'un processus dynamique, dans une temporalité de « l'ici et maintenant ». Ils prennent corps dans cette correspondance entre sensorialité et émergence de la pensée, qui nourrit le bébé de l'intérieur et contribue à son ouverture à l'environnement extérieur et à l'altérité.

C'est par la continuité mais aussi par la discontinuité, les variations, les transformations de l'enveloppe sonore et musicale, qu'un espace du possible et du devenir est donné à explorer au bébé et également à ses parents.

Ces derniers pourront trouver, par cette expérience partagée, une opportunité de se représenter leur bébé, de le comprendre, de le rêver, d'aller à sa rencontre par une approche « autre » et néanmoins complémentaire de la prise en charge médicale d'un service de néonatalogie.

Le musicothérapeute tentera ainsi de laisser son empreinte dans le service de néonatalogie, comme dans l'espace familial du bébé prématuré, même s'il doit accepter que ce devenir lui échappe.

Cette trace sera d'autant plus présente que la musicothérapie est entendue et comprise, vécue par l'équipe soignante, légitimée par l'enveloppe institutionnelle, comme participant d'une matrice commune permettant de faire émerger l'identité de chacun.

## Bibliographie

- Anzieu, D. (1976). L'enveloppe sonore du Soi. Nouvelle revue de Psychanalyse, 13, 161-179.
- Anzieu, D. (1985). Le Moi-peau. Paris, Dunod.
- Anzieu, D. et al. (1987). Les enveloppes psychiques. Paris, Dunod.
- Boukoba, C. (2003). La clinique du holding. Illustration de D.W. Winnicott.. Le Coq-héron 2/2003 (no 173). Édition : ERES
- Bruscia, K. E. (1987). Improvisational Models og Music Thérapy.
- De Litvan, M. (2001). La berceuse, jeux d'amour et de magie. Toulouse : Eres.
- Ettenberger et al. (2014). Music Therapy with premature infants and the caregivers in Colombia. A mixed Methods pilot study including a randomized trial. Voices : A World Forum For Music Therapy, 14, 2,
- Freud, S. (1905). Les Trois essais de la théorie sexuelle. Paris : PUF, 1985

- Golse, B. (2006). Naissance de la pensée et aléas de son développement. *L'information psychiatrique*, 82, 9, 713-721.
- Golse, B. (2010). Les destins du développement chez l'enfant. *Avenirs d'enfance*. Toulouse : Eres.
- Houzel, D. (1997). Le corps et l'esprit, *Journal de psychanalyse de l'enfant*, 20, 23-48.
- Houzel, D. (2005). Le concept d'enveloppe psychique. Paris : In Press.
- Kaës, R. et al (2007). *L'institution et les institutions*. Paris : Dunod.
- Loewy, J. (2015). NICU music therapy: song of kin as critical lullaby in research and practice. *Annals of The New York Academy of Sciences*, 1337, 178-185.
- Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard, 1975.