

La Revue Française de Musicothérapie

Volume 41 numéro 02 décembre 2024

Epi-revel Université Côte d'Azur





*La Revue Française
de Musicothérapie*

La Revue Française de Musicothérapie



Comité de rédaction

Comité scientifique

Pr. VIVES Jean-Michel, professeur des universités, Université de Nice Sophia Antipolis
Pr. LECOURT Edith, professeur émérite des universités, Université Paris Cité
Pr. LUBART Todd, professeur des universités, Université Paris Cité
Pr. BONNOT Olivier, PU-PH, CHU de Nantes, Université de Nantes
Dr. DUPERRET-GONZALEZ Nicole, médecin psychiatre, musicothérapeute,
présidente de l'Association Française de Musicothérapie
Dr. FALQUET-CLIN Christine, médecin psychiatre, musicothérapeute
BOTELLA Marion, MCF-HDR, Université Paris Cité
PEYRE Iseline, MC Sorbonne Université
TROTТА Agostino, musicothérapeute

Comité de rédaction

BRAULT Anthony, MCF, Université Paris Cité
COCHET-SAGET Rozenn, psychologue clinicienne, musicothérapeute
DOMINI Violetta, musicothérapeute
ORANTIN Marie, musicothérapeute
VRAIT François-Xavier, musicothérapeute, directeur de l'Institut de Musicothérapie de
Nantes
DI BISCEGLIE Frédéric, secrétaire de rédaction, psychologue, docteur en psychologie,
Université Côte d'Azur

Comité éditorial

Directrice de Publication : Pr. LECOURT Edith
Directeur Adjoint : Pr. VIVES Jean-Michel
Directrice de la rédaction : Dr. DUPERRET-GONZALEZ Nicole



*La Revue Française
de Musicothérapie*

La Revue Française de Musicothérapie



Sommaire

Éditorial

Éditorial du volume 41 – numéro 02 de décembre 2024, p.04-05.

Dr. Nicole Duperret-Gonzalez

Présidente de l'Association Française de Musicothérapie

Articles

Aux sources de l'engagement clinique : la place et le rôle du contre transfert corporel, p.06-15.

Jérôme Boutinaud

Entre le jouer et le ne pas jouer : les interventions du musicothérapeute au-delà (et avant) des sons et de la musique, p.16-28.

Oscar Pisanti

L'éthique du soin dans la recherche en arts-thérapies, p.29-42.

Viviane Seron

Sons, musiques & ressourcement - Des thérapies soniques aux ambiances aménitaires, p.43-55.

Philippe Woloszyn et Kahina Ikni



La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume 41 - numéro 02 - décembre 2024

Éditorial du volume 41 - numéro 02 de décembre 2024

Chers lecteurs, chers collègues musicothérapeutes,

Il était grand temps de publier ce numéro de notre Revue Française de Musicothérapie, dont trois des auteurs ont communiqué lors de la Quatrième Journée d'Etude de l'Association Française de Musicothérapie, le 23 septembre 2023, à Saint Malo, sur le thème : « Jouer, parler, enregistrer, interpréter en musicothérapie ».

Jérôme Boutinaud nous emmène avec bonheur sur le terrain du contre-transfert corporel, dont la prise en compte par le thérapeute offre de très précieuses indications au sujet de la problématique psychique des patients dont il a (et nous également) la responsabilité.

Oscar Pisanti, qui a traduit pour nous en français son très bel article conçu en Italie, nous parle de situations en musicothérapie dans lesquelles la musique est parfois, dans un premier temps, un élément très perturbateur, et nous propose des interventions « en marge » comme celle du « thérapeute-environnement » dont la description devrait passionner nos lecteurs.

Viviane Seron, partant de la question de la dimension éthique de l'enregistrement en arts-thérapies, s'attache à réfléchir avec nous, en s'appuyant sur les travaux de recherche publiés à l'international et en France, aux définitions en particulier de l'éthique en santé et de soin, l'éthique du care, la déontologie et l'éthique de la recherche.

Nos lecteurs auront le loisir enfin de s'arrêter sur un article novateur, proposé par deux architectes chercheurs, Philippe Woloszyn et Kahina Ikni, qui nous offrent un résumé de nombreux modèles théoriques de base à notre discipline musicothérapique pour nous conduire à des applications potentielles architecturales présidant à la création d'oasis urbaines et zone calmes à l'origine d'aménité environnementale.

Tous les auteurs de ce numéro, donc, ne sont pas musicothérapeutes, mais ils nous offrent un ensemble de réflexions, concernant les interrelations entre émetteurs (le thérapeute ? l'architecte ?) et le récepteur (le patient ? le citoyen ?), qui s'adressent nécessairement à tous les art-thérapeutes.

Docteur Nicole Duperret-Gonzalez
Présidente de l'Association Française de Musicothérapie

Dear readers, dear music therapist colleagues,

It was high time to publish this issue of our French Music Therapy Review, three of the authors of which communicated during the Fourth Study Day of the French Music Therapy Association, on September 23, 2023, in Saint Malo, whose theme was: “Play, speak, record, interpret in music therapy”.

Jérôme Boutinaud happily takes us into the field of bodily countertransference, the consideration of which by the therapist offers very valuable indications regarding the psychological problems of the patients for whom he (and we too) is responsible.

Oscar Pisanti, who translated for us into French his very beautiful article written in Italy, talks to us about music therapy situations in which music is sometimes, initially, a very disruptive element, and offers us “sideline” interventions, like that of the “therapist-environment” whose description should fascinate our readers.

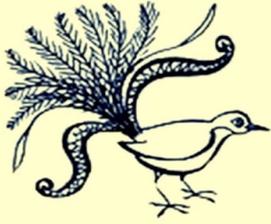
Viviane Seron, starting from the question of the ethical dimension of recording in arts therapy, endeavors to reflect with us, based on research published internationally and in France, on the definitions of ethics especially in health and care, ethics of care, ethics and research ethics...

Our readers will finally have the opportunity to focus on an innovative article, proposed by two architect researchers, Philippe Woloszyn and Kahina Ikni, who offer us a summary of numerous theoretical models basic to our music therapy discipline to lead us to potential architectural applications presiding over the creation of urban oases and calm areas providing environmental amenities.

All the authors of this issue, therefore, are not music therapists, but they offer us a set of reflections, concerning the interrelations between transmitters (the therapist? the architect?) and the receiver (the patient? the citizen?), which are necessarily aimed at all art therapists.

Doctor Nicole Duperret-Gonzalez

President of the French Association of Music Therapy



Aux sources de l'engagement clinique : la place et le rôle du contre transfert corporel

Jérôme BOUTINAUD

Psychomotricien, psychologue clinicien MCU-HDR, Université Paris Cité Membre titulaire du laboratoire PCPP (UR 4056).

Résumé

L'article propose de reprendre de façon synthétique les notions psychanalytiques de transfert et de contre-transfert pour mettre au travail leurs intérêts et leurs limites. Il s'agira ici de s'intéresser aux dimensions corporelles qu'elles impliquent, parfois insuffisamment mises en avant dans le champ de la psychanalyse mais clairement convoquées, par exemple, dans les dispositifs thérapeutiques accueillant des patients présentant des troubles massifs de l'image du corps. S'interroger sur ces éléments invite naturellement aussi à s'intéresser aux ressentis et à l'engagement du clinicien qui s'y implique, grâce à la notion émergente de contre-transfert corporel, dont il s'agira de préciser ici les limites. Une vignette clinique issue d'une thérapie psychomotrice menée auprès d'une enfant autiste viendra illustrer le propos.

Mots clés

Transfert, Contre transfert corporel, Psychopathologie de l'image du corps, Dispositifs thérapeutiques à médiation

La référence au contre-transfert corporel constitue de longue date une réflexion théorico-clinique qui nous apparaît essentielle (en référence à notre expérience clinique et à nos recherches, voir Boutinaud, 2011) mais il nous semble qu'elle gagnerait à se trouver remodelée au contact de champs de pratiques non directement issues des seuls domaines de la psychanalyse et de la psychologie clinique. Les art-thérapies incarnent à notre sens ce sas et ce pas d'ouverture où l'exploration de cette notion pourrait être approfondie, ne serait-ce que parce que la place du corps y demeure centrale, quelle que soit les sous-domaines de spécialités que l'on y rencontre. Il s'agira ici en tout cas de partager avec le lecteur plusieurs idées autour de cette thématique aussi contemporaine que fondamentale.

Autour de la notion de transfert : un concept communément établi :

Il paraît ici tout d'abord essentiel de reprendre quelques termes clés afin de planter le décor de notre réflexion. Du côté du transfert tout d'abord, notion qui a connu des heures de gloire légitimes mais qui est parfois actuellement maniée tous azimut, donnant le sentiment qu'un consensus existe concernant le sens que nous pouvons y donner alors que cela n'est pas forcément toujours le cas lorsqu'on y regarde de plus près. Juste rappeler donc qu'il s'agit d'un mécanisme psychique, décrit et découvert par Freud dans les premières étapes de la naissance de la psychanalyse, au regard de sa compréhension de la logique des névroses mais aussi de l'élaboration du cadre de la cure analytique. Le terme en tant que tel n'est pas issu du registre de la psychologie ou de la médecine mais bien de celui de la comptabilité. Il désigne en allemand le report d'une somme d'argent d'une ligne à une autre sur un document. C'est cette dimension de déplacement d'un contenu d'un espace à un autre et à l'identique qui semble parler à Freud. Selon le Dictionnaire International de la Psychanalyse, « le terme « transfert » désigne la transposition, le report sur une autre personne – et principalement le psychanalyste – de sentiments, désirs, modalités relationnelles jadis organisés ou éprouvés par rapport à des personnages très investis de l'histoire du sujet » (De Mijolla, 2001, p 1744). Appliqué à un phénomène psychique, le processus consiste donc en une réédition ou une re-convocation de représentations et d'affects à priori en lien avec un passé déjà ancien, ancré dans l'enfance le plus souvent. Il est aussi important de noter que ce mouvement s'effectue le plus souvent sur des modalités inconscientes, soit que le sujet ne s'en rend pas forcément compte. Il débouche alors sur une logique de *qui pro quo* comme le propose Michel Neyraut (2004). Cela signifie que la personne que le transfert prend pour objet ne va pas juste être envisagée comme un sujet ayant son identité propre mais aussi comme une autre, voire plusieurs autres figures reconvoquées sur un plan psychique via un mécanisme de projection. C'est ainsi que Freud découvre qu'il est investi par ses patients à bien d'autres places et rôles symboliques que celui du médecin qu'ils viennent consulter. Comme si les enjeux relationnels se déroulaient dès lors sur plusieurs scènes dans le même espace-temps de la séance. La découverte de ce phénomène étaye largement l'émergence de la psychanalyse tant sur le plan théorique qu'au niveau du *setting* progressivement pensé par Freud. Envisagé comme une résistance, le transfert est aussi perçu comme un outil, avec l'idée que le cadre doit même le faire se condenser de façon intensive : la neutralité de l'analyste, la règle d'abstinence, le positionnement en retrait et hors du champ de vision, l'interdit du toucher sont tout autant d'éléments qui favorise un appel au transfert. Les contenus ainsi mobilisés sont bien entendu ensuite utilisés par l'analyste et l'analysant pour mieux comprendre certains enjeux psychiques forts liés à ce dernier (souvent en lien avec la thématique de la sexualité par ailleurs), permettant leur repérage, facilitant parfois la compréhension de certains symptômes, leur remaniement et favorisant une reprise, une réappropriation de certains éléments historiques forts.

Plusieurs éléments nous semblent devoir être mis en avant au regard de ce que nous venons de dire :

- Le premier concerne la nature des éléments psychiques transférés. On remarquera que, dans une logique d'appréhension de la problématique de la névrose, il est bien ici question de sentiments, de désirs, d'expériences relationnelles soit de représentations certes inconscientes mais, si on les regarde en détail, finalement très inscrites dans un champ symbolique élaboré, construit, porté par un solide étayage à un langage opérant. Il n'est pas ici fait référence à des formes plus primitives et moins abouties de symboles, ancrées elles du côté des éprouvés corporels bien qu'éventuellement la référence à l'affect puisse être envisagée comme jouxtant quand même ce dernier périmètre. Mais il est aussi évident que cet état de fait s'explique par le contexte de la découverte du transfert qui fait la part belle à la névrose, dont la logique ne met pas forcément en avant la place d'éléments plus archaïques ;
- Le second concerne le positionnement du psychanalyste, avec cette idée d'une posture tout en retrait et en réceptivité, permettant justement au transfert de se déplier. Le terme de « neutralité bienveillante », formule discutable à notre sens et par ailleurs assez paradoxale, a pu parfois servir de balise pour tenter de qualifier cette attitude. Elle pose la question de savoir jusqu'à quel point une forme de retenue est à attendre d'un analyste qui doit en effet veiller à ne pas envahir de sa présence, de ses interventions et de ses projections l'espace du patient mais tout en évitant de devenir froid, distant voir absent dans la rencontre. Ce questionnement fondamental a par la suite et comme on s'en doute ouvert le champ pour aborder la thématique du contre-transfert, posant la question de ce que l'analyste peut éprouver de son côté et de ce qu'il conviendrait ou non d'en faire ;
- Enfin, le transfert mobilise dans son sillage des contenus psychiques hautement explosifs et notamment lorsqu'il charrie des éléments liés à la sexualité infantile (relatifs aux stades psychosexuels ou au complexe d'Œdipe). Lorsque Freud invente son dispositif divan/fauteuil, l'idée n'est ici pas que de mettre le corps au repos pour créer un frayage plus important du côté du recours au langage. Il s'agit aussi de tamiser la mise en jeu du corps qui risquerait de faire jaillir une forme d'excitation que le transfert porte et génère déjà de fait. Bien qu'on puisse trouver ici une forme de logique qui n'est pas non plus sans lien avec la part hautement érotique des symptômes corporelles auquel Freud a été confronté du côté de l'hystérie, le principal dommage collatéral de ce point demeurera pendant très longtemps que la référence au corps dans la psychanalyse sentira le « souffre » et fera l'objet de nombreuses méfiances et réticences...

Le succès remporté par la notion de transfert a par la suite amené des cliniciens à se questionner à son égard hors du cadre de la cure type. Freud l'avait décrit comme un phénomène presque universel qui est susceptible de se réveiller dans bon nombre de situations impliquant des interactions humaines : il est en effet aisé de voir comment il peut émerger notamment dans des contextes où l'interlocuteur qui en devient l'objet possède certaines qualités symboliques fortes qui peuvent participer à le générer (comme lorsque ce dernier est une figure d'autorité comme un supérieur hiérarchique, ou encore un soignant ou bien un enseignant). Dans le cadre de suivi thérapeutique autre que psychothérapique (nous avons par ailleurs travaillé la question dans le champ de la psychomotricité il y a plusieurs années), deux points de vue se dessinent : celui selon lequel il n'y aurait pas de transfert et que la question n'aurait même pas à se poser. Et le second qui affirme lui le contraire, ce qui ouvre sur des considérations très complexes. Oui il nous semble que le transfert peut se déplier dans un suivi orthophonique, psychomoteur, psychopédagogique et, en fait, dans tout cadre se situant symboliquement du côté du soin et de l'accompagnement du sujet, même s'il s'appuie sur

une logique rééducative. Il nous paraît évident que les pratiques d'art-thérapie le mobilisent plus que certainement, et d'autant plus qu'elles sollicitent des zones de fonctionnement psychiques et corporelles très intimes, renvoyant la personne à des enjeux sensibles de sa personnalité mais aussi de son histoire, y compris à un niveau archaïque. La reconnaissance qu'il y ait transfert est une chose : comprendre sa nature dans ces cadres et composer avec est une autre. S'agit-il d'un transfert identique à celui de la cure ? Probablement non car le *setting*, de par ses qualités, vient mobiliser des enjeux différents et ses buts ne sont pas les mêmes. Se pose alors la question très subtile de ce qui se transfère alors et peut éventuellement être mis au travail. D'autre part, si le psychanalyste assume de convoquer le transfert et possède la compétence pour le traiter, quid du positionnement d'autres cliniciens à ce niveau ? Qu'ils puissent repérer le transfert est une base indispensable. Mais que faire du coup dans ce type de cadre lorsqu'on ne peut agir dessus en l'interprétant ? Lorsque le transfert est positif et tire les wagons du suivi, la situation est bien entendu plus simple. Mais lorsque ce dernier prend une teinte plus mortifère et que l'on n'a pas la compétence pour désarmer le phénomène, comment se positionner au mieux ?

Une notion plus polémique : le contre-transfert :

Accepter de discuter du contre-transfert, c'est déjà abandonner l'image, peut-être au final fortement idéalisée, d'un psychanalyste qui ne serait qu'une surface de réception vierge, neutre, entièrement disponible pour accueillir le transfert de l'analysant, à un tel point qu'il remiserait l'ensemble de sa subjectivité de côté pour ne pas empiéter sur l'expression de celle du patient. On peut ici comprendre qu'il s'agirait de ne pas mélanger les registres et que l'analyste soit vigilant à ne pas être laisser ses propres projections et affects personnels s'inviter dans le périmètre de la séance. Exiger de lui qu'il s'en coupe, les cadenasse et se force à coller à un positionnement dit neutre et bienveillant est une autre affaire. C'est en tout cas dans cet entre-deux que la notion de contre-transfert vient pourrait-on dire jouer les trouble-fêtes.

Comme l'on peut s'en douter, le terme a été vivement critiqué par certaines mouvances, avec bien souvent des arguments assez lapidaires : le psychanalyste doit avant tout s'intéresser aux mouvements psychiques de son patient et non aux siens ; si c'est le cas, c'est que sa propre analyse n'a pas été assez approfondie ; et de surcroît il ne doit pas utiliser l'espace de la séance avec son patient pour justement mettre au travail des éléments personnels qui viendraient à émerger, poursuivre son analyse via le travail avec son patient pourrait-on dire. Tout autant de formules surmoïques invitant à raidir la posture, à forcer le contrôle et à faire fi de la tendance naturelle de l'inconscient, et y compris celui du clinicien, à forcément s'inviter sans prévenir ! Nous profitons ici de l'occasion pour rapporter une petite anecdote vécue lors d'une soutenance d'une étudiante en Master de psychologie qui avait eu envie justement de faire son mémoire sur ce sujet du contre-transfert. Son directeur de mémoire lui avait concédé la possibilité de le réaliser mais s'est montré plus que critique à la soutenance, où nous étions nous-mêmes co-jury. Lors de la discussion, il avait affirmé de façon très radicale que tout psychanalyste qui se mettait à rêver d'un ou plusieurs de ses patients devait impérativement retourner sur le divan pour régler ce qui apparaissait être un problème personnel majeur. Nous avons alors fait le choix de ne pas évoquer de ~~mon~~ notre côté à ce moment la façon dont un rêve que nous avons fait à propos d'une de nos patientes que nous suivions en psychodrame analytique individuel nous avait considérablement éclairé sur sa problématique et sur ce qui se jouait entre nous transférentiellement : pas question toutefois de mettre ici ladite soutenance sous tension et l'étudiante dans l'embarras !

Cette notion de contre transfert peut se définir comme « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste au transfert de son patient, y compris les sentiments projetés en lui par celui-ci » (De Mijolla, 2001, p 365). Elle a été portée et convoquée au fil des décennies par de nombreux auteurs : Freud en première instance et qui en dessina les premiers contours d'une façon un peu ambiguë. Puis par d'autres, et notamment Paula Heimann (1949), élève de Mélanie Klein, et qui lui a donné ses premières lettres de noblesse lorsqu'elle affirmait que la réponse émotionnelle de l'analyste à son patient à l'intérieur de la situation analytique constitue un véritable outil de travail et même un instrument de recherche à l'intérieur du psychisme du patient.

Ce vocable a bien entendu ouvert le champ à une réflexion d'ensemble qui vise à s'intéresser à ce qui se joue du côté de l'analyste, à ce que le transfert produit sur lui et ce qu'il en fait. Il apparaît comme évident que le propre travail analytique qu'il a lui-même effectué est indispensable pour lui permettre de trier, au cœur de ses éprouvés, ce qui vient de lui et ce qui vient de l'autre. Bien plus facile à dire qu'à faire cependant comme on peut s'en douter, avec tous les lots d'erreurs et de confusion qui peuvent s'inviter dans le périmètre et toute la vigilance qu'il convient d'y porter. Même si la notion tend à faire consensus de façon un peu globale chez ceux qui sont prêts à l'accueillir, la formulation porte parfois à critique, notamment du côté du « contre ». Ce dernier terme tend à renvoyer à tort à une image de « résistance » face au transfert ou bien peut paraître trop limitative par rapport aux phénomènes qu'elle prétend analyser. Du coup, cela donne le sentiment que l'on utilise ce terme faute de mieux et pour tout dire, il ne nous satisfait pas tout à fait non plus ! D'autres tentatives ont pu être faites en la matière comme cette notion de « transfert du thérapeute » mais ne semblent pas non plus forcément toujours satisfaisantes. Nous sommes toujours donc à la recherche d'une terminologie plus fine mais bien difficile à ciseler !

Cette reconnaissance même ambivalente de la place du contre-transfert et parce qu'elle s'intéresse à ce que vit le psychanalyste de l'intérieur comporte en elle un implicite certes masqué mais bien réel : le fait que l'analyste a aussi un corps et que ce dernier n'est pas si inerte et absent dans le cadre des séances et de la rencontre avec le patient. S'ouvre ici donc la voie vers la référence au contre-transfert corporel ou alors (si l'on veut jouer avec les mots mais pas que) à la part corporelle du contre-transfert.

Du contre transfert corporel

Nous pensons aussi que la prise en compte de ces aspects a grandement bénéficié d'apports situés en périphérie du premier périmètre dessiné par Freud et voici plusieurs pistes possibles :

- Le fait, tout d'abord, que l'on se soit mis à explorer des domaines de pratiques différents (notamment avec des populations tels que les bébés, les enfants, les adolescents) mais aussi des psychopathologies différentes, en continuant à utiliser la psychanalyse comme fil d'Ariane, mais en s'éloignant du champ de la névrose. L'exploration des troubles graves (tels que les TSA, psychoses, TCA, pathologies borderline) a clairement mis en avant la présence de l'échec de la mise en place des processus névrotiques et de certaines faiblesses dans la mise en œuvre du rapport au langage. Ont pu aussi être découverts à cette occasion des failles narcissiques primitives majeures, là où l'installation de la psyché dans le soma dont nous parle Winnicott semble avoir profondément été entravée, livrant le sujet à des éprouvés étranges, paradoxaux et anxiogènes qui l'empêchent de pleinement habiter son image du corps. La nécessité de prendre en compte la question du corps (parfois escamotée en psychanalyse) refait donc surface et s'impose ici de fait ;

- Ensuite, on notera que la prise en compte de ces dimensions a généré ensuite la nécessité de créer et d'inventer de nouveaux types de *settings* psychothérapeutiques, radicalement différents de la cure type ou de la psychothérapie en face à face, pour justement traiter et prendre en charge ces déficits majeurs en termes de symbolisation. Tout ce qu'il convient d'appeler les dispositifs thérapeutiques mais aussi les différentes formes de travail en art thérapie utilisant la psychanalyse comme référence prennent en effet entre autres base de travail l'idée qu'il s'agit de donner formes et contenants à des contenus psychiques confus en attente de symbolisation et souvent issus d'une faille dans le sentiment d'habitation corporel ;
- Enfin, ces mêmes cadres ont amené à questionner la nature de l'engagement des cliniciens qui les animent. Qu'ils soient psychanalystes ou aient une autre formation de base, leur positionnement revêt des caractéristiques différentes de celle de la posture adoptée dans la cure type. Étayage plus direct voire suggestions face au patient, participation du clinicien lui-même à la médiation, soutien d'un travail de co-construction symbolique plutôt que réellement interprétatif : tout autant d'éléments essentiels mais qui n'évacuent pas la question de la place du transfert et du contre-transfert...

Il apparaît ici évident que l'association de la nécessaire prise en compte des troubles de l'image du corps chez ces patients dans un dispositif qui se propose de les mettre au travail aux côtés d'un clinicien qui prend le parti d'adopter une posture originale pour accompagner le mouvement implique le propre rapport de ce dernier à son corps dans le cadre de ces séances. Au-delà des initiatives corporelles directes, c'est bien aussi à la part corporelle du contre-transfert qu'il s'agit alors de s'intéresser...

Notons que de nombreuses théorisations ont je pense ouvert le chemin vers l'acceptation contemporaine de ce vocable : on peut ici penser à l'énaction et l'empathie métaphorisante de Serge Lebovici (1983), à l'identification narcissique de base décrite par René Roussillon (2012) voire même, sur un plan plus neurologique, à la mention des fameux neurones miroirs découverts par Rizzolatti et Sinigaglia (2008).

Il n'existe pas actuellement une définition type du contre-transfert corporel mais on pourrait ici proposer plusieurs éléments pour tenter une sorte de délimitation :

- Tout d'abord l'idée que, dans les interactions partagées avec le patient, un certain nombre d'éléments infra-verbaux et donc corporels viennent à émerger de sa personne, dans le registre des communications corporelles (au sens où l'entend Éric Pireyre, 2011) mais aussi de façon bien plus inconsciente. Ils se situent dans un registre de symbolisation que l'on pourrait qualifier de primaire, en-deçà de la sphère du langage. Ces mêmes éléments peuvent de plus se trouver teintés d'aspects pathologiques plus ou moins marqués. La régularité avec laquelle ils s'invitent de façon répétitive dans le cadre et leur caractère ancien faisant parfois écho aux toutes premières étapes de développement autorisent à parler ici de transfert ;
- Ces émergences sont captées et perçues par le clinicien, de façon inconsciente ou préconsciente, provoquant chez lui un certain nombre d'éprouvés corporels en lien avec la propre problématique corporelle du patient donc. Il ne s'agit pas d'une réédition à l'identique d'un ressenti du patient (et on parlera encore moins de communication d'inconscient à inconscient !) mais plutôt d'un écho généré par sa réception ;
- Le repérage de ces éprouvés peut ensuite faire l'objet d'un travail d'élaboration et de transformation chez le clinicien, qui le renseigne alors parfois sur des enjeux forts du rapport de son patient à son corps, permet de lui en interpréter verbalement quelque chose ou d'ajuster des éléments du cadre pour s'adapter à ses besoins en la matière...

Nous pouvons ici compléter ce point de vue en y ajoutant plusieurs idées mises en avant par Catherine Potel dans son ouvrage sur le contre transfert corporel justement, paru en 2015. Cette psychomotricienne évoque la façon dont « le contre-transfert corporel n'est pas l'émotion vécue « en direct » dans la relation, c'est aussi ce qui se réveille chez le thérapeute en présence de son patient, qui transfère sur lui des vécus primitifs, ceux-ci activant ce qui a été depuis longtemps enfoui dans la mémoire du corps du thérapeute et qui est réveillé dans la relation transféro-contre-transférentielle » (p. 123). Elle insiste aussi sur le fait que « l'analyse de son contre-transfert – dans ce dialogue interne actif, simultané puis différencié, que le thérapeute mène avec lui-même – permet de penser non seulement son implication et son positionnement corporel mais également ses effets sur le patient » (p. 123). Elle ajoute « ce travail est un processus actif qui contient en même temps : ce qui s'éprouve dans la relation par le thérapeute et qui a des résonances directes sur son corps : les effets liés à sa capacité d'empathie ainsi que les émotions à valeur positive ou négative ; ce qui se pense en lui, en simultané de l'action au présent ; ce qui se pense après coup, qui fait l'objet d'une analyse. Cette pensée après coup permet de faire le lien entre les trois temps de la séance : ce qui s'est produit, ce qui se passe, ce qui va advenir » (p 123).

Dans ce contexte toutes les données des sens peuvent être impactées et produire des effets corporels parfois forts voire anxiogènes chez le clinicien.

Quelques exemples nous viennent ici à l'esprit : celui d'une étudiante de Master prise d'un vertige tenace lorsqu'elle observe un enfant autiste jouer de façon stéréotypée avec un petit train sur son lieu de stage ; notre sentiment d'avoir été comme traversé par le regard de certains patients psychotiques ; les sensations partagées avec notre équipe de psychodrame d'un froid glacial et d'une raideur corporelle douloureuse lors de séances avec des patientes anorexiques...

Il existe aussi bien entendu (et en lien avec ce qui peut être travaillé en musicothérapie) des enjeux du côté du sonore (les sons produits par le patient, qualités de la prosodie et du timbre de la voix). Un ancien collègue ayant travaillé avec nous en hôpital de jour pour enfants et recroisé dans un autre contexte des années plus tard me racontait que lorsque lui revenait le souvenir d'une petite fille psychotique accueillie dans la structure, il lui semblait entendre de nouveau et de façon marquée les sons très singuliers que cette dernière avait tendance à produire au ras de l'oreille des adultes.

C'est bien en tout cas dans ce périmètre que se situent donc les enjeux liés au contre-transfert corporel, éprouvés par le clinicien. Leur caractère étrange et surprenant pourrait inviter ce dernier à ne pas les prendre en compte voire les esquiver de façon défensive mais il est indéniable que les accueillir et les analyser nous permet de mieux comprendre les logiques corporelles qui traversent nos patients.

Il va de soi que cette dynamique questionne le rapport plus général du clinicien à son corps voire même plaide pour l'accès à des formations didactiques à ce niveau afin de mettre au travail cette sensibilité pour mieux se l'approprier. Rappelons ici que c'est exactement ce que font les psychomotriciens au long de leurs trois années d'étude.

Pour finir ici, nous souhaiterions partager une vignette clinique qui me semble tout à fait en lien avec les processus que nous avons essayé de mettre en avant, en espérant qu'elle parle au lecteur...

Gwenaëlle est une fillette d'un peu plus d'une dizaine d'années lorsque je la rencontre à son accueil à l'hôpital de jour. Elle se présente comme une grande jeune fille qui se perd souvent dans des explorations autosensuelles, semblant régulièrement hors d'atteinte : alternant entre des déambulations sans fin et à d'autres moments des temps où nous la retrouvons presque effondrée au ras du sol, l'enfant paraît évoluer dans un univers avec peu de repères et de limites, certains stimuli sensoriels semblant parfois faire office de pôles attractifs fugaces.

Les stéréotypies trouvent leur place dans cet ensemble par le biais de pirouettes giratoires et de manipulations d'objets durs au niveau de la bouche. Son regard présente un strabisme important, tend à se fixer sur des points dont la nature nous échappe et il est bien entendu difficile de pouvoir avoir avec elle un contact œil à œil. Gwenaëlle ne parle pas mais émet parfois des sons brefs et clairement audibles qui peuvent être accompagnés de crachats, sous la forme d'expulsions répétitives.

Dans le contact, l'enfant peut venir bousculer l'adulte (par derrière ou sur le côté), le prenant souvent par surprise ou alors l'accompagner dans un de ses déplacements en s'accrochant à lui avec la main agrippée sur l'épaule et l'hémicorps collé contre lui. Cette description évoque les fameuses hémiplésies autistiques et donne le sentiment que Gwenaëlle utilise son interlocuteur comme un tuteur ou une béquille. A ces échanges répétés succèdent même parfois des rapprochés beaucoup plus marqués, notamment quand Gwenaëlle vient se poster auprès d'un adulte assis. Alors que je suis installé sur un canapé de la grande salle d'activité de l'hôpital de jour, l'enfant vient s'asseoir à côté de moi et commence à me pousser, tour à tour avec le coude puis avec la main et avec insistance. Un son émerge, qui m'évoque de suite une forme de plainte sourde. Il m'apparaît tout de suite que ce n'est pas la question que je cède la place ou m'en aille qui est en jeu mais qu'elle essaye de me communiquer quelque chose dont le sens m'échappe. Lui exprimer verbalement cela semble contribuer à provoquer une forme d'agacement chez cette enfant qui semble alors aller plus loin pour tenter de me transmettre ce quelque chose. Elle finit donc par venir sur mes genoux et tenter de se poser dans mes bras, de la même façon qu'un bébé dans les bras de sa mère.

Le reste de la séquence reste difficilement descriptible tant Gwenaëlle me fait vivre l'impossibilité d'un accordage tonique adéquat entre nous. Ainsi, l'enfant attrape mes mains, mes bras en semblant vouloir les positionner pour se sentir mieux contenue mais cela ne semble jamais pouvoir l'apaiser. Elle se tortille sans cesse, tandis que la plainte précédemment décrite monte en intensité paraissant traduire une souffrance réelle. Elle paraît aussi essayer de me regarder par instants, rapprochant ses yeux des miens très près comme pour annuler la distance.

Les distorsions de son tonus sont alors très impressionnantes, alternant entre une terrible rigidité et de brutales chutes de cette dernière : je note alors que ma propre adaptation tonique durant cet échange subit elle aussi les mêmes variations et je m'aperçois que je n'arrive plus à contenir cette enfant sans savoir même par quel bout l'attraper. Gwenaëlle semble très sensible à mon propre état interne et, après avoir présenté plusieurs mouvements rappelant à s'y méprendre les crises d'opisthotonos du nourrisson, viendra me donner un coup de tête, qui me laissera quelque peu sonné. L'enfant se détachera ensuite rapidement de moi en partant au loin, émettant là aussi une longue plainte douloureuse.

Ce type d'échange que je viens de décrire, Gwenaëlle le reproduit à plusieurs reprises de façon quotidienne avec bon nombre de collègues du personnel soignant : demande d'un contact, d'un portage, d'un étayage qui se solde toujours par l'impossibilité de sa réalisation, suivi d'une douleur si grande qu'elle se termine par un arrachement violent. Notre vécu contre-transférentiel est alors

mis à rude épreuve face à cette fillette capable de sortir de sa bulle pour tenter activement l'expérience de la rencontre mais qui nous fait vivre des échecs répétés et un sentiment d'impuissance. La peur de la douleur physique qu'elle peut nous infliger n'est elle aussi pas étrangère à nos difficultés à investir le travail avec l'enfant...

En séance de psychomotricité, je me retrouve de nouveau confronté aux difficultés précédemment décrites : portée dans mes bras, Gwenaëlle se tortille, gesticule, prend mes mains pour les positionner à des places diverses dans une recherche de contact enveloppant qui ne semble toutefois jamais la sécuriser et la satisfaire. Une longue plainte accompagne ces échanges dans un ensemble de mouvement où tour à tour elle vient à m'attirer contre elle puis me repousse, sans toutefois qu'elle quitte mes bras. Ce type de séquence peut durer assez longtemps tandis que l'insatisfaction et l'angoisse de l'enfant ne débouchent plus systématiquement sur un raptus violent suivi d'une forme d'arrachement et de fuite. Je reste toutefois vigilant et sur mes gardes, dans l'attente un peu anxieuse quand même de recevoir un coup lorsque son excitation devient trop forte : cela arrivera parfois encore, ce moment se trouvant immédiatement suivi d'une fuite de l'enfant de l'autre côté de la pièce pour se réfugier dans ses protections autistiques. Mais même après de telles séparations, Gwenaëlle ne tarde guère pour revenir dans mes bras retenter l'expérience.

De mon côté, le vécu contre-transférentiel s'avère assez pénible à expérimenter : tous mes essais pour adapter gestes et postures dans ce portage, même infimes dans leur modulation tonique, provoquent chez elle l'apparition d'une raideur extrême. J'ai alors l'impression paradoxale qu'il faudrait que je sois à la fois immobile, le moindre petit mouvement de ma part risquant de provoquer ce type de sursauts, mais aussi que je me montre souple dans l'adaptation de mes gestes : un point d'équilibre me semble alors hors d'atteinte. Je nous perçois alors très à l'affût l'un de l'autre au sein de cet étrange dialogue tonico-émotionnel, tout vigilants que nous sommes au moindre de nos mouvements et sans bien sûr pouvoir arriver à nous détendre.

Je m'essaye bien entendu à quelques interprétations qui, dans l'après coup, me sont apparues comme des essais pour canaliser ma propre angoisse et qui à l'époque contribuaient encore plus à en produire chez Gwenaëlle qui se raidissait fortement lorsque je lui parlais. Je traverse aussi un long moment de doute où j'en viens même à questionner la pertinence d'accepter ce type de contact, me demandant si celui-ci n'est pas trop intrusif ou même excitant pour la fillette. Je prends alors le parti de rester assez souvent silencieux et de tenter de trouver quelque apaisement à l'intérieur de moi-même, en essayant de ralentir ma respiration et de me relâcher au niveau corporel. Il m'arrive même parfois de fermer les yeux un petit moment.

Après de nombreux essais de ce genre, je sentirai à certains moments Gwenaëlle me suivre dans ce mouvement : sa propre tension se relâche, elle arrive à s'immobiliser calmement et progressivement comme par paliers. La fréquence des raidissements s'espace sous la forme de soubresauts et elle se met à pousser parfois de longs soupirs.

Je me surprends aussi à voir de façon fugace mais bien réelle son strabisme se résorber complètement, tandis que ses yeux me fixent avec une intensité soutenue et qu'un sourire s'esquisse.

Une petite victoire qui n'aurait certainement pas été possible si je n'avais pas été suffisamment attentif non seulement à ce que me faisait partager Gwenaëlle corporellement mais aussi à mon propre état de réceptivité, qu'il a fallu arriver à moduler pour faire l'expérience d'une rencontre plus apaisée...

Bibliographie

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), Haute Autorité de Santé (HAS) (2017). Recommandation de bonnes pratiques. Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte. Méthode Recommandations par consensus formalisé. Argumentaire scientifique. Paris: ANESM, HAS.
- Boutinaud, J. (2011). L'éprouvé corporel aux sources du contre-transfert... en psychodrame psychanalytique individuel avec l'adolescent. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 57, 135-142. <https://doi.org/10.3917/rppg.057.0135>
- De Mijolla, A. (2001). Dictionnaire international de la psychanalyse. Paris : Calmann-Lévy.
- Heimann, P. (1949). On counter-transference. *Classics in psychoanalytic technique*, 139-142.
- Lebovici, S., Stoleru, S. (1983). Le bébé, la mère et le psychanalyste. Paris : Bayard.
- Neyraut, M. (2004). Le transfert. Paris : Puf.
- Pireyre, E. (2011). Clinique de l'image du corps. Paris : Dunod.
- Potel, C. (2015). Du contre-transfert corporel. Ramonville-Saint-Agnes : Érès.
- Rizzolati, G., Sinigaglia, C. (2008). Les neurones miroirs. Paris : Odile Jacob.
- Roussillon, R. (2012). Manuel de pratique clinique. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier-Masson.



Entre le jouer et le ne pas jouer : les interventions du musicothérapeute au-delà (et avant) des sons et de la musique

Oscar PISANTI

Musicothérapeute (AIM, AFM), oscarpisanti@gmail.com

Résumé

La musicothérapie se caractérise par l'utilisation de la musique, de ses composantes sonores et des instruments de musique en tant qu'*objets de médiation et de relation* à travers lesquels les patients peuvent progresser vers des « objectifs thérapeutiques ». Cependant, il peut arriver que certains patients présentent de grandes difficultés ou une véritable aversion à utiliser le *médium* sonore et à s'impliquer dans une relation médiée par la musique. Ces patients semblent donc ne pas vouloir ou ne pas pouvoir *jouer*. Dans ces cas, est-il encore possible d'initier ou de poursuivre un travail musicothérapeutique ? Winnicott (1971) écrit que « *là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire* » – après quoi « la psychothérapie pourra commencer ». Partant de cette hypothèse, le présent article se penchera sur le travail que le musicothérapeute peut mettre en œuvre – selon un modèle à orientation psychanalytique – afin d'amener le patient à un état où il peut commencer à « jouer » avec des sons, de la musique et des instruments de musique. À cet égard, à côté des interventions sonores-musicales et verbales, l'auteur propose une troisième catégorie d'interventions auxquelles le musicothérapeute peut avoir recours : les interventions *en marge* du travail musicothérapeutique proprement dit.

Mots clés

Ne pas jouer, interventions en marge, travail transitionnel, jeu potentiel, orientation psychanalytique

Abstract

Music therapy is characterised by the use of music, its sound components and musical instruments as objects of mediation/relation through which patients can proceed towards “therapeutic goals”. However, it may happen that some patients present great difficulties or a real aversion to using the sound medium and allowing themselves to be involved in a relationship mediated by music. That is, these patients seem to be unwilling or unable to *play*. In these cases, is it still possible to start or continue a music-therapeutic work? Winnicott (1971) wrote, «*where playing is not possible then the work done by the therapist is directed towards bringing the patient from a state of not being able to play into a state of being able to play*» – after which “psychotherapy may begin”. Starting from this assumption, this article will explore the work that the music therapist can realize – according to a psychoanalytically oriented model – in order to bring the patient to a state in which he/she can begin to “play” with sounds, music and musical instruments. In this regard, alongside sound-musical and verbal interventions, the author proposes a third category of interventions that the music therapist can make use of: the interventions *on the edge* of the music-therapeutic work proper.

Keys words

Not being able to play, intervention on the edge, transitional work, potential play, psychoanalytic approach

Introduction

Cette discussion part de ce qui s’est présenté à moi, au cours de mon expérience clinique, comme un *négatif* de la pratique musicothérapeutique et des questions qu’elle a soulevées en conséquence, à savoir : *qu’est-ce et comment est un musicothérapeute sans musique* (la sienne, celle du patient ou celle du groupe) ? Et encore : *qu’est-ce et comment est une musicothérapie en l’absence de quelqu’un* (patient ou thérapeute) produisant des sons musicaux ? En d’autres termes, *dans quelle mesure une thérapie peut-elle encore être dite « musicale » ou « à médiation musicale » ?*

Au cours de mon travail avec certaines conditions cliniques spécifiques, face à des moments d’impasse ou de difficultés particulières, j’ai été forcée d’abandonner l’intention d’employer les techniques musicales et musicothérapeutiques généralement utilisées, afin de *trouver-crée*r des types d’intervention *au-delà* des sons et de la musique pour tenter de remettre le processus et la relation thérapeutiques au travail.

Ces circonstances, leurs résultats et les questions qu’elles ont soulevées m’ont amenée à réfléchir aux **différents types et niveaux d’intervention** possibles – *entre le jouer et le ne pas jouer* – dans un cadre qui pourrait être défini comme musico-thérapeutique.

Types et niveaux d’intervention en musicothérapie

Rappelons tout d’abord que dans le cadre de la musicothérapie clinique, en fonction du type de patients avec lesquels nous travaillons, il est possible d’utiliser des techniques communément appelées « actives » (improvisation clinique – totalement libre ou partiellement guidée), « réceptives » (écoute de morceaux préenregistrés, imagerie guidée, etc.) et « songwriting » (composition partagée de chansons – musique et/ou paroles). Au sein de ces techniques, on peut identifier **deux grands types d’intervention** dont dispose généralement le musicothérapeute : les **interventions sonores-musicales** et les **interventions verbales**.

Interventions sonores-musicales

En ce qui concerne la première, je me réfère aux nombreux textes et manuels de référence qui ont décrit les techniques musicales et musico-thérapeutiques pouvant être utilisées dans différents contextes cliniques – individuels et de groupe. Je me réfère en particulier aux textes de Nordoff & Robbins (1977) et de Tony Wigram (2004) dans lesquels sont décrites en détail – à l'aide d'exemples de pistes audio – des **techniques thérapeutiques de base** (par ex. le *mirroring*, l'*accompagnement*, le *dialogue sonore*, le *holding*, le *containment*, etc.) et des **techniques avancées** (par ex. les *improvisations thématiques*, les *modulations* et les *transitions*, l'*accompagnement dans le style*, etc.) que le thérapeute peut mettre en œuvre par l'utilisation d'instruments de musique, de la voix ou même de son propre corps. Généralement, les interventions sonores-musicales permettent de travailler, dans la relation thérapeutique avec le patient (ou le groupe de patients), au niveau de l'affect, au niveau expressif non verbal et au niveau primaire/fondateur de l'intersubjectivité. Le focus thérapeutique de ce type d'intervention se situe *au-delà* de ce qui peut être exprimé, partagé ou traité à travers les mots et le langage verbal.

Interventions verbales

En ce qui concerne les interventions verbales du musicothérapeute, de nombreux praticiens – en particulier ceux qui qualifient leur pratique de « music-centered » – affirment qu'elles ne sont pas indispensables au travail de musicothérapie. (par ex. Ansdell, 1995 ; Aigen, 2005 ; Garred, 2006). Je pense au contraire qu'elles constituent un **élément incontournable et fondamental du processus musico-thérapeutique**. Au-delà de la formulation des consignes ou des propositions, leur fonction principale est habituellement de permettre aux patients de *réfléchir* (si possible) à l'expérience musicale et aux sentiments, émotions et pensées qui ont émergé pendant l'expérience afin de favoriser une meilleure compréhension de soi – par ex. après une improvisation, après avoir écouté des morceaux de musique ou des improvisations enregistrés pendant une séance. Plusieurs auteurs se sont penchés de manière plus ou moins approfondie sur la question des interventions verbales en musicothérapie (Amir, 1999 ; Borczon, 2017 ; Grocke & Wigram, 2007 ; Nolan, 2005) en illustrant leurs autres utilisations et finalités possibles dans le processus thérapeutique, à savoir :

- mettre en évidence ce qui se passe au niveau relationnel pendant la séance (*dans* et *hors* de la musique) ;
- obtenir des informations sur les expériences du patient qui peuvent être comparées à ce qui est exprimé à travers le *médium* sonore-musical ;
- favoriser une plus grande intégration des aspects non verbaux (affects, sensations) et verbaux (idées, pensées) dans l'expérience du patient ;
- mettre en évidence les éventuels moments d'impasse ou les attitudes défensives/oppositionnelles du patient (envers la musique ou les mots) ;
- suggérer, au-delà de l'interaction sonore-musicale, ce que le patient semble ne pas pouvoir mettre en mots ;
- accueillir les expressions verbales du patient (questions, commentaires, besoins)
- commencer, reprendre ou terminer une séance.

Néanmoins, la littérature à ce propos semble encore assez rare et la question de savoir quelles compétences le musicothérapeute devrait acquérir pour pouvoir intervenir de manière adéquate aussi au niveau verbal (cf. Ahonen, 2018) reste très peu débattue à ce jour.

Niveaux d'intervention

Il est important de souligner que la *manière*, la *forme*, la *fréquence* avec lesquelles ces deux types d'intervention alternent et sont mis en œuvre, ainsi que les *dimensions* subjectives auxquelles elles s'adressent – psychodynamiques, émotionnelles, cognitives, comportementales ou sociales – sont fortement influencées par la **formation du musicothérapeute** et le **modèle thérapeutique** auquel il se réfère. Par exemple, dans une approche d'orientation psychanalytique (comme c'est mon cas), les particularités des interventions sonores-musicales et verbales du thérapeute seront déterminées par la prise en compte d'éléments tels que la dimension inconsciente du patient, son niveau d'angoisse, ses défenses, la dynamique transféro-contre-transférentielle, etc. Ce sera inévitablement très différent pour un musicothérapeute ayant une orientation cognitivo-comportementale ou autre.

Problématiques

Bien entendu, dans les thérapies avec des patients qui ont des possibilités limitées d'utiliser la parole ou avec des patients dits "non verbaux", les interventions verbales du thérapeute seront réduites au minimum et la majeure partie du travail thérapeutique se déroulera sur un plan sonore-musical. Cependant, il peut arriver que certains patients (généralement des enfants et des adolescents atteints de troubles du spectre autistique, de déficiences intellectuelles ou ayant subi des traumatismes psychiques) présentent, dès le début, de grandes **difficultés** ou une véritable **aversion à utiliser le médium sonore** et à s'impliquer dans une relation médiée par la musique – par exemple, en quittant constamment la salle de musicothérapie, en adoptant un comportement agressif/oppositionnel envers les instruments et le thérapeute ou en montrant du désintérêt et de l'indifférence envers les productions sonores-musicales du thérapeute. Cela peut dépendre de plusieurs facteurs tels que l'âge du patient, ses habitudes, ses expériences passées avec la musique et les instruments de musique ou, d'un point de vue psychodynamique, **l'impact que la spécificité du médium sonore-musical a sur l'organisation et le fonctionnement psychique** du patient (à savoir sur sa psychopathologie) (Lecourt, 2006 ; 2010) – un facteur, ce dernier, sur lequel je porte principalement mon attention.

Quoi qu'il en soit, comment procéder dans de tels cas ? Faut-il éventuellement envisager l'hypothèse que la musicothérapie n'est pas le type d'intervention le plus approprié et orienter le patient vers d'autres types de traitement, ou y a-t-il quelque chose que nous, musicothérapeutes, puissions faire pour initier et poursuivre le travail thérapeutique ?

Un travail transitionnel : du non-joueur au joueur

Winnicott (1971a) écrit que « là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire » – après quoi, précise-t-il, « la psychothérapie pourra commencer ». En fait, plus loin dans le même article, il apporte une précision qui me semble particulièrement importante par rapport à ce que je suis en train d'exposer. Winnicott affirme en effet que « [f]aire le nécessaire pour que les [patients] soient capables de jouer, c'est [en soi] une psychothérapie » – puisque la capacité de jouer et de vivre créativement est un signe de santé mentale. S'appuyant sur cette hypothèse, Anzieu (1979) a ensuite élaboré le concept de « analyse

transitionnelle », proposé par Kaës, qui fait référence au travail préliminaire qui doit être effectué jusqu'à ce que le patient soit en mesure de faire face au travail analytique « classique ». Il s'agit de « **aménagement** » **particuliers du cadre, des attitudes intérieures du thérapeute et de la stratégie de ses interventions**, dirigés principalement vers la dimension primaire du Soi du patient – le corps, la sensorialité, le Moi-peau, les signes laissés par l'environnement primaire. De tels « aménagements » permettent un travail qui vise à restaurer, chez un patient ou dans un groupe, « une enveloppe psychique et un appareil à penser les contenus psychiques » à partir desquels on peut tolérer les frontières/limites du cadre « classique », la séparation, la différence, l'absence et ainsi pouvoir travailler (là où c'est possible) sur les courants névrotiques du transfert en utilisant la parole comme principal « moyen » d'élaboration symbolique.

Mon idée est que ces conceptualisations théorico-techniques devraient **également être appliquées au travail musicothérapeutique**. C'est-à-dire : lorsqu'un patient semble ne pas pouvoir jouer avec les sons et la musique, notre travail devrait d'abord viser à le faire passer « d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire » – et seulement ensuite, le cas échéant, à procéder à une approche « classique » (par ex. en employant les techniques et les interventions musicothérapeutiques décrites plus haut). Mais en quoi consisterait ce « travail transitionnelle » dans la pratique de la musicothérapie ? Quels « aménagements » pourrions-nous être amenés à prendre pour tenter d'initier ou de remettre en œuvre un travail thérapeutique ?

Un troisième type d'intervention : le travail *en marge*

Dans mon expérience avec des patients dont les conditions cliniques présentaient des angoisses aiguës et persistantes de morcellement, de vidage ou de séparation/intrusion, des déficits cognitifs et des mécanismes de défense primitifs (par ex. dans les troubles du spectre autistique, le syndrome de Down, le syndrome de Sotos), j'ai pu voir comment l'élément sonore-musical, employé dans la relation thérapeutique, pouvait constituer une source intense de perturbation en devenant immédiatement un *objet* évité, dénié, attaqué ou, dans certains cas, 'compulsivisée'. Parfois, ces attitudes s'étendaient au thérapeute et à la salle de musicothérapie, rendant pratiquement impossible un travail continu entre les *murs* du cadre. Comme je l'ai mentionné, dans de telles circonstances, l'utilisation des techniques musicales ainsi que des sons et de la musique comme *objets de médiation et de relation* (Lecourt, 2014) s'est avérée tout à fait vaine. Cela m'a amené à **improviser (au-delà du sonore-musical) d'autres manières d'être avec le patient** – c'est-à-dire d'adapter ma présence à ses possibilités relationnelles et élaboratives – et donc à *trouver/créer* d'autres formes de « jeu potentiel » (Roussillon, 2021). Ces moments (ou périodes entières) de musicothérapie-sans-musique m'ont amenée à me questionner constamment sur mon propre travail, me demandant sans cesse de *tenir bon* (sans que je sache exactement dans quel but). Néanmoins, ces « aménagements » méthodologiques se sont, dans de nombreux cas, révélés progressivement utiles pour **permettre aux patients de transiter vers des modes d'expression, de communication et de relation plus largement médiatisés par la musique**.

A la lumière de ces expériences, je propose donc d'envisager un **troisième type d'intervention musicothérapeutique** que j'ai défini comme ***en marge de la musicothérapie proprement dite*** et qui vise à amener le patient à un état où il devient capable d'*utiliser* l'objet (Winnicott, 1969) – les sons, la musique, les instruments de musique, le thérapeute – comme élément d'une réalité partagée et comme « objet », c'est-à-dire « comme objet investi par la psyché pour y engager ses enjeux » (Roussillon, 2021).

Le modèle théorico-clinique

Avant de procéder à la présentation de ce que j'ai appelé les « interventions *en marge* », il me semble opportun de faire une brève mise au point : ce qui m'a permis d'*improviser* et de mettre en œuvre ces « aménagements » et, par la suite, de les conceptualiser pour en faire des constructions théorico-cliniques, c'est l'**orientation psychanalytique** de mon *observer*, de mon *penser* et de mon *agir* musicothérapeutiques¹. Plus précisément, mon approche de la relation et du processus de guérison s'appuie sur la théorie des **médiations thérapeutiques** (Brun, Chouvier & Roussillon, 2019 ; Chouvier et coll., 2002) et est centrée sur le **travail de symbolisation** et l'**activité créatrice** (Winnicott, 1971b) comme conditions nécessaires à la **transformation** (Aulagnier, 1975 ; Bion, 1962 ; 1965, Bollas, 1989 ; Salomonsson, 2007) et à l'**appropriation subjective** (Roussillon, 1999 ; 2006) des expériences qui n'ont pu être *mentalises* ou *verbalisées*.

La raison de cette clarification, certes extrêmement synthétique et condensée, réside dans le fait qu'elle renvoie à une question très prégnante de la pratique musicothérapeutique, qui devrait être constamment problématisée et approfondie. Je me réfère, une fois de plus, à la question de l'**éthique** du (et dans le) **soin** – c'est-à-dire : que/comment *observer* ou *écouter* ? que/comment *faire* ? pourquoi *faire* ou *ne pas faire* ? En d'autres termes, pour revenir à ce qui a déjà été mentionné à propos des niveaux d'intervention, il s'agit de se demander ce qui *oriente* la direction de sa propre **action thérapeutique** et (donc) définit la « qualité » de la relation d'aide, mais aussi ce qui contribue à déterminer le **style** de sa propre action créative et d'improvisation dans différents contextes cliniques.

Les types d'intervention *en marge* de la musicothérapie

Pour illustrer les constructions théorico-méthodologiques que je vais présenter, je vais me référer à deux des cas cliniques qui m'ont amené à formuler l'idée d'un travail « transitionnel » *en marge* de la musicothérapie proprement dite : les cas de **T.** et de **M.**.

T., 8 ans, est un enfant autiste presque totalement non verbal, avec des troubles hyperkinétiques et un comportement oppositionnel (accompagné de morsures, de coups de pied et de crachats). Depuis plusieurs mois, il m'éloigne continuellement de l'idée de pouvoir utiliser des instruments de musique, me 'forçant' à le suivre scrupuleusement (ou à le poursuivre !) pour essayer d'éviter qu'il ne casse quelque chose ou qu'il ne se blesse. T., en effet, pendant une bonne partie des séances, ne fait rien d'autre que d'essayer d'arracher les panneaux d'insonorisation du mur, de jeter ou de faire tomber les tambours et les instruments lourds (en abîmant les instruments et le sol de la salle), d'essayer de grimper sur les meubles ou les instruments et d'essayer constamment d'ouvrir les volets du balcon ou la porte de la salle pour aller à l'extérieur. Il n'y a pas de place pour autre chose.

M., 19 ans, syndrome de Down, déficits cognitifs et linguistiques moyens à sévères. Bien que son expressivité musicale n'ait jamais dépassé un niveau rudimentaire (plus proche de la décharge sensori-motrice et de la répétition compulsive), nos dialogues sonores « primitifs » (avec mes tentatives permanentes de m'engager dans ses productions sonores « aléatoires » et interminables) ont représenté au fil du temps un espace de rencontre et de partage important. Par

¹ Cette orientation découle principalement de mes études psychanalytiques, de la supervision clinique avec des psychanalystes et, enfin, de mon expérience d'analyse personnelle.

la suite, le sonore (bien qu'il soit resté principalement désorganisé) a assumé une fonction particulière en tant que « cadre » pour ses tentatives continues de s'engager dans un discours verbal – qui, cependant, était impossible à suivre en raison de ses difficultés linguistiques et cognitives considérables. La musique, les mots et le travail thérapeutique ne semblaient donc pas évoluer.

De l'expérience musicothérapeutique avec ces patients et des réflexions qui en ont découlé, **deux types d'intervention en marge** ont émergé :

- en tant que travail basé sur la fonction « **sémaphorisante** » et de « **environnement facilitant** » du thérapeute;
- en termes de « **parler-comme-jouer** ».

Intervention en marge comme « environnement facilitant » et « fonction sémaphorisante »

Le premier type d'intervention *en marge* s'est souvent avéré nécessaire dans des **cas d'autisme particulièrement difficiles** (comme avec T., en fait), dans lesquels il n'était pas possible d'établir un quelconque type de relation ou de jeu médiatisé par la musique. Il s'agit de patients écrasés dans un mode d'expérience « à dominante sensorielle » (Ogden, 1989), avec un seuil d'excitabilité très bas, qui souvent ne peuvent pas tolérer autant la séparation que le contact avec des objets perçus comme « non-moi » (Tustin, 1986) – et nous savons que la musique, les sons peuvent à la fois 'souligner' une distance, une séparation, et établir un *contact* profond (sensoriel-affectif) qui peut même être vécu comme intrusif.

Ce type d'intervention consiste, dans une large mesure, à jouer le rôle d'un « environnement facilitant » (Winnicott, 1965) – un **thérapeute-environnement** « suffisamment bon » – qui *prend soin* du patient comme une « nounou somnolente » (Danon-Boileau, 2012), en le suivant patiemment dans tous ses mouvements, ses "décharges" sensori-motrices, ses explorations solitaires et se limitant le plus souvent à être comme « [un] 'chœur grec' commentant ce qui se passe sur scène » (Ferro, 2006) à travers un ton de voix qui reflète la qualité, le rythme et le profil dynamique de ses « formes de vitalité » (Stern, 2010). Pour une autre partie, cependant, il s'agit d'alterner – en « temps voulu » (*kairós*) – la position de thérapeute-environnement avec celle de **thérapeute-objet** (objet des pulsions libidinales ou agressives) dans une tentative de *solliciter* (Alvarez, 1992) l'attention du patient vers le thérapeute, de « s'interposer » (comme un élément *tiers, intermédiaire*) entre lui et les activités, sensations ou *objets autistiques* qui l'absorbent. Cela peut se faire en introduisant prudemment de petites « perturbations » ludiques dans l'action, quelque peu neutre, de l'environnement facilitant et dans la stabilité autistique rigide dans laquelle le patient est enchevêtré.

Après plusieurs séances passées à suivre T. (en l'empêchant de se blesser ou de détruire quoi que ce soit) et à commenter de temps en temps ce que j'observais, j'ai décidé à un moment donné de le « taquiner » un peu en l'invitant à jouer. Lors de la énième 'incursion' de T., au lieu de me contenter de le suivre et d'éviter les accidents, je commence à faire comme si nous avions entamé une sorte de « jeu d'attrape ». Entre un « Ah ! Je t'ai eu ! » et un autre, je m'exclame sur le ton de la plaisanterie : « Ah, mais alors T. veut qu'Oscar se colle à lui tout le temps et le suive partout ! » Il répond à mon incitation (une interprétation ?) en me regardant et en souriant, comme en signe d'entente. La répétition de ce moment et d'autres moments similaires de s'entendre a jeté les bases de l'établissement de « liens de sens » entre les 'décharges'

irrépressibles de T. et mes propositions de « transformation en jeu » (transformations into play²). Au bout d'un certain temps, pendant lequel j'ai alterné le suivi du patient avec d'autres moments de « taquinerie », les états d'excitation de T. ont commencé à être moins fréquents et aussi moins perturbants, tout comme son comportement oppositionnel, destructeur et hyperactif (bien qu'il soit encore présent dans une certaine mesure). Cela lui a permis de rester de plus en plus longtemps dans la salle (jusqu'à ce qu'il n'ait plus besoin d'en sortir) et d'exercer une certaine curiosité à l'égard des objets – sans devoir nécessairement les « incorporer » ou les attacher. Il a ainsi pu progressivement se rapprocher et prêter de plus en plus attention aux instruments de musique, aux sons et à leurs différentes utilisations.

Ces « aménagements » méthodologiques permettent de créer un « espace sémaphorisant » (Brun, 2019 ; Roussillon, 2008) dans lequel on peut *mettre-en-signes*³ les activités isolées ou « auto-référées » du patient et ses expressions sensori-motrices « déliées », c'est-à-dire de **créer dans la relation thérapeutique des « actes-signes » partagés et potentiellement significatifs** (*symbolisation primaire*) à travers lesquels on peut *lier* et réduire ses états d'excitation désorganisateur. En d'autres termes, le patient, incapable de *penser* par lui-même (mentaliser ou symboliser) ce qu'il vit au niveau du corps et 'évacue' par l'action, « rencontre » l'activité élaboratrice de la pensée du thérapeute qui, engagé dans une tentative de donner du sens à ce qui se passe *entre* eux, « suggère » **des formes (narratives, dramatiques ou ludiques) dans lesquelles contenir l'insupportable excès de sensorialité**. Dans ce cas, il est possible de permettre au patient de s'ouvrir avec un degré moindre d'angoisse et de défense au « plaisir de l'échange » (Danon-Boileau, 2012) et par conséquent, selon toute vraisemblance, il devient également possible de l'inviter plus activement à rester dans la salle et à lui **présenter** (dans les termes de l'*object-presenting* de Winnicott) **des instruments de musique, des sons et de la musique en tant que « objets de jeu »/objets potentiels**.

Néanmoins, il convient de souligner que la réalisation d'un tel travail *en marge* exige du musicothérapeute, d'une part, un **suivi constant de la dynamique transféro-contre-transférentielle** et, d'autre part, la **mise en œuvre de certaines 'indications' techniques** d'inspiration psychanalytique – auxquelles je ne ferai qu'une brève allusion. Je me réfère en particulier à :

- l'exercice d'une « **capacité négative** » (Bion, 1970), qui permet de « *séjourner dans les incertitudes* », de tolérer la frustration de ne pas comprendre ce qui se passe pendant une ou plusieurs séances (tant du côté du musicothérapeute que du côté du patient) et de ne pas *agir* sa propre mémoire ou son désir de « bonne et pure » musicothérapie – évitant ainsi le risque d'occulter les besoins ou les possibilités réelles du patient et de le « pousser » inconsciemment à faire ce que nous voudrions;

² Cfr. Civitarese & Ferro, 2020.

³ L'expression « sémaphorisant » renvoie à l'étymologie grecque du mot « sémaphore », composé de σῆμα (*sēma*, signe) et de φέρω (*phōros*, porteur), soit : « porteur de signe ». Le concept de *signe* est utilisé ici tel que défini par C. S. Peirce, pour lequel il indiquerait le produit d'une *sémiose*, c'est-à-dire le processus de « signification » qui se déroule dans une relation *triadique* : un *objet* (une expression, un symptôme, un geste, un son – un « signifiant »), un *interprétant* (la représentation mentale du sujet qui interprète et attribue un « signifié » à l'objet) et un *signe* (ce qui devient l'*objet-signifiant* lorsqu'il est « lié » à un *interprétant-signifié*, susceptible d'être partagé avec d'autres sujets et communiqué). Le signe est donc un « construit » relationnel qui relève autant de l'*interprétation* (une attribution de sens) partagée que de la *communication* – il est donc toujours adressé à un sujet, c'est-à-dire qu'il a « le pouvoir de faire appel à un esprit » (Peirce, 1958, ma traduction).

- la mise en place d'un **environnement de *holding*** « **résolu mais doux** » (Tustin, 1990) dans lequel accueillir le patient dans toutes ses expressions spontanées tout en essayant, en même temps, de prévenir que ses défenses ou ses comportements n'*annulent* complètement la *présence* du thérapeute (par ex. par des actions destructrices et prolongées contre la salle, les instruments ou même contre les « frontières » du cadre); bien entendu, il ne s'agit pas d'imposer au patient des interdictions rigides mais d'empêcher la réalisation de ces actions solipsistes en essayant de les « transformer » en quelque chose qui ressemble à un dialogue ou à un jeu *à deux* (comme les « transformations en jeu », précisément)

Intervention *en marge* en termes de « parler-comme-jouer »

En ce qui concerne le deuxième type d'intervention *en marge*, il a émergé de manière particulière de la **musicothérapie avec certaines personnes atteintes de syndromes de Down ou d'autres déficiences intellectuelles**. Il s'agissait de situations où les possibilités d'utilisation du *médium* sonore-musical comme moyen d'élaboration des enjeux psychiques mobilisés par le travail thérapeutique étaient très limitées, de même que les possibilités d'utilisation du *médium* verbal. Dans ces cas, comme nous le verrons, le travail *transitionnel* se situe précisément dans une « aire intermédiaire » entre l'expression musicale et l'expression linguistique.

J'ai emprunté l'expression « **parler-comme-jouer** » au concept de « parler-comme-rêver » (“*talking-as-dreaming*”) formulé par Thomas Ogden (2007). Avec cette expression, Ogden fait référence à « une forme de conversation peu structurée entre le patient et l'analyste, souvent caractérisée par une réflexion sur le processus primaire et des non sequiturs apparents [qui] peut sembler non analytique en raison de la futilité apparente de son contenu » mais qui, en réalité, peut constituer une sorte de ‘rêve éveillé’ « dans lequel [le patient] peut commencer à rêver d'expériences jusque-là inrêvables ». Dans mon cas, cependant, il s'agit de la manière dont le thérapeute répond au discours non structuré, morcelé et répétitif du patient en écoutant ses mots comme s'il s'agissait de sons produits par un instrument de musique. L'accent n'est pas mis sur les paramètres sonores des mots (hauteur, intensité, timbre et durée) mais sur **la façon** dont le patient produit des fragments de discours comme s'il s'agissait de fragments rythmiques ou mélodiques, qu'il reprend, étend, varie et que le musicothérapeute peut à son tour répéter, étendre ou varier – tout comme cela se produirait, à travers des instruments de musique, dans un dialogue sonore. Je présente maintenant un bref extrait d'un cas où ce mode de communication/élaboration s'est imposé depuis longtemps (Pisanti, 2018) :

Au cours d'une séance, entre une production sonore et une autre, T. tente de me parler en évoquant des questions « dangereuses » qui sont devenues récurrentes dans notre travail ; mais cette fois, il confond la dangerosité de ces anciennes questions avec celle, plus récente, de la pandémie de Covid-19.

T. : *C'est dangereux ! Il y a le Covid !*

Oscar : *C'est dangereux ? Il y a le Covid ? Mais non, le Covid est passé !*

T. : *Il est passé ?*

O. : *Il est passé.*

T. : *Il n'est plus là ?*

O. : *Non, il n'est plus là.*

Cette séquence (comme cela s'est produit et se produit habituellement avec d'autres questions reportées par T.) est répétée, plus ou moins à l'identique, d'autres fois au cours de la même séance et dans plusieurs autres séances successives – toujours entrecoupées de moments de production sonore partagée et d'autres séquences verbales. Après quelques séances, la séquence et la réponse de T. se transforment :

T. : *C'est dangereux ! Il y a le Covid !*

O. : *Il y a le Covid ?*

T. : *Ah non, il n'y a plus le Covid !*

Jusqu'à ce qu'il devienne, alors :

T. : *C'est dangereux ! Il y a le Covid ! Ah non, il n'y a plus le Covid !*

Il s'agissait bien d'un échange sonore, constitué de cellules rythmico-mélodiques répétées, imitées et variées. Mais, à la différence des sons, ces cellules rythmico-mélodiques avaient aussi une valeur sémantique bien définie (quoique rudimentaire). T. semble ainsi avoir résolu pour lui-même (et en lui-même) le problème qui le tourmentait – l'impact émotionnel provoqué par l'expérience de la pandémie. Si j'avais utilisé un langage plus articulé et plus complexe (un langage qui est le mien mais certainement pas le sien), T. n'aurait pas pu recoller les 'morceaux' du discours, assimiler cette information (« il n'y a plus le Covid ») et se l'approprier – c'est-à-dire l'utiliser.

Pouvoir écouter le langage du patient comme s'il s'agissait d'un langage musical, c'est pouvoir écouter autre chose qu'un langage et une intelligence compromis. Cela signifie permettre au patient de jouer (malgré ses limitations) et au musicothérapeute de jouer avec lui – c'est-à-dire « deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute » (Winnicott, 1971a). En même temps, cependant, cela signifie aussi être capable de répondre au besoin du patient de s'exprimer (comme il le peut) par des mots et être capable de travailler sur les problèmes ou le vécu qu'il apporte spontanément à la séance.

Bien sûr, cela a nécessité de longues périodes pendant lesquelles il a fallu tolérer la frustration de ne pas pouvoir utiliser la musique ou les mots comme je l'aurais souhaité, ainsi que d'autres sentiments contre-transférentiels difficiles – impuissance, ennui, colère, détachement, sommeil.

Comme pour le premier type d'intervention *en marge*, il s'agit donc aussi d'un travail qui peut permettre de remettre en œuvre un processus thérapeutique apparemment 'enlisé', et là encore il s'agit d'essayer d'amener le patient à ***un état dans lequel il devient capable de jouer*** – en termes sonores-musicales (bien que dans ce cas il ne s'agisse pas d'instruments de musique ou de chant).

Conclusions

Je voudrais conclure en reprenant et en essayant de répondre, à la lumière de ce qui a été dit, à une question posée dans l'introduction – une question qui, me semble-t-il, concerne de manière essentielle la question de l'**éthique musico-thérapeutique** : *dans quelle mesure* une thérapie peut-elle encore être dite « musicale » ou « à médiation musicale » ? Si, comme je l'ai dit, les « aménagements » de la technique musicothérapique que j'ai présentés ont été rendus possibles par une ***penser/observer « à orientation psychanalytique »***, il est tout aussi vrai qu'ils ont été fortement influencés par une approche de

l'*agir/interagir* « à orientation musicale ». Je veux dire par là que ces deux types d'interventions « *en marge* de la musicothérapie proprement dite », bien qu'elles n'emploient pas d'instruments et de techniques de musique, ont été mises en œuvre et conceptualisées à partir d'un **sommet musicothérapeutique**, c'est-à-dire : une sensibilité particulière à la dimension musicale et rythmique de l'interaction, une attention spécifique aux formes d'expression mimo-gestuo-postural et un agir improvisatif fondé sur la connaissance musicales et la corporéité. Je pense donc que dans des circonstances telles que celles décrites, **il est encore possible d'effectuer un travail qui peut être défini comme musico-thérapeutique** et que, en effet, cette perspective (celle des interventions *en marge*) peut **élargir l'éventail des possibilités d'intervention** à la disposition d'un thérapeute dans le cadre d'un traitement médiatisé par les sons et la musique – surtout en ce qui concerne le travail clinique dans des cas particulièrement complexes de spectre autistique ou de déficience intellectuelle. En outre, je pense que le matériel et les réflexions présentés ici pourraient contribuer à relancer et à élargir les discussions sur le type de formation nécessaire pour devenir musicothérapeute (quelles *connaissances* et *compétences* spécifiques un professionnel de la musicothérapie doit-il posséder ? et comment les acquérir ?) ainsi que sur les possibilités opérationnelles de cette discipline (quelles sont les *limites* de sa « portée » ? jusqu'où peut-elle aller ?).

Bibliographie

- Ahonen, H. (2018). « 'Self as instrument' – Safe and effective use of self in music psychotherapy: Canadian music therapists' perceptions ». *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*, First View (Advance online publication), 1-21.
- Aigen, K. (2005). *Music-Centered Music Therapy*. Gilsum, NH, Barcelona Publishers.
- Alvarez, A. (1992). *Une présence bien vivante. Le travail de psychothérapie psychanalytique avec les enfants autistes, borderline, abusés, en grande carence affective*. Larmor-Plage, Hublot, 1997.
- Amir, D. (1999). « Musical and Verbal Interventions in Music Therapy: A Qualitative Study ». *Journal of Music Therapy*, 36(2), 144-175.
- Anzieu, D. (1979). « La démarche de l'analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle ». In R. Kaës et coll., *Crise, rupture et dépassement*. Paris, Dunod.
- Ansdell, G. (1995). *Music for Life: Aspects of Creative Music Therapy with Adult Clients*. London, Jessica Kingsley Publishers.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris, P.U.F.
- Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris, P.U.F., 2003.
- Bion, W. R. (1965). *Transformations. Passage de l'apprentissage à la croissance*. Paris, P.U.F., 2010.
- Bion, W. R. (1970). *Attention et interprétation*. Paris, Payot, 1974.
- Bollas. C. (1989). « L'objet transformationnel », *Revue française de psychanalyse*, N° 4, 1181-1199.
- Borczon, R. M. (2017). *Music Therapy: A Fieldwork Primer (Second Edition)*. Dallas, TX, Barcelona Publishers.
- Brun, A. (2019). « Construction du cadre-dispositif en situation individuelle ou groupale ». In A. Brun, B. Chouvier & R. Roussillon (2019), *Manuel des médiations thérapeutique* (2^e éd.). Paris, Dunod, pp. 129-154.

- Brun, A., Chouvier, B., & Roussillon, R. (2019). *Manuel des médiations thérapeutiques* (2^e éd.). Paris, Dunod.
- Chouvier, B. et coll. (2002). *Les processus psychiques de la médiation*. Paris, Dunod.
- Civitaresse, G., & Ferro, A. (2020). *Playing and Vitality in Psychoanalysis*. London, Routledge, 2022.
- Ferro, A. (2006). *Mind Works: Technique and Creativity in Psychoanalysis*. London, Routledge, 2009.
- Danon-Boileau, L. (2012). *Voir l'autisme autrement*. Paris, Odile Jacob.
- Garred, R. (2006). *Music as Therapy: A Dialogical Perspective*. Gilsum, NH, Barcelona Publishers.
- Grocke, D., & Wigram, T. (2007). *Receptive methods in music therapy*. London, Jessica Kingsley.
- Lecourt, É. (2006). *Le sonore et la figurabilité*. Paris, L'Harmattan.
- Lecourt, É. (2010). « Le son et la musique : intrusion ou médiation ? ». *Le Carnet PSY*, 142, 36-41.
- Lecourt, É. (2014). *La musicothérapie* (quatrième tirage). Paris, Eyrolles.
- Nolan, P. (2005). « Verbal Processing Within the Music Therapy Relationship ». *Music Therapy Perspectives*, 23(1), 18-28.
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1977). *Creative Music Therapy*. New York, The John Day Company.
- Ogden, T. H. (1989). « On the concept of an autistic-contiguous position ». *The International Journal of Psycho-Analysis*, 70(1), 127-140.
- Ogden, T. H. (2007). « On talking-as-dreaming ». *The International Journal of Psycho-Analysis*, 83(3), 575-589.
- Peirce, C. S. (1958). *Collected Papers of Charles Sanders Peirce*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Pisanti, O. (2018, mai). « Suonare le parole del paziente : spunti clinici per un 'parlare-come-suonare' ». Poster présenté à la conférence internationale *Music in Music Therapy : Theory, Clinical Practice, Research*, Trapani.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris, P.U.F.
- Roussillon, R. (2006). « Pluralité de l'appropriation subjective ». In F. Richard & S. Wainrib (Sous la direction de), *La subjectivation*. Paris, Dunod.
- Roussillon, R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris, Dunod.
- Roussillon, R. (2021). « Le jeu potentiel : introduction à une métapsychologie du jeu ». In A. Brun & R. Roussillon (Sous la direction de), *Jeu et médiations thérapeutiques. Évaluer et construire les dispositifs de soin psychiques*. Paris, Dunod, 2021, pp. 15-30.
- Stern, D. N. (2010). *Forms of Vitality: Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy, and Development*. New York, Oxford University Press.
- Salomonsson, B. (2007). « Semiotic Transformations in Psychoanalysis with Infants and Adults ». *International Journal of Psycho-Analysis*, 88(5), 1201-1221.
- Tustin, F. (1986). *Le trou noir de la psyché : barrières autistiques chez les névrosés*. Paris, Seuil, 1989.
- Tustin, F. (1990). *Autisme et protection*. Paris, Seuil, 1992.

- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London, Jessica Kingsley Publishers.
- Winnicott, D.W. (1965). *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris, Payot, 1989.
- Winnicott, D. W. (1969). « L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications ». In *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard, 1975.
- Winnicott, D. W. (1971a). « Jouer. Proposition théorique ». In *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard, 1975.
- Winnicott, D. W. (1971b). « Jouer. L'activité créative et la quête du soi ». In *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard, 1975.



L'éthique du soin dans la recherche en arts-thérapies

Viviane SERON

Association Française de Musicothérapie

Résumé

L'argument de cette journée d'étude en musicothérapie pourrait se décliner dans chaque spécialité des arts-thérapies selon leurs propres caractéristiques. Que ce soit en art-thérapie, danse-thérapie, dramathérapie ou musicothérapie, l'art-thérapeute, est appelé à se positionner vis à vis du jeu, de la parole, de l'interprétation et selon l'art utilisé, de l'enregistrement et de la conservation des productions, de leur diffusion, leur représentation et plus globalement de leur utilisation. Cette démarche professionnelle se nourrit d'une réflexion éthique et de cadres déontologiques en pleine construction dans un domaine de recherche universitaire inscrit depuis seulement dix ans au niveau doctoral en France (Lecourt, 2017). Les arts-thérapies, dont les bénéfices comme soutien à la prestation de soin en milieu médical ont été mis en lumière au niveau mondial par l'OMS en 2019 (Fancourt & Finn), s'appuient sur une éthique du soin questionnée nationalement par des pratiques multiples qui s'adaptent à une grande diversité de population. Ces pratiques ont fait l'objet de nombreuses recherches que nous présentons autour d'une réflexion éthique. Après un travail de définition autour des termes consacrés à l'éthique, nous présenterons un premier essai de bibliométrie consacrée à la recherche en arts-thérapies en France dont nous discuterons les résultats dans une troisième partie. Ce travail s'inscrit dans une réflexion sur la contribution des arts-thérapies à l'éthique du soin en France soutenue par le développement de la santé intégrative.

Mots clés

Arts-thérapies – danse-thérapie – dramathérapie – musicothérapie – art-thérapie - santé intégrative – éthique – déontologie – intégrité scientifique – bibliométrie

Éthique, déontologie et intégrité : trois besoins et trois modèles de pensées distincts

Éthique en santé et éthique du soin

Le concept d'éthique a rapport aux conduites humaines et aux valeurs qui les fondent. Il englobe la réflexion relative à ces conduites en vue d'établir une science de la morale et l'ensemble des principes moraux qui s'imposent aux personnes qui exercent une même profession ou pratiquent une même activité. (« Éthique », 2005). Plus spécifiquement, l'éthique appliquée aux sciences du vivant et à la médecine recouvre à la fois « l'exigence d'une certaine forme de comportement de la médecine au service du malade » (éthique médicale) et « la mise en forme à partir d'une recherche pluridisciplinaire d'un questionnement sur les conflits de valeurs suscités par le développement technoscientifique dans le domaine du vivant » (bioéthique) (Sicard, 2022, p. 3-8).

Les arts-thérapeutes, tout comme d'autres professionnels de la relation d'aide évoluant dans le secteur médical, se trouvent ainsi liés aux normes et standards des sciences biomédicales sans y avoir été acculturés, ce qui nécessite parfois plusieurs années sur le terrain pour réduire ce contraste. Dans ce contexte, les humanités en santé sont une ressource utile pour penser l'éthique comme compétence clinique. Ces savoirs apportent à la médecine, et à tous les soignants, les connaissances de l'éthique, de la philosophie et des sciences humaines et sociales dans une démarche interdisciplinaire et inclusive. Elles englobent des savoirs critiques ainsi que des contributions artistiques, techniques et architecturales dans une exigence pleinement démocratique d'ouverture au public (Bleakley, 2022).

Aussi, les humanités en santé s'appuient sur une acception opérationnelle issue de la pensée d'Emmanuel Kant et de Paul Ricœur, ce dernier insistant sur l'éthique comme moyen de faire progresser l'universalité et la sollicitude envers tout autre que soi. Ainsi, le Pr Nasr, Coordinatrice de l'Enseignement d'Éthique des Facultés de Médecine de Toulouse définit l'éthique comme le degré de liberté pour appliquer la norme à une situation donnée permettant, en aval, d'évaluer, de juger, de faire et de décider et, en amont, d'édicter les lois. Chacun des acteurs du système de soin a une latitude décisionnelle : comment faire, quoi faire, à quel moment et dans quel ordre? Dans ce battement peut s'exercer une liberté de jugement, d'évaluation et d'action pour laquelle des ressources, critiques, conceptuelles et théoriques sont indispensables. En effet, l'éthique invite à prendre en compte « la dimension intersubjective du soin, sa dimension institutionnelle et sa dimension politique » (Nasr & Berthelier, 2022).

L'éthique est donc suggestive, car elle permet de formuler les questions liées au respect et au bien être de l'autre et d'accompagner chacun dans sa réflexion pour trouver la réponse la plus adaptée. Elle est le résultat d'une pensée collective, d'échanges et de débats.

En outre, certaines règles éthiques peuvent s'inscrire dans des règles légales, comme c'est le cas pour la recherche dans les lois bioéthiques. De fait, depuis dix ans, la nomenclature et la législation françaises ont beaucoup évolué pour s'articuler avec des concepts et des réglementations européens et internationaux.

Éthique du care

L'éthique du care, que nous distinguons de l'éthique de la santé et du soin, est issue d'une approche américaine genrée de la morale « féminine » développée aujourd'hui par une notion plus extensive d'un modèle de justice prenant en compte la question du « souci » selon lequel le monde n'est habitable « qu'à la condition d'avoir été préalablement, et continuellement, l'objet d'un soin. » (Fleury, 2018, p.54).

Cette éthique affirme que nous traversons tous des phases de vulnérabilité, rendues plus ou moins visibles et stigmatisantes pour les personnes faisant ainsi face à une forme d'injustice. Elle réintègre dans les pratiques une conscientisation de la singularité de la personne et de sa situation et fonde un concept d'autonomie de la personne. Cette éthique du care a pour but de renforcer les « capacités » des personnes en permettant la « démultiplication de leurs choix de vie, au sens qualitatif du terme » (Fleury, 2018, p.57)

Déontologie

Selon le Pr Morêt-Bailly, spécialisé en droit de la santé et droit des professions, la déontologie correspond à « une morale collective issue de la communauté de professionnels [...] elle constitue essentiellement des normes qui sont nées de la pratique, au sens où des professionnels, pour exercer leur profession, ont eu besoin de réfléchir à des règles qui n'existaient pas dans le droit de l'État. » (Moret-Bailly, 2018).

Elle s'exprime à travers les codes de déontologie qui regroupent des codes d'exercice professionnel, à savoir des règles qui permettent aux professionnels, de savoir comment exercer leur profession.

Pour les arts-thérapies, il est par exemple possible de se référer au Code de Déontologie du SFAT qui donne un cadre de référence précisant :

- les obligations envers toute personne prise en charge par l'art-thérapeute et sa production artistique;
- les obligations envers les autres professionnels collaborant avec lui;
- les obligations de retour sur sa pratique et de démarche de connaissance de soi;
- les obligations d'une pratique artistique régulière (Syndicat Française des Arts-Thérapeutes, 2022).

Soulignons, là encore, l'importance de la dimension internationale de la réflexion et de l'élaboration de ces règles. Si dans un contexte français la déontologie englobe éthique, intégrité et déontologie, le terme déontologique comme morale professionnelle n'existe pas dans les pays anglo-saxons. Cette morale se retrouve dans deux termes : éthique et intégrité scientifique. L'éthique renvoie à une réflexion sur les valeurs de la science alors que l'intégrité scientifique fait référence aux règles professionnelles, notamment méthodologiques qui doivent guider le chercheur.

Le travail actuel de G. Ninot et de son équipe au sein de la société savante NPIS (Non pharmaceutical Intervention Society) à l'Université de Montpellier œuvre ainsi au développement de cette intégrité scientifique par le prisme de la recherche et d'un référentiel de bonnes pratiques sur les INM dans lesquelles certaines des pratiques art-thérapeutiques peuvent se reconnaître.

Éthique de la recherche

L'éthique en recherche s'est initialement développée sous la forme de principes et réglementations avec le Code de Nuremberg (ex : nuisance, autonomie des patients, justice, principe de précaution, etc) pour se diriger vers une éthique de la recherche qui interroge le chercheur sur ses pratiques, ses valeurs et ses finalités. L'éthique de la recherche concerne donc les conséquences et les impacts de la recherche, mais implique également une direction, une signification et une sensibilité vis à vis de la pratique. Si elle permet le respect de principes fondamentaux pour le chercheur, elle répond aussi à « des choix collectifs et des valeurs embarquées dans la recherche (rapidité versus lenteur, rentabilité versus gratuité, etc). » (Moret-Bailly, 2018).

Cette éthique de la recherche n'est pas sans faire écho à ce qui rassemble dans les contextes de colloques les arts-thérapeutes en recherche de cadres et de formes de guidances pour les pratiques cliniques. Aussi, une analyse des productions scientifiques est proposée afin de contribuer à l'ensemble de ces réflexions.

La recherche scientifique à l'international et en France : un regard sur la littérature scientifique publiée

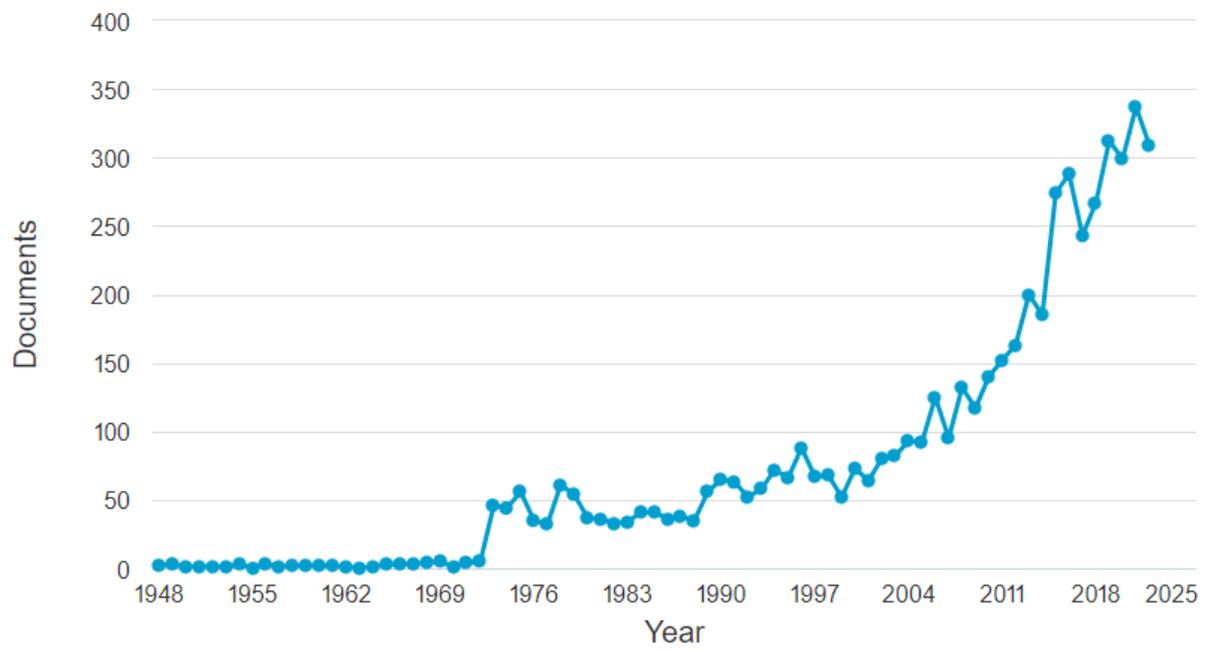
Référencement scopus : la recherche internationale

Une revue systématique de la littérature scientifique a été menée grâce à différentes bases de données françaises et internationales afin d'orienter les propos sur les choix collectifs et les valeurs embarquées par les arts-thérapies.

Une rapide investigation à l'internationale grâce à la base de données Scopus¹, permettant de rechercher et d'analyser des données de plus de 5000 éditeur scientifiques, laisse observer plusieurs phénomènes sur les documents référencés en anglais. Le premier concerne l'accélération de la recherche depuis 1948, avec un réel intérêt de la médecine psychiatrique à partir de 1973 et la création en 1970 de la revue American Journal of Art Therapy (art in education, rehabilitation, and psychotherapy) (fig.1)

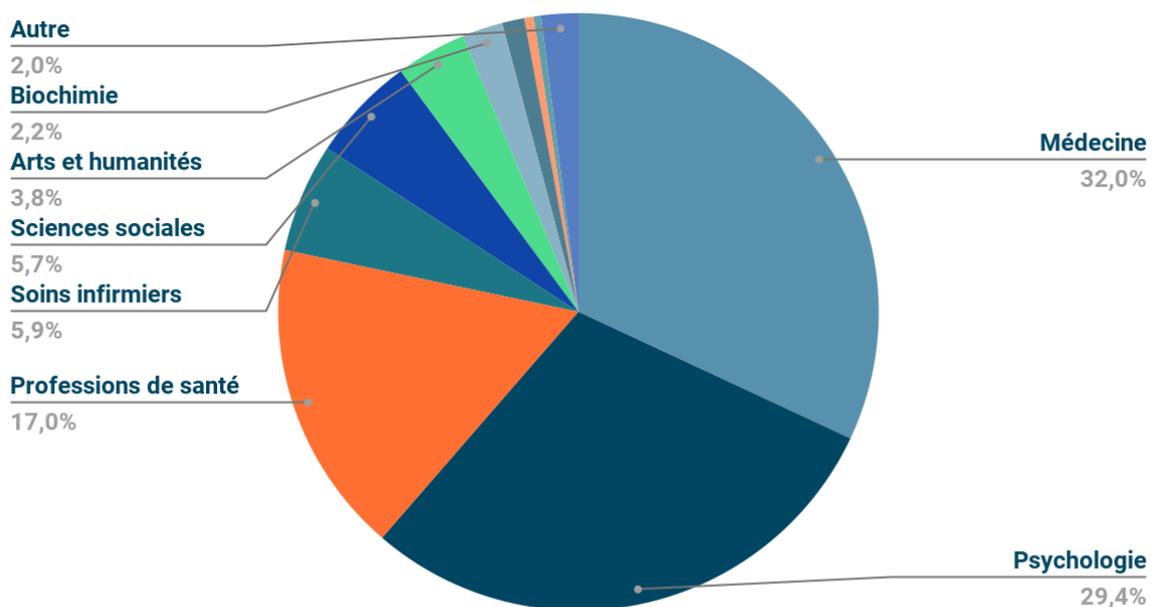
¹ (TITLE-ABS-KEY (art-therapy) OR TITLE-ABS-KEY ("art-therapies" OR "creative arts therapies") OR TITLE-ABS-KEY (dramatherapy) OR TITLE-ABS-KEY (danse AND therapy) OR TITLE-ABS-KEY (musicotherapy) AND NOT TITLE-ABS-KEY (antiretroviral) AND NOT TITLE-ABS-KEY (reproductive) AND NOT TITLE-ABS-KEY (reduction AND therapy) AND NOT TITLE-ABS-KEY (neutron) AND NOT TITLE-ABS-KEY (adjuvant AND radiotherapy) AND NOT TITLE-ABS-KEY (avoidance AND reduction AND therapy AND for AND stuttering) AND NOT TITLE-ABS-KEY (detector AND for AND advanced AND neutron AND capture AND experiments)) AND (LIMIT-TO (SRCTYPE , "j") OR LIMIT-TO (SRCTYPE , "b")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "ch")) AND (LIMIT-TO (PUBSTAGE , "final"))

Figure 1 : Corpus référencé par année (1948-2022)



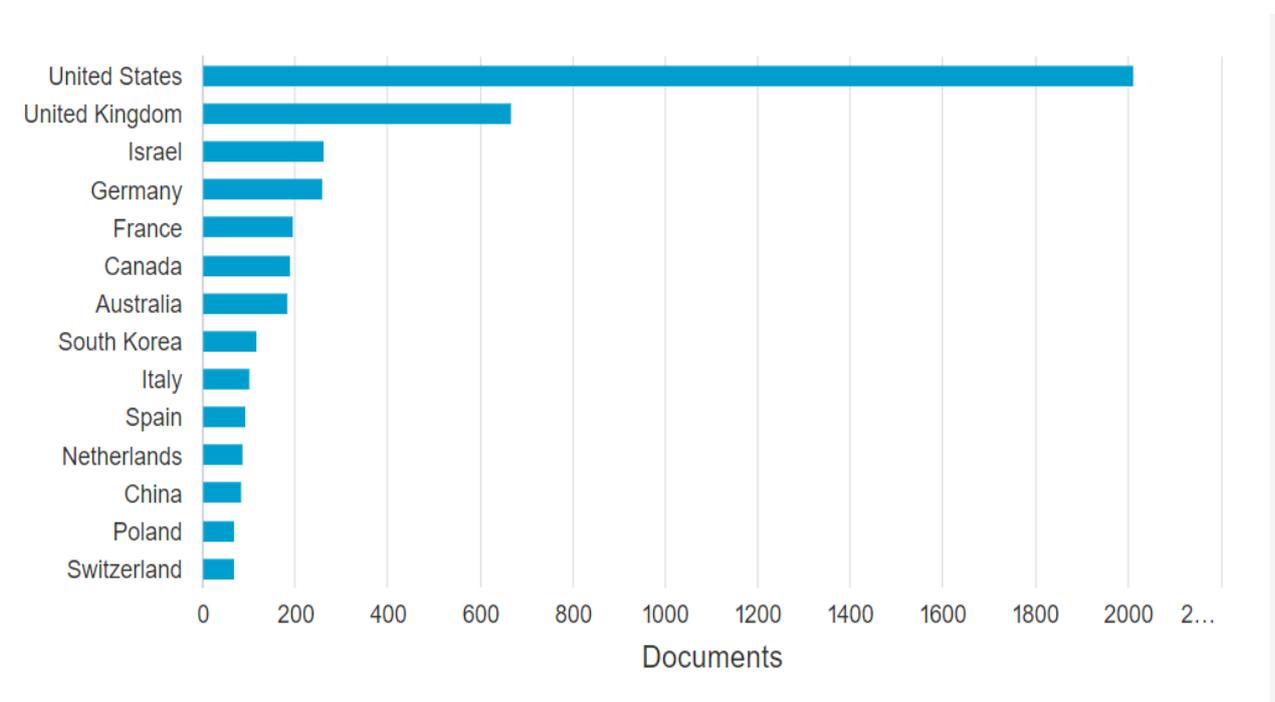
La répartition par sujet impose la médecine et la psychologie comme domaines scientifiques ayant le plus d'intérêt pour ces recherches (fig.2)

Figure 2 : Corpus référencé par sujet (1948 - 2023) :



Enfin, nous pouvons constater le positionnement de la France dans le nombre de publications (fig.3).

Figure 3 : Nombre de document par pays (> 60 publications) :



Référencement Cochrane : les données probantes en santé

Cet état des lieux n'étant pas suffisamment précis (de par la nécessité d'une sélection manuelle de ces milliers de documents), un regard plus rigoureux sur la recherche est possible grâce à la plateforme Cochrane qui regroupe un ensemble de bases de données signalant des revues systématiques, des méta analyses et des essais cliniques pour évaluer les effets des interventions de santé dans les champs de la prévention, du diagnostic, de la thérapeutique et de la rééducation.

Sur l'ensemble de ces revues concernant les arts-thérapies, on ne compte aucune revue systématique produite par des chercheurs français sur les 14 disponibles à l'international. En ce qui concerne les essais cliniques, sur plus de 3000 essais référencés, seuls quatre sont publiés par des auteurs français : trois en musicothérapie (Guétin et al., 2005; Jaber et al., 2007; Narme et al., 2012) et un essai clinique en art-thérapie (El Ouazzani et al., 2019).

Référencement des publications françaises

Une recherche sur les principales bases de données d'éditeurs scientifiques en France et à l'international a permis de référencer 481 documents (articles de revue, chapitres d'ouvrage, ouvrages et thèses) dont les titres et résumés ont été analysés².

On observe ainsi que le champ de la recherche a été réservé au domaine de la médecine jusqu'aux années 2000, lorsque la psychiatrie ouvre le champ aux sciences humaines et à la psychologie. Par ailleurs, les domaines ayant publié plus de 20 publications référencées sur les bases de données sélectionnées depuis 1953 sont :

- la médecine (136);
- la psychologie (104);
- les sciences humaines et sociales (86), très productives à partir de 2017, grâce au référencement électronique de la Revue Française de Musicothérapie comptant à elle seule 59 articles ;
- les soins infirmiers à partir de 2004 (32) ;
- La pluridisciplinarité des domaines (18% des publications) est présente dès 1958 avec des revues qui sont affiliées à la médecine, la psychologie (par ex. revues « Psychothérapies » ou « Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence ») et avec les arts et humanités (« Revue Annales Médico-Psychologiques »).

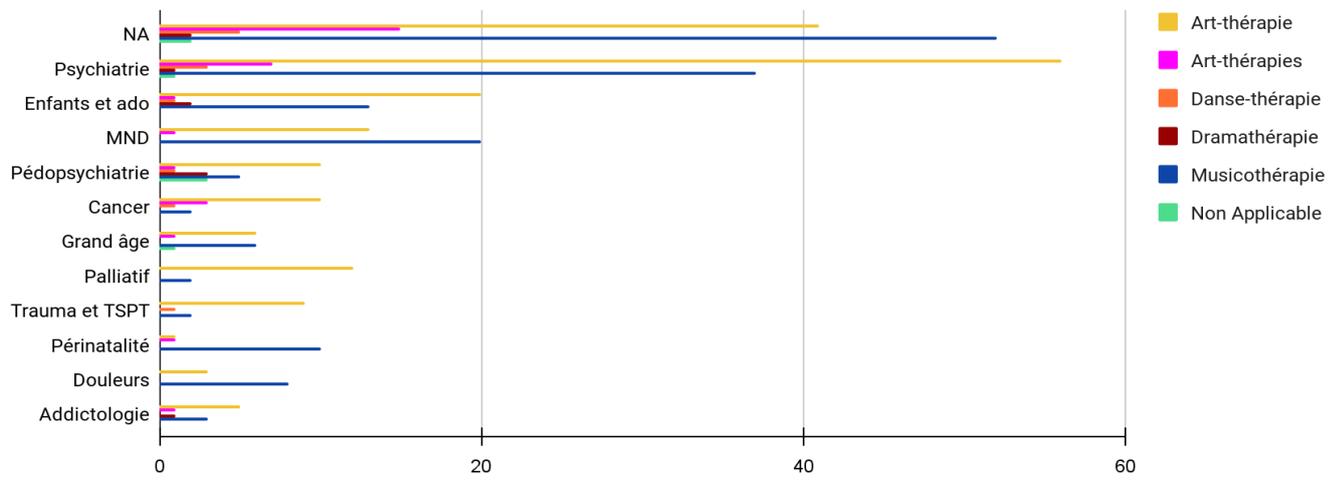
Sur les 10 dernières années, qui regroupent près de 58% des études référencées (277 sur 481), les sciences humaines et sociales et la psychologie sont les principaux domaines de recherche suivis par la médecine et les soins infirmiers. De nouvelles disciplines citant les arts-thérapies apparaissent : l'anthropologie, la biochimie, la gestion et le management, l'information et communication, l'informatique, l'ingénierie, la santé publique, les sciences de l'éducation, les sciences cognitives et comportementales (psychologie) ou encore le sport et la motricité.

Des chapitres consacrés aux arts-thérapies (21) apparaissent dans les ouvrages à partir de 2000 et des ouvrages consacrés entièrement aux arts-thérapies (art-thérapie (10), art-thérapies (4), musicothérapie (4), danse-thérapie (2), dramathérapie (1)) sont référencés après 2007. Concernant les thèses, 49 les mentionnent depuis 1986, dont 48% la musicothérapie. Enfin, en 20 ans les articles de journaux sont passés de 93 à 297, soit une augmentation de 220%.

Concernant le sujet de cette littérature, l'intérêt principal est le patient via les différents publics pris en charge par ces disciplines. Les bénéficiaires de ces soins sont majoritairement rattachés à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie, à l'enfance et l'adolescence, au grand-âge, aux maladies neurodégénératives, à la cancérologie et aux soins palliatifs. Cependant, une large part est donnée à des questions de théorie générale ou liée à chaque spécialité ou à des questions professionnelles (fig4).

² Bases de données internationales : Cochrane, Pubmed, Psychinfo, Sciencedirect, Scopus, WebOfScience; bases de données françaises : Cairn, HAL, Thèses.fr. Ont été retenus les documents pourvus d'un résumé mentionnant dans les titres ou résumés : "art-thérapies", "art-thérapie", "danse-thérapie" or "danse mouvement thérapie", "dramathérapie" or "théâtre thérapeutique", "musicothérapie" et en anglais "art therapy or art psychotherapy or creative arts therapies" or "drama therapy or dramatherapy or theatre therapy" or "music therapy or musical therapy" or "dance therapy or dance/movement therapy or dmt" dont les auteurs sont affiliés à la France ou dont la recherche concerne le territoire français.

Figure 4 : Corpus : applicabilité par spécialité et public



Intérêt pour les questions éthiques dans la recherche

Éthique professionnelle

Comme observé précédemment, 24% des documents référencés ne concernent pas directement des interventions auprès de publics mais s'intéressent à des questions spécifiques au domaine de l'art ou aux pratiques et compétences des arts-thérapeutes.

Un relevé systématique des résumés de ces documents a permis de référencer plusieurs thèmes. Par ordre de récurrence, nous trouvons 40 documents explorant des notions et processus thérapeutiques liés aux pratiques, 21 documents qui définissent les pratiques, nous trouvons ensuite 14 descriptifs de dispositifs, 14 textes consacrés à l'encadrement des professions et des formations, 9 dédiés à l'identité et au parcours professionnel et 4 hommages à des figures importantes des arts-thérapies.

Cet ensemble participe à l'émergence de cadres et de repères pour les différentes pratiques et reflète les préoccupations des auteurs sur les problématiques liées aux professions, en tant qu'activité, état ou fonction constitutives d'une réflexion éthique des professionnels utilisant les arts-thérapies.

Éthique des arts-thérapies

Une lecture sémantique plus large permet de relever dans cette littérature l'utilisation du terme « éthique » : sur 481 documents, toutes spécialités et études confondues, le terme « éthique » (en français et en anglais) apparaît directement dans 18 titres ou résumés de documents.

Il apparaît tout d'abord dans une thèse de musicologie en 1986, « Musique et mystique en Iran » (During, J.) soulignant le lien indissociable entre esthétique et éthique dans la musique d'art persane.

L'éthique est mentionnée ensuite dans 3 articles de la revue de médecine *Psychologie Médicale* en 1993 :

- « Sign, ashes or picture rail » (Chemama-Steiner, 1993) sur l'éthique de la propriété concernant les œuvres produites par les patients dans un contexte psychiatrique;
- « Of the social function on the trace » (Pequignot, 1993) interroge le statut épistémologique des productions des ateliers d'art-thérapie;
- « 'Arts, handicapped and rights': Openings or closings? About and beyond a colloquium » (Sudres et al., 1993) questionne les questions légales, éthiques, cliniques et code d'éthique des œuvres et présentations des handicapés mentaux sur le marché socioculturel.

Dix-sept ans plus tard, les actes du Congrès International d'Art-Thérapie organisé par l'AFRATAPEM et la Faculté de Médecine de Tours pour le 25^e anniversaire du 1^{er} diplôme universitaire français d'art-thérapie, sont publiés sous le titre *Profession Art-Thérapeute* mentionne les cadres éthique, social et législatif relatif à la profession (Forestier et al., 2010).

En 2013, la thèse en étude cinématographique « Vie quotidienne et soins des personnes âgées dépendantes en milieu hospitalier » (Archimbaud, 2013) mentionne les enjeux éthiques soulevés par la présence de l'observateur-filmeur par la méthode de film d'exploration. Une autre thèse en psychologie, « Enjeux psychiques et éthiques de l'écriture de soi : attachement, narrativité, psychanalyse et destins des écrits en oncologie pédiatrique » (Clouard, 2013) procède à une analyse de deux dispositifs d'écriture dans le contexte socio-éthique de leur mise en place, à savoir l'Art Thérapie, la Médecine Narrative et la Philosophie du soin.

En 2015, l'article « L'enjeu clinique de l'art-thérapie dans son approche de l'intime » (Jacob Alby & Védie, 2015) pose sur l'intime mouvement dans la création l'enjeu éthique de la recherche clinique menée en art-thérapie et danse-thérapie.

En 2017, la revue *Ethics, Medicine and Public Health* publie deux articles consacrés aux arts-thérapies : « À propos des arts thérapies » (Lecourt, 2017a) qui mentionne les problèmes éthiques rencontrés dans l'histoire des arts thérapies à l'université en France et « Éthique du soin en art-thérapie à médiation plastique » (Sens, 2017a) qui lie ces questionnements « à la manière dont les techniques artistiques vont prendre significations pour la personne prise en charge dans le cadre d'une relation thérapeutique. » Dans la *Revue Français de musicothérapie* publiée en ligne pour la première fois, l'article « Contre-transfert de l'écoute, écoute du contre-transfert » (Brault, 2017) appréhende la violence qui peut émerger dans la relation de soin.

En 2019, l'ouvrage collectif *Exploring Ethical Dilemmas in Art Therapy: 50 Clinicians From 20 Countries Share Their Stories* propose un chapitre sur une expérience de 30 ans de pratique d'art-thérapie, d'enseignement et de supervision d'art-thérapeutes européens par une américaine installée en France. Elle y mentionne des dilemmes éthiques liés au niveau de formation des étudiants, la différence culturelle de son enseignement, l'adaptation de ses standards de pratique, la non existence légale en France d'une profession qu'elle doit enseigner, les comportements culturels vis à vis des arts-thérapeutes et des patients (religion, apparence vestimentaire, bises), les tarifs des interventions, l'appel à des interprètes dans les sessions de formation, les conditions de travail des arts-thérapeutes, le manque de supervision en institution, l'exposition d'œuvres de patients, etc. (Stone, 2019).

L'article « De la musicothérapie à la thérapie non-verbale : le modèle de Benezon et son évolution » propose un regard sur le positionnement particulier du thérapeute et l'éthique à laquelle il se réfère et qui guidera sa pratique : « Cette approche n'est pas uniquement clinique, mais qu'il s'agit plus largement d'un modèle théorique, philosophique, psychologique et clinique de la communication non-verbale. » (Cassiers & Lociuro, 2019).

En 2020 l'ouvrage *Les art-thérapies* (Lecourt & Lubart, 2017) mentionne les recherches dans ce domaine, les formations des art-thérapeutes et les questions d'éthique de la profession sont également développées. Elles concernent, en art-thérapie à médiation plastique la légitimation de la profession, la relation entre art et communication verbale, (la confidentialité, la collecte et l'usage des documents cliniques, la propriété de la production, l'utilisation des productions pour la recherche, l'enseignement, les publications et les exposés, l'exposition, aspect que nous ajoutons, l'utilisation de la création artistique par des soignants non spécialisés en art-thérapie (Sens, 2017b); en musicothérapie la richesse de la panoplie des utilisations de la musique peut-être considérée comme problématique, d'autant plus que son développement a été marqué par des inflexions vers le commercial, ou vers les dérives perverses exigeant ainsi une attention particulière à l'éthique (É. Lecourt, 2017b); en danse thérapie le lien avec le positionnement du danse-thérapeute et sa responsabilité dans le cadre de la relation d'aide est mentionné (Puxeddu, 2017).

La même année, deux articles publiés par des arts-thérapeutes anglaises sont consacrés à des dispositifs d'art-thérapie auprès de réfugiés dans à Calais (Lloyd & Usiskin, 2020; Usiskin & Lloyd, 2020) : elles estiment que les arts-thérapeutes sont particulièrement bien placés pour offrir un soutien en cas de crise à des personnes dans des contextes divers, grâce à une pratique éthique et imaginative, utilisant à la fois leurs compétences psychologiques et l'art lui-même à parts égales. L'examen critique des interventions d'art-thérapie est un aspect nécessaire de la pratique éthique et peut conduire à des adaptations. Il peut alimenter les débats contemporains sur la manière d'intervenir en cas de crise, sur l'action sociale, sur la justice sociale, ainsi que sur les questions de définition. Dans le cadre du Covid 19, elles transforment ce « safe space » en dispositif en ligne et le second article se concentre sur la façon de créer des modèles en ligne spécifiques pour l'engagement social, ainsi que sur la réflexion et l'éthique qui les sous-tendent.

En 2022, un protocole d'étude pour examiner les données probantes sur les thérapies complémentaires et alternatives pour traiter la dépression péripartum chez les femmes enceintes ou en post-partum (incluant musicothérapie et art-thérapie) est publié dans la revue médicale *BMJ Open*, elle prend en compte la dimension éthique de la recherche et de la diffusion des résultats (Dubreucq et al., 2022).

Enfin, en 2023, l'article « Quand l'art-thérapie soigne les soignants : Les effets des productions artistiques des patients sur la qualité de vie au travail des personnels soignants en cancérologie » (Canolle et al., 2023) suggère qu'en s'inscrivant dans un dispositif de soin, l'art-thérapie participe à « la transformation de l'environnement du travail, de la relation avec les patients, et de l'organisation coordonnée du travail du soin. Cela participe d'un mouvement dialogique, éthique et esthétique permettant de soigner le travail du soin et les soignants par le développement de leur pouvoir d'agir. »

Discussion

Une analyse sémantique plus rigoureuse pourrait être menée afin de relever la terminologie utilisée par ces documents et de procéder à un référencement plus objectif. Nous pouvons cependant constater, avec l'ensemble de ces documents, l'étendue et la complexité des sujets de recherche et des thèmes liés à l'éthique des arts-thérapies, des praticiens, de leurs pratiques et des recherches scientifiques qui les mentionnent.

Originalité de la démarche éthique en arts-thérapies

Notre étude souligne une dynamique croissante sur les aspects éthiques de ces pratiques. Celle-ci s'accompagne de questionnements épistémologiques suivant une évolution scientifique dominée par la recherche internationale. Ces deux démarches sont concernées par les évaluations : là où l'éthique s'intéresse aux évaluations de la conduite, l'épistémologie s'intéresse à celles des croyances et autres actes cognitifs. Autrement dit, la démarche épistémologique cherche le vrai, quand la démarche éthique cherche le bien (Feldman, 2016). Les deux approches sont identifiables dans la littérature et soulignent l'originalité des arts-thérapies qui évaluent à la fois des pratiques, des praticiens, différentes approches du soin, des publics et des individus, et qui questionnent la relation thérapeutique, la scientificité des modèles utilisés et leur place dans le champ universitaire.

Passage de l'objet de recherche vers le sujet de recherche ?

Nous avons constaté que les principales revues dédiées aux arts-thérapies³ sont aujourd'hui référencées sur Scopus dans les catégories « médecine », « psychologie » et/ou « professions de santé ». En France, dans le domaine médical, les descripteurs « thérapies sensorielles par les arts », « musicothérapie », « thérapie par l'art », « thérapie par la danse », « psychodrame » et « ludothérapie » font désormais partie du thésaurus de référence (MeSH - Medical Subject Headings) traduit l'INSERM pour indexer les documents scientifiques et médicaux.

Si ces éléments laissent percevoir une visibilité accrue de ces pratiques, regroupées à l'international comme discipline distincte sous la dénomination de Creative Arts Therapies ou Sensory Art Therapies, nous constatons néanmoins que ce n'est pas le cas en France. En effet, chaque spécialité reste l'objet de recherches dans des domaines de plus en plus divers et nombreux alors qu'elles pourraient s'emparer de la recherche en tant que discipline commune unie par une éthique et une déontologie spécifique.

Considérées comme un ensemble, les arts-thérapies semblent faire exister un rouage intellectuel propre et le flux du temps a permis d'ébaucher des processus spécifiques. Hors, ces deux éléments sont constitutifs d'une discipline scientifique à part entière selon le référencement opéré par Schmid et Mamrini-Doudet (2019, p.23-24). Les autres éléments épistémologiques référencés par ces deux chercheuses pourraient se dessiner dans les années à venir afin de faire émerger les arts-thérapies en France ; ils concernent les modalités et organisations du travail, le régime de reconnaissance scientifique basée sur l'appropriation de la critique, le système de production de pairs, et la connaissance de la science implicite. La recherche peut participer à cet essor dans la particularité du contexte français et pourrait davantage se

³ Les revues Art Therapy (psy et HP), Arts in Psychotherapy (HP, Med, psy), International Journal of Art Therapy Inscape (Med, psy) et American Journal of Art Therapy (bio et HP) et Art Psychotherapy (Med) ont publié à elles seules 34% des articles référencés sur Scopus.

nourrir des perspectives éthiques qui démontrent sans cesse qu'elles « enrichissent les démarches scientifiques elles-mêmes » (Schmid & Mambrini-Doudet, 2019, p.53).

Conclusion

La recherche sur les arts-thérapies en France accélère fortement ces dernières années et souligne la diversité des sujets les concernant de manière plus ou moins directe. Cela s'explique sans doute par la disparité des sources art-thérapeutiques, de leurs pratiques, de leurs praticiens et des intérêts qu'elles suscitent. Si cette multiplicité en fait un sujet complexe à appréhender au niveau universitaire, sociétal et politique, comme le montre l'absence de reconnaissance légale de ces métiers, les arts-thérapies pourraient néanmoins apporter une contribution essentielle à l'éthique du soin en France. La pensée éthique plurielle et transdisciplinaire des arts-thérapies rejoint une réflexion globale sur la transformation du système sanitaire soulevée par la mise en œuvre de l'éthique du care qui questionne les liens et les lieux dédiés au soin. Hors, les arts-thérapies créent, par essence, des espaces tiers qui respectent et accompagnent la singularité de chacun, qui peuvent également décupler les potentiels thérapeutiques d'autres formes d'intervention, s'enrichir des lieux de culture, et améliorer l'expérience de soin des patients et des soignants.

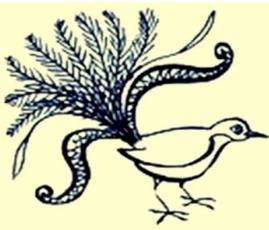
De manière plus globale, elles pourraient s'inscrire dans l'appriovissement ou l'assouplissement du processus d'hybridation de notre société qui fait face au contexte « toujours plus flou, multiple, contradictoire, incasable, hétéroclite et imprévisible » décrit par la philosophe Gabrielle Halpernr. « L'hybridation, nous dit-elle, c'est le fait de mettre ensemble des choses, des métiers, des compétences, des générations, des activités, des secteurs, des matériaux, des imaginaires qui sont radicalement différents ou qui semblent a priori n'avoir rien à voir ensemble, et qui, réunis, permettent de créer quelque chose de nouveau: un tiers-lieu, un tiers-secteur, un tiers-modèle, un tiers-métier... De nouveaux mondes, en somme » (Halpern, 2020). L'identité multiple et évolutive des arts-thérapies les place dans un mouvement idéal pour questionner l'éthique du soin comme espace tiers d'un apprentissage collectif que la démarche intégrative en santé appelle de ses vœux.

Bibliographie

- Archimbaud, N. (2013). Vie quotidienne et soins des personnes âgées dépendantes en milieu hospitalier : Une enquête filmique à l'hôpital Bretonneau (AP-HP, Paris 18ème) [These de doctorat, Paris 10]. <https://www.theses.fr/2013PA100169>
- Bleakley, A. (2022). Routledge handbook of the medical humanities. Routledge.
- Brault, A. (2017). Contre-transfert de l'écoute, écoute du contre-transfert. *Revue française de musicothérapie*, 36(1). <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-03429359>
- Canolle, F., Bernard, N., & Vinot, D. (2023). Quand l'art-thérapie soigne les soignants : Les effets des productions artistiques des patients sur la qualité de vie au travail des personnels soignants en cancérologie. *Gérer et Comprendre. Annales des Mines*, 152, 14-29.
- Cassiers, F., & Lociuero, J. (2019). De la musicothérapie à la thérapie non-verbale : Le modèle Benenzon et son évolution. *Revue française de musicothérapie*, 38(2). <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-03432263>

- Chemama-Steiner, B. (1993). Sign, ashes or picture rail. *Psychologie Medicale*, 25(9), 923-925. Scopus.
- Clouard, C. (2013). Enjeux psychiques et éthiques de l'écriture de soi : Attachement, narrativité, psychanalyse et destins des écrits en oncologie pédiatrique.
- Dubreucq, J., Kamperman, A. M., Al-Maach, N., Bramer, W. M., Pacheco, F., Ganho-Avila, A., & Lambregtse-Van Den Berg, M. (2022). Examining the evidence on complementary and alternative therapies to treat peripartum depression in pregnant or postpartum women : Study protocol for an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMJ Open*, 12(11). Scopus. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057327>
- El Ouazzani, H., Fontaine, E., Morlet, S., Braud, P., Szymczak, V., Robin, C., & Albouy-Llaty, M. (2019). Étude de faisabilité « Educ'Art-Ped » : Évaluation de l'impact de l'art-thérapie sur la qualité de vie des aidants d'enfants diabétiques. *Therapeutic patient education / education thérapeutique du patient*, 11(2), 1-11. <https://doi.org/10.1051/tpe/2019015>
- Ethique. (2005). In *Dictionnaire de l'Académie Française* (9ème édition, Vol. 2). Fayard.
- Fancourt, D., & Finn, S. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. WHO Regional Office for Europe.
- Feldman, R. (2016). Epistemology and ethics. In *Routledge Encyclopedia of Philosophy* (1re éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780415249126-P017-1>
- Fleury, C. (2018). Le care, au fondement du sanitaire et du social. *Soins*, 63(826), 54-57. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2018.04.016>
- Forestier, R., Bardsley, S., & Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine (Éds.). (2010). *Profession art-thérapeute : Actes du Congrès International d'Art-Thérapie 2010 organisé par l'AFRATAPEM et la Faculté de Médecine de Tours pour le 25e anniversaire du 1er diplôme universitaire français d'art-thérapie; musicothérapie, édugraphie, arts plastiques et thérapie, dramathérapie, législation ...* Elsevier Masson.
- Guétin, S., Coudeyre, E., Picot, M. C., Ginies, P., Graber-Duvernay, B., Ratsimba, D., Vanbiervliet, W., Blayac, J. P., & Hérisson, C. (2005). Effect of music therapy among hospitalized patients with chronic low back pain : A controlled, randomized trial. *Annales de Readaptation et de Médecine Physique*, 48(5), 217-224. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2005.02.003>
- Halpern, G. (2020). *Tous centaures ! Eloge de l'hybridation* (Le Pommier).
- Jaber, S., Bahloul, H., Guétin, S., Chanques, G., Sebbane, M., & Eledjam, J.-J. (2007). Effects of music therapy in intensive care unit without sedation in weaning patients versus non-ventilated patients. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 26(1), 30-38. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2006.09.002>
- Jacob Alby, V., & Védie, C. (2015). The clinical challenge of art therapy in its approach of the intimate. *Annales Medico-Psychologiques*, 173(6), 536-540. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.05.005>
- Lecourt, E. (2017). About arts therapies. *Ethics, Medicine and Public Health*, 3(2), 288-292. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2017.04.009>
- Lecourt, É. (2017). Chapitre 3. La musicothérapie. In *Les art-thérapies* (p. 75-119). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.lecou.2017.01.0075>
- Lecourt, É., & Lubart, T. I. (2017). *Les art-thérapies* (Armand Colin).

- Lloyd, B., & Usiskin, M. (2020). Reimagining an emergency space : Practice innovation within a frontline art therapy project on the France-UK border at Calais. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 25(3), 132-142. Scopus. <https://doi.org/10.1080/17454832.2020.1786417>
- Moret-Bailly, J. (2018). Déontologie, intégrité, éthique : Quelles complémentarités? [Cours en ligne]. *Ethique de la recherche*. <https://lms.fun-mooc.fr/>
- Narme, P., Tonini, A., Khatir, F., Schiaratura, L., Clément, S., & Samson, S. (2012). Non pharmacological treatment for Alzheimer's disease : Comparison between musical and non-musical interventions. *Geriatric et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 10(2), 215-224. Scopus. <https://doi.org/10.1684/pnv.2012.0343>
- Nasr, N., & Berthelie, B. (2022). Pourquoi enseigner l'éthique et les humanités en santé? [Cours en ligne]. *Humanités en Santé : le soin, des sciences humaines et sociales à l'éthique médicale*. <https://lms.fun-mooc.fr>
- Pequignot, B. (1993). Of the social function on the trace. *Psychologie Medicale*, 25(9), 932-935. Scopus.
- Puxeddu, V. (2017). Chapitre 4. La danse-thérapie. In *Les art-thérapies* (p. 120-161). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.lecou.2017.01.0120>
- Schmid, A.-F., & Mambrini-Doudet, M. (2019). *Épistémologie générique : Manuel pour les sciences futures*. Éditions Kimé.
- Sens, D. (2017a). Care ethics in art therapy with plastic mediations. *Ethics, Medicine and Public Health*, 3(2), 305-310. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2017.04.011>
- Sens, D. (2017b). Chapitre 2. Les arts plastiques thérapie. In *Les art-thérapies* (p. 46-74). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.lecou.2017.01.0046>
- Sicard, D. (2022). Introduction: Vol. 7e éd. (p. 3-8). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/l-ethique-medicale-et-la-bioethique--9782715409583-p-3.htm>
- Stone, E. (2019). An american art therapist in france : 30 years of teaching and supervising european art therapists and practicing art therapy. In *Exploring Ethical Dilemmas in Art Therapy : 50 Clinicians From 20 Ctries. Share Their Stories* (p. 133-139). Taylor and Francis; Scopus.
- Sudres, J.-L., Caloni, R., Fouraste, R.-F., & Moron, P. (1993). 'Arts, handicapped and rights' : Openings or closings ? About and beyond a colloquium. *Psychologie Medicale*, 25(9), 941-945. Scopus.
- Syndicat Française des Arts-Thérapeutes. (2022). *Éthique et déontologie*. SFAT. <https://syndicat-arts-therapeutes.com/ethique-et-deontologie/>
- Usiskin, M., & Lloyd, B. (2020). Lifeline, frontline, online : Adapting art therapy for social engagement across borders. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 25(4), 183-191. Scopus. <https://doi.org/10.1080/17454832.2020.1845219>



La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume 41 - numéro 02 - décembre 2024

Sons, musiques & ressourcement - Des thérapies soniques aux ambiances aménitaires

Philippe WOLOSZYN

Chargé de Recherches CNRS, Laboratoire Passages UMR 5319 CNRS - Universités de Bordeaux/Bordeaux Montaigne, Anthropological Research Institute, École Nationale Supérieure d'Architecture et de Paysage de Bordeaux, 740 Cours de la Libération - CS 70 109 - 33 405 Talence Cedex - philippe.woloszyn@cnrs.fr

Kahina IKNI

Post-doctorante MOPGA (Make Our Planet Great Again), Passages UMR 5319, Laboratoire Passages UMR 5319 CNRS - Universités de Bordeaux/Bordeaux Montaigne, Anthropological Research Institute, École Nationale Supérieure d'Architecture et de Paysage de Bordeaux, 740 Cours de la Libération - CS 70 109 - 33 405 Talence Cedex - kahina.ikni@bordeaux.archi.fr

Résumé

Ce papier concerne les effets ressourçants des sons, qu'ils soient musicaux, biophoniques, géophoniques ou anthropophoniques sur la sphère de perception humaine, des rituels shamaniques à la musicothérapie. Nous y abordons le principe trans-modal de l'écoute sonore à la fois mobilisée dans le cadre des pratiques musicothérapeutiques, et des pratiques d'écoute paysagère de l'environnement. Ce faisant, nous introduirons la notion d'objet sonore transitionnel, qui, par sa double fonctionnalité réminiscente et projective, permet d'ancrer le ressourcement par le sonore dans une perspective de symbolisation du monde par son écoute.

Mots clés

Ressourcement, Musicothérapie, Shamanisme, Paysage sonore, Ambiance aménitaire, objet transitionnel, artefact musical, symbolisation sonore

Abstract

This text concerns the resourcing effects of sound, extending from music to soundscape, meaning biophony, geophony or anthropophony on the sphere of human perception, from shamanic rituals to music therapy. We address the trans-modal principle of sound listening, which is mobilized in both music therapy and soundscape listening. Thus, we introduce the notion of the transitional sound object, which, through its dual reminiscent and projective functionality, allows to anchor sound resourcing in a perspective of world symbolization through its listening.

Keys words

Resourcing, Music Therapy, Shamanism, Soundscape, Amenitarian Atmosphere, Transitional Object, Musical Artifact, Sound Symbolization

Introduction

Au-delà de la capacité relaxante généralement vantée à force de sons de la nature vendus comme des dispositifs para-médicaux - objets sonifères sur le registre du naturel -, chants et musiques shamaniques ou religieux, ainsi que certains instruments à percussion longue tels que gongs, cloches ou bols utilisés notamment en réflexologie ou dans une démarche *ayurvédique*, cet instrumentarium de la méditation prend ses sources dans des pratiques d'écoute ou de réécoute du monde, du shamanisme aux sono/musicothérapies. Si ces pratiques sonores constituent souvent une offre commerciale alternative dans les rayons de coaching du bien-être de nos supermarchés préférés, les artefacts qui y sont convoqués sont susceptibles de faire émerger une fonction de ressourcement par la création de liens d'interaction entre le *moi intérieur* de la psyché, et le *moi-monde* de l'environnement perçu et ressenti.

Tenter d'approcher le processus psychique du ressourcement sonore à la lumière des interactions entre son et vivant constitue une entreprise particulièrement complexe, du fait du nombre d'interactions en jeu. Pour approcher cette notion, nous tenterons tout d'abord de dresser un rapide panorama culturel et historique des pratiques aménitaires du sonore en renvoyant dos à dos pratiques médicales basées sur la musique et pratiques animistes ou quotidiennes du bien-être par l'écoute du monde environnant - notamment l'immersion sonore paysagère - pour étudier les implications scientifiques ou pseudoscientifiques que ces pratiques mettent ou remettent en jeu.

Le son musical comme fonction thérapeutique transculturelle

Le son musical a été utilisé tout au long de l'histoire humaine pour favoriser le bien-être physique et le développement spirituel et émotionnel (Christoffel, 2018). Entre applications cliniques et pratiques historiques interculturelles, nous allons tenter d'esquisser une perspective thérapeutique partagée de l'écoute musicale et paysagère.

Dans les traditions anciennes, de la Chine au fin fond de la Sierra mexicaine, en passant par la Polynésie, la pratique de la guérison, qu'elle soit fondée sur l'usage des plantes, des massages, des chants, des rythmes ou de la magie, n'a jamais pu se passer des sons musicaux, utilisés comme puissance énergétique et harmonisante, capable de transmettre la force vitale universelle.

Selon la philosophie hindouiste, les sept premiers sons de l'échelle des harmoniques correspondent aux sept *chakras*, centres énergétiques étagés sur la ligne médiane du corps et dont la topographie correspond à celle des principaux plexus sympathiques (Andrews, 1992). Ce sont à la fois des points de jonction des *nadis*, canaux invisibles par où circule l'énergie vitale, et des centres correspondant à certains niveaux de conscience (Sravanti, 2017). Pour les yogis, l'homme est une partie de l'univers et chaque individu se caractérise par un son fondamental qui forme un intervalle, consonant ou dissonant, avec chaque son du monde (Larsen & Galletly, 2005). Partant de ces principes, la médecine *ayurvédique* s'emploie à rétablir l'harmonie de l'homme et de l'univers, en utilisant notamment le pouvoir des sons (*nada-yoga*), pour obtenir la guérison, et l'équilibre du corps et de l'âme (Sundar, 2007). Les principes shamaniques de ressourcement, voire de *renaissance (rebirth)*, basées sur la composition d'un son primordial et d'un rythme archaïque, trouvent dans la formulation des principes du *yoga* leur dimension corporelle par la formulation des *chakras* sur la ligne médiane du corps, dont le codage en hauteur (fréquentiel) admet une résonance visuelle (couleur) et corporelle (élément du corps). Cette *corporité sonore* (et visuelle) fait référence à un principe de résonance corporelle discriminante, qui appelle un effet sur une partie identifiée du corps récepteur (Daniélou, 1991).

Les Grecs connaissaient bien les pouvoirs curatifs de la musique en général, et du chant en particulier (Delavand & Roux, 2014). Aristote en prodiguait les apports thérapeutiques par la *fonction cathartique* de l'expérience musicale (Pisanti, 2022). Selon Homère, les fils d'Autolykos arrêtaient par un chant magique le sang noir qui s'échappait de la blessure d'Ulysse (l'Odyssée, XIX, 457). De même, Lucain évoque le pouvoir du chant contre l'hémorragie (Ph. IX, 643). Platon, dans le Théétète, parle des sages-femmes qui allègent les douleurs par leurs mélodies et il affirme que les recettes médicinales sont inefficaces sans le chant. Pindare nous apprend qu'Esculape soignait les malades « *en les enveloppant de chants très doux* » (Trotta, 2022). L'on sait également que la pratique de la guérison par les sons, utilisés comme puissance harmonisante, constituait une part importante de l'enseignement de Pythagore à Croton. L'usage thérapeutique du chant se perpétue jusque dans la tradition chrétienne : « *la musique a un pouvoir tel que, si elle emploie des modes plus agréables qu'il ne faut, elle entraîne les esprits à la licence. Si elle emploie des modes sévères et des mouvements recueillis, elle est un stimulant pour le courage et la vie spirituelle.* » (Simon Tunstede, XIVe siècle, cité par De Coussemaker in : Scriptorum, etc. IV, 204, 1864).

Du rituel à la psychanalyse, le son comme instrumentarium thérapeutique ?

Le rôle thérapeutique des instruments de musique apparaît dans des cultures très différentes et des civilisations très éloignées dans l'espace et dans le temps. Les rites païens de guérison se réfèrent constamment à l'interdépendance entre musique et nature (Schaeffner, 1980). Les Indiens d'Amérique utilisent des instruments fabriqués dans le bois de plantes médicinales qui transmettent des vertus thérapeutiques plus puissantes que celles des plantes elles-mêmes. La relation du shaman aux instruments de musique et à leur utilisation rituelle rend compte de la relation complexe qu'il entretient avec le monde. En effet, les instruments sont des objets sacrés (Eliade, 1959) formés à partir de substances autrefois vivantes : Calebasses, bois, peaux (tambours), os (flûtes), et leur usage est dédié à des fins religieuses et sacro-magiques (Rudhyar, 1982). Ainsi, les flûtes en bois de bouleau sont employées dans le traitement des rhumatismes ; les flûtes en élébore soignent les maladies nerveuses, etc (Aytaï, 1989). Dans l'Égypte antique, les objets sonnants possédaient les attributs de talismans et d'amulettes, en particulier les percussions métalliques réputées avoir des effets particuliers sur la conscience. Ces instruments

accompagnaient la récitation de formules magiques dont nous trouvons un grand nombre d'exemples dans le papyrus médical connu sous le nom de *papyrus d'Ebers* - nom emprunté à un égyptologue allemand du XIXe siècle (Mudry & Young, 2021).

Cadre du shamanisme, la conception animiste de la musique, en tant que sons émis à partir de substances sacrées autrefois vivantes, constitue le véhicule symbolique par lequel nous échangeons avec cette force de la nature qui maintient un équilibre dynamique entre nos mondes intérieurs - la terre et tout ce qu'elle porte - par les sons graves notamment - et extérieur - le ciel et tout ce qu'il contient - plus spécifiquement par les sons aigus (During, 2006). Le potentiel ressourçant de ces conceptions du monde tibétaines, taoïstes, perses et shamaniques, est fonction de ce qui peut unir ces domaines dans la relation avec autrui et avec la nature (Grauer, 2011). Une fonction importante de l'activité rituelle est alors de permettre aux participants d'entrer en relation avec les forces invisibles qui contrôlent les événements à la fois dans le monde intérieur (psychologique) et extérieur (social, physique). La *fusion extatique* via l'objet sonore musical obtenue lors de ces processus ritualisés s'incarne alors dans la conduite humaine quotidienne, dont le rôle est d'établir la communication entre moi intérieur et l'environnement et de transmettre son contenu social et affectif.

La vision Jungienne de la formation des symboles et de l'activité symbolique, que l'on pourrait qualifier comme partie prenante de notre *mythologie scientifique* actuelle, est tout à fait conforme à cette conception (Brault, 2022). En effet, les activités du shaman invoquent la présence de l'esprit primordial de l'espèce particulière qui forme le corps sonore, apparenté au concept d'*archétype* de Jung. Ces esprits animaux desquels sont issus les instruments représentent l'énergie instinctive et la capacité de transformation de l'individu ou, dans un sens thérapeutique, la capacité de croissance et de changement. Ils forment le lien avec les trois royaumes de l'existence - le monde spirituel, le plan physique et le monde souterrain - auxquels la musique du shaman donne accès (Eliade, 1959 ; Halifax, 1982), division tripartite du monde qui se reflète dans la conception freudienne du domaine psychologique : le *ça-moi-surmoi*.

Dans les sociétés shamaniques, le shaman est le guide pour l'individu en cours de guérison, et le gardien à la fois de l'équilibre psychologique et de l'équilibre écologique de son groupe social. Ce royaume invisible du shaman est très proche de ce que l'on appelle, en psychothérapie, l'*inconscient* personnel et collectif. En permettant le rapprochement avec autrui, tant le psychothérapeute que le shaman encourage le patient à lutter contre les peurs profondes et à les surmonter, en apprenant à reconnaître les sources archétypales de sagesse représentant son moi véritable et souvent refoulé. Le travail du shaman peut ainsi être considéré comme analogue à celui du musicothérapeute, dans le sens où les deux impliquent le partage de l'existence *via* l'accès musical à des sources intérieures de sagesse, de pouvoir et de santé/ressourcement par l'écoute. Ainsi, comprendre la nature du travail shamanique - et les mécanismes soniques de sa manifestation contemporaine en musicothérapie - éclairera le niveau le plus profond de l'interaction musique/musicien/écoutant. Cependant, une différence cruciale entre la thérapie et le rituel shamanique est que, alors que les formes rituelles sont universelles et transmises à travers le temps, en psychothérapie, et, ce faisant, en musicothérapie, chaque individu a la possibilité de créer ses propres formes spécifiques de liaison transdimensionnelle entre le *moi-système* - qui puise dans ses origines - et l'*autre-structure* - qui puise dans les manifestations du monde.

Accordage sonore et fonction rythmique

En tant que discipline étudiant l'enracinement psychique de la fonction de symbolisation des formes musicales, la musicothérapie *réceptive* vise à favoriser la communication pour rééquilibrer les émotions, gérer le *stress*, et réguler les rythmes biologiques. A ce titre, (Guillot, Guillot & Jost, 1984) ont établi une méthode d'écoute en trois étapes : l'apaisement du trouble, la détente du corps puis la relaxation, préliminaire de la procédure de ressourcement. L'écoute du son musical et des bruits de l'environnement étant comprise comme *objet transitionnel* au sens de (Winnicott, 1951), la musicothérapie analytique (Lecourt, 1985, 2006, 2007, 2011) s'inspire des objets d'étude de la psychanalyse tels que l'*accordage affectif* (Pisanti, 2022), par le *rythme* notamment. Ce dernier est de ce point de vue essentiel à la constitution de la *fonction contenante* de l'artefact sonore créateur de l'enveloppe protectrice entre moi intérieur et environnement.

Dans les musiques dites *de transe*, la répétition d'un motif sur un même *tempo* peut induire un état quasi-hypnotique, c'est le changement de rythme avec accélération qui provoque l'état de transe¹. En effet, la ritualisation *via* le sonore est articulé de manière étroite à l'émergence d'un premier rythme kinesthésique et respiratoire constitué d'inspirations et d'expirations, prénatales dans la matrice maternelle. *In utero*, le fœtus est donc exposé à un premier rythme constitué de *vides* (les silences) et de *pleins* (les bruits de l'environnement, filtrés par le liquide amniotique). Ce rythme fœtal donne naissance à une première *enveloppe sonore* (Anzieu, 1976), une *peau auditivo-phonique* assurant la fonction d'acquisition par l'appareil psychique de la capacité de signifier, puis de symboliser, peau dont Édith Lecourt a souligné la dimension *transmodale*² (Lecourt, 1984). L'enveloppe sonore se crée donc essentiellement à travers les qualités musicales du médium sonore, pour déboucher progressivement sur la *fonction contenante de l'accordage* (Stern, 1989) créant l'enveloppe au-delà de laquelle sont évacués les contenus psychiques intolérables (Houzel, 1987), souvent aussitôt remplacés par des contenus aménitaires. Voilà qui décrit l'un des principaux mécanismes psychiques de l'effet de ressourcement - qui consiste en la désactivation des contenus négatifs, avant la réactivation par des impressions positives - déclenché par l'écoute sonore et musicale.

De fait, les musicothérapeutes utilisent souvent un rythme constant et binaire comme *arrière-plan sécurisant* (Sandler, 1960) lors des thérapies, associé à un rythme *secondaire* aux modulations plus subtiles lors des interactions avec un enfant en particulier. On distingue ainsi les *macrorhythmes* associés à la rythmicité du cadre externe – un rythme musical de fond – des *microrhythmes* en tant que modulations plus subtiles advenant ultérieurement (Marcelli, 1992) et pouvant être assimilées à la rythmicité du moi intérieur.

¹ Les travaux de Michel Imberty (1997, 2005) ont montré que plus le débit sonore est rapide, plus la tension de l'auditeur s'élève.

² Parallèlement à l'établissement des frontières et des limites du Moi comme interface bidimensionnelle étayée sur les sensations tactiles, se constitue le Soi par introjection de l'univers sonore (et aussi gustatif et olfactif) comme cavité psychique préindividuelle dotée d'une ébauche d'unité et d'identité. 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.

***L'artefact sonore* comme vecteur ambiantal du processus de ressourcement**

Les auditeurs se situent ainsi dans une position de *décollement* (Rabeyron, Saumon, Dozsa, Carasco, & Bonnot, 2019) lors de laquelle monde interne et monde externe se *distancient* grâce à la fonction contenante du rythme et à l'accordage sonore qui en découle : dès lors, la musique génère le processus de symbolisation en lui donnant une *pré-forme contenante*. Etape essentielle du travail de figuration des angoisses, le sonore opère ici comme un *sein-toilette* selon la terminologie de D. Metzler, (cité par Golse, 2008), fonction-lieu de déflexion des projections délétères sur la figure de l'intrus, destiné à générer un mouvement de dérivation qui peut alléger le jeu du système interactionnel entre l'écouter et son environnement. Ce faisant (Winnicott, 1971) caractérise le sonore comme partie prenante du champ de *l'illusion intériorisée* qui caractérise les phénomènes transitionnels : les sons musicaux et paysagers constituent de ce point de vue des *artefacts fondateurs de l'interaction* à l'origine de l'effet de ressourcement. Cette fonction d'interaction *sensorio-mnésique* du sonore peut se manifester sous des formes réminiscentes qui associent l'écouter à un sentiment de « déjà vécu » porté par un son musical ou une sonorité ambiante développée dans son environnement perçu.

Dans le cadre de la l'étude des ambiances, *l'effet d'anamnèse* (Augoyard & Torgue, 1995) - basé sur le principe de la réactivation mémorielle à partir d'un *stimulus* - ici sonore ou musical - peut être recherché sur un mode volontariste, certains types de musique particulièrement évocateurs étant répertoriés dans ce but afin de provoquer un effet de réminiscence, le retour à la conscience d'une situation ou d'une atmosphère passées (Augoyard, 2000). Ce déclenchement de la mémoire sonore, parfois programmé dans un but thérapeutique, peut également se manifester par l'écoute quotidienne du paysage sonore³, qui renvoie à la qualification globale d'un milieu acoustique et à une saisie esthétique du monde environnant⁴. Le caractère situé de l'écoute, en affirmant l'irréductibilité de l'expérience sonore à la simple réception de signaux physiques, se retrouve ainsi relativisé par le pouvoir de réminiscence des éléments sonores paysagers de leur environnement. Ce pouvoir d'évocation des sons - l'effet d'anamnèse ou de réminiscence-, fonction principale de l'artefact sonore, projette ainsi l'auditeur, le passant, l'habitant dans un futur et possible de son environnement (effet de réactivation - de projection).

L'on peut affirmer que ce mécanisme d'échange de contenus par l'artefact sonore est consubstantiel à l'effet de ressourcement, dès lors que l'on admet que les contenus entrants de l'interaction environnementale sont référencés aux impressions sonores primordiales de l'être. Les impressions sonores qui découlent de l'écoute sont donc liées à la qualité de l'interaction entre l'histoire précoce de l'individu (existence fœtale, naissance, premières années de la vie), et celle de sa relation avec son environnement.

La première histoire du sonore, considéré ici comme un élément particulièrement archaïque (au sens *primordial*) de la construction psychique, soutient la préexistence ontogénétique des sensations sonores sur les perceptions visuelles. Si « *l'espace sonore est le premier espace psychique* » (Anzieu, 1985), il se trouve, avant la naissance, structuré par la filtration placentaire des bruits extérieurs, douloureux quand ils sont brusques et forts, sous forme de gargouillis et de sons *liquéfiés*, jusqu'à l'émission du cri primal lors de

³ Introduit par le vocable de *soundscape* par M. Schäfer (2010)

⁴ (Augoyard, 1991) propose la voie de l'expérience esthétique pensée comme une pratique plutôt qu'une réception « fonctionnelle », comme « une perception » plutôt qu'une « représentation élaborée ». La dimension esthétique ordinaire serait donc « l'opération non nécessairement cultivée par laquelle perceptions et conduites construisent une sensibilité aux formes architecturales qui déborde la fonction et l'usage ».

l'arrivée dans le monde extérieur...⁵. Si la psychanalyse a montré que le répertoire communicationnel est étroitement associé aux sensibilités précoces du nourrisson, voire du fœtus aux expressions des sons environnants *proto-musicaux* ou *proto-esthétiques*, ce type de *stimuli* sonores intra-utérins ou trans-corporels constituent l'un des piliers de notre héritage psychologique personnel (Damasio, 1999). Pilier qu'une seconde histoire interactionnelle avec l'environnement vécu et perçu vient compléter pour nous enraciner dans le décodage perceptuel de la fonction complexe réel-imaginaire de notre vécu, sa *construction idéoscénique*⁶ (Woloszyn, 2022). Cette seconde histoire du sonore décrit la fonction prélinguistique contenue permettant un retour sur la *self-perception* et la relation avec l'environnement (Pisanti, 2022). Cet objet transitionnel du sonore environnemental - l'écoute réminiscente des sons autour de nous - semble ainsi apte à développer une *fonction de symbolisation transitionnelle* entre le moi intérieur et le monde extérieur lors de l'expérialisation du monde par l'écoute.

Le ressourcement sonore ambiantal : oasis urbaines et zones calmes comme lieux aménitaires

L'étude du son dans l'environnement repose sur la compréhension de la façon dont le son, provenant de diverses sources - biologiques, géophysiques et anthropiques - peut être utilisé pour comprendre les dynamiques existantes entre l'homme et la nature à diverses échelles spatiales et temporelles. En ce sens, beaucoup d'études ont conclu que les sons de la nature d'ordres biophoniques⁷ et géophoniques⁸ avaient un impact positif sur la santé humaine (Chen, Hermes, Liu & Von Haaren, 2022) spécialement quand il s'agit du son des oiseaux, du son du vent, de la brise et du son des plantes et des arbres, les sons antropophoniques⁹ (Krause, 2016) quant à eux font objet de jugements modérés ni négatif, ni positif (Lafon, 2016).

Sur la base d'une méta-analyse de 21 articles scientifiques traitant de la ressource du paysage sonore Chen et al. (2022) ont défini trois points qualitatifs majeurs des sons paysagers : 1- l'évolution spatio-temporelle, les avantages pour la santé, les préférences et les valeurs du paysage sonore ont été sous explorés ; 2- les sons de la nature se présentent comme les sons les plus agréables chez des personnes aux appartenances socio-culturelles différentes ; 3- les sons naturels ont des effets positifs sur la santé et le bien-être des personnes, le degré de ces effets restant variable (exemple ; les chants d'oiseaux et les bruits de l'eau, les bruits de végétation induits par le vent) (figure1).

⁵ L'une des premières sources médicales de la potentialité d'*impression* intra-utérine par la musique et les sons est le Docteur Alfred Tomatis, oto-rhino-laryngologiste, surnommé *Docteur Mozart* (Thompson & Andrews, 2000).

⁶ L'idéoscène (Barker, 1963 ; Moles, 1977) relève de la construction psychogéographique du paysage. En articulant les deux conceptions cartésienne et anthropocentrée de l'espace, il représente la structure des flux de sensations, de perceptions, d'informations et de messages que l'être reçoit dans sa ligne d'univers. En se structurant en *scènes* qui se succèdent dans sa conscience, l'individu passe d'un flot continu de sensations à des impressions discrètes structurées. Ils sont alors assemblés, déformés et recombinaés pour participer à la représentation complexe des ambiances par la mobilisation des perceptions et des imaginaires.

⁷ Ce sont les sons produits par les animaux tels que les mammifères, les oiseaux, les amphibiens et les insectes, etc.

⁸ Comprend l'ensemble des sons provenant de l'environnement géophysique tel que le vent, l'eau, le tonnerre, le mouvement de la terre, etc.

⁹ Ce sont les bruits fixes ou mobiles créés par les êtres humains y compris les bruits des véhicules, bruits aériens, etc.

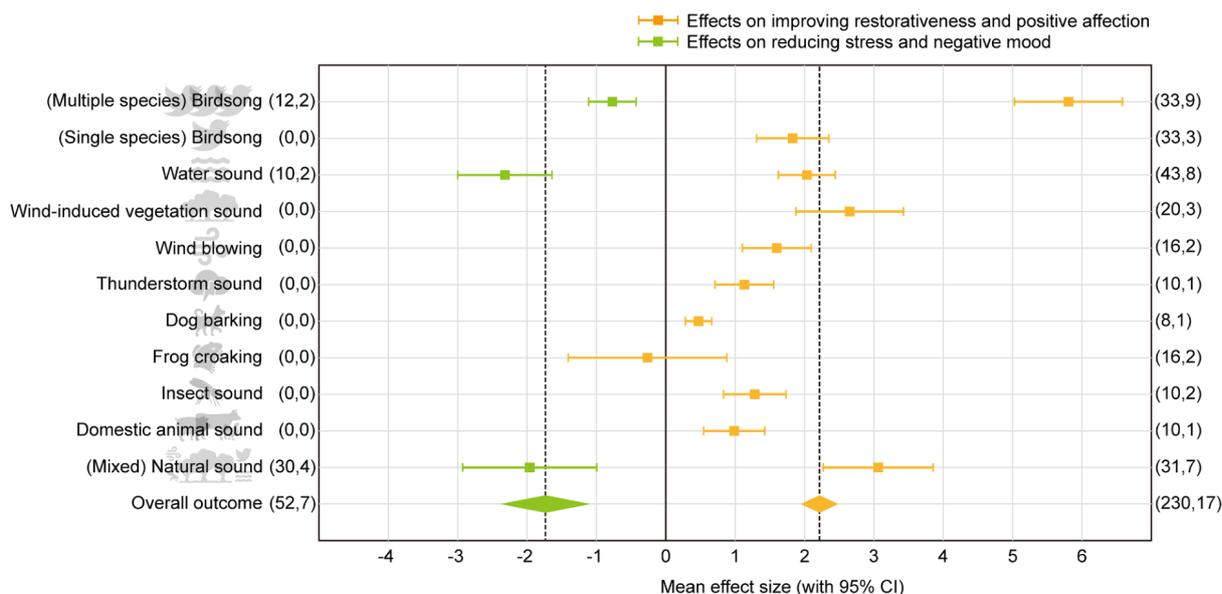


Figure 1 : Moyennes des effets des sons naturels sur l'amélioration de la restauration et l'affection positive et la réduction du stress et de l'humeur négative (les premiers et deuxièmes chiffres entre parenthèses des deux côtés indiquent le nombre de résultats et le nombre d'études, respectivement, pour chaque calcul d'inclusion). Source : (Chen et al., 2022).

Bien que l'approche du paysage sonore ait toujours considéré le son comme ressource (Schäfer, 2010), la recherche sur les sons qui favorisent des environnements sains et favorables à la santé de l'être humain et l'évolution des écosystèmes reste négligée dans les travaux d'aménagement urbains et paysagistes (Chen et al., 2022). Ces dernières années, les études sur le ressourcement se sont élargies pour inclure non seulement l'expérience visuelle esthétique, mais également celle des sons (Ratcliffe, Gatersleben & Sowden, 2016). Toutes ces recherches s'accordent sur le fait que les sons naturels tels que le vent, l'eau et les oiseaux sont perçus comme agréables, relaxants et potentiellement réparateurs (Payne, 2013) et peuvent conduire à une diminution du stress.

La recherche sur les oasis urbaines interroge la viabilité de la ville d'aujourd'hui, en mettant l'accent sur les aspects sociaux, économiques et environnementaux des systèmes urbains. Cette recherche interroge la manière dont l'architecture, les structures urbaines, les impacts de la propagation sensible des usages et les modes de sociabilité organisent les perceptions de ce qui détermine l'ambiance d'une oasis¹⁰. Factuellement, à l'opposé des ambiances sonores dominantes de la ville, l'oasis urbaine propose un environnement acoustique de faible niveau (encore qualifiables de « zone calme », c'est-à-dire exposée à moins de 55 dB(A) en journée selon le critère de la directive européenne¹¹). La nuit, avec un niveau autour de 10 dB(A), les habitants peuvent dormir fenêtres ouvertes ou entrouvertes, pour ventiler leur logement. Mais une oasis urbaine répond surtout à d'autres critères :

¹⁰ Ce concept a été approfondi dans le cadre de l'appel à projets de recherche « MODEVAL URBA 2015 » de l'ADEME, le bureau d'études TRIBU, le cabinet d'architecture CASA Architecture, Urbanisme et Environnement Sonore et le CAUE de Haute-Savoie

¹¹ La directive européenne Bruit publiée en 2002 : 2002/49/CE

- La complexité spatiale du donné à voir et à entendre (richesse ambiante), en d'autres termes, empruntés à Tim Ingold¹², des *entrelacs*, entre rues, bâtiments habités, nature urbaine, usages et phénomènes sensibles d'ambiance de type effet de coupure et effet de masque (Augoyard & Torgue, 1995), associés à un caractère apaisant voire ressourçant.

- Le potentiel d'*échappement* (CRESSON¹³) offert par l'ambiance du lieu par rapport à l'urbain, en d'autres termes sa capacité de mise à distance de la ville pour produire une sensation de contraste productrice de ressourcement, de dépaysement, d'évasion, de renvoi à la mémoire d'une expérience passée (*anamnèse*), d'une histoire des lieux et des gens qui y ont vécu...

- La *cohérence rythmique* dans les perceptions sensibles temporalisées en terme de synchronisme entre les canaux sensoriels (cohérence des vecteurs perceptifs).

Comme nous l'avons vu précédemment, les deux derniers critères - échappement et rythmicité - constituent les paramètres psychophysiques du corps et de l'esprit du son perçu, entre réminiscence sonore et immersion ambiante. Ce faisant, l'oasis urbaine engage le corps dans une expérience pluri-sensorielle particulière, dont le ressourcement est à la fois le but et l'effet, par l'écoute du son qui en constitue l'un de ses principaux révélateurs. En confirmant que la nature, très présente tant du point de vue visuel que sonore, offre des espaces ressourçants toute l'année, l'écoute située permet une clarification de la conscience environnementale du fait de la synesthésie à l'œuvre dans l'acte perceptif.

La composition sonore des milieux de ressourcement en « Oasis urbaines » reprend ainsi les éléments sonores et visuels réminiscentiels constitutifs des ambiances naturelles pour constituer l'« épice paysagère » de nos villes de béton, de fer et de verre. L'oasis urbaine comme support d'écritures ambiantales ressourçantes est ainsi vécue comme un espace qui reconnecte le citadin au rythme des saisons, de la journée, des présences de la faune et de la flore, via la perception sensorielle des phénomènes d'ambiance constitutifs du *Genius Loci - le génie du lieu*.

Conclusion : l'objet sonore transitionnel, artefact thérapeuto-ludique de symbolisation du monde par le ressourcement

Les fondements de l'*effet de ressourcement* des thérapies sonores, officinales, médicales ou paysagères que nous venons d'esquisser se trouvent certainement dans cette dualité du croire et du savoir relatifs au son - naturel, humain, musical ou autre - comme catalyseur fonctionnel du moi et de sa corporéisation environnante. C'est en effet autant par l'analyse fonctionnelle de l'effet des sons naturels ou humains, des rites shamaniques comme des immersions paysagères, que dans les pratiques thérapeutiques telles que la psycho- ou la musicothérapie, une interprétation de ce processus de symbolisation par les sons - définis en termes de rythmique, de hauteur et de forme spectrale *résonants* avec notre mental - prend sa source dans les étapes précoces de la construction de soi pour jeter un pont vers l'autre, qu'il soit humain, animal, végétal ou tout simplement terrien. Les effets indésirables de certains sons peuvent se produire dans le cas de niveaux sonores élevés, mais également à des niveaux sonores relativement faibles surtout si l'activité pratiquée nécessite concentration ou relaxation. Une composition maladroitement orchestrée de

¹² Tim Ingold définit l'entrelacs comme base des relations entre un corps et son environnement « fluide » (Ingold, 2011)

¹³ Objet de recherche depuis les années '80 par l'UMR 1563 AAU "Ambiances Architecturales et Urbaines" associant le CRESSON (Centre de Recherche du l'ESpace SONore) et le CERMA (CEntre de Recherche Méthodologique d'Architecture), les effets sonores (Augoyard & Torgue, 1995) nous font passer de l'échelle du paysage à celle de la situation phonique.

l'environnement sonore entraîne vite une augmentation du *stress* et de la fatigue de l'individu, tandis que des caractéristiques positives de l'environnement sonore favorisent des expériences réparatrices pour l'esprit telles que la détente, la méditation ou le ressourcement. Objectivement mesurée ou subjectivement perçue, la qualité ressourçante des sons de la nature ne fait plus débat. S'il n'existe pas d'interprétation universelle en matière de ressourcement par les sons de la nature, il se manifeste néanmoins *via* divers facteurs tels que les préférences sonores de l'individu, son état d'esprit, et sa faculté de mise à disposition environnementale, en un mot, son écoute qualifiante.

Cette fonction ressourçante des sons musicaux et paysagers peut être qualifiée *d'artefact*, en tant que dispositif mis en place pour créer un effet comme la proximité, l'intériorisation sonore, les états de semi-conscience, la relaxation ou le décollement. Ce faisant, la fonction essentielle de cet artefact est de transcender les frontières et les contraintes arbitraires de notre culture en resituant le moi intérieur au sein de son environnement. Ce processus de construction idéoscénique est susceptible d'améliorer les conditions de vie, afin de parvenir à un état sinon méditatif, du moins de pleine conscience environnementale et de bien-être.

Ainsi, ce travail de reconstruction de la subjectivité par le processus de l'écoute relève d'une *mise en sens* entre les logiques intrapsychiques de *sourcing* dans l'histoire individuelle et une *mise en scène* des réminiscences paysagères dans la construction des idéoscènes de notre vécu environnemental. L'expression de cette expérimentation sonore et musicale est portée par plusieurs caractéristiques du sonore, à savoir les hauteurs, les timbres, les rythmes, ou plus globalement la morphologie spectrale et les textures. Si l'effet d'anamnèse sonore constitue le principal générateur des constructions idéoscéniques ressourçantes, les stratégies de réappropriation de nos réminiscences sonores sont le principal marqueur systémique des objets sonores dits *transitionnels*, en ce qu'ils permettent une action sur les polarités sensori-psychiques de l'interface entre le moi intérieur et le reste du monde. Issue de la manifestation de forces et d'entités invisibles issues de notre expérience initiale de l'audition, notre *protomusicalité*, ces *objets sonores transitionnels* permettent la réception d'une forme signifiante extérieure - qu'elle soit musicale, paysagère (biophonique) ou humaine (anthropophonique) - forme dont le fondamental est constitué par nos origines terriennes, culturelles, développementales et bio-écologiques. L'action de ressourcement peut alors se décrire comme un champ d'interaction entre nos mois affectifs et spirituels qui puisent leurs racines dans notre histoire pour nous projeter dans le monde *via* l'expérience de l'écoute.

Bibliographie

- Andrews, T. (1992). Sacred sounds: Transformation through music & word. Llewellyn Worldwide.
- Anzieu, D. (1976). L'enveloppe sonore du soi. Nouvelle revue de psychanalyse, 13, 1976, 173-179.
- Anzieu, D. (1985), *le Moi-Peau*. Paris : Dunod.
- Augoyard, J. F. (2000). Une décennie de génie urbain. In G. Peyretti & T. Prost (dir.), Les ambiances urbaines entre technique et esthétique (pp. 69- 77). Paris : Ministère de l'Équipement/CERTU).
- Augoyard, J. F., & Torgue, H. (1995). À l'écoute de l'environnement : répertoire des effets sonores. Marseille : Editions Parenthèses.
- Augoyard, J. F. (1991). La vue est-elle souveraine dans l'esthétique paysagère ? Le débat, 3, 51-58.

- Aytai, D. (1989). La flûte nasale des indiens Nambikuara. *Cahiers d'ethnomusicologie. Anciennement Cahiers de musiques traditionnelles*, 2, 133-149.
- Barker, R. G. (1963). *The Stream of Behavior : Explorations of its Structure & Content*. New York : Appleton-Century-Crofts
- Brault, A. (2022). Des fondements mythologiques de la musique dans les théories (pubertaires) du musicothérapeute. *Revue française de musicothérapie*, 40, 1.
- Chen, Z., Hermes, J., Liu, J., & von Haaren, C. (2022). How to integrate the soundscape resource into landscape planning? A perspective from ecosystem services. *Ecological Indicators*, 141.
- Christoffel, D. (2018). *La musique vous veut du bien*. PUF.
- Damasio, A. R. (1999). *Sentiment même de soi (Le) : Corps, émotions, conscience*. Odile Jacob.
- Daniélou, A. (1991). Mantra. Les principes du langage et de la musique selon la cosmologie hindoue. *Cahiers d'ethnomusicologie. Anciennement Cahiers de musiques traditionnelles*, 4, 69-83.
- De Coussemaker, E. (1864). *Scriptorum de musica Medii aevi novam seriem a Gerbertina alteram collegit nuncque primum edidit E. de Coussemaker,...*, 1.
- Delavaud-Roux, M. H. (2014). Le chant des ménades dans les Bacchantes. Chant gestué en grec ancien. 8e rencontres professionnelles de musicothérapie active.
- During, J. (2006). Du samâ'soufi aux pratiques chamaniques. Nature et valeur d'une expérience. *Cahiers d'ethnomusicologie. Anciennement Cahiers de musiques traditionnelles*, 19, 79-92.
- Eliade, M. (1959). *The sacred and the profane: The nature of religion*. New York : Harcourt Brace Javanovich.
- Golse, B. (2008). Du bébé observé au bébé soigné : la place de l'empathie. *La psychiatrie de l'enfant*, 51, 2, 325-337.
- Grauer, V. (2011). *Musica dal profondo. Viaggio all'origine della storia e della cultura*. Torino: Codice, 2015.
- Guilhot, J., Guilhot, M. A., & Jost, J. (1984). *La musicothérapie et les méthodes d'association des techniques*. FeniXX.
- Halifax, J. (1982). *Shaman: The wounded healer*. New York: Crossroad.
- Houzel, D. (1987). Le concept d'enveloppe psychique. *Les Enveloppes psychiques*.
- Imberty, M. (2005). La musique creuse le temps : de Wagner à Boulez : musique, psychologie, psychanalyse. *La musique creuse le temps*, 1- 494.
- Ingold, T. (2011). *Une brève histoire des lignes* (S. Renaut, Trad.). Bruxelles : Zones Sensibles Editions, 2007.
- Krause, B. (2016). *Wild soundscapes : Discovering the voice of the natural world*. Yale University Press.
- Lafon, J. (2016). Esthétiques sonores et transsensorielles du rapport à la ville dans les parcs et jardins urbains. *Projets de paysage. Revue scientifique sur la conception et l'aménagement de l'espace*, 14.
- Larsen, P. D., & Galletly, D. C. (2005). *The sound of silence is music to the heart*. Heart.
- Lecourt, E. (1984). Actualité et développement de la musicothérapie. *La musicothérapie et les méthodes d'association des techniques*, 27-54.

- Lecourt, E. (1985). L'expérience musicale: Résonances psychanalytiques. *L'expérience musicale*, 1-300.
- Lecourt, E. (2006). Le sonore et la figurabilité. *Le sonore et la figurabilité*, 1-376.
- Lecourt, É. (2007). De l'écoute musicale à l'écoute clinique. Formation à la musicothérapie analytique de groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1, 085-092
- Lecourt, E. (2011). Les thérapies médiatisées, médiations artistiques. *Musicothérapie. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169, 10, 685-689.
- Marcelli, D. (1992). Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson. *La Psychiatrie de l'enfant*, 35, 1, 57.
- Moles, A. A., & Rohmer, E., (1977). *Théorie des actes : vers une écologie des actions*. Paris : Casterman.
- Mudry, A., & Young, J. R. (2021). A Critical Evaluation of “The Ear that Hears Badly” in the Ebers Papyrus. *Otology & Neurotology*, 42, 8, 1285-1290.
- Payne, S. R. (2013). The production of a perceived restorativeness soundscape scale. *Applied acoustics*, 74, 2, 255- 263.
- Pisanti, O. (2022). Unheard melodies : la « fonction psychanalytique » dans l'écoute musicale en musicothérapie, *Revue Française de Musicothérapie*, 40, 1.
- Rabeyron, T., Saumon, O., Dozsa, N., Carasco, E., & Bonnot, O. (2019). De la médiation musicothérapique dans la prise en charge des troubles du spectre autistique chez l'enfant: Évaluation, processus et modélisation. *La psychiatrie de l'enfant*, 1, 147-171.
- Ratcliffe, E., Gatersleben, B., & Sowden, P. T. (2016). Associations with bird sounds : How do they relate to perceived restorative potential? *Journal of Environmental Psychology*, 47, 136- 144.
- Rudhyar, D. (1982). *The magic of tone and the art of music*. Boulder and London: Shambhala.
- Sandler, J. (1960). The background of safety. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 352.
- Schaeffner, A. (Ed.2). (1980). *Origine des instruments de musique : introduction ethnologique à l'histoire de la musique instrumentale*. Paris: Mouton Éditeur.
- Schäfer, R. M. (Ed.1). (2010). *Le Paysage sonore, Le Monde comme musique*. Wildproject.
- Sravanti, L. (2017). Music in, as, or for therapy. *Indian Journal of Psychiatry*, 59, 2, 240-241.
- Sundar, S. (2007). Traditional healing systems and modern music therapy in India. *Music Therapy Today*, 8, 3, 397-407.
- Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson : une perspective psychanalytique et développementale*. Paris: Le fil rouge, PUF.
- Thompson, B. M., & Andrews, S. R. (2000). An historical commentary on the physiological effects of music: Tomatis, Mozart and neuropsychology. *Integrative physiological and behavioral science*, 35, 174-188.
- Trotta, A. (2022). Le chant d'Amour et de Psyché. *Revue française de musicothérapie*, 40, 1.
- Winnicott, D. W. (1951). *Transitional objects and transitional phenomena*. London: Tavistock.
- Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Londres et New York: totalité Tavistock.

Woloszyn, P. (2022). L'idéo-scénarisation sonore du paysage comme support métaphorique de sa médiation. *Projets de paysage : revue scientifique sur la conception et l'aménagement de l'espace*, 2022, Paysage(s) en partage. Vingt ans de médiation paysagère entre théorie et pratique : bilan et perspectives, 26, [10.4000/paysage.28208](https://doi.org/10.4000/paysage.28208). [halshs-03770486](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03770486)