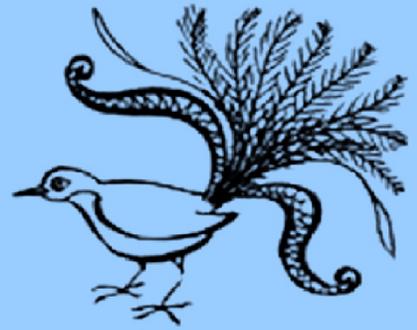


La Revue Française de Musicothérapie

Volume 40 numéro 02 mai 2023

Revel.unice.fr/rmusicotherapie





*La Revue Française
de Musicothérapie*

La Revue Française de Musicothérapie



Comité de rédaction de la Revue Française de Musicothérapie

Comité scientifique

Pr. Jean-Michel Vivès, professeur des universités, Université de Nice Sophia Antipolis
Pr. Edith Lecourt, professeur émérite des universités, Université Paris Cité
Pr. Todd. Lubart, professeur des universités, Université Paris Cité
Pr. Olivier Bonnot, PU-PH, CHU de Nantes, Université de Nantes
Marion Botella, MCF-HDR, Université Paris Cité
Dr. Nicole Duperret-Gonzalez, médecin psychiatre, musicothérapeute,
présidente de l'Association Française de Musicothérapie
Dr. Christine Falquet-Clin, médecin-psychiatre, musicothérapeute
Agostino Trotta, musicothérapeute
Iseline PEYRE (A faire rajouter)

Comité de rédaction

Anthony Brault, MCF, Université Paris Cité
Rozenn Cochet-Saget, psychologue clinicienne, musicothérapeute
Violetta Donini, musicothérapeute
Marie Orantin, musicothérapeute
François-Xavier Vrait, musicothérapeute, directeur de l'Institut de Musicothérapie de
Nantes
Frédéric Di Bisceglie, secrétaire de rédaction, psychologue, docteur en psychologie,
Université Côte d'Azur

Comité éditorial

Directrice de Publication : Pr. Edith Lecourt
Directeur Adjoint : Pr. Jean-Michel Vivès
Directrice de la rédaction : Dr. Nicole Duperret-Gonzalez



*La Revue Française
de Musicothérapie*

La Revue Française de Musicothérapie



Sommaire

Éditorial

La musicothérapie pourrait-elle devenir une discipline scientifique ? p.04-05.

Dr. Nicole Duperret-Gonzalez

Présidente de l'Association Française de Musicothérapie

Articles

L'accordage musicothérapique avec la « dyade prématurée¹ » pendant l'alimentation: un accordage esthétique, p.06-13.

Dominique Brugger

Musicothérapie et pluridisciplinarité, de l'indication à la place, p.14-31.

Violetta Donini, Alice Fillias et Alice Miller

De quoi parle-t-on quand on parle de musicothérapie, et quelle formation pour le musicothérapeute ? p.32-44.

Jean-Luc Leroy

Bénéfices du groupe en musicothérapie, p.45-55.

Dr. Nicole Duperret-Gonzalez

Temps mort : une réflexion sur le silence en musicothérapie, p.56-65.

Ella Tandéo

Meet In The Music : un curriculum au service d'une pratique, p.66-72.

Lou Latil



La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume 40 - numéro 02 - mai 2023

Editorial

Docteur Nicole Duperret-Gonzalez

Présidente de l'Association Française de Musicothérapie

La musicothérapie pourrait-elle devenir une discipline scientifique ?

Le numéro de la Revue Française de Musicothérapie que nous vous présentons aujourd'hui a demandé un peu plus de temps pour aboutir à une construction suffisamment élaborée.

Il rassemble les textes de musicothérapeutes ayant communiqué des Journées d'Etude de mars 2022 de l'Institut de Musicothérapie de Nantes (Dominique BRUGGER), de février 2022 de l'Association Française de Musicothérapie (Jean-Luc LEROY, Violetta DONINI), des articles spontanés (Ella TANDEO et celui que je vous présente aujourd'hui en écho et en forme de réponse à celui de Jean-Luc LEROY).

Enfin nous vous adressons un nouveau texte de Lou LATIL qui nous décrit son travail de musicothérapeute au Canada.

C'est un plaisir de découvrir à quel point les professionnels de notre discipline qui nous proposent leurs articles font preuve d'une rigueur croissante.

Il est indispensable en effet que les musicothérapeutes de l'époque actuelle soient en mesure de décrire avec précision les outils et les processus en jeu dans le cadre de leurs pratiques.

La « musicothérapie » a été nommée comme telle dans la deuxième moitié du XXème siècle : elle fait suite à des pratiques très anciennes, mais non conceptualisées donc non communicables, de recours à la musique dans le cadre du soin.

Elle s'inscrit dans le cadre des recherches sur les effets des médiations thérapeutiques dans la psychothérapie. Elle se doit d'y tenir une place à part entière, le médium musique étant un langage disposant de systèmes de codification depuis la nuit des temps, ce qui lui

donne un atout majeur dans la restitution du travail effectué en séance, et donc de l'évaluation de ses effets thérapeutiques.

Les écrits des musicothérapeutes sont à distinguer de ceux des neuropsychologues et des chercheurs en neurosciences, qui ne s'intéressent pas aux processus relationnels sous-jacents aux déroulements des séances. Mais ils se doivent de s'en inspirer, car les actuelles découvertes concernant les effets neurologiques de la musique sur les humains viennent corroborer les effets de la musique dans le cadre rigoureux d'une séance de musicothérapie.

Mots clefs

Conceptualisation de la pratique de musicothérapie, langage musical, place de la relation thérapeutique dans le cadre de la séance.

Could music therapy become a scientific discipline?

The issue of the Revue Française de Musicothérapie that we present to you today required a little more time to achieve a sufficiently elaborate construction.

It brings together the texts of music therapists who communicated the Study Days of March 2022 of the Institute of Music Therapy of Nantes (Dominique BRUGGER), of February 2022 of the French Association of Music Therapy (Jean-Luc LEROY, Violetta DONINI), spontaneous articles (Ella TANDEO and the one I present to you today as an echo and in the form of a response to that of Jean-Luc LEROY).

Finally, we are sending you a new text by Lou LATIL which describes his work as a music therapist in Canada.

It is a pleasure to discover to what extent the professionals in our discipline who submit their articles to us show increasing rigor.

It is indeed essential that today's music therapists be able to accurately describe the tools and processes involved in their practice.

“Music therapy” was named as such in the second half of the 20th century: it follows very old practices, but not conceptualized and therefore not communicable, of using music in the context of care.

It is part of research on the effects of therapeutic mediations in psychotherapy. It must hold a place, the music medium being a language with codification systems since the dawn of time, which gives it a major asset in the restitution of the work done in session, and therefore of the evaluation of its therapeutic effects.

The writings of music therapists should be distinguished from those of neuropsychologists and neuroscience researchers, who are not interested in the relational processes underlying the course of sessions. But they must be inspired by it because the current discoveries concerning the neurological effects of music on humans corroborate the effects of music in the rigorous framework of a music therapy session.

Keywords

Conceptualization of the practice of music therapy, musical language, place of the therapeutic relationship within the framework of the session.



La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume 40 - numéro 02 - mai 2023

L'accordage musicothérapique avec la « dyade prématurée¹ » pendant l'alimentation : un accordage esthétique

Dominique Brugger
Musicothérapeute (AFM)

Résumé

La musicothérapie avec la « dyade prématurée » est, du fait de la vulnérabilité de ses membres et des risques en présence, une clinique de l'extrême. Après un très bref rappel de ces particularités, l'extrait clinique d'un temps de préparation à l'alimentation de Johan par sa mère est étudié : observation des faits apparaissant comme significatifs et guidant les interventions, arguments, tentatives de définition, effets constatés et liens supposés sont déroulés. Sont ainsi examinés trois mouvements fondamentaux de l'accordage musicothérapique, qui s'articulent en un processus : le repérage de la tonalité dyadique pour la constitution du tiers rythmique, la proposition rythmo-sonore organique, et enfin la symbolisation poético-rythmo-mélodique, tous trois formant un accordage esthétique par nature.

Mots clés

Dyade prématurée, accordage musicothérapique

¹ La dyade prématurée est un couple mère nourrisson dont la naissance avant terme a provoqué chez chacun de ses membres un choc massif, souvent traumatique sidérant, toujours systématiquement désorganisant, et qui, du fait de l'enjeu vital pour le nourrisson, se trouve en situation d'urgence adaptative, alors que ni l'un ni l'autre de ses membres n'a la maturité physiologique, psychique et affective nécessaires à gérer les effets du choc.

Abstract

Music therapy with the "premature dyad" is, because of the vulnerability of its members and the risks involved, a clinic of the extreme. After a very brief reminder of these peculiarities, the clinical analysis of a period of preparation for Johan's feeding by his mother is studied: observation of the facts appearing to be significant and guiding the interventions, arguments, attempts at definition, observed effects, and supposed links. Three fundamental movements of music therapy tuning are thus examined, which are articulated in a process: the identification of the dyadic tonality for the constitution of the rhythmic third, the organic rhythm-sound proposal, and finally the poetic-rhythm-melodic symbolization, all three forming what Roussillon refers to as "aesthetis" tuning by nature.

Key words

Premature dyad, music therapy tuning

Cet article retrace en partie avec quelques compléments, la communication donnée aux journées d'études cliniques 2021 de la faculté de Nantes : « La temporalité en musicothérapie », sous le titre « regards croisés sur la musicothérapie auprès des nouveaux nés prématurés – Marion MUGA et Dominique BRUGGER – Lien de la communication :

<https://www.youtube.com/watch?v=5EZB-E8CBXM>

INTRODUCTION

S'il y a bien un lieu où les dimensions thérapeutique et préventive de notre métier prennent tout leur sens, c'est sans doute en néonatalogie. Car nous intervenons avec des êtres en grand péril. La vie ne tient souvent qu'à un fil en néonatalogie.

Or ces premiers temps de vie ex utero sont déterminants pour l'avenir et la qualité de vie future des nourrissons nés prématurés, et leur famille. Cette extrême vulnérabilité nous confronte à la question de l'effet dose. Nos paroles, gestes, émissions rythmo-sonores, affects, se doivent ici d'être finement ajustés à la rythmicité métabolique du nouveau né. Cela apprend entre autre, le sens de l'infinitésimal dans les dosages.

Si j'introduis mon propos sur cette gravité, c'est pour que nous ne nous leurrions pas. La présentation qui suit se veut certes optimiste, mais le contexte de la prématurité reste souvent un contexte dramatique.

Les familles et les membres de l'équipe de néonatalogie m'y ont accueillie, ce qui a permis ce travail. Je les en remercie chaleureusement.

BREF RAPPEL DU CONTEXTE DE LA PREMATURITE

La naissance à terme a lieu à environ 41 semaines d'aménorrhée (absence de règles chez la femme). On parle de prématurité lorsque la naissance a lieu avant la 37^{ème} semaine, de grande prématurité avant la 33^{ème} semaine. En France, entre 7 et 10% des naissances sont prématurées. Le devenir des nouveaux nés prématurés est variable selon le degré de prématurité, l'état de santé, et la façon dont les soins sont dispensés (Sizun J., Guillois B., Casper C., Thiriez G., Kuhn P., 2014).

Ce qui caractérise les nourrissons prématurés, c'est leur immaturité. Ces nouveaux nés (même sans pathologie ni handicap) présentent souvent des difficultés à téter c'est à dire à combiner respiration, succion et déglutition, ainsi qu'à digérer, à maintenir leur température, à respirer, ce pour quoi ils sont assistés.

Aparté : La tétée fait partie des combinaisons complexes pour lesquelles la musicothérapie active est un outil privilégié. En effet, l'élan et la globalité que suggèrent et auxquels invitent les processus « rythmo-sonores », à effet d'entraînement

spontané, en font un outil particulièrement adapté pour travailler l'accès aux combinaisons et en traiter les désordres.

La stabilité physiologique des nourrissons prématurés (homéostasie relative) est vite perturbée par toute stimulation sensorielle, interne (douleur, fatigue, insécurité), comme externe (vision, audition, toucher, odorat, vestibulaire, saveur, charge émotionnelle).

De son côté la mère est souvent en grande difficulté, choquée par la naissance avant terme, voire sidérée. Comme son nourrisson, elle souffre de la séparation. Son corps est vide mais ses bras le sont également. Cette béance fait aussi écho à un mouvement biochimique (interruption de la montée hormonale).

La mère vit donc un chaos émotionnel (Druon, 2005). Elle est confrontée à l'environnement hospitalier qu'elle ne maîtrise pas, à l'inquiétude pour son enfant en danger, et confrontée à sa propre détresse. Prise dans des sentiments d'incompétence, d'impuissance, de culpabilité, d'alarme et d'incertitude, d'isolement et d'ambivalence, elle n'est pas toujours en mesure de comprendre et répondre aux besoins de son nourrisson (Mader & Bouvard, 2014).

Le soutien des siens, sa propre capacité psychique, son information, et le professionnalisme de l'équipe médicale sont alors déterminants dans la façon dont elle peut faire face (Guedenney, 2014).

Or ceci est fondamental. Car c'est la façon dont la mère peut s'occuper de son enfant, qui met en route le rapport à la vie, aux autres, au monde et au langage de ce petit être en devenir. Cette force d'attraction partagée entre le nourrisson et sa mère lorsque tout va bien, permet de répondre aux besoins du petit, dans un mouvement suffisamment **continu, contenant, et interactif**, et de poser les bases d'une relation d'attachement « sécuritaire » (Bowlby, 1969). C'est souvent sur ce chemin de l'attraction que nous devons accompagner la dyade.

VIGNETTE : le prénom a été modifié

Johann, 32 semaines, né à 27 semaines et 1 kg 200, est dans les bras de sa maman. Il geint et s'énervé. D'après sa mère il veut téter mais ça ne va pas assez vite. Je m'accroupis, et m'adresse à l'enfant. La maman se saisit de l'instant. Comme je fredonne une improvisation de bruits de bouche, et qu'il se met à sucer ses lèvres, elle en profite pour le mettre au sein et l'encourage. Il tète un peu, elle est ravie et

dit que « ça marche ». (Pour le nourrisson prématuré, l'alimentation, épuisante, est aussi cruciale). *Les gestes s'incantent, notamment les gouttes de lait que dépose sa mère sur ses lèvres et qu'il aspire : une goutte de lait, mmmm, 2 gouttes de lait, mmm ... La chansonnette se construit progressivement : « tu piques, tu piques, le lait sur ta bouche, ... ».* Nous restons longtemps « tenus » dans cette intensité. L'enfant déguste et tête alternativement, la mère le félicite et rit de plaisir.

Ici, la tension fait place à la *cohésion sensori-psychique* par l'invitation :

- d'un tiers rythmique, qui se « coule » dans la *tonalité dyadique* et l'intimité du temps maternel,
- d'une première *proposition rythmo-sonore* « organique » d'abord, qui entraîne à l'interaction,
- à un *processus de symbolisation poético-rythmo-mélodique* « balancé » dans lequel la dyade se reconnaît.

Comme toujours, ces « mouvements » sont mobiles, s'infiltrant l'un/l'autre, et ne sont ici nettement distingués que pour la clarté de l'étude. La réalité est plus confondue.

ANALYSE DESCRIPTIVE

Reprenons ces éléments de cohésion, un peu comme à la loupe.

La tonalité dyadique : la préparation du soin

Donc le **tiers rythmique** qu'est ce que c'est ? C'est une personne qui s'accorde à la temporalité propre du nouveau-né et/ou de la dyade. Parfois il s'agit d'un temps fou dans lequel chercher à s'intégrer et à tisser. Car le temps du nourrisson, c'est sa mère, c'est la matrice : les battements du cœur, la matière sonore de la matrice (balancement perpétuel du souffle maternel, péristaltisme intestinal et autres mouvements organiques internes, sensoriels et hormonaux (saveurs, pressions, dépressions, humeurs)), et la résonance filtrée qui provient du monde externe. Or cette enveloppe familière est perdue au bénéfice, ou plutôt au déficit devrais je dire, d'un univers sensoriel étranger qui ici agresse le nouveau-né prématuré dans la solitude de la couveuse. Les stimulations sonores y sont matérielles, pointues, et subites, probablement d'une vélocité et d'une intensité sans commune mesure avec ce qu'il a connu jusque là – mais surtout, elles

surgissent sans lien. C'est pourquoi j'appelle ce temps « *un temps comme fou* ». Le tiers rythmique a pour fonction d'y faire des liaisons. Autrement dit, nous avons à nous inspirer de la tonalité dyadique, pour construire des liaisons ensemble.

Ce sont les liaisons, dans la lenteur d'assimilation de cet organisme immature, qui peuvent permettre l'intégration des gestes, des sons, de la sensorialité bousculée à laquelle est soumis le nourrisson prématuré. Or l'intégration est nécessaire pour ne pas avoir plus tard un corps « hors sol », un clivage sensorialité/corps/pensée.

Pour effectuer cette mise en liens, il est préférable que le tiers rythmique ait fait un travail personnel sur son vécu originel et ses premiers liens. Sinon comment conserver l'objectivité et la créativité nécessaires à la relation à établir ? Si des éprouvés émotionnels personnels intenses venaient à l'envahir dans cette triangulaire, il est probable qu'ils seraient délétères au nourrisson.

La tonalité dyadique : des gestes, des sons, signifiés et signifiants par exemple des geignements, des mains qui se crispent, un visage rouge et grimaçant, qui marquent quelque chose, ici quelque chose d'inconfortable. Johan semble chercher une voie de soulagement. Ses gestes sont lents, malgré le fait que je décèle dans leur intensité, une agitation sous jacente à vérifier, voire une douleur présumée.

Il faut savoir que l'immaturité du système nerveux peut générer des décalages temporels significatifs entre un stimuli externe et le délai de réponse du nouveau né prématuré. Ainsi un son, un toucher, une odeur, une émotion, peuvent voir le petit réagir de suite tout comme parfois, la réaction des sous systèmes en chaîne (voir à ce sujet la théorie synactive du développement : Als 1982, Martel & Millette, 2006), peut intervenir de nombreuses secondes après le stimuli. En effet les différentes voies qu'empruntent les influx nerveux sous forme de signaux électriques, sont soumises à l'immaturité. Ici le circuit peut être aléatoire et présenter des mouvements inattendus. De ce fait on peut constater de la lenteur dans les réactions autant que parfois, un embrassement immédiat. C'est pourquoi il est indispensable de prendre le temps d'observer le champ des interactions de la dyade entre l'environnement (dont nous même), la mère et le nourrisson. Nous pouvons ainsi en déceler la rythmicité globale apparente ainsi que la rythmicité manifeste du système nerveux du petit. Comment réagit-il aux paroles, aux touchers de sa mère ? à

notre arrivée ? aux mouvements ambiants ? et en combien de temps à chaque fois ? (couleur de peau, gestes et expressions, émissions ou inhibitions) ? Nous devons avoir intégré cette tonalité avant de proposer une articulation. Sans quoi nous ne pourrions évaluer la pertinence de nos propositions. Or le risque en cas d'erreur, c'est de produire outre le désagrément, voire la souffrance, un incident cardio-respiratoire ou vasculaire.

Nous observons ici chez la mère une relative tension, se voulant cependant optimiste. Elle marque une forte volonté de soulager son petit, garde son regard sur lui, tâche d'interpréter son agitation avec bienveillance, tout cela dans des échanges verbaux et gestuels adaptés... Mère qui se cherche elle-même dans cette épreuve inédite. Cet ensemble forme, pour le musicothérapeute, un début de polyrythmie.

C'est dans cette intimité d'un temps maternel, que je m'immisce. Je me coule dans la tonalité, signifie que je m'y adapte. Pour ne pas imposer, mais bien m'accorder à cette rythmicité, je me dois avant tout de percevoir, c'est à dire, entendre, voir, éprouver. Je constate que pour la mère, je représente un soulagement. C'est ce qu'on appelle une alliance thérapeutique efficace. Cependant ici, les gestes et paroles maternels pour calmer Johan, la présence de l'enveloppe odorante, tempérée et vivante de sa mère – dans le sens « en relation » – ne suffisent pas à le calmer. Il reste une difficulté manifeste à résoudre rapidement pour éviter un quelconque désordre physiologique. Comment faire ?

[La proposition rythmo-sonore organique : le cœur du soin

Je m'oriente vers ce que j'appelle une **proposition rythmo-sonore, organique** d'abord, qui entraîne à l'interaction. Je l'ai dit, j'écoute, j'observe, j'éprouve. Je commence à réagir à ce matériel, de façon rythmo-sonore. Je souligne ce qui m'apparaît comme fragment de mise en lien possible, par des bruits de bouche timbrés gutturaux (fond de gorge et voile du palais), un peu de mumming, (glissando de demi tons conjoints, voix de poitrine, cordes désaccollées laissant entendre de l'air), des micro balancements, éventuellement des micro interventions manuelles (clapotements, frottements, percussions corporelles sur moi-même ou l'environnement), qui reprennent ce qui se passe. Je cherche une créativité triadique, notre rythmicité commune. Pour expliquer ma mise en corps de la

tonalité dyadique de cette façon multimodale, (corps en balancement, voix, temps scandé...), je m'appuie sur les travaux de Marcel Jousse quant à la globalité, et aux qualités de ciné mimeur et verbo mimeur de l'humain (Jousse, 1974), que je rapproche de ceux de Daniel Stern à propos de la perception amodale et des affects de vitalité (Stern, 1989) : nous entendons ce que nous voyons et nous réagissons de façon transmodale en somme, à notre environnement, comme si nous en avions une perception globale différente de la somme de toutes les parties sensorielles stimulées.

J'y ajoute bientôt une dérivation en combinant et mélodiant davantage. Je me laisse inspirer par ce qui se passe et tente une représentation. Nous sommes dans le **champ de l'improvisation**. L'improvisation naît de mes perceptions et parfois de l'effet que je leur observe sur moi. La clinique périnatale évoque en effet la question de l'éprouvé du nourrisson, comme pouvant être projeté dans le thérapeute qui l'éprouve de façon corpo-psychique. Il s'agirait d'une forme de transfert corporel (Bick et Harris, 1962), plus exactement un contre transfert corporel (Potel, 2015) qui pourra faire l'objet après coup d'un travail d'élaboration pour se garder de toute confusion.

Je cherche donc quelque chose d'à la fois organique (qui reprenne la réalité), mais qui aille vers de **l'organisateur**.

L'organique, c'est ce qui rappelle le champ rythmo-sonore physiologique. La manifestation organique a pour particularités d'être imprévisible, incontrôlée et non organisée (gargouillis, gaz...). Elle est faite d'alternance entre silence relatif et clusters ou grappes sonores, parfois magmatiques qui, comme pour le volcan, seraient l'effet d'une pression interne de matières : gazeuses, électriques, tissulaires, chimiques. Je considère cela. Ce mouvement sonore organique par agrégats est aléatoire, sans scansion, cycle, ou logique autre que psycho-physiologique. C'est du rythme pur. « *Le rythme est dans le remous de l'eau, non dans le cours du fleuve* » (Maldiney, 1971, p161). Et cela n'a aucun sens, sauf peut-être pour le parent, l'ostéopathe, la puéricultrice, et le musicothérapeute. Nous sommes ici dans un flux temporel comme un bruit rose, frappé de discontinuités (déflagrations, perforations – faisant penser à la musique fractale).

Cela donne matière à faire des liaisons pour un musicothérapeute. Car cette atmosphère sonore décousue est relativement familière au nouveau né si

tant est que s'y adjoint le temps maternel². C'est pourquoi lorsqu'elle se manifeste, nous l'utilisons comme fil de reprise et y intégrons une pulsation micro balancée.

Pour imager la « reprise », à savoir l'articulation musicothérapique avec les bruits du péristaltisme, de l'arrière gorge, du museau du nouveau né prématuré, et avec les paroles ou babillages maternels, voire avec le sonore de la chambre, l'image de la reprise de la couturière me paraît intéressante. Parce que comme dans le tissage, la couturière reprisant des chaussettes part du canevas filaire et l'arpente avec méthode et régularité dans un sens puis dans l'autre. Elle avance avec le temps, comme tout artisan. De la même façon, je sillonne sur la trame relationnelle dyadique et environnementale, répétant, m'éloignant, repassant et tâchant d'apporter progressivement une organisation/circonscription du temps commun qui nous est propre.

Cette reprise répétée et élargie, à peine organisée, manifeste notre présence intime et profonde, primordiale en somme. Dans un moment de pareil enjeu, cela attire l'oreille, le corps et la question du sens chez les protagonistes. Aussi, la mère peut y reconnaître quelque chose de son enfant, ainsi que d'elle même, de la cellule familiale si sa capacité de rêverie l'y conduit. Cela lui parle. C'est son petit qui lui est ainsi raconté et reconnu dans sa réalité complète et sublimée, discrètement balancée. C'est pourquoi cela soutient, ou si nécessaire, entraîne à l'interaction à la fois le nouveau né prématuré qui s'entend dans mon discours qui repasse, et la mère qui peut y associer son corps et son imaginaire propre. **L'organisation rythmo-mélodique** advient petit à petit, tandis que nous jouons ensemble avec le rythmo-sonore.

Apporter quelque chose d'organisateur, c'est donc apporter quelque chose qui soit repérable et ouvrant, avec en plus de la continuité. Par ouvrant, nous entendons : de façon à ce que la dyade se sente libre d'être elle même, à son rythme intime. Ce qui est organisateur doit être repérable au sens où cela part de quelque chose d'existant chez la dyade, qui se répète au moins en partie, ce qui met la mémoire en jeu dans une temporalité élastique – et qui évolue vers des fréquences plus « domestiques » c'est à dire familières à la culture de la dyade – car la mère aussi

doit entendre cette forme d'induction vers l'esthétique.

J'appelle ce travail préliminaire de base une **induction perlaborative rythmo-sonore**. (Sur la perlaboration³, voir Laplanche et Pontalis, 2004). C'est une forme de symbolisation primaire (Golse, 2013) de perception, dans laquelle j'interpelle à peine, tout en me balançant de l'un à l'autre et de droite à gauche sur une pulsation lâche, comme un point de surfilage. En terme musical, on pourrait parler de *rubato*. La mère interagit, repositionne son petit avec des gestes contenant, et voyant la réaction de Johan entrain de sucer, elle dépose du lait de son sein à ses lèvres. Il y a comme un déclenchement si vous voulez, d'interaction fine. Dans l'infra verbal et le corporel, ils se stabilisent : s'agit-il de l'accordage esthétique dont parle René Roussillon (2004) ? Le petit retrouve une saveur, qu'il semble apprécier. Il lèche, il fait des efforts pour capturer, il déguste, la mère est contente et le manifeste (sourire, gestes, paroles). Les voici accordés. C'est un instant qui produit une sensation d'ouverture ... je pourrais dire que nous assistons à quelque chose d'expansif et ouvrant où tout est possible.

Cette manifestation de l'intimité profonde retrouvée entre la mère et son nouveau né, agit comme des retrouvailles qui paraissent conforter la dyade. Un sourire de triomphe se lit sur le visage de la maman. Je lui ai probablement proposé une forme de représentation de ce que son bébé peut vivre, où elle a trouvé ce qu'elle peut agir pour lui. Parallèlement Johan a pu se rassurer dans ce qu'il a entendu/senti de lui même, et de sa mère, symbolisé dans le **rythmo-sonore musicothérapique**, dans la continuité qui en émane, et qui égrène un temps organisé. Et enfin, il a pu se rassurer dans la confiance que manifeste sa mère. Il pourrait s'agir pour lui, de ce que Daniel Stern appelle le sens de soi émergent, qui s'éprouve là (Stern, 1989, pp. 67-68).

Le processus de symbolisation poético-rythmo-mélodique : l'intégration du soin

Arrivés là, nous pouvons favoriser la prolongation de l'échange de façon à permettre soit de dynamiser, soit de calmer, soit de simplement accompagner pour qu'un moment de bonne symbiose perdure

² Pour Daniel Stern (1989), la perception du nouveau né est supra modale (amodale) et comprend les affects de vitalité (fugitif, explosif ...) pp 67-90

³ Perlaboration : Laplanche et Pontalis (2004, p305). Processus par lequel l'analyse intègre une interprétation et surmonte les résistances qu'elle suscite (processus d'acceptation et dégagement de l'emprise des mécanismes répétitifs)

suffisamment longtemps. Cela pourra faire trace facilitatrice lors de la prochaine tétée. Autrement dit, **consolider l'accordage musicothérapeutique.**

Pour ce faire, j'entre progressivement dans la construction d'une chansonnette faite d'un ostinato évolutif. Ainsi, partant de mes interventions rythmo-sonores sommaires : « tu piques, tu piques... sha bidi scha, mmm, mmm piques, mmmm, du lait sur tes lèvres mmmmm ... » je m'oriente vers des vocalisations plus musicalement structurées de type rondo. Je cherche donc la rime et le cycle répétitif mesuré. Cette chansonnette devient petit à petit : « *tu piques tu piques, le lait sur ta bouche, tu goûtes, les gouttes, que ta langue touche .../...* ». De façon inédite, cela se construit lentement. Et il le faut.

De même, la prononciation labiale/linguale est distincte, c'est une manducation qui fait deviner, ressentir et entendre à l'enfant les mouvements de la cavité orale et du souffle. Ce qui nous intéresse en terme de neurones miroir et neurone écho pour l'accès futur au langage. Car ces premiers contacts avec la parole doivent donner au nourrisson prématuré le goût du langage, de la bouche active, dont les fonctions peuvent être désinvesties lors un séjour prolongé en néonatalogie.

Je raconte donc ce qui se passe, les faits, en me tenant au plus près de la clinique : le lait coule, je chante qu'il coule ; la langue de Johan apparaît, je raconte les mouvements de sa langue, en musiquant légèrement. C'est cela que j'appelle un **processus de symbolisation poético-rythmo mélodique balancé**. Pourquoi balancé ? Parce que le balancement est un des principes même de la vie. C'est inévitable, inoubliable. Celui qui ne connaît pas le plaisir de se balancer avec les autres, d'être dans la rythmique commune, et qui en est décalé, étranger, est quelque peu égaré⁴. Il cherche toujours, des points de jonction et de confirmation psycho-corporelle de lui-même. Chacun aspire à cette cohérence organisatrice et résolutoire, ce balancement originel. L'être humain s'est construit ainsi dans le ventre maternel : droite, gauche, avant arrière, en haut et en bas. Même l'animal est ainsi distribué. Le mammifère en tout cas. Mais nous, humains, nous chantons cette distribution, nous la dansons, la jouons. Nous nous y

enracinons et nous y déployons à l'infini. C'est une forme sublimatoire.

Dans le cas qui nous intéresse, ce balancement reste subtil, et participe au phénomène d'entraînement. Il soutient l'improvisation vocale poético-rythmo-mélodique élémentaire du musicothérapeute. L'improvisation s'organise en sonorités primaires (une voix parlée chantée, des cordes davantage accolées qu'au début – en opposition à instrumentale matérielle et multi cordes, dont l'atmosphère me semble saturée). Les phrasés sont simples et réguliers, cyclés, démarrant en levées, ils évoquent la réalité mais avec un vocabulaire aux sonorités riches du point de vue de l'effet esthétique : ce qui est vu s'entend à la bouche et se goûte à l'oreille. Nous cherchons à conforter le plaisir et la confiance vécue. Nous préférons nos émissions tissulaires organiques (émanant de notre corps parlant, vivant et complexe) à tout autre instrument.

Est-ce que ces propositions correspondent au réel de la dyade, comment est-ce qu'elle vit tout cela, je l'ignore. Pourtant, il semble que le processus et ses étapes contribuent à ramener de la cohérence sensori-psychique à la dyade. En effet, je constate que Johan tête calmement, que la mère est contente, et que la dyade est délicatement accordée si j'en crois le récit mimo-gesto postural de Johan et les réponses de sa mère au sourire paisible.

CONCLUSION

Si la science nous incline à mesurer et prouver, la clinique nous invite avant elle à interroger les éléments mis en œuvre pour parvenir à un effet, à analyser encore, à douter, à chercher toujours à comprendre mieux. Dans cette démarche, j'ai récemment découvert un travail de thèse sur les atmosphères et leurs changements aux abords de la psychose et du traumatisme, par [Guillaume Rebollar](#), sous la direction de René Roussillon. J'ai été ravie d'y trouver approfondie cette hypothèse de René Roussillon d'un accordage esthétique, inter, multi et transmodal. Je suis en effet convaincue que cet accordage esthétique est le 1^{er} impacté par notre soutien au chevet de la dyade, le premier indispensable à obtenir chez la dyade, pour qu'un développement favorable advienne. Il nous reste à le prouver. Car la décomposition à la loupe de ces trois mouvements de travail nous permet certes d'observer un apaisement. Mais est-il le fait, ou tout au moins corrélé à l'accordage musicothérapeutique opéré ? Sans une recherche avec groupe contrôle, on nous objectera que rien ne le prouve.

⁴ Cercler D., cite Sebanz N. et Oullier O : Natalie Sebanz et ses collègues (2006) déclaraient que les formes d'actions conjointes reviennent à incorporer le temps des actions des autres. Elle montrait que cette activité est plus simple que de se maintenir en état de désynchronisation. Olivier Oullier (2008) a étudié des situations de syncopation et a aussi montré que se maintenir à contre-temps nécessite un investissement énergétique plus important et une plus grande attention à la préparation et au contrôle du mouvement.

BIBLIOGRAPHIE

- Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte*, PUF édition 2002
- Cerclet, D. (2014). Marcel Jousse : à la croisée de l'anthropologie et des neurosciences, le rythme des corps, *Parcours anthropologiques, Présences du corps et kinésie*, 9/2014
- Druon, C. (2005). *A l'écoute du bébé prématuré*, Flammarion
- Golse B. (2016). De la symbolisation primaire à la symbolisation secondaire, plaidoyer pour un gradient spatio-temporel continu autour de la notion d'écart, *les cahiers de psychologie 2013/1 N°40*.
- Guedenney N. & al (2014). Impact de l'hospitalisation périnatale sur le lien parent-enfant : apports de la théorie de l'attachement, in *Soins de développement en période néonatale*, p 17-25, Springer 2014
- Haag G. (2002). Résumé d'une grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste, *Carnet psy 2002/8 N°76*, pp 19-23
- Jousse, M. (1974). *L'anthropologie du geste*. Paris : Gallimard.
- Harris Williams, M. (2007). *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, éditions du Hublot
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (2004). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Puf, Paris, p.305
- Martel MJ. & Millette I. (2006). *Les soins du développement, des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*, Montréal, éditions du CHU Ste Justine, Collection Intervenir
- Mader, S & Bouvard, C. (2014). Expérience des parents de nouveaux nés prématurés pendant et après l'hospitalisation, in *Soins de développement en période néonatale*, p179-186, Springer
- Mauss, M. (1936). Les techniques du corps, *Journal de psychologie*
- Maldiney, H. (1973). L'esthétique des rythmes, *Regard, Parole, Espace*, Lausanne : l'âge d'homme, 147-172.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*, Paris, Seuil, coll. « Points / Essais » (n° 534)
- Potel, C. (2015). *Du contre transfert corporel*, Toulouse, Eres
- Rebollar, G. (2016). Une étude de l'atmosphère et des changements de l'atmosphère aux abords de la psychose et du traumatisme, construction de la notion d'Atmosphère par une approche clinique et psychopathologique d'inspiration psychanalytique, *thèses.fr*
- Roussillon, R. (2001). Symbolisation primaire et secondaire, <https://reneroussillon.com/symbolisaion/symbolisation-primaire-et-secondaire/>
- Roussillon, R. (2004). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double », *Revue Française de Psychanalyse*, L XVIII, N°2, 411-439. PUF. Sur le partage esthétique lire pp. 431-434
- Roussillon R. (2016). *Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie*" Elsevier Masson, 2016, chapitre 8
- Sizun, J. Guillois, B. Casper, C. Thiriez, G. Kuhn, P. (2014). *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique*, Springer
- Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : Puf
- Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard (trad. 1975)



La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume 40 - numéro 02 - mai 2023

Musicothérapie et pluridisciplinarité, de l'indication à la place

Violetta Donini
Musicothérapeute

Alice Fillias
Orthophoniste

Alice Miller
Psychologue

Résumé

La musicothérapie donne souvent lieu à des groupes thérapeutiques mais la littérature recense peu de références en lien avec un travail pluridisciplinaire en CMPP. Ainsi, nous vous présenterons trois exemples de co-thérapies associant la psychologie, la psychomotricité et l'orthophonie à la musicothérapie. A travers ce travail multidisciplinaire nous explorerons la question de l'indication à celle de la place. Pour cela, cet article propose d'abord « l'avant » d'un groupe de communication sonore en présentant les bilans psychologique et psychomusical, puis les questions sous-tendues lors d'un groupe musicothérapie-psychomotricité qui aborde le « pendant » de la séance et enfin, l'analyse à posteriori du groupe associant l'orthophonie et musicothérapie c'est-à-dire « l'après ». Le fonctionnement institutionnel et la co-thérapie sont abordés à travers nos observations cliniques, avec pour résultat une mise en perspective de la place de la musicothérapie au CMPP et du traitement de la question du sonore et du langage dans chacun de ces groupes.

Mots clés

Musicothérapie, co-thérapie, psychologie, psychomotricité, orthophonie, Communication Sonore, bilan psycho-musical, CMPP.

Abstract

Pluridisciplinary groups using music therapy are frequent however there are few scholarly works referring to this type of therapy in a CMPP (Centre Medico Psycho Pedagogique). This article presents three examples of co-therapy associating psychology, psycho-motor therapy and speech therapy with music therapy. This pluridisciplinary approach focuses on the question of therapeutic indication and the role of patients and therapists within the session. In order to explore these elements, this article first proposes a comparison of clinical situations that emerged during the construction of a sound-based communication group. Second, we explore the questions that arose during a psychomotor-music therapy group, and third, the analysis in the aftermath of a group led by a speech therapist and a music therapist. Through our clinical observations, we look at how music therapy exists in an institution such as a CMPP and explore the questions of sound and language in each of the pluridisciplinary groups.

Key words

Music therapy, co-therapy, psychology, psychomotor therapy, speech therapy, Sound-based communication, psycho-musical test, CMPP.

INTRODUCTION GENERALE

Cet article découle de la journée d'étude de l'Association Française de Musicothérapie, le 5 février 2021, consacrée à la musicothérapie et la pluridisciplinarité. Lors d'une table ronde, nous étions trois thérapeutes : Alice Fillias, orthophoniste, Alice Miller, psychologue et Violetta Donini, musicothérapeute. Le travail avec notre collègue psychomotricienne sera également évoqué au cours de cet article. C'est au CMPP¹ de Boulogne Billancourt que nous nous sommes rencontrées et avons décidé de créer en binôme trois groupes thérapeutiques.

Nous présenterons ces trois travaux pluridisciplinaires selon un fil conducteur temporel : l'avant, le pendant et l'après d'un groupe thérapeutique. Dans chacun de ces groupes, la musicothérapeute était présente avec une co-thérapeute différente.

En ce qui concerne "l'avant", nous nous pencherons sur une description et une analyse des processus qui entrent en jeu lors de la création d'un groupe pluridisciplinaire, à travers un dispositif de Musicothérapie Analytique de Groupe (la Communication Sonore). Nous allons ensuite examiner le "pendant" de la séance du groupe "Musique en corps" où les mêmes supports sont utilisés différemment selon les thérapeutes. Dans un troisième temps, nous allons partager les réflexions qui ont émergé dans "l'après" du groupe "Bla Boum".

Ces trois groupes sont différents les uns des autres, non seulement par leur contenu, les pathologies des patients, mais également dans leur longévité. Nous allons vous présenter des réflexions basées sur notre pratique et expérience; et nous partagerons également des vignettes cliniques. Ce travail à trois a été riche en enseignements mais aussi complexe, aussi bien d'un point de vue organisationnel que théorique.

Cet article a été pensé et écrit à plusieurs voix, pour plus de clarté, nous avons choisi d'écrire nos initiales dans les sections où nous relatons nos réflexions personnelles.

I. Musicothérapie et psychologie : L'avant

Violetta Donini, musicothérapeute et Alice Miller, psychologue clinicienne

1. Historique du groupe, questionnements et réflexions

Une description et analyse des processus qui entrent en jeu lors de la création d'un groupe pluridisciplinaire, à travers l'élaboration d'un dispositif de musicothérapie analytique de groupe (Communication Sonore).

a. Historique du groupe

AM : L'histoire de ce groupe débute lors d'une réunion plénière au CMPP, fin septembre 2018, lorsque Violetta Donini annonce qu'elle souhaite mettre en place un groupe de musicothérapie. Elle voudrait s'appuyer sur la communication sonore et partir des principes de Musicothérapie Analytique de Groupe² (MAG comme on le surnomme). Elle cherche quelqu'un avec qui l'animer.

Au moment où je lève la main pour me proposer comme candidate, je suis en poste au CMPP depuis un an seulement. En parallèle de cette activité, je travaille dans un hôpital de jour pour enfants autistes, où la pratique de groupe thérapeutique à médiation est plus que majoritaire. Enfin, je viens d'intégrer un groupe de percussion brésilienne, une Batucada. C'est la jonction de ces différentes expériences qui est en train de provoquer le début d'une prise de conscience de l'impact et des transformations

¹ Centre-Médico-Psycho-Pédagogique où des enfants et adolescents de trois à vingt ans sont pris en charge pour des troubles d'ordre psychique, psychomoteur, comportemental ou des difficultés d'adaptation.

² Voir l'ouvrage de Edith Lecourt (2007) sur le sujet où le dispositif de la Communication Sonore est développé.

Pour résumer, un groupe de participants improvise avec la consigne d'entrer en relation les uns avec les autres par l'intermédiaire des sons, sans parler. Cette improvisation est enregistrée ; une première verbalisation se fait lorsque les participants ont arrêté de jouer, puis une deuxième verbalisation a lieu suite à la réécoute de l'enregistrement.

que le groupe et le sonore opèrent en moi. C'est certainement l'ensemble de ces éléments qui m'ont procuré un élan d'enthousiasme à l'idée de découvrir la musicothérapie à travers la création de ce groupe.

Ainsi, nous avons une musicothérapeute, une psychologue, un projet de groupe rédigé et distribué aux collègues. Il ne manque plus que les indications. Avant, il faut savoir que la musicothérapie a débuté au CMPP en même temps que Violetta Donini, et bien que des groupes de réflexions aient été réalisés pour penser l'intégration de la musicothérapie dans les pratiques, le nouveau groupe proposé est une première. Ainsi, il ne suscite pas de représentation claire dans l'esprit de chacun et, à sa création, les indications ne sont pas immédiates. Ceci explique peut-être en partie pourquoi tous les patients ont été pré-recrutés par mes soins au cours de bilans psychologiques. Après discussion avec le médecin référent, Violetta Donini a vu les patients en bilan psycho-musical. Là est l'une des particularités de notre groupe : chacun des trois patients a passé un bilan psychologique et peu de temps après un bilan psycho-musical. Le groupe débute finalement en Janvier 2019, il s'arrêtera 6 mois plus tard en juin et ne pourra pas être repris à la rentrée scolaire suivante pour des raisons extérieures au groupe (congé maternité et COVID).

b. Réflexions et questionnements

Pour penser les fondements du groupe MAG nous nous sommes appuyées sur plusieurs auteurs ayant pensé l'intrication du sonore dans le développement psycho-affectif de l'humain, l'émergence du langage et le rapport au verbal dès la naissance. Contrairement à ce qu'indique le nom de la discipline, la musicothérapie ne s'élabore pas uniquement autour de la relation du patient avec la musique mais concerne aussi et surtout le sonore dans sa globalité.

Anzieu, lorsqu'il analyse les différents types de contenants dans le *Moi-peau* (2006) insiste sur l'importance de « l'enveloppe sonore ». Le sonore étant notre premier espace psychique, il permet au Soi de se structurer, en

fonction de l'espace et du temps. Edith Lecourt (2006) développe ce concept plus en profondeur en précisant le terme « d'enveloppe musico-verbale ». Cette dernière est constituée d'une face verbale tournée vers l'extérieur, et une musicale plus tournée vers l'intérieur. Pour elle, sur le plan sonore [Citation] « le niveau de mentalisation n'est véritablement atteint qu'avec les codes du langage verbal et de la musique. Ceux-ci constituent des zones privilégiées à l'intérieur du sonore, de sons et de silences totalement maîtrisables et reproductibles. » (p. 300-301).

Bien que la syntaxe se mette en place autour de l'âge de deux ans, le cerveau prépare cet apprentissage avec beaucoup d'anticipation. Olivier Houdé, dans *La psychologie de l'enfant* (2015) décrit une expérience où des voix féminines racontent des histoires à des bébés de 3 mois. Il en ressort que les bébés activent, au niveau cérébral, les régions du langage de l'hémisphère gauche proches de celles que l'adulte active lorsqu'il écoute des histoires : ce qui deviendra les aires du langage est déjà sollicité, et ce, pratiquement dès la naissance.

Il est intéressant de rapprocher cette expérience avec la notion de « cavité sonore primitive » qu'Edith Lecourt évoque dans *Le sonore et la figurabilité* (2006). Ce concept reprend l'image de René Spitz concernant la cavité orale comme organisateur primaire de perceptions. Madame Lecourt développe cette notion en expliquant l'importance que joue le sonore dans cette organisation : [Citation] « le sonore y a une importance particulière, et cela dès le premier cri, car il inaugure le rapport intérieur/extérieur de toute production vocale, le son émis étant entendu simultanément, bien que différemment (de façon aérienne), expérience qui marque une première distanciation. » (p. 298). D'autre part, Eduarda Carvalho s'intéresse au sonore pendant la grossesse et examine la relation fœtale avec la mère : [Citation] « on peut observer une coïncidence temporelle dans l'apparition de deux compétences du fœtus : sa capacité d'écouter la voix maternelle et celle de sucer son pouce. On peut donc s'interroger sur l'hypothèse d'un accordage prénatal entre la

voix de la mère et le mouvement de succion du fœtus.” (Carvalho, 2015, p.51). Bien avant l’apparition du langage, aussi bien au niveau psychique, que physique, le sonore est donc organisateur de perceptions, sur lesquelles se bâtit le langage.

Les fondements du langage et du sonore, la musicothérapie analytique de groupe et des bilans psychologiques et psycho-musicaux pour chacun des patients : voilà les fondations sur lesquelles nous allons bâtir notre groupe de communication sonore.

Ainsi, lors de la préparation de la journée d’étude et a fortiori de cet article, un certain nombre de questions nous sont apparues. Puisque nous avons la chance d’avoir un bilan psychologique et psycho-musical, pouvons-nous les comparer ? Quelles seraient les similitudes qui se dégageraient des bilans ? Pourquoi et comment ces indications avaient pu être posées ?

Nos trois patients, d’âge similaire, avaient pourtant trois personnalités très différentes. Comment ont-ils fait groupe avec leurs différences ? Quel accordage sonore ou psychologique pouvons-nous observer ?

Enfin vient la question de la place du professionnel, de chacune dans le groupe. Avec la double casquette de Violetta Donini, à la fois musicothérapeute et musicienne, comment se laisser aller à la communication sonore ? Et pour la psychologue, comment se passe l’infiltration d’un groupe de musicothérapie ?

C’est à partir des deux vignettes cliniques suivantes que nous tenterons de répondre à ces questions.

2. Particularités et différences des bilans, indications thérapeutiques

Comme nous avons pu l’évoquer plus haut, les trois participants au groupe MAG ont passé chacun un bilan psychologique et un bilan psycho-musical. Alice Miller a fait passer le WISC-V ainsi que des épreuves projectives (Rorschach et TAT) et Violetta Donini un bilan psycho-musical composé d’éléments projectifs et d’exploration active instrumentale.³ Nos trois patients, deux filles et un garçon, étaient en classe de CM2.

Évidemment, afin que notre article ne soit pas trop long, nous avons dû faire des coupes dans la présentation des bilans perdant ainsi par moments des informations ce qui, nous l’espérons, n’enlèvera que peu de chose à la compréhension de notre propos. Nous avons choisi de conserver l’ordre chronologique de la passation des bilans pour vous les présenter ici. Ainsi, les bilans psychologiques vous seront présentés en premier, puis les bilans psycho-musicaux. Évidemment, nous allons tenter de faire ressortir certains éléments de nos bilans au détriment d’autres. Ceci reste un parti pris. Nous vous présentons surtout la clinique de nos pratiques, il est évident que tout cela est bien subjectif.

a. Mathieu⁴ et la cellule rythmique “doudou”

Mathieu est en classe de CM2, il a 10 ans. Il vient au CMPP suite à plusieurs incidents à l’école, principalement des crises de colère avec violence. Bien qu’il reconnaisse les faits, Mathieu ne peut pas en dire grand-chose. Par ailleurs, il est très investi dans son club de foot, où cela se passe mieux qu’à l’école.

Points essentiels du bilan psychologique

³ Selon la trame développée par Jacqueline Verdeau-Paillès (1981) et l’ayant aménagée pour les enfants où des questions sont posées sur l’environnement sonore du sujet mais aussi de son entourage, puis d’un test d’audition d’œuvres qui se rapproche grandement des tests projectifs de type Rorschach et TAT/CAT dans leur

conception, et un bilan actif où le patient est amené à s’exprimer avec les instruments.

⁴ Pour des raisons de confidentialité, les prénoms des patients ont été modifiés.

AM : Tout au long du bilan, Mathieu entretient un contact relationnel qui permet un minimum d'échanges. La plupart du temps, il est silencieux, mais répond sans difficulté aux questions que je peux lui adresser. Il peut amener quelques éléments personnels et poser des questions, mais cela reste rare. Son attitude calme donne une impression de contrôle qui laisse peu d'émotion transparaître sur son visage. Ses résultats au WISC-V oscillent entre la moyenne et la moyenne forte. Aux épreuves projectives, il y a un manque d'aisance qui passe par une expression corporelle à bas bruit (gesticule sur la chaise, baille à de nombreuses reprises) plus que par des manifestations comportementales franches. Au Rorschach, il y a 4 planches sur 10 qui sont refusées. Au Rorschach comme au TAT, toutes les représentations de relation sont évitées. Mathieu donne l'impression d'être bien adapté, mais cela semble être en surface et au moins au détriment de l'expression de son vécu interne.

Il m'a semblé alors qu'une indication en groupe thérapeutique était plus approprié, car une prise en charge en psychothérapie individuelle aurait certainement été laborieuse et aurait suscité de la réserve, de l'inhibition. Il y avait un travail conséquent à faire sur les capacités d'élaboration et d'accès aux ressentis internes, la musicothérapie pouvait offrir cet espace.

Points essentiels du bilan psycho-musical

VD : Plusieurs éléments du bilan psycho-musical mettent en avant une anxiété chez Mathieu qui semblait plus maîtrisée lors du bilan psychologique. Tout d'abord lorsque nous évoquons le sujet du silence, Mathieu répond avoir toujours « un truc à dire, parce que sinon il y a du silence ». Pour lui le silence « est bizarre et perturbant ». Lors du test d'audition d'œuvres, cette anxiété se manifeste à nouveau. Après le 7ème extrait (œuvre utilisant des bruits usuels agressifs), Mathieu se braque et change sa façon de répondre. Il a des difficultés – qui n'étaient pas apparues juste là – dans l'expression de ses affects ainsi que de son imaginaire, et fait des réponses courtes, peu variées, et défensives. Ce type de réponse va persister jusqu'à la fin du

test. Mathieu peut donc s'épancher, mais jusqu'à un certain point. Lorsqu'il fait face à des émotions désagréables, comme c'était sans doute le cas dans le 7ème extrait, il se ferme et ne peut dépasser cet état. Pendant le test actif, l'anxiété de Mathieu se révèle à nouveau, cette fois dans son jeu ou plutôt dans son manque de créativité. En effet, pendant un dialogue sonore, il joue une cellule rythmique qu'il répète à de nombreuses reprises sur la derbouka. Il ne peut se risquer à proposer quelque chose de nouveau. Cette cellule rythmique persistante le suivra jusqu'en séance groupale.

Conclusion et éléments de comparaison des bilans de Mathieu

Les deux bilans se répondent et se complètent, avec des éléments venant préciser le profil psycho-émotionnel de Mathieu. La dimension anxieuse est d'autant plus évidente avec le bilan psycho-musical. Bien que l'utilisation de mécanismes de défense manquant de souplesse soit observée dans les deux bilans, celui psycho-musical où Mathieu se braque, marque un tournant. Mathieu se replie sur lui-même et cela persiste jusqu'à la fin de l'épreuve.

Ces bilans nous donnent des indices du comportement que Mathieu aura plus tard, en groupe. En effet, lors des premières séances groupales de communication sonore, il est plutôt en retrait et dans l'observation. A son club de foot (activité très investie), il a appris une phrase rythmique. Il reproduit cette phrase à chaque temps du groupe, et cela systématiquement avec le même instrument : une derbouka. La répétition de cette cellule rythmique connue et maîtrisée a certainement eu une fonction de réassurance. Toutefois, cela a aussi eu pour conséquence de le couper de ses ressentis, d'un dialogue avec les autres et de possibilité d'exploration créative du sonore. C'est seulement six mois plus tard qu'il a commencé à lâcher cet agrippement en s'autorisant à explorer d'autres cellules rythmiques ou en maniant la derbouka différemment. Malheureusement, le groupe s'est arrêté avant que l'on puisse s'aventurer dans d'autres horizons sonores et psychologiques.

Nous n'avons pas observé d'aspect agressif manifeste dans son comportement pendant les séances, comme cela pouvait être vu à l'école où il était souvent en conflit avec d'autres garçons. Il est à noter cependant que, puisqu'il était le seul garçon dans le groupe, il était certainement moins exposé à des effets de rivalité qu'il aurait pu rencontrer au contact du masculin.

b. Amelia et la question du transgénérationnel

Amélia est en classe de CM2, elle a aussi 10 ans. Elle vient au CMPP pour des troubles anxieux et troubles de l'endormissement qui se manifestent dans la majeure partie des cas lorsqu'elle dort chez son père. Ses parents sont divorcés depuis sa toute petite enfance.

Points essentiels du bilan psychologique

AM : Pendant le bilan psychologique, Amelia montre d'excellentes capacités intellectuelles. C'est une enfant intelligente, dont la majorité des résultats au WISC-V se situent dans la zone très supérieure à la moyenne. Amelia présente de fortes exigences personnelles et peut se montrer déterminée, voire acharnée, la rendant particulièrement sérieuse pendant les épreuves du WISC et laissant peu de place à une dimension plus ludique. Dans les épreuves projectives, les représentations de relation sont souvent sous le signe de la dispute, ou de l'emprise. L'autre est perçu comme s'imposant par la force et dictant la juste façon de faire ou de penser. Il y a une recherche de maîtrise du savoir qui lui permet à la fois une voie de dégageant de ses préoccupations et une affirmation de soi, mais qui provoque également un manque de lâcher prise et empêche l'accès au vécu d'émotions plus dissimulé.

Concernant les suites, pour l'indication thérapeutique, Amelia semblait avoir les ressources suffisantes pour bénéficier d'une

psychothérapie individuelle, mais les enjeux actuels qu'il y a autour du savoir et de la parole auraient pu également la freiner. Il m'a alors semblé plus judicieux de lui proposer une prise en charge groupale, avec comme médiation la musicothérapie, car cela lui permettait une approche moins frontale de ses préoccupations.

Points essentiels du bilan psycho-musical

VD : L'entretien préliminaire au bilan psycho-musical a apporté des éléments précisant un climat particulier concernant le sonore. Tout d'abord, d'après l'histoire familiale, il apparaît que la mère d'Amélia a un vécu difficile concernant l'apprentissage musical : pendant 10 ans elle a joué du violon par obligation, car dans sa famille il fallait jouer d'un instrument pour « faire bien ». De plus, lorsqu'elle évoque la petite enfance d'Amélia, elle décrit les hurlements de sa fille puis exprime son rejet profond des cris d'enfants. Elle considère que du moment que l'on peut parler, il faut utiliser ce moyen de communication.

Amelia, quant à elle, dit « détester le silence », sauf en classe où « il est le bienvenu ». Pour elle, le silence lui donne l'impression d'être « seule au monde », elle a peur de ne pas être « protégée », de pas savoir, ni pouvoir, se défendre. Les réponses affectives du test d'audition d'œuvres (C4 dans le psychogramme⁵), combinées à la forte présence de réponses visuelles complexes (C2) et le peu de défenses, mettent en évidence la réceptivité globale d'Amelia au sonore. Néanmoins, la présence des verbalisations ambiguës évoquées plus haut, le peu de réponses sensorielles ainsi que l'inexistence des réponses souvenirs (C3) montrent que cet accès aux émotions peut être ambivalent chez elle. La richesse de ses verbalisations dénote tout de même une belle capacité à l'imagination ainsi qu'à l'élaboration symbolique, ce qui peut être un point de départ pour un travail sur les affects.

Lors de la partie active du bilan, Amélia montre une forte réticence à faire corps avec les instruments : elle ne supporte pas la proximité

⁵ Voir l'ouvrage sur le bilan psycho-musical de Jacqueline Verdeau Paillès (1981).

physique du djembé et de la derbouka et préfère utiliser les mailloches comme intermédiaire pour éviter le contact direct des instruments.

Un point d'interrogation émerge sur les berceuses

Lors des questions de l'entretien psychomusical, les parents disent ne pas avoir d'origines culturelles particulières, bien que la mère chantait une berceuse en espagnol à Amelia. C'est le père d'Amelia qui relate cette information, la mère quant à elle ne dit rien. Quand nous serons seules, Amelia évoque une arrière grand-mère espagnole mais le père, que nous voyons régulièrement lors des accompagnements d'Amelia, semble surpris quand je l'interroge sur le sujet. Je sens que c'est un sujet délicat sur lequel il ne faut pas trop insister, notamment avec la mère. Est-ce un fantasme sur la quête des origines de la part d'Amélia ? Ou bien est-ce un effacement mnésique de l'histoire familiale de la part des parents ?

Les deux bilans se recourent donc de diverses façons. D'une part, aussi bien dans les épreuves projectives que dans le test d'audition d'œuvres, nous retrouvons des images en mouvement, mettant en lumière l'imaginaire foisonnant mais aussi le fond anxieux qui existe chez Amélia. D'autre part, sa problématique se traduit différemment dans les bilans : dans le bilan psychologique, par son langage qui devient tremblotant et haché lorsqu'elle se déstabilise (ce qui n'arrive pas avec Violetta Donini), et dans le bilan psycho-musical, par la gêne corporelle de sentir la proximité avec les instruments.

La question du transgénérationnel

En relisant nos bilans, mais aussi en revoyant nos notes de séances, nous nous sommes posé la question de l'histoire familiale et peut-être d'un trauma transgénérationnel qui aurait pu affecter Amélia. C'est à partir d'un travail pluridisciplinaire qu'a pu émerger cette réflexion car les bilans seuls ne nous donnaient que des pistes. La relation étrange avec

l'Espagne, le retour d'Amelia mais aussi le non-dit de la mère sur ce choix de berceuse nous a paru très signifiant.

Amelia est partie du CMPP car elle allait mieux. Nos interrogations ne seront sans doute pas élucidées pour nous, mais elles continuent de confirmer combien les questions relatives à l'environnement sonore *in utero* et de la petite enfance font émerger des souvenirs précieux pour le travail thérapeutique. En effet, il nous semble que les questions posées par les psychologues sur la petite enfance peuvent amener plus de résistance que celles posées par les musicothérapeutes sur le sonore. La fonction des psychologues est connue ; celle des musicothérapeutes, de nos observations, amène souvent moins de méfiance chez les patients, petits et grands.

c. Conclusion

Pour comparer nos bilans, nous sommes parties d'un même sujet. Des ressemblances de comportement allaient nécessairement apparaître, c'est pourquoi nous n'avons pas mis l'accent dessus dans cet article. Ce qui nous a paru intéressant était d'observer les similitudes réactionnelles des patients face au bilans révélant des similitudes structurelles des bilans.

Ainsi, des modalités d'expression similaires au Rorschach et au test d'audition d'œuvres sont apparues, mais aussi entre le TAT et le bilan actif (avec les instruments). Le cas de la troisième participante du groupe, qui n'a pas été présenté, était également significatif : la patiente a refusé aussi bien le Rorschach que le test d'audition d'œuvre, tandis qu'elle s'est montrée beaucoup plus expressive lors des épreuves sollicitant un support plus concret (TAT et explorations instrumentales du bilan psycho-musical). De même, les questions directes de nos bilans ont suscité chez elle des réponses très inhibées. Cela s'explique sans doute par la nature des épreuves. Dans le Rorschach et le test d'audition d'œuvres, il est question de la projection, donc de l'interprétation du patient à partir d'un support abstrait, alors que pour le TAT et le bilan actif

l'élaboration se fait à partir d'un support plus concret.

A propos des indications faites suite au bilan psychologique, il semble que pour les trois patients, il y avait quelque chose d'un non laisser-aller aux émotions, mais aussi que le langage était peut-être le vecteur d'une crispation et d'une rigidification des défenses. Ces problématiques justifiaient pour nous une approche par une médiation non-verbale et groupale ; les bilans psycho-musicaux ayant confirmé la réceptivité au sonore des patients, le groupe de communication sonore nous semblait être la meilleure réponse thérapeutique.

Toutefois, est-il possible de poser une indication rigoureuse, scientifique ? En écrivant ces lignes, il nous a semblé que l'indication est une affaire de sensibilité proche de l'intuition. Sans doute, des éléments peuvent nous échapper ou être sujets à interprétation. Finalement n'est-ce pas pour cette raison que, pour appréhender la complexité d'un individu, nous pratiquons souvent plusieurs bilans de disciplines différentes?

3. Question de la place du thérapeute : réflexions personnelles

VD : Pour penser la pluridisciplinarité, la question qui est revenue dans chacun des groupes, c'est la place occupée de l'une par rapport à l'autre. Comme s'il nous était nécessaire de préciser l'identité professionnelle de chacune pour ne pas empiéter sur le terrain de l'autre. Souvent, nous avons voulu définir et délimiter l'identité de la psychologue et de la musicothérapeute. Nous avons tenté de comprendre quelle est l'essence qui nous caractérise et nous différencie. Cette question n'est pas simple mais la réflexion qui l'entoure est très riche.

Depuis janvier 2021, Alice Miller et moi-même animons à nouveau un groupe thérapeutique ensemble. Il nous est apparu que finalement le groupe de Communication Sonore avait été pensé comme un dispositif de musicothérapie, mais avec une psychologue comme "infiltrée", presque - mais pas tout-à-fait - à l'insu des patients. En effet, j'ai souvent le

rôle de meneuse des séances ; les patients l'ont eux-mêmes verbalisé récemment : j'ai été définie comme "musico-heuuuuu" et Alice Miller comme mon "assistante".

Lors de cette deuxième mouture du groupe, nous avons également noté que chacune a pris de l'aisance dans les domaines de compétences privilégiés de l'autre. Mais nous sommes là aussi pour donner un retour. Alice Miller a aiguisé mon regard sur l'importance de la formulation et de ce qu'implique le choix des mots sur le plan relationnel. De même, il m'est arrivé d'intervenir suite à la proposition d'Alice Miller d'imaginer une situation émotionnelle et de la traduire via des instruments. Ainsi, je lui ai précisé qu'il était plus évident pour les patients de partir du sonore pour ensuite verbaliser sur les ressentis qui ont pu émerger pendant et après l'improvisation.

AM : Lorsque j'ai commencé le groupe avec Violetta Donini, ma place était comme au même niveau que celles des patients. Je participais aux improvisations sonores au même titre que les enfants, tandis que Violetta Donini était en dehors du cercle de Communication Sonore, observatrice et garante du cadre. Les exercices et jeux rythmiques étaient proposés par Violetta Donini et mes interventions se faisaient au moment de la verbalisation de ressentis et dans le post groupe lorsqu'il s'agissait d'analyser les manifestations individuelles ou groupales.

Aujourd'hui, alors que notre groupe a repris, je vois que nos places ont bien changé. Violetta Donini semble avoir pris de l'aisance pour favoriser la verbalisation de ressentis chez les patients et s'autorise plus à prendre cette place. De mon côté, ma pratique de groupe thérapeutique et peut-être aussi ma place au sein d'une batucada, a fait évoluer mon regard sur l'objet du sonore dans un groupe. Actuellement, nous co-créons chacune des séances. Tantôt je propose des mises en situation sonores favorisant l'imaginaire, la créativité ou l'expression, tantôt c'est Violetta Donini. Le groupe semble pensé dans une co-construction, où chacune apporte son expérience. Toutefois, la place effective au moment du temps du

groupe me semble encore en construction, comme dans un ajustement relationnel.

Au-delà d'une stricte délimitation identitaire personnelle ou professionnelle figée, la question du travail pluridisciplinaire m'apparaît aujourd'hui comme une prise en considération de la temporalité des individus au sein du groupe, et leur capacité à évoluer et changer. A un moment "T", nous arrivons avec un certain bagage, une certaine expérience et savoir. Aussi avec le temps, cela est amené à évoluer et le constat de ce changement ne peut se faire qu'avec un regard porté en arrière sur le chemin parcouru, la relation entre la place et le pluridisciplinaire peut alors être pensée.

II. Groupe musicothérapie- psychomotricité: Le pendant de la séance

Violetta Donini, musicothérapeute

La psychomotricienne avec laquelle j'ai mené le groupe n'a pas pu travailler à la rédaction de cet article. Je me suis donc chargée de restituer ici l'essentiel de nos échanges, avec son accord.

1. Historique du groupe

Ce groupe a débuté en 2017-2018, lorsque j'étais stagiaire dans le cadre de mon M2 de musicothérapie à l'université Paris Descartes. J'avais au préalable fait un stage d'observation avec Alice Fillias l'année précédente, c'est ainsi que j'ai rencontré ma future collègue psychomotricienne. Ce groupe a réuni des jeunes filles entre 7 et 9 ans, ayant toutes des troubles de la communication, avec une forte inhibition. Pour certaines patientes, l'indication groupale était posée car les suivis individuels déjà proposés ne permettaient plus d'avancer suffisamment, créant un cocon qu'il fallait tiercéiser. Pour d'autres patientes, l'indication du groupe était la première prise en charge au CMPP. Le choix de ce groupe spécifique était sous-tendu par l'idée d'une communication par le sonore et l'infra-verbal

compte tenu de la difficulté d'interagir par la parole pour ces patientes.

Les objectifs du groupe se centraient donc sur l'expression de soi, la relation à l'autre et l'interaction par le sonore et l'infra-verbal. Comme tout groupe, nous avons pour intention de travailler la place de l'enfant dans ce type de situation mais sous le prisme de la musicothérapie et de la psychomotricité, soit en engageant moins le verbal que la psychologie et l'orthophonie. Le groupe a duré 2 ans, puis il a subi une double interruption, la première car j'étais en congé maternité jusqu'à janvier 2020, la seconde avec le COVID. Suite au confinement, nous avons tenté la mise en place d'un nouveau groupe mais seuls 2 patients y ont été intégrés. Ce n'est que depuis novembre 2021 que nous avons finalement un "vrai" groupe, constitué de quatre enfants scolarisés du CP au CE2.

2. Hétérogénéité, homogénéité des indications

Lors de la constitution du premier groupe, nous avons proposé, afin que nos collègues puissent nous indiquer des patients, des critères assez larges. En effet, il s'agissait de travailler avec des enfants qui souffrent de troubles psychomoteurs en ayant également des difficultés pour exprimer leurs affects. Il est ici intéressant de noter qu'une homogénéité des indications s'est avérée. Pour le groupe de musicothérapie et de psychomotricité, seules des filles avec une inhibition marquée nous ont été adressées. Cela est d'autant plus marquant car les garçons sont majoritaires dans les prises en charges au CMPP. Pour le groupe de musicothérapie et d'orthophonie, qui regroupait des enfants du même âge que celui de musicothérapie-psychomotricité, seuls des garçons avec des troubles du comportement nous ont été adressés.

Nous nous sommes questionnées sur ces indications si homogènes : pourquoi la musicothérapie associée à la psychomotricité attirait, aux yeux de nos collègues faisant les indications, des jeunes filles fortement inhibées alors que la combinaison musicothérapie-

orthophonie portait majoritairement des jeunes garçons ayant des troubles du comportement ? Est-ce le hasard, le résultat des contingences (jours et horaires des groupes) ? Est-ce dû à la perception de ceux qui avaient fait les indications (pédopsychiatres et collègues), soit de nos possibles singularités personnelles qui comptent dans la prise en charge de telle ou telle pathologie, soit des associations de disciplines qui ont été comprises comme des dispositifs répondant mieux à telle ou telle situation clinique ?

Lors de la poursuite du groupe psychomotricité et musicothérapie en 2021/2022, les indications sont devenues plus hétérogènes traduisant sans doute une évolution des perceptions de nos collègues quant à cette association de disciplines.

3. La question de la place

a. L'infra-verbal et le verbal

La psychomotricité et la musicothérapie privilégient l'infra-verbal comme mode d'expression, mais pas uniquement, bien entendu. Dans les deux disciplines nous observons l'expression du visage mais aussi la posture, l'investissement de l'espace physique et sonore, le geste et la production vocale. L'infra-verbal est l'expression de la vie émotionnelle du sujet et nous le privilégions pour favoriser une meilleure communication et interaction avec l'autre. Sur ce point, ma collègue psychomotricienne et moi nous sommes rapidement comprises. Ainsi, j'ai moins senti de tension avec le verbal dans ce travail en co-thérapie que dans les autres groupes (orthophonie - psychologie) où je pouvais avoir l'impression par moments que le sonore entraînait en compétition avec le verbal, ou que le verbal était superflu dans une situation donnée, ce qui n'était pas forcément un point de vue partagé par mes collègues.

Cette question de la place du verbal dans chaque profession n'est pas résolue et est propre à chaque groupe. Dans les trois groupes que j'ai pu co-animer, cependant, le verbal a souvent été, finalement, en conflit avec l'infra-verbal et

nous avons peiné à trouver une solution à cette situation. Dans le groupe actuel de psychomotricité-musicothérapie, il est évident que cette tension est une manifestation des difficultés de nos patients. Dans ce groupe, le retour sur les ressentis est donc très structuré (anneau de la parole, une phrase, un mot, un dessin, uniquement en début de séance et à la fin).

b. Faire groupe : accordages

La question de comment "faire groupe" n'est pas simple. Il ne suffit pas de rassembler des personnes et de proposer des activités pour que cela advienne ; il est important de trouver un moyen de faire lien. Pour notre premier groupe constitué de jeunes filles inhibées, cela s'est avéré être difficile, initialement. En effet, il était plus aisé pour chaque patiente d'aborder une activité seule plutôt que de faire d'emblée un retour groupal. Un dispositif tel que la Communication Sonore n'étant pas possible, nous proposons plutôt des explorations instrumentales et sensorielles en concomitance, pour éviter que les patientes souffrent trop d'un regard posé sur elles, ou encore d'un silence en attente de production sonore. Ainsi, nous explorions individuellement un ruban de GRS, ou plusieurs instruments que nous faisons tourner dans le groupe. La psychomotricienne et moi donnions un retour verbal sur ce que nous observions, ou reprenions à travers des imitations corporelles et sonores. L'accordage était-il présent ? A ce moment-là, faisons-nous groupe ?

L'accordage affectif, concept développé par Daniel Stern, se concentre notamment sur les interactions entre le parent et son enfant : "On peut concevoir la mère et le bébé comme un véritable système dyadique où chaque modification chez l'un entraîne une réorganisation des deux" (Gratier, 2001, pp. 11-12). Quand on transpose ce concept à la séance de musicothérapie, on voit bien qu'il est crucial, aussi bien dans les dialogues sonores que dans les interactions verbales et infra-verbales. Sur ce concept commun, ma collègue et moi avons pu créer une réflexion partagée, grâce à laquelle

nous pouvons élaborer des séances et leur progression en fonction de nos observations cliniques. Nous avons ainsi été attentives à “ l'accordage mutuel des états subjectifs [qui] les fait entrer en résonance pour former un seul espace mental, l'espace intersubjectif.” (Gratier, p.12) ce qui pour nous représentait un objectif primordial de notre groupe.

Finalement, l'accordage s'est fait progressivement, par la régulation tonique groupale et l'enveloppe sonore. Ainsi, jouer avec différentes vitesses, amplitudes, et hauteurs d'un parachute a permis aux patientes de s'accorder les unes aux autres dans un dialogue tonique, sans que l'on perçoive exactement qui initiait le mouvement. Le parachute, qui était tenu par toutes, devenant vecteur de l'énergie groupale, se transmettant de part et d'autre sans qu'il y ait de verbalisation. Sur le plan sonore, nous faisons également enveloppe : le bruit du parachute accélérant et décélérant, les rires associés des participantes, tout cela contribuant à faire une expérience groupale accordée.

De même, l'association du chant et des mouvements corporels a permis de faire lien dans le groupe sans que cela soit trop mal vécu par des participantes ayant tendance à un repli sur soi. Chanter une même chanson, avec l'accompagnement du ukulélé, tout en se déplaçant diluait sans doute la pression d'un regard qui pouvait être inhibant car nous n'étions pas face à face en cercle mais nous nous déplaçons à notre guise. Le sonore enveloppant était là également : d'abord constitué majoritairement de la voix des thérapeutes et du ukulélé, le chant des patientes a pu progressivement se faire entendre, ainsi que le bruit des corps de chacune se déplaçant.

c. Identité professionnelle et matériel thérapeutique

Pour créer un espace intersubjectif et pour faire groupe, la question du rôle de chacune des thérapeutes, garantes de leur discipline, peut se poser. D'une part, les interventions de l'autre sont évidentes par moments : les activités plus axées sur le corporel sont prises en charge

spontanément par la psychomotricienne, et celles qui le sont davantage sur le sonore par la musicothérapeute. Toutefois, il peut y avoir des surprises. Dans le cadre de ma pratique individuelle en musicothérapie, je travaille régulièrement dans une salle contenant du matériel utilisé en psychomotricité : rubans, balles sensorielles, pois chiches, semoule, mousses d'emballage en polystyrène, boîte de coquillages, de marrons, de galets.... Que j'ai naturellement intégré à ma pratique.

Lors de notre travail groupal, la psychomotricienne et moi avons mesuré les différences d'utilisation des mêmes objets. Pour ma part, en individuel, je convoquais d'abord le sonore des objets décrits plus haut et je communiquais principalement avec les patients sur cet aspect, en approfondissant cette dimension. En co-thérapie, nous avons travaillé à intégrer plusieurs sens à la fois, le toucher, la vue, l'odorat, l'ouïe. Il est intéressant de noter que nous n'avons pas la même perception de la notion de sonore, qui pour la psychomotricité relève d'un sens parmi les autres tandis qu'en musicothérapie c'est l'axe de travail primordial. De même, la notion de proprioception en psychomotricité est essentielle, mais elle l'est également en musicothérapie, chacune l'utilisant à travers son prisme personnel et professionnel.

Il en va de même avec l'utilisation des instruments, qui sont fréquemment utilisés en psychomotricité. Pour ma collègue, il s'agit de développer des repères afin de structurer et d'organiser son schéma corporel dans le temps et l'espace. Par exemple, dans l'élaboration et la répétition du rythme, celui-ci étant central dans la structuration du mouvement et l'organisation du geste. Pour la musicothérapie, les instruments sont utilisés comme porte-parole de l'état psychique, physique et moteur de l'individu et comme moyen de communication avec l'autre. Cela n'exclut pas, bien entendu, une approche plus remédiate qui peut avoir lieu dans certaines circonstances, mais dans mon travail cela est peu fréquent. Le sonore se suffit souvent à lui-même, et quand cela n'est

pas possible, les retours verbaux sur le travail instrumental n'ont pas besoin d'avoir lieu.

4. Conclusion

Travailler avec une psychomotricienne m'a permis pour ma part d'ouvrir mon champ d'observation aux autres sens que l'audition, grâce à l'intégration sensorielle, mais aussi aux perceptions corporelles et motrices, dont le dialogue tonique. Ainsi j'ai expérimenté la façon dont nos deux disciplines sont complémentaires. Pour ma collègue, notre travail commun lui a permis d'enrichir sa pratique de psychomotricienne sur plusieurs aspects. Premièrement, elle a pu accorder plus de place au ressenti et à l'expression des affects lors de l'utilisation de matériel sonore ou sensoriel. Deuxièmement, l'improvisation s'est plus naturellement invitée dans les médiations artistiques utilisées en psychomotricité telles que la danse, l'expression corporelle, et la peinture. En conclusion, nous pouvons dire que chaque thérapeute incarne sa discipline et non pas le média dont elle se sert pour faire les séances. C'est une question de regard, l'un plus axé sur les interactions psycho-corporelles et l'autre sur les manifestations par le sonore. Cette observation est valable pour les autres groupes aussi : les grilles de lecture et les usages de chacun sont éprouvés par cette altérité professionnelle et donc élargis, assouplis et en questionnement constant.

III. Musicothérapie et orthophonie : L'après

Alice Fillias, orthophoniste et Violetta Donini, musicothérapeute.

1. Présentation du groupe : la question de l'indication

Ce groupe s'est déroulé il y a trois ans, c'est pourquoi nous parlons de l'après. Depuis 2019, nos regards et nos pratiques ont évolué. Nous aimerions ici considérer ce qui reste de cette expérience de co-thérapie au CMPP. Le groupe s'appelait "Bla Boum", nom ludique considérant justement deux traductions en

onomatopées de nos disciplines. Ce dispositif est ainsi proposé aux collègues comme une autre façon d'aborder les problématiques relationnelles des enfants.

Ce groupe était expérimental, étant donné qu'il s'agissait pour Violetta Donini de son premier groupe en tant que musicothérapeute et pour Alice Fillias de sa première rencontre avec la musicothérapie groupale. L'indication en musicothérapie était encore floue pour certains de nos collègues. Ainsi, nous avons choisi un rapprochement par âge et c'est la même psychiatre qui nous a recommandé les quatre patients en question. Nous devons travailler sur leur difficulté commune à avoir une communication efficiente, qui entende l'altérité, qui puisse exprimer et percevoir des émotions, des limites. Pour deux d'entre eux le bilan psycho-musical n'a pu avoir lieu, ainsi nous ne savions pas comment les enfants allaient réagir au contact de la musicothérapie.

Étaient présents des garçons entre 7 et 9 ans : Jean, Nathan, Samuel et Didier. Leurs problématiques se retrouvaient sur le terrain de la communication : Jean pour des propos inadaptés et stéréotypés, Nathan pour un détournement systématique de la parole, Samuel pour son bégaiement et ses oppositions verbales parfois logorrhéiques, Didier pour son mutisme extra-familial. Les enfants se retrouvaient aussi sur leur difficulté à entrer dans le registre émotionnel et évidemment à le verbaliser.

Les limites des remédiations orthophoniques en individuel proposées à ces patients

AF : Pour deux d'entre eux, les compétences instrumentales n'étaient pas suffisamment altérées pour nécessiter une remédiation orthophonique individuelle. Pour Jean et Samuel elle avait permis des acquisitions instrumentales importantes : le code du langage écrit avait pu être compris et utilisé. Mais cette remédiation n'avait pas pu endiguer, pour l'un, une relation à l'autre se structurant sur un versant plutôt psychotique ; pour l'autre, un bégaiement massif et une anxiété avec une opposition passive dans la relation.

2. Illustrations cliniques

Nous allons évoquer notre expérience à l'aide de trois thèmes qui ont été marquants dans le groupe et qui ont émergé a posteriori : l'environnement sonore, la question du silence et celle de la médiation.

a. L'environnement sonore effractant et la masse sonore

VD : Encore aujourd'hui, nous nous souvenons combien l'agitation excessive de trois participants sur quatre était envahissante, voire effractante. Cela était évident sur le plan sonore aussi bien que sur le plan psychique. Pour ma part, j'avais souvent (et c'est dans cette réflexion de l'après que m'en aperçois) l'impression de manquer d'air, d'être oppressée corporellement et psychiquement. Ces sensations étaient sans doute en lien avec le manque flagrant de structuration psychique de certains patients. Cela se traduisait donc dans le sonore par une non-structuration musicale, l'impossibilité de tours de rôle et bien évidemment, aucun accordage avec l'autre et encore moins d'accès à l'élaboration symbolique.

En effet, lors des improvisations groupales, tous les enfants, notamment Didier qui refusait de s'exprimer par le verbal, faisaient fortement retentir leurs instruments sans chercher à entrer en relation avec l'autre. Ces moments de heurts étaient marqués par des chevauchements de la parole et l'impossibilité pour chacun de se positionner comme sujets de la situation d'énonciation, c'est-à-dire comme sujets de la situation de communication envisagée au moment de son énonciation. Ils ne parvenaient donc à s'impliquer ni comme émetteur qui porte un message, quel que soit son contenu, qui puisse être entendu par un destinataire, ni comme destinataire d'un message conscient dans le schéma de communication⁶. Notre consigne, de ne pas

parler lorsque les instruments retentissaient (et bien sûr de ne pas jouer lorsque nous parlions) était rarement respectée, et des éclats de rire, des cris, ou toute autre manifestation corporelle bruyante s'ajoutaient à ce sonore déjà bien chargé.

Encore aujourd'hui, une de ces improvisations est restée gravée dans notre psychisme, Alice Fillias et moi l'entendons encore. Les instruments choisis étaient : une guitare jouet qui ne s'accordait pas, une flûte qui reproduisait le sifflement du train, et deux trompettes jouets avec un effet initialement assez comique; l'une ressemblait à des pleurs de bébés, et l'autre faisait des sons stridents aigus. En réécoutant cette improvisation pour préparer cet article, j'ai entendu ce dont je me souvenais. L'incapacité des enfants à entrer en relation les uns avec les autres par l'intermédiaire des sons était évidente ainsi que ce que nous avons nommé "le parasitage par le verbal". Ici, un des enfants chantant-criant dans l'enregistreur déclenchait la réaction d'un autre, Samuel, "Arrête !!!". En revanche, ce qui m'a marquée suite à cette nouvelle réécoute, c'est cette sensation que personne n'arrivait à maîtriser, et encore moins à s'exprimer par son instrument. Tous semblaient entravés dans leur expression : guitare désaccordée, sons stridents qui ne sortent pas toujours, cris, recadrage des thérapeutes. Et j'ai souri en m'entendant presque crier, non pas le "on va s'arrêter là" habituel mais "On s'arrête là !!!" ferme et un peu désespéré.

Dans l'après, je me rends compte que ce que nous avons vécu correspond à la masse sonore telle que l'a décrite Edith Lecourt (2007, p.63)⁷. Lorsqu'il y a masse sonore, temps et espace se recouvrent. Edith Lecourt, dans son travail sur les cours de récréation, distingue deux types d'ambiances. D'une part, les ambiances compactes où la production sonore est continue, sans modulation, comme un remplissage sonore aux densités et volumes

phénomènes sonores qui peuvent advenir lors des improvisations.

⁶ Jakobson, R. (1963). *Essais de Linguistique générale*. Editions De Minuit.

⁷ Dans son ouvrage sur la musicothérapie analytique de groupe (2007), Edith Lecourt décrit plusieurs types de

élevés et d'autre part, des ambiances fluides où il existe un déroulement temporel avec des moments forts et d'autres plus calmes. Quand il y a masse sonore, les repères habituels volent en éclat ; en tant que thérapeutes nous étions embarquées dans ce phénomène et nous peinions à maintenir le cadre.

b. La régulation et le cadre

Le difficile positionnement quant à la régulation de ces manifestations se posait donc. Le détournement de la consigne et sa transgression claire étaient des réponses habituelles de deux des patients qui mettaient à l'épreuve nos contre-transferts et notre capacité à tenir un cadre qui soit suffisamment souple pour leur permettre d'expérimenter et assez contenant et solide pour être une espace symbolique rassurant. Nous avons donc agi en co-thérapeutes, selon nos propres modes de fonctionnement : Violetta Donini pouvait être davantage dans la contenance et la proximité physique, Alice Fillias dans la réponse verbale.

La structuration du groupe était un solide schéma à l'image du cadre évoqué, notre alternance d'interventions était prévisible ainsi que les types de demandes qui pouvaient être faites, ce qui scandait et rassurait les enfants comme les thérapeutes. Nous commençons par un format court de type conversationnel, ce qui, étant un objectif, demeurait un moment d'interventions individuelles à tours de rôle. Parfois, les enfants écrivaient une phrase de leur choix pour la mettre dans une "boîte à mots" fermée, qui garantissait la protection de leurs paroles s'ils ne voulaient pas la lire pour la partager. Ensuite, il y avait souvent un moment d'écoute puis un choix de thème avec des mots associés à celui-ci au tableau, une improvisation ou encore des jeux sur le sonore. Cette alternance de nos champs théoriques procédait néanmoins à un entrelacement dans la recherche de continuité dans nos objectifs cliniques avec des échos sémantiques. Nous étions bien identifiées par les enfants et par leurs parents comme "Alice l'orthophoniste" et "Violetta la musicothérapeute" ce qui permettait de nous adresser parfois des questions ou des messages

en rapport avec nos fonctions. Cela participait donc au cadre, en signifiant que deux approches se conjugaient et répondaient différemment à leurs symptômes sans incohérence dans ces réponses.

2. La question du silence

AF : A notre grande surprise, la recherche du silence dans ce groupe a été l'un de nos principaux objectifs. De mon côté, en tant qu'orthophoniste, je l'avais envisagée à l'écrit pour la ponctuation, dans la parole pour être intelligible, dans les remédiations concernant la voix ou le bégaiement pour maîtriser le souffle... La question du silence a pris une autre dimension avec l'apport de la musicothérapie chez des jeunes patients envahis par la parole dans une dynamique de groupe, par la manière dont elle pouvait être régulée autrement que par les mots ou le corps. Il s'agissait de faire exister le silence.

VD : Cet objectif s'est construit au fur et à mesure de l'observation du groupe. Le travail a consisté à limiter la logorrhée, à faire une phrase, comprendre qu'elle se termine dans le silence. Cela a pu être progressivement entendu et repris par les enfants. L'un d'entre eux s'en est emparé radicalement lors du jeu du chef d'orchestre. Ce dernier, qui consiste en gestes et non plus en mots pour communiquer, a permis à chacun de réguler les autres à sa guise, de telle sorte que Nathan, lorsqu'il a été chef d'orchestre, a décidé de créer un long silence à plusieurs reprises, inversant la tendance habituelle. Ce jeu mettait en avant la question du pouvoir dans le silence. Ce qui a été illustré également par Didier qui passait brusquement de la décharge sonore à l'arrêt impératif par le silence, en poing fermé. Du refus de considérer la question du silence, nous sommes arrivés à la considération de la place de chacun comme sujet pouvant réguler le rapport son/silence et accepter que chacun puisse devenir le chef à son tour. Seul Jean n'a pas réussi à tenir le rôle plus de quelques secondes, tant il était envahi par des pulsions qui ne lui en laissaient pas le temps.

3. Les instruments, plus qu'une médiation

AF : L'usage des instruments est régulier dans les groupes thérapeutiques quel que soit l'âge des patients. Je les avais déjà utilisés avec une psychomotricienne et une orthophoniste afin de travailler sur les fonctions exécutives, sur le rythme, sur la cohésion du groupe, sur la compréhension d'histoires et sur les compétences phonologiques. Leur usage par Violetta Donini était très différent de celui que je connaissais. Leur choix, leur emploi, leurs échos les uns avec les autres, leur harmonie ou leur dissonance, lui permettaient d'observer les différentes places qu'expérimentait chacun. Ce n'était plus seulement une médiation, un moyen d'obtenir ce qui aurait pu être obtenu par d'autres médiations. Les enfants qui, au départ, se ruaient comme sur des jouets vers les instruments, ont peu à peu eu un lien particulier avec certains d'entre eux et un rejet d'autres. L'usage de la voix comme instrument n'est pas si évident, contrairement à ce que j'attendais, souvent jugé trop précoce par Violetta Donini.

VD : Une fois que nous avons exploré la question du silence, et commencé à envisager le tour de rôle, restait l'entrée en relation par le sonore. A notre grande surprise, ce qui a enclenché cette entrée en relation a été un travail vocal. Nous avons tout d'abord écouté quelques extraits de konnakol indien, une technique d'énonciation d'onomatopées vocales, ce qui a eu pour effet de sidérer les participants. Cette sidération a sans doute plusieurs causes, imbriquées aux pathologies des patients tournant autour du verbal. Après l'écoute du konnakol, nous avons décidé de créer nos propres syllabes rythmées, et de les chanter en répétition, avec un *accelerando* progressif. Ce "konnakol groupal" a été enregistré puis réécouté ; c'est là, que pour la première fois, les patients ont pu se mobiliser suffisamment pour avoir une écoute de qualité, dénuée de parasitage verbal.

4. Conclusion : Points d'achoppement

Le groupe a été marqué par l'envahissement de Jean, tant sa structure psychique désorganisée avait des répercussions

sur les participants et provoquait des réactions en chaîne. La question de l'indication demeure primordiale. Un bilan préalable, comme il a été fait par la suite, en musicothérapie aurait été intéressant pour notre groupe qui était davantage constitué de patients évalués sur le plan du langage en individuel et pour l'un d'eux sur le plan psychologique.

Nous avons aussi tâtonné : il fallait faire converger nos pratiques d'abord sur des points théoriques, ce qui a conduit à considérer parfois des enjeux, tels que les aspects émotionnels, de manière trop directe. C'est avec le temps que nous sommes revenues à des questions plus indirectes mais aussi plus profondes qui avaient un lien avec ces difficultés.

5. Apports dans la pratique a posteriori : l'après de l'après

VD : Suite à ce groupe et au travail avec Alice Fillias, je me rends compte que j'aborde différemment certains aspects de ma pratique. Tout d'abord, le rapport à l'écrit est modifié. Comme pour la voix, je manipule cela avec grande précaution, mais je ne m'en écarte pas comme j'aurais pu le faire avant. La question du silence me travaille encore beaucoup. J'accepte plus facilement le silence en séance car j'ai pu voir avec le groupe combien cela pouvait être oppressant quand il est inexistant. Sur le plan verbal, je me rends compte que je me suis imprégnée du langage de chacune des thérapeutes avec lesquelles j'ai travaillé, et je note que le contraire est vrai aussi, lorsque j'entend mes collègues parler d'environnement sonore, d'enveloppe sonore ou du sonore, tout simplement.

AF : Les difficultés langagières en orthophonie s'analysent par le prisme de la parole, du langage et de la communication mais aussi par tous les aspects relationnels qui interviennent dans le transfert et le contre-transfert. La musicothérapie m'a ouvert des dimensions, et font d'elle une partenaire de co-thérapie particulièrement pertinente pour l'orthophonie. Les dimensions considérées et leur lecture globale sont complètement différentes. La territorialité et la pertinence de

chaque approche sont devenues claires au fur et à mesure de la co-thérapie avec Violetta Donini. Cela s'est sans cesse questionné dans l'élaboration de notre travail, ce qui m'a permis de me repositionner et me questionner sur beaucoup de points.

Par exemple, pour la question de l'environnement sonore au cabinet, dans les moments d'évaluation, dans un milieu urbain avec les travaux, dans des appartements plus ou moins occupés, dans les classes bruyantes etc. Pour la question de la voix également, je me suis rendu compte quelle violence cela pouvait être pour l'ensemble des sujets et pas uniquement pour les plus inhibés, que nous utilisions très vite la voix pour le travail des sons, des correspondances, des narrations et de la séquentialisation des histoires, de l'articulation et de la fluence. Pour la question du silence, cela a approfondi mon approche : faire entendre le son, le faire ressentir, donner du sens à la parole nécessitent de prendre davantage en considération le silence, de le faire exister.

Bien qu'on le sache abstraitement, il est parfois difficile de réaliser à quel point l'environnement sonore précède nettement le contexte d'énonciation dans le développement de l'enfant, avant son individuation. Il m'a paru intéressant de voir ces comportements sonores se matérialiser au sein du groupe. Enfin, je choisis à présent de rythmer les mots, les phrases dans une expérimentation plus libre au tambourin que dans l'exercice de répétition habituelle, pour saisir quelles phrases sont possibles et si elles sont séquentialisées. Avec un adolescent inintelligible à l'oral en raison de sa pathologie (Trisomie 21), il a été intéressant de le laisser libre de son interprétation et qu'il apprenne à s'écouter et à écouter ses silences aussi.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Voici donc un échantillon de ce que nous avons pu vivre dans ces groupes pluridisciplinaires où la musicothérapie s'allie avec la psychologie, la psychomotricité, ou

encore l'orthophonie pour créer des dispositifs thérapeutiques toujours riches d'expériences et de réflexions. Chaque séance partagée a nécessité de repenser la place, le rôle et la fonction de chacune selon sa discipline mais aussi selon le cadre thérapeutique. La polysémie des termes partagés et des situations a été évidente.

Ce constat s'est avéré dans « l'avant », la préparation des groupes et la comparaison des bilans et des observations de Violetta Donini et d'Alice Miller. Ce fut aussi observable pour le « pendant » lors de la pratique groupale, dans la discussion sur des théories, des pratiques et un usage des instruments différents sous les angles de la psychomotricité et de la musicothérapie. Enfin, dans « l'après », le discours a posteriori qui s'est construit autour de questions telles que l'émergence du silence et ce qui a travaillé le regard d'Alice Fillias comme de Violetta Donini. Oui, les situations et les termes nous apparaissaient selon nos singularités individuelles mais aussi selon nos grilles de lecture professionnelles. Elles se sont enrichies de ces trois dialogues que nous avons mutualisés en discussions qui ont donné la matière de cet article.

A travers ces expériences, la question de la place de la musicothérapie en institution s'est posée. En effet, elle est rarement présente en CMPP alors qu'elle a pu se développer davantage dans d'autres institutions. Ainsi, son ancrage dans ce CMPP était en soi un cheminement. De plus, elle s'est simultanément développée en groupe et en individuel, ce qui est d'autant plus rare dans ce type d'institution.

La création de cette nouvelle trajectoire de soin a d'abord été rendue possible au sein du CMPP par des groupes de réflexion pour que soit présentée et définie la musicothérapie. Lors de séances proposées par le Directeur, Christian Portelli, les interventions de Violetta Donini et l'étayage de lecture d'articles ont permis à l'ensemble de l'équipe de discuter la pertinence et l'usage de ce canal de soin. L'entrée de la musicothérapie au CMPP a aussi été soutenue par les expériences co-thérapeutiques qui ont été

relayées à l'équipe. Ce sont celles-ci que nous avons cherché à vous transmettre aussi.

Il reste néanmoins un travail à faire : contrairement aux autres disciplines, il est rare au CMPP, comme dans de nombreuses institutions, que la musicothérapie soit la première indication en individuel alors qu'elle peut l'être pour une prise en soin groupale. La question des diagnostics qui amèneraient d'emblée vers telle trajectoire de soin nécessite de présenter la pertinence de l'indication en musicothérapie dans des situations et des pathologies diverses.

Bibliographie

- Anzieu, D. (2006). *Le Moi-peau*. (3è ed). Paris : Dunod.
- Carvalho, E. (2015). Chansons adressées à l'enfant à naître, résonances affectives à l'aube de la parentalité. *La revue Française de Musicothérapie*, 35 (1) 48-61.
- Houdé, O. (2015). *La psychologie de l'enfant*. (7è ed). Paris : Presses Universitaires de France.
- Jakobson, R. (1963). *Essais de Linguistique générale*. Editions De Minuit.
- Gratier, M. (2001). Harmonies entre mère et bébé: Accordage et contretemps. *Enfances & Psy*, 1(1), 9-15.
- Lecourt, É. (2006). *Le sonore et la figurabilité*. Paris : Budapest : Kinshasa [etc.] : l'Harmattan. DL 2006.
- Lecourt, É., & Avron, O. (2007). *La musicothérapie analytique de groupe : improvisation, écoute et communication*. Bressuire : Fuzeau. DL 2007.
- Stern D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris:Presses Universitaires de France.
- Verdeau-Paillès, J. (1981). *Le Bilan psychomusical et la personnalité*. Bressuire : Fuzeau.



La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume 40 - numéro 02 - mai 2023

De quoi parle-t-on quand on parle de musicothérapie, et quelle formation pour le musicothérapeute ?

Jean-Luc Leroy

Aix Marseille Université, LESEA EA 3274, 13621, Aix-en-Provence, France

30 janvier 2023

(Texte revu de la communication à la journée d'étude de l'AFM du 2 février 2022)

Résumé

Cet article s'intéresse à la formation des musicothérapeutes, c'est-à-dire des futurs professionnels en médecine musicale, en cabinet privé ou en institutions.

Dans un premier temps, le texte interroge les fondements de la discipline : qu'appelle-t-on musicothérapie ? la musicothérapie est-elle une sono-thérapie ? la musique peut-elle être considérée indépendamment de la danse ? la musicothérapie est-elle une art-thérapie ?

Dans un second temps, il envisage les compétences nécessaires à la formation du musicothérapeute, en posant au bout du compte la question de savoir si les formations ne gagneraient pas à s'adresser à des professionnels de la santé mentale plutôt qu'à des étudiants tout-venant.

Mots-clés

Musicothérapie, musicothérapeutes, formations, santé mentale

Abstract

This article focuses on the training of music therapists, that is to say future professionals in music medicine, in private practice or in institutions

First, the text questions the foundations of the discipline: what do we call music therapy? is music therapy sound therapy? can music be considered independently of dance? is music therapy an art therapy?

Secondly, it considers the skills necessary for the training of music therapists, ultimately asking the question of whether training would not benefit from addressing mental health professionals rather than all-comers students.

Keywords

Music Therapy, music therapists, training course, mental health

1. Introduction

La musicothérapie au cœur de la pluridisciplinarité : tel était le thème de la journée d'étude organisée le 5 février 2022 par Nicole Duperret pour l'Association française de musicothérapie. Le sujet est vaste. J'ai souhaité m'en saisir pour réfléchir à la formation du musicothérapeute dans la visée de son insertion professionnelle.

Cette perspective paraît cruciale pour appuyer la reconnaissance institutionnelle de la discipline. De fait, même s'il existe pléthore de formations, universitaires (D.U., master) ou autres, et même dans le cas où elle est intégrée à des parcours de soins hospitaliers, la musicothérapie reste bien souvent regardée comme une activité annexe, un accessoire de soins, au même titre que la « culinothérapie », l'« aquathérapie », la « zoothérapie », la « chromothérapie », etc., plutôt que comme une thérapeutique à part entière.

C'est donc sur le cursus que portera ce texte. Toutefois, avant d'aborder ce point, il m'a semblé nécessaire de préciser dans un premier temps de quoi on parle quand on parle de musicothérapie.

2. De quoi on parle quand on parle de musicothérapie ?

Quelques remarques préalables.

Une discipline au paradigme faible

Tout d'abord, sur les savoirs. Quelques grandes institutions scientifiques ont l'habitude de publier des synthèses disciplinaires, notamment les Presses Universitaires d'Oxford. Or, curieusement, si on compare le volume des dites synthèses en psychologie de la musique et en musicothérapie, on constate que le rapport est presque du simple au double. Ainsi le manuel de psychologie de la musique de 2009 publié par Hallam, Cross et Thaut fait 585 pages là où le manuel de thérapie musicale de 2016 par Edwards en fait 981. Qu'est-ce que cela signifie ? À mon sens, non pas que les savoirs en thérapie musicale

sont plus importants que ceux en psychologie de la musique — c'est l'inverse —, mais que ces savoirs sont éclatés, autrement dit que le paradigme de la discipline qu'en France on appelle musicothérapie est faible. (Paradigme au sens de Kuhn [1962] bien sûr, c'est-à-dire en tant qu'ensemble de savoirs, de théories, de données, de techniques, de méthodes, de problèmes, de présupposés, de critères de validité, partagés par une communauté scientifique, et qui balisent le champ et orientent la recherche.) Avec quelques conséquences pour la discipline, notamment l'éparpillement des perspectives, une plus grande sensibilité aux influences sociales, et, d'un point de vue épistémologique, la tendance à surfer sur des savoirs mal fondés voire obsolètes (comme le soulignait déjà Jacques Arveiller en 1980), tout cela contribuant à maintenir cet état de fait.

Une discipline infiltrée par des théories esthético-idéologiques (La musicothérapie est-elle une sonothérapie ?)

Faiblesse paradigmatique donc. Qui résulte en partie des bouleversements des cadres conceptuels qui ont marqué le 20^e siècle.

On sait combien nombre de théories esthétiques ou compositionnelles de ce siècle passé sont venues bousculer les conceptions de la musique, et combien ces théories étaient elles-mêmes bien souvent des outils au service plus ou moins conscientisé des grandes luttes idéologiques qui ont marqué le siècle (Leroy, 2016, pp. 73-118). Au bout du compte, c'est jusqu'à la définition même du mot musique qui s'est trouvée mise en cause. À tel point que le concept a semblé se diluer et le mot signifier à peu près tout et n'importe quoi, de la simple audition attentive des sons de l'environnement qui faisait événement pendant 4'33 (John Cage, 1952) aux productions sonores des baleines à bosse, en passant par la communication gestuo-posturale d'un ineffable mystérieux, etc.

La musicologie a payé un lourd tribut à cette lame de fond, se repliant finalement sur le champ historique, et, ainsi racornie, abandonnant à la psychologie l'étude systématique de la musique comme phénomène vivant, et, à qui voudrait bien les prendre, les scories de ces théories ravageuses ancrées dans un romantisme tragique tout occupé à créer de nouveaux dieux en lieu et place de l'ancien que le nouvel ordre bourgeois piétinait avec rage.

Et les vocations n'ont pas manquées, de ceux se réclamant des « médecines douces » aux thérapeutes autoproclamés, en passant par une certaine musicothérapie friande de profondeurs insondables... Et la tendance généralisée à employer les mots de façon extensive (et parfois au petit bonheur, pour faire savant, comme le fait le monde journalistique), comme moyen et effet de cette volonté de confusion qui sous-tend originellement le jeu des pouvoirs et l'action de propagande, a fini par produire un inquiétant affaiblissement de la pensée. Car comment penser si on n'est pas rigoureux sur les concepts ? (Et ceci n'exclut pas bien évidemment la chose poétique ; elle en est au contraire l'une des conditions.)

Finalement, on a pu voir fleurir puis se généraliser des raisonnements du type : (1) le concept de musique étant un produit social, donc relatif, (2) ce qu'on dit être musique étant constituée de sons, (3) tout son étant potentiellement musique (le phénomène musique ne résultant que du travail d'élaboration des sons par l'esprit), donc les sons seraient par essence musique ; et on pouvait faire de même pour la parole. Bref, la *musico*-thérapie pouvait devenir *sono*-thérapie, englobant ainsi musique et parole (le « vrai » de la parole bien sûr, intonation et substructure du sens via les attentes et les clôtures), et, dans un fatras décomplexé, communication, fusion, et autres curiosités. Illustration banale du fait que raisonnement et intelligence ne vont pas toujours de pair et que les pensées des dominants finissent toujours progressivement par envahir l'espace de la pensée sociale, où, affadies sans être

comprises (ni historiquement ni théoriquement — car il ne s'agit bien sûr pas de remettre en cause un John Cage ou la brillante réflexion de Pierre Schaeffer dans son *Traité des objets musicaux* [1966], entre autres), elles participent, sclérosées, d'une durable bouillie indigeste.

Alors, que ce qu'on appelle musique ou parole soit constitué de sons, c'est un fait ; que tout son puisse être utilisé pour construire une structure musicale ou tout son vocalique de même pour construire une structure langagière, c'est une évidence ; mais pas plus la musique que la parole ne se réduisent aux sons. (C'est d'ailleurs pour ça qu'il existe trois mots pour le dire. On peut vouloir appauvrir son vocabulaire ; on ne sera pas devenu plus efficace ou plus savant pour autant, bien au contraire.) Pour qu'un son soit musique ou parole, il faut des conditions particulières, qui ne relèvent pas seulement de l'attitude mentale ou perceptive de celui qui détecte les vibrations acoustiques de son environnement mais bien de systèmes sociaux particuliers intériorisés (exploitant des potentialités environnementales ou constitutives, en étroite interaction), qui permettent de produire des structures sonores spécifiques qu'on appelle parole ou musique.

Alors qu'on puisse imaginer des thérapies basées sur des sons, des timbres, des ambiances sonores, c'est indéniable. Il ne s'agit d'en nier ni la possibilité ni la valeur. Et il y a bien, de fait, aujourd'hui, de nombreuses formations en sonothérapie. Mais c'est de musicothérapie dont il s'agit ici, dans le prolongement des dispositifs qui utilisent la musique comme outil de régulation du psychisme (aussi bien inter-qu'intrapersonnel), observables dans toutes les cultures depuis les temps les plus anciens.

(Une remarque de fond, mais que je ne développerai pas davantage ici. La question de la réduction de la musique au son semble elle-même très liée, chez ceux qui la revendiquent, à la question de la distance, du positionnement du thérapeute vis-à-vis du patient, et donc à la conception même du

lien psychothérapeutique. Une question très technique, et éminemment fondamentale dès qu'on parle de psychothérapie, qu'elle soit sonore, musicale, ou tout ce qu'on voudra.)

Une discipline enracinée dans une conception de la musique sociologiquement marquée

Faiblesse paradigmatique et conceptuelle donc, mais autre chose encore. Je partirai d'une anecdote qui m'a été rapportée par un collègue de Côte d'Ivoire.

Deux chasseurs armés d'un fusil partent d'un village. Ils croisent un buffle. Le buffle les charge et tue l'un d'eux. L'autre se réfugie dans un arbre, que le buffle, enragé, veut abattre sous ses coups de tête. L'arbre vacille, l'homme laisse échapper le fusil et tombe lui aussi. En tombant, le fusil blesse le buffle à mort, mais l'animal, avant de mourir, encorne l'homme à la cuisse. Le chasseur, blessé, parvient à rentrer au village, raconte son histoire et meurt lui aussi. Les habitants sont traumatisés. Les chefs de la communauté organisent immédiatement une sorte de cérémonie où tout le village assiste, et où on raconte l'histoire, en chantant, et en faisant bouger les corps au rythme de la musique.

Des pratiques thérapeutiques bien différentes des nôtres, chacune appartenant à un univers culturel donné, mais qui, sans chercher bien sûr à construire un système de valeurs, posent néanmoins deux questions clés.

Peut-on soigner sans les dieux ?

La première question est la suivante : le dispositif élaboré par les chefs du village est un système intégré ; peut-on soigner sans cette intégration ?

Remarquons que de tels systèmes ont existé dans notre culture jusqu'à une époque historiquement récente. On imagine les spectacles baroques baignés dans une conception où, je cite l'introduction de l'ouvrage de Tommaso Campanella (1568-1639), *Du sens de l'univers* (1620) :

L'homme est l'épilogue du monde entier. Le monde est statue, image, Temple vivant de Dieu, où celui-ci a dépeint ses gestes et inscrit ses concepts, qu'il a orné de statues vivantes, simples au ciel, composées et gauches sur terre, mais qui toutes tendent vers Lui. (Tommaso Campanella, cité dans Fagiolo dell'Arco, 1978, p. 8)

(On entend ici l'influence du néoplatonisme, avec les emboîtements organiques des hypostases qui constituent l'univers.) Ajoutons qu'à l'époque, tout est danse, comme le dira Igor Stravinsky, et on aura une idée de cette vascularisation qui relie l'esprit à la matière, des étoiles jusqu'aux profondeurs telluriques. Et on aura une idée aussi de ce que peut signifier le mot *symbole* dans un tel univers mental. Et on aura également une idée de la position singulière de nos existences actuelles.

Comme le soulignait Mircea Eliade (1957), pour l'homme moderne areligieux le « sacré est l'obstacle [...] devant sa liberté » ; « il se reconnaît uniquement sujet et agent de l'Histoire, et il refuse tout appel à la transcendance » (p. 172) ; et même si « l'homme areligieux à l'état pur est un phénomène plutôt rare », même si la « majorité des "sans-religion" se comporte encore religieusement, à leur insu » (p. 173), même si « les contenus et les structures de l'inconscient présentent des similitudes étonnantes avec les images et les figures mythologiques » (p. 178), « les "mythologies privées" de l'homme moderne, ses rêves, ses songes, ses fantasmes, etc., n'arrivent pas à se hausser au régime ontologique des mythes [...] et ne transforment pas une situation particulière en situation exemplaire » (p. 179).

Sans doute est-ce pour cette raison que l'ethnopsychiatre Tobie Nathan (2021) invite à « Soigner avec tous les dieux » (p. 358), considérant, avec les guérisseurs avec qui il a appris à travers le monde, « qu'il n'était pas possible de parler avec un homme sans dieu » (p. 360), et posant conséquemment que s'occuper des patients

sérieusement, en respectant leur histoire, le parcours de leurs aïeux à travers les générations, leurs lieux, les terres qui accueillent certains de leurs ancêtres, les dieux auxquels ils ne croient plus, les cultes dont ils ignorent tout, est nécessairement le premier temps d'une thérapie. (p. 372)

Et la seconde topique de Sigmund Freud (1920), amplifiée par les figures mythologiques d'Éros et de Thanatos, ou l'œuvre de Carl Gustav Jung (1975-1961), tout entière tournée vers le déchiffrement des schèmes fondamentaux de l'expérience humaine, ces archétypes structurant l'inconscient collectif et reliant l'individu à l'espèce et au cosmos, témoignent bien à leur manière de cette volonté d'une forme de transcendance dans la prise en charge psychothérapeutique ?

(Bien évidemment, pour éviter tout malentendu, parler de transcendance n'implique ici que la dimension psychologique du concept, pas la croyance en quelque entité supranaturelle.)

La musique peut-elle être séparée de la danse ?

Et on pressent que dans le dispositif thérapeutique élaboré dans ce village de Côte d'Ivoire, la musique est précisément le liant qui permet la saisie pleine du symbole dans l'ici-et-maintenant du dispositif.

Et on devine aussi que la capacité du dispositif à relier tous les plans du réel humain dans un espace-temps qui permet de les déployer *dans un même mouvement*, et non pas, isolés, dans une succession de moments différents juxtaposés, repose largement sur l'incarnation des mouvements rythmés partagés sous-tendant le déploiement du souffle chanté ou parlé, sur ces corps singuliers et pourtant saisis comme d'un seul bloc par la musique.

Car si la première question que pose ce dispositif renvoie à la condition de l'homme actuel des sociétés modernes, la seconde est celle de la manière curieuse que nous avons d'envisager la musique.

Pour la faire toucher du doigt, partons du diptyque du peintre Henri Matisse, *La musique* et *La danse* (1910).



La différence est saisissante. D'un côté, *La danse*, des corps unis pris dans un mouvement effréné ; de l'autre, *La musique*, des corps solitaires et immobiles.

Mais la danse n'implique-t-elle pas la musique qui fait danser, a fortiori lorsqu'on danse à plusieurs ? À tel point que dans de nombreuses cultures, il n'existe qu'un seul mot pour désigner ce que nous distinguons en musique et danse, voire plus encore (Giannattasio, 2005 ; Lewis, 2013). Et la musique n'est-elle pas précisément un inducteur de mouvements, qui ne peuvent être partiellement inhibés qu'au prix d'un apprentissage social ?

En somme, quelle curieuse façon de considérer le fait musical, où le corps se trouve comme neutralisé par la posture, ou réduit à une sorte de corps technique pour la nécessité de la production sonore via l'instrument.

On retrouve ici tout le système des savoirs savants sur la musique (Leroy, 2003), appuyé sur une idéologie articulant le corps et l'esprit dans un univers hiérarchisé où le corps est dévalorisé et où la « bonne compréhension » de la musique réfère à la figure de l'analyste-compositeur, à l'initié, seul capable d'appréhender la structure musicale dans une émotion esthétique qui signerait la transmutation de soi par l'unification des forces au centre du labyrinthe, axe du monde, *réel absolu*, source primordiale de la vie, où s'opère la purification de l'être en esprit (avec, là encore, l'arrière-plan néoplatonicien).

Un système de penser qui a largement dominé les savoirs musicologiques tout au long du 20^e siècle, et qui s'enracine dans un

mysticisme romantique qui a fait de la musique le « langage de l'âme » par excellence, ou bien, à l'orée du 20^e siècle, l'outil spirituel de la création de soi en tant qu'expression d'une transcendance reliant la pulsion à l'esprit.

Finalement, la musique telle qu'on la voit semble renvoyer à une conception qui dit davantage sur la sociologie des classes dominantes et de leur rapport au corps que sur la musique elle-même. Et l'idée d'une musicothérapie amputée de la danse pourrait bien dire de même. Et on peut aussi se demander si une musicothérapie davantage tournée vers l'écoute ou le jeu instrumental que sur la voix ne serait pas, elle également, marquée par cette conception bourgeoise, où, d'une manière ou d'une autre, le corps est le danger, par où l'émotion contenue voire le désir pourraient se dévoiler, ou, plus encore, faire perdre le contrôle de soi. Le danger, et la grande peur, ou plutôt la grande terreur (la peur qui ne s'élabore jamais tout à fait), car le corps est matière et donc périssable (et le fait d'investir le matérialisme philosophique ne change rien à la chose, simple tentative désespérée de reporter la transcendance à un niveau qui supprime l'histoire, donc, là encore, la mort).

Bilan intermédiaire

Que nous disent ces remarques sur la question première : de quoi on parle quand on parle de musicothérapie ?

Disons d'emblée que la musicothérapie souffre (comme d'autres sciences humaines) de l'absence d'une théorie de l'homme, le *paradigme perdu* comme le disait Edgar Morin (1973) ; et aussi d'une théorie de la musique fondée sur une telle théorie. Soulignons que la biomusicologie initiée par Nils L. Wallin en 1991 (Brown, Merker, & Wallin, 2000) est une source d'espoir. Personnellement tout mon effort de recherche vise à nourrir ce champ et à remplir cet objectif d'une articulation conceptuelle qui permette de comprendre comment la musique opère en nous (Leroy, 2023).

Disons aussi que la musicothérapie n'a aucun intérêt à réduire son champ. Dans une publication récente Shannon K. de l'Etoile et Edward A. Ruth (2019) exposent la palette de la discipline, de la rythmique d'Émile-Henri Jaques-Dalcroze à la thérapie musicale neurologique, en passant par la thérapie musicale analytique ou biomédicale, etc. C'est bien ainsi. Et si on prend en compte mes remarques précédentes, c'est d'un champ bien plus immense encore dont il s'agit. Un champ qui peut permettre à chacun de se laisser mouvoir dans un dispositif qui ne se réduit pas à l'écoute immobile, telle que Matisse nous la donnait à voir.

Quant à la finalité du soin, la plupart s'accordent à dire qu'un thérapeute, quel qu'il soit, c'est quelqu'un qui cherche à améliorer la santé de la personne qui vient solliciter son aide, autrement dit, selon la définition de la santé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à augmenter le niveau de bien-être de cette personne. Le thérapeute n'est pas une sorte de nouveau prêtre : il ne vise pas à réaliser l'homme idéal, à dévoiler un inconscient archéologique, à permettre l'épanouissement de l'Être, etc., toutes choses où le patient est oublié (le contraire exact de la clinique). Il ne cherche pas non plus à comprendre la fin du fin du pourquoi ou du comment ; il cherche à être efficace. C'est un ingénieur d'une qualité particulière, qui mobilise des techniques et des théories pour élaborer des dispositifs qui permettent au bout du compte à un patient de se sentir mieux.

Dans cette perspective, on devine l'importance de la sémiologie, en tant que science des signes par quoi l'être exprime sa souffrance ou son inadaptation pathologique. Qu'importe au thérapeute que son patient insomniaque qui a retrouvé un meilleur sommeil comprenne les motifs profonds qui sous-tendaient ses insomnies ! (Comme le notait D. W. Winnicott [1971, p. 72], « une psychothérapie en profondeur [peut] être conduite sans travail interprétatif. ») Et quel thérapeute serait

assez stupide ou ignorant ou fat pour croire *sérieusement* que la théorie qu'il pourrait en faire subsumerait l'ensemble des facteurs impliqués dans ce mieux être ?

Dans cette perspective aussi, on comprend le sens de la recherche en musicothérapie, qui est alors une recherche en ingénierie : investiguer ce qui soigne, comment, pourquoi (non pas la théorie absolue du patient mais celle relative du dispositif).

La musicothérapie est-elle une art-thérapie ?

Reste un dernier point. La musicothérapie est dans certains pays rangée parmi ce qu'on appelle les art-thérapies. Comment comprendre cette inclusion, et surtout ce qu'elle implique ?

En premier lieu, il faudrait s'entendre sur ce qu'est l'art. Or je suis surpris de constater à quel point la définition du mot est soigneusement éludée dans les ouvrages qui traitent d'art-thérapie. C'est un sérieux problème. Là encore, comme pour la musicothérapie, il est indispensable de savoir de quoi on parle. Il ne peut y avoir d'art-thérapie sans une définition de l'art, définition opérationnelle bien sûr pour le thérapeute. Finalement, il semble qu'on se trouve à nouveau confronté aux mutations civilisationnelles évoquées plus haut. Comme pour la musique, le concept d'art a connu de profondes évolutions (*Esthétique et philosophie de l'art. Repères historiques et thématiques*, 2014). Sans vouloir faire ici l'analyse systématique et l'histoire des conceptions sur l'art, disons en deux mots que la possibilité même d'une telle définition s'est trouvée contestée.

Les profonds bouleversements culturels du 19^e siècle, avec la volonté de mettre à bas la civilisation dite (par dévalorisation antisémite) « judéo-chrétienne », ont conduit à remettre en cause la nécessité même de l'artiste. Étant posé que chacun serait artiste comme « par nature », la prévalence d'un groupe social entendant exercer un pouvoir social en matière d'art

est devenue insupportable. Corrélativement, les critères permettant de fonder un jugement critique ont perdu leur légitimité, si bien que c'est l'idée même de ce jugement qui s'est vue contestée, et, du même coup, la possibilité d'une théorie et d'une histoire de l'art. Au bout du compte, les frontières entre art et non-art ne pouvant plus être tracées, la définition du mot art est devenue problématique (voire polémique). Ainsi, dans la perspective de la philosophie linguistique (Lories, 1996) ou de la philosophie sociale, le concept d'art est posé comme « un concept ouvert » (Weitz, 1956), dont le contenu ne ferait qu'exprimer les problèmes rencontrés par les artistes dans un espace-temps donné (Ziff, 1953). En ce sens, l'acte de conférer le statut d'œuvre d'art à un objet serait conditionné par l'arrière-plan formé par le faisceau de systèmes qui caractérisent les mondes de l'art (Dickie, 1974), ou par les traditions d'une culture donnée, qui permettrait seule d'identifier contextuellement une production comme artistique (Margolis, 1980), ou d'interprétation située, un objet ne devenant œuvre d'art que par les discours qui le constitueraient comme tel (Danto, 1964, 1981). Bref, l'art étant partout et nulle part serait devenu inconcevable. Et l'art aujourd'hui, outre ses fonctions traditionnelles de distinction de groupes sociaux hiérarchisés articulées avec les jeux de pouvoir à tous les étages, semble se confondre avec la monstration d'une subjectivité confuse où l'affirmation de soi paraît l'axe central. Mais un tel contenu laisse démuné le praticien thérapeute ; car qu'est-ce qui dans cette monstration fait art ?

Aussi, par nécessité théorique et pragmatique, il nous faut en donner une définition plus substantielle. Car, encore une fois, comment faire « art-thérapie » si on ne sait pas (ou qu'on se refuse à dire) ce que cela signifie.

Je m'y risque. Je dirai simplement que les composantes fondamentales de l'art, ce sont d'abord une intention esthétique, complétée par une volonté technique au service de cette

intention. Selon cette définition, il y a art dans tous les moments où un être humain travaille à réaliser ce qu'il pense être beau, qui est comme une valeur attribuée à la forme, un beau forcément subjectif donc. En ce sens, celui ou celle qui cherche à se faire beau le matin (quels que soient ses critères) est déjà un peu artiste, sur le plan personnel, psychologique, le plan qui nous intéresse en tant que thérapeute.

En ce sens, si la fonction artistique réside dans l'intention (et bien évidemment cela n'exclut pas la technique, bien au contraire, la technique découle de l'intention qui se déploie en effort), l'art-thérapie ne peut être disciplinaire ; et une formation d'art-thérapie resterait à être sérieusement fondée. Ou, pour moduler mon propos, l'art-thérapie ne serait disciplinaire qu'en fonction d'une conception historique et sociale, largement imprégnée de la culture bourgeoise du 19^e et du 20^e siècles, où l'art, vidé de sa substance, se réduirait au média. En somme, la musique ou la sculpture seraient art parce qu'on les désigne ainsi... Avec alors le risque de rester empêtré dans des manières de voir qui entraveraient le fondement comme les modalités d'une véritable art-thérapie.

Ceci posé, il est possible de répondre à la question initiale de savoir si la musicothérapie est une art-thérapie. Elle peut l'être, si l'intention esthétique en ce qu'elle implique en termes de rapport à soi-même et à l'autre via l'objet est le mécanisme visé pour produire l'effet thérapeutique. Mais on comprend tout de suite que ce n'est pas forcément le cas. Chanter ensemble peut produire un effet, sans que les chanteurs ne se sentent en rien engagés dans ce type d'intention. Bref, la musicothérapie *peut* être une art-thérapie, mais de façon non nécessaire. Ou encore, la musique peut servir un projet d'art-thérapie, *mais qui est autre chose* alors qu'une musicothérapie, en tant que le moyen ne serait plus principalement la musique mais le processus d'élaboration artistique.

(Pour éviter là encore tout malentendu, je fais partie de ceux qui pense fermement que le processus artistique peut être un moyen

puissant d'amélioration thérapeutique. Je dis simplement, avec d'autres, que, loin d'é luder le fond, à commencer donc par les définitions, la discipline art-thérapie gagnerait au contraire à l'assumer.)

3. Quelles compétences faudrait-il maîtriser pour être musicothérapeute ?

Après ce long laïus pour savoir de quoi on parle quand on parle de musicothérapie, je reviens à la question première de la formation du musicothérapeute : quelles sont les compétences qu'un musicothérapeute devrait maîtriser pour exercer ?

Neuf champs de compétences

Je pense que tout le monde s'accordera à dire qu'il faut d'abord, impérativement, qu'il soit **musicien expert**. Pas de musicothérapie sans une maîtrise solide de la musique, c'est entendu ; même s'il est aussi entendu que la *technique* musicale sans la *sensibilité* musicale ne suffit pas. Bien sûr, côté production, n'importe quelle expertise musicale est valable, instrumentale ou vocale, et il ne s'agit pas nécessairement d'une expertise d'excellence. Mais il faut bien que le musicothérapeute soit doté d'une technique éprouvée (et dans tous les cas d'un minimum de technique vocale) afin de pouvoir produire, s'accompagner, accompagner et soutenir le patient, reprendre telle proposition mélodique ou rythmique, la renvoyer, la développer, faire de la musique à partir du sonore, etc. Et aussi pour pouvoir intervenir auprès de patients musiciens experts, un champ d'intervention quasi inexistant, alors qu'on peut très sérieusement penser que c'est précisément avec cette catégorie de patients que la musicothérapie pourrait déployer tout son potentiel. Et encore, que le musicothérapeute maîtrise les techniques d'improvisation. Bien sûr aussi, à côté de cette maîtrise instrumentale et vocale, une expertise en analyse musicale, base de la

composition musicale, comme art de composer les éléments pour élaborer une structure.

Être musicien, donc ; un préalable, mais qui pourrait être pris en compte dans le cadre même du cursus, pour renforcer ou compléter les expertises dans la visée d'un socle minimal.

Un préalable aussi pour la **personnalité**. On sait que les caractéristiques personnelles sont un facteur clé pour l'insertion professionnelle. C'est au musicothérapeute à entreprendre ce travail sur lui-même pour saisir les mouvements qui l'animent et ce que ça fait en termes de relations humaines et plus précisément en termes de relation thérapeutique. Même si, là encore, il n'est pas inconcevable que la formation intègre des dispositifs qui permettent à l'apprenant de saisir cette nécessité.

Ces deux prérequis étant posés, quelles compétences devraient être acquises ?

Tout d'abord des compétences en rapport avec la **psychopathologie**. Au premier chef la sémiologie. Dans une équipe professionnelle de soins, chacun peut avoir des arrière-mondes théoriques soutenant des étiologies différentes, mais tous doivent maîtriser le vocabulaire des signes qui manifestent la pathologie. La sémiologie est à mon sens première pour cette impérieuse raison ; mais pas que. Car se concentrer sur les signes d'abord *et toujours* c'est porter son regard sur le patient, sur l'externe, plutôt que de se tourner vers soi, vers l'interne, avec les inévitables résidus d'égoïsme ou même d'égoïsme ; ainsi de tel psychologue ou psychiatre interprétant brillamment un patient qu'il ignore... De la sémiologie, mais bien comprise, comme une scrutation appuyée sur un vocabulaire précis (*e.g.* Tribolet, & Shahidi, 2005) et référée aux nosographies courantes (le *DSM* notamment), mais sous-tendue par cette attention aux soignés et cette ouverture d'esprit qui permettent d'éviter de faire même de la sémiologie un moyen de se protéger de ce que le patient a de dérangeant. La sémiologie donc, mais aussi l'analyse psychopathologique, pour

apprécier les mécanismes et les processus du soin, de préférence dans une perspective intégrative (Ionescu, 2004, 2007), pour éviter une fermeture intellectuelle, pratique et professionnelle.

Des compétences en psychopathologie, mais également dans ce qu'on appelle la **psychologie de la santé**, où la personne qui vient consulter n'est plus un patient mais un client, qui veut simplement se maintenir en bonne santé, ou même qui travaille à son épanouissement ou à son développement personnel, comme on dit. Et il y a là sans aucun doute un champ immense pour l'activité professionnelle, aussi bien dans le domaine général qu'auprès des entreprises, publiques ou privées.

Bien entendu aussi des compétences en **musicothérapie**, c'est-à-dire permettant de mettre en œuvre des dispositifs fondés sur la musique destinés à améliorer la santé du patient. Des dispositifs, c'est-à-dire des techniques articulées dans des méthodes. La santé, c'est-à-dire, encore une fois, le bien-être. En évitant cette tendance lourde à vouloir « médicaliser » les dispositifs, tendance qu'on retrouve à tous les étages, aussi bien en psychothérapie qu'en musicothérapie ou en art-thérapie, y compris souvent chez ceux qui s'en défendent, avec des « prescriptions » quasi médicales. Une tendance qui ignore les résultats des études visant à évaluer l'efficacité des méthodes psychothérapeutiques, qui convergent vers l'idée que les facteurs principaux de la réussite du processus thérapeutique ne résident pas d'abord dans les méthodes affichées (psychothérapies cognitivo-comportementales, sociales, systémiques, psychanalytiques, etc., chacune avec leurs dispositifs propres), qui semblent surtout être utiles aux thérapeutes pour se rassurer et se donner un cadre, ce qui n'est pas négligeable, mais qui ne concerne pas l'essentiel (Blanchet, & Masse, 1998 ; Blanchet, 2007 ; Blanchet, & Thomassin, 2007, pp. 582-583 ; Duriez, 2009).

Parallèlement, des compétences dans le domaine de la **psychologie de la musique** (incluant les neurosciences de la musique

bien entendu), domaine d'études aujourd'hui très solide, et qui permet de rendre compte des dispositifs musicothérapeutiques ou au moins de les étayer. Non pas que le travail du musicothérapeute doive ou puisse toujours s'appuyer sur des données ou des théories ; après tout, un bon thérapeute, quel que soit son domaine, c'est d'abord, encore une fois, quelqu'un qui fait du bien. C'est l'efficacité qui est recherchée ; c'est le savoir-faire qui est attendu plutôt que le savoir. Mais le savoir en question, s'il est utilisé pour approfondir, explorer, améliorer, est nécessaire à cette visée. Et il est nécessaire aussi à la relation avec les professionnels, notamment pour favoriser la compréhension de l'intervention musicothérapeutique et, ce faisant, l'intégration du musicothérapeute comme un professionnel de santé, et non pas simplement comme un intervenant sympathique qui fait du bien au patient mais sans pouvoir dire ni comment ni pourquoi, restant ainsi à la périphérie de la co-construction par les équipes de soins des stratégies de prise en charge des patients.

Alors, des compétences personnelles en **musique** et dans la **connaissance de soi**, pour ce qui concerne les prérequis ; des compétences systématiques en **psychopathologie** (sémiologie et principes de l'analyse psychopathologique) et en **psychologie de la santé**, pour ce qui est du domaine général ; des compétences en **musicothérapie** et en **psychologie de la musique**, pour ce qui est du domaine spécifique.

Mais cela ne suffit pas. Il faut en rajouter.

Tout d'abord, des compétences en rapport avec le **monde professionnel** : les institutions, le monde associatif, le monde de l'entreprise. Quels sont les différents cadres de la pratique professionnelle, quels en sont les principes et les finalités, comment fonctionnent-ils, comment les combiner ? Auprès de qui et comment puis-je négocier mes compétences ? Comment approcher la fonction hospitalière ? Comment pénétrer le monde associatif ? Comment créer, gérer, développer mon

(auto)entreprise ? Comment promouvoir mon activité, auprès du grand public, auprès des professionnels, dans une équipe soignante (frapper aux portes, faire un flyer, construire un site...) ? Etc.

Ensuite, des compétences en rapport avec la **communication** et le **travail d'équipe**. Quels sont les différentes modalités de ce travail ? Comment on communique avec autrui ? Comment on communique dans une équipe professionnelle ? Comment on rédige un compte-rendu à destination d'un donneur d'ordre ou d'un collaborateur ou d'une institution ? Comment on construit et on mène une session d'information sur la musicothérapie ? Etc.

Enfin, bien sûr, des compétences dans le domaine de la **recherche**, à la fois pour développer toujours et encore un esprit critique, pour garder l'esprit ouvert, et pour participer de la recherche en musicothérapie. En ayant à l'idée la fonction clé d'intégration de l'expérience, des savoirs et de la réflexion que jouent (ou devraient jouer) les rapports de stage et les mémoires dans le cursus (les deux étant bien souvent confondus dans de nombreux parcours de formation).

Et quelques convictions

J'arrête là ma présentation, dans cette projection d'un plan de formation capable au mieux, ce me semble, de mettre le musicothérapeute en devenir en situation d'exercice professionnel. Avec bien sûr quelques convictions fortes, que j'emprunte à des collègues formateurs cités dans le *Manuel de thérapie musicale* (2016) dirigé par Jane Edwards aux Oxford University Press.

Jane Edwards (2016, p. 854), fondatrice de l'Association internationale pour la musique et la médecine : « La formation en thérapie musicale est comme les pièces d'un puzzle [...]. L'aspect le plus important de cette formation est l'intégration de ces pièces [...]. Le développement personnel de chaque étudiant est la clé de ce processus et

il n'y a pas un chemin unique pour réaliser les capacités d'un praticien compétent ».

Barbara Hesser (*ibid.*, p. 854), de l'Université de New York : l'important pour un étudiant est « de faire l'expérience du pouvoir de la thérapie musicale par lui-même et de chercher à comprendre comment la musique peut être utilisée pour sa propre transformation ».

Sheri Robb (*ibid.*, p. 854), de l'Université de l'Indiana : « tout musicothérapeute aura intérêt à développer ses compétences dans les domaines de l'observation clinique, de la pensée critique et de la communication—travaillant à synthétiser ces informations pour informer les interventions/traitement qu'il fournira à chaque patient individuel ».

Enfin, Brynjuif Stige (*ibid.*, p. 857), de l'Université de Bergen en Norvège : « le mieux que nous puissions faire est de nourrir la capacité à rester ouvert pour de nouveaux apprentissages et de nouvelles possibilités ».

C'est à mon sens dans ces conditions que la part de chacun peut être reconnue, et que l'enseignant peut être mis à sa modeste place pour servir cette prise en charge par l'apprenant de son propre devenir, nourri par des enseignements forcément laborieux et parcellaires.

4. En guise de conclusion : la musicothérapie devrait-elle s'adresser à des étudiants tout-venant ou à des psychothérapeutes (psychologue clinicien ou psychiatre) ?

Question extrêmement délicate... Non pas tant d'un point de vue logique ou clinique, que politique et sociologique.

D'un point de vue logique, sémantiquement, la musicothérapie se situe du côté des x-thérapie : ergo-, aroma-, gemmo-, litho-, culino-, aqua-, zoo-, chromo-, cálido-, etc., dont la liste est infiniment ouverte. Dans tous ces mots, c'est

le média qui est mis en avant, à la différence du mot psychothérapeute. Un zoo-thérapeute par exemple est un soignant qui utilise la relation avec un animal comme support pour traiter le psychologique, là où un *psycho*-thérapeute est un soignant qui traite le psychologique. Dans le premier cas, on dit *par quoi* on soigne, dans le second *ce qu'on* soigne. Là réside le subterfuge. Car le moyen n'est pas le praticien... Il n'y a pas de chimiothérapeutes ex nihilo par exemple, il y a des médecins spécialistes qui prescrivent des chimiothérapies. Et ce n'est pas du tout pareil ! Parce que le médecin a fait de longues études pour fonder son art, connaître le système vivant *Homo sapiens*, connaître les moyens permettant de le guérir ou au moins de le soigner. Et il en est de même pour le psychothérapeute. L'hypnose par exemple est une technique utilisée par des psychologues cliniciens ou des psychiatres, et l'hypnothérapeute ne pourrait être qu'un dit psychologue ou psychiatre qui aurait fait de ce traitement sa spécialité. Ainsi remis à l'endroit on comprend l'ampleur du malentendu.

Dans cette optique, la musicothérapie devrait être envisagée comme une spécialisation thérapeutique plutôt que comme une catégorie à part entière. Dans ce cadre, les formations en musicothérapies seraient d'une tout autre nature, et d'une tout autre puissance ! Et la reconnaissance disciplinaire ne poserait aucun problème, *parce que les choses seraient alors à leur place.*

Nul doute que poser ainsi les choses se heurte à des résistances farouches, pour ne pas dire plus.

D'abord, parce qu'il est très probable que le malentendu en question résulte en partie d'une manipulation (plus ou moins assumée), permettant un contournement de la loi. Les efforts du législateur pour réglementer la profession de psychologue clinicien¹ puis celle de psychothérapeute²

¹ Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 (modifiée par ordonnance n° 2016-1809 du 24 décembre 2016).

² Article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, modifié par l'article 91 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 ; décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute

(version consolidée au 4 juin 2020) ; arrêté du 8 juin 2010 relatif à la formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute (version consolidée au 15 juin 2020) ; instruction de la DGOS/RH2/2012/308 du 3 août 2012, entre autres.

ont bousculé bien des usages. Le tour de passe-passe sémantique permet d'échapper à la règle sans se mettre hors la loi. D'où la profusion suite à sa promulgation des nouvelles catégories en x-thérapies, sans parler des kinésithérapeutes, magnétiseurs, chamanes, etc., ou de certains sophrologues ou ostéopathes, qui pratiquent des soins qui s'apparentent fortement à des psychothérapies, sans en avoir ni la formation ni l'habilitation. Avec un public profane complètement déboussolé par ces multiples « thérapeutes », et la puissance des procédés de communication de tous ordres pour les perdre toujours un peu plus.

Ensuite, parce que la formation universitaire ou professionnelle constitue un immense enjeu de pouvoir et d'argent.

Alors, la musicothérapie, une technique destinée aux psychothérapeutes (psychologues cliniciens ou psychiatres) ? L'idée ouvre une toute autre perspective de formation, où, dans le respect des patients, tout le monde serait gagnant. On ne peut se satisfaire d'étudiants tout-venant, la grande majorité n'ayant pas fait d'études en psychologie ou en médecine, sans parler de compétences musicales souvent sommaires, formés en une ou deux années (dans des D.U., master [mais l'appellation ici est trompeuse en termes de nombres d'années de formation en musicothérapie] ou autres), qui vont ensuite participer de cette confusion. Nul doute qu'un public d'apprenant psychothérapeutes permettrait un travail d'une autre nature, qui servirait la discipline musicothérapie — aussi bien sur le fond que du point de vue de sa reconnaissance institutionnelle (qui ne ferait pas alors débat) — comme la prise en charge des patients.

Bibliographie

DSM-5. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)* (Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel

- Guelfi [dir.], trad.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Arveiller, J. (1980). *Des musicothérapies*. Issy-les-Moulineaux : E.A.P.
- Blanchet, A. (2007). Analyse critique des psychothérapies. In S. Ionescu, & A. Blanchet (Eds.), *Nouveau cours de psychologie – Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie* (pp. 551-584). Presses Universitaires de France.
- Blanchet, A., & Masse, L. (1998). *Analyse critique des psychothérapies*. Document dactylographié (117 pages), cours IED-Paris 8, M1 Psychologie clinique et Psychopathologie.s
- Blanchet, A., & Thomassin, P. (2007). Pragmatique et psychothérapie. In S. Ionescu, & A. Blanchet (Eds.), *Nouveau cours de psychologie – Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie* (pp. 551-584). Paris : Presses Universitaires de France.
- Brown, S., Merker, B., & Wallin, N. L. (2000). An introduction to evolutionary musicology. In N. Wallin, B. Merker, & S. Brown (Eds.), *The origins of music* (pp. 3.-24). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Danto, A. C. (1964). Le monde de l'art. In D. Lories (Ed.), *Philosophie analytique et esthétique* (pp. 183-198). Paris : Klincksieck, 2004.
- Danto, A. C. (1981). *La transfiguration du banal* (C. Hary-Schaeffer, trad.). Paris : Le Seuil, 1989.
- Dickie, G. (1974). *Art and the aesthetic: An institutional analysis*. Ithaca, NY : Cornell University Press.
- Duriez, N. (2009). *Changer en famille. Les modérateurs et les médiateurs du changement en thérapie familiale*. Toulouse : Erès.
- Edwards, J. (2016). *The Oxford handbook of music therapy*. New York, NY : Oxford University Press.
- Eliade, M. (1957). *Le sacré et le profane* (M. Eliade, trad.). Paris : Gallimard, 1965
- Étoile (de l'), S. K., & Ruth, E. (2019). Music therapy. In P. J. Rentfrow, & D. J.

- Levitin (Eds.), *Foundations in music psychology. Theory and research* (pp. 857-916). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Esthétique et philosophie de l'art. *Repères historiques et thématiques*. (2014). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Fagiolo dell'Arco, M. (1978). *Histoire mondiale de la sculpture. Baroque & rococo* (J. de Passe, trad.). Paris, Hachette.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir* (J. Laplanche et J.-B. Pontalis, trad.). In *Essais de psychanalyse* (pp. 41-115). Paris : Payot, 1981.
- Giannattasio, F. (2005). Le concept de musique dans une perspective anthropologique et ethnomusicologique (A. Guglielmetti, trad.). In J.-J. Nattiez (Ed.), *Musiques. Une encyclopédie pour le XXI^e siècle* (pp. 399-427). Actes Sud / Cité de la Musique, 2007.
- Hallam, S., Cross, I., & Thaut, M. (2009). *The Oxford handbook of music psychology*. New York : Oxford University Press.
- Ionescu, S. (2004). *14 approches de la psychopathologie*. Paris : Armand Colin (1/1991).
- Ionescu, S. (2007). Psychopathologie générale : fondements d'une approche intégrative. In S. Ionescu, & A. Blanchet (Eds.), *Nouveau cours de psychologie – Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie* (pp. 551-584). Paris : Presses Universitaires de France.
- Kuhn, T. S. (1962). *La structure des révolutions scientifiques* (L. Meyer, trad.). Paris : Flammarion, 1999.
- Leroy, J.-L. (2003). *Vers une épistémologie des savoirs musicaux*. Paris : L'Harmattan.
- Leroy, J.-L. (2016). *Les fonctions de la musique et de l'art. Bilan critique et esquisse théorique*. Sampzon : Éditions Delatour.
- Leroy, J.-L. (2023). *What is music for ? Homo musicus*, vol. 2, *The music function and how it works (À quoi sert la musique ? Homo musicus*, vol. 2, *La fonction musicale et son fonctionnement*). Paris : L'Harmattan. (Extrait revu et corrigé de *Esquisse d'une théorie générale de la musique*. Note de synthèse HDR. Université Paris-Sorbonne, 2015)
- Lewis, J. (2013). A cross-cultural perspective on the significance of music and dance to culture and society: Insight from BaYaka pygmies. In A. Arbib (Ed.), *Language, music, and the brain: A mysterious relationship* (pp. 45-65). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Lories, D. (1996). *L'art à l'épreuve du concept*. Paris : De Boeck & Larcier.
- Margolis, J. (1980). *Art and philosophy*. Atlantic Highlands, NJ : Humanities Press.
- Morin, E. (1973). *Le paradigme perdu*. Paris : Le Seuil.
- Nathan, T. (2021). *Secrets de thérapeute*. Paris : L'Iconoclaste.
- Schaeffer, P. (1966). *Traité des objets musicaux. Essai interdisciplines*. Paris : Le Seuil.
- Tribolet, S., & Shahidi, M. (2005). *Nouveau Précis de sémiologie des troubles psychiques*. Paris : Heures de France.
- Weitz, M. (1956). Le rôle de la théorie en esthétique. Dans D. Lories (Ed.), *Philosophie analytique et esthétique* (pp. 27-40). Paris : Klincksieck, 2004.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel* (C. Monod et J.-B. Pontalis, trad.). Paris : Éditions Gallimard, 1975.
- Ziff, P. (1953). The task of defining a work of art. *Philosophical Review*, *LXIII*, 58-78.



La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume 40 - numéro 02 - mai 2023

Bénéfices du groupe en musicothérapie

Docteur Nicole DUPERRET

Présidente de l'Association Française de Musicothérapie

Résumé

Ce texte, à usage pédagogique, se veut pour mission de redéfinir simplement ce que peut représenter la musicothérapie d'inspiration psychanalytique de groupe et son intérêt pour les patients ou membres participants. Il commence par un rappel de quelques éléments de description d'un modèle de pratique musicothérapique et expose quelques principes théoriques. Il indique ensuite comment, du point de vue de l'auteur, le musicothérapeute envisage de favoriser l'opération de symbolisation effectuée en séance lorsqu'il propose à un groupe de participants de s'exprimer par le moyen de sons dans un espace et un dispositif organisés. Il présente quelques patients candidats à un tel groupe et donne un exemple de processus par lequel les membres du groupe peuvent s'y inscrire progressivement. Il décrit enfin les fonctions possibles de l'appartenance à un groupe de musicothérapie pour les participants qui le constituent.

Mots clés

Musicothérapie de groupe, langage musical, processus de symbolisation en musicothérapie, réinscription dans un ordre symbolique.

Abstract

This text, for pedagogical use, aims to simply redefine what group psychoanalytical-inspired music therapy can represent and its interest in patients or participating members. It begins with a reminder of some elements of description of a model of music therapy *practice* and exposes some theoretical principles. It then indicates how, from the author's point of view, the music therapist plans to favor the operation of symbolization carried out during the session when he proposes to a group of participants to express themselves by means of sounds in a space and a organized device. It presents some candidate patients for such a group and gives an example of a process by which group members can progressively enroll. Finally, it describes the possible functions of belonging to a music therapy group for the participants who constitute it.

Keywords

Group music therapy, musical language, process of symbolization in music therapy, re-inscription in a symbolic order.

A l'heure des multiples technologies, toujours plus performantes, auxquelles les musicothérapeutes peuvent recourir, en fonction de leurs compétences, de l'âge des patients dont ils s'occupent et de leur culture, la nature de la médiation musicale évolue en musicothérapie. Le musicothérapeute de toute façon est musicien, et son écoute particulière est une donnée essentielle, qui vient se rajouter à son écoute de psychothérapeute, peu importe son orientation professionnelle, cognitivo-comportementale, neuro-scientifique, ou psychanalytique.

Cependant, quel que soit le dispositif auquel il aura recours, dès lors qu'il effectue des séances de musicothérapie de groupe, certains effets consécutifs au dispositif de groupe peuvent être attendus avec une certaine constance.

Il y a bien du travail de théorisation à envisager pour les musicothérapeutes, à la lumière des résultats des nombreuses recherches actuelles des divers techniciens, tant du côté des théories de psychothérapies de groupe, pas nécessairement à médiation, qu'elles soient de nature systémique (Perrone, 2006) ou psychanalytique (ANZIEU, 1984), que de celui des sciences cognitives, si précieuses en particulier dans l'approche des troubles de la pensée des patients psychotiques, et qui certainement viennent éclairer les théories psychanalytiques. (Lecourt, 2022).

Voici donc un texte, issu d'une longue pratique de la musicothérapie en psychiatrie, qui focalise son intérêt sur les effets positifs de l'appartenance à un groupe de musicothérapie pour un patient souffrant de troubles mentaux, qu'ils soient en rapport avec une souffrance purement psychique, ou vienne grever une pathologie somatique.

Que la pratique du musicothérapeute se réfère à des modèles de musicothérapie psychanalytique (dispositif de communication sonore d'Edith Lecourt Lecourt, 1993), des modèles d'organisation d'une séance autour du geste et de la production musicale du patient

(Benenzon, 2004), ou autres, certains effets de l'appartenance à un groupe se révèlent similaires.

I- Une présentation de la musicothérapie

Au-delà des nombreuses définitions en vigueur du terme, nous pourrions dire que la musicothérapie est une pratique de psychothérapie qui utilise *le support du langage musical comme espace transitionnel à une relation* entre un ou des patients et un ou des musicothérapeutes.

Que la théorie s'appuie sur le concept d'Identité Sonore (Lecourt, 2006), ou celui d'ISO (Benenzon, 1992), ou d'autres certainement, l'objectif est d'aider le patient à se définir progressivement dans ses relations au son et à la musique, (qui est, selon le dictionnaire Le Robert, « l'art de combiner les sons d'après des règles variables selon les lieux et les époques ») et de ce fait à se situer dans sa différence par rapport à l'altérité.

En effet, la musique, sans les mots, peut, *grâce à sa structure langagière, devenir le support de projection de la pensée* de l'auditeur. Même si elle n'a, en soi, rien de particulièrement thérapeutique, elle pourra acquérir cette fonction si elle est utilisée dans un *cadre* très précis, qui est le cadre de la musicothérapie, car elle y sera alors l'objet d'une écoute particulière : le but du travail commun au couple patient-musicothérapeute sera *d'attribuer un sens à la musique diffusée ou produite en séance*.

La musicothérapie peut être pratiquée de manière *active* ou de manière *réceptive*, dans un abord *individuel* ou *groupal*.

Dans le cas de *la musicothérapie active*, il s'agit d'improvisations sonores avec le (ou les) malade(s), en temps limité, avec enregistrement et écoute ultérieure de l'enregistrement : la séance est jalonnée de temps de mises en mots de l'expérience vécue pendant l'interprétation puis après l'écoute de l'enregistrement.

Dans le cas de *la musicothérapie réceptive*, un ou plusieurs extraits seront proposés à l'auditeur ou au groupe d'auditeurs, suivant un protocole fixé dès le début selon le type de problématique. Chaque audition est suivie d'une verbalisation de la part de tous les malades participants.

L'aspect thérapeutique de la musique variera selon les objectifs du soin, mais il ne pourra pas être fait abstraction d'un substratum toujours présent, que ce soit sous forme perçue ou sous forme réelle, la partition musicale. La partition musicale est faite de *symboles* : elle est le support à une étrange relation qui lie dans le temps un compositeur, (même s'il n'est plus en vie), un interprète et l'auditeur.

En l'occurrence, en situation de musicothérapie, l'entité « auditeur » est formée conjointement par le couple constitué par le malade et son musicothérapeute, lorsqu'il s'agit d'une séance de musicothérapie réceptive.

Par contre, lorsqu'il s'agit d'une séance de musicothérapie active, la partition de ce qui est produit est rarement écrite ; mais elle doit pouvoir être perçue d'abord par le musicothérapeute, et, à terme, par le malade lui-même : ce dernier devrait, avec la poursuite des séances, être en mesure d'établir une codification, même élémentaire, de sa production et de celle des autres participants du groupe.

Le malade et son musicothérapeute auront recours à la langue pour tenter d'attribuer un sens à l'œuvre musicale en question au cours de la séance : cette affectation subjectivante de sens s'appuiera sur l'évocation de souvenirs de la vie quotidienne ou de l'histoire du malade, conduisant l'intéressé, du même coup, à s'inscrire peu ou prou dans une histoire, que ce soit la sienne propre, celle de sa famille, ou à défaut, celle du groupe de musicothérapie.

Cet outil technique intéressera les malades qui ont des difficultés avec la langue : le recours au langage musical pourrait leur permettre

d'exprimer ce qu'ils ne peuvent pas transmettre à l'aide de mots.

Le travail du musicothérapeute consistera ensuite à soutenir ses malades vers l'appropriation d'affects, puis de souvenirs, correspondants à ces signifiants sonores que nous avons évoqués précédemment.

II- Indications

Outre les domaines relatifs à l'odontologie, l'anesthésie, l'obstétrique, la néonatalogie, les troubles neuro-développementaux ou neuro-évolutifs, par exemple, la musicothérapie est particulièrement précieuse en psychiatrie, pour tous les malades, qui ont tous en commun la perte d'une partie majeure de leurs repères : repères sociaux la plupart du temps, mais aussi repères affectifs et surtout psychiques.

La musicothérapie active sera préférée pour des patients très malades, enfermés dans un syndrome de dissociation ou un repli autistique profond, ou un délire, et entravés gravement dans la possibilité de rencontre avec autrui sur le plan du langage parlé.

La limite à l'indication sera constituée par la coexistence de troubles de l'humeur trop prégnants.

Le travail en groupe est proposé de préférence dès que le malade est capable de supporter une séance dont la durée s'étend de trois quarts d'heure à une heure et quart environ suivant les cas.

La musicothérapie réceptive, par contre, sera proposée aux malades qui ont déjà des capacités à s'exprimer par le langage parlé, soit parce qu'ils ont déjà suivi des séances de musicothérapie active pendant plusieurs mois auparavant, soit parce que leur handicap dans ce domaine est moindre. Elle est d'une grande utilité dans de nombreuses pathologies entraînant un phénomène d'alexithymie, que ce symptôme soit de nature structurelle ou événementielle.

III- Quelques principes théoriques

La musicothérapie, lorsqu'elle se veut une psychothérapie d'inspiration psychanalytique, tâche d'organiser « *la rencontre entre deux espaces de représentations mentales* » (Miller, 1997), celui du malade, dans ce qui ne peut se dire ou même se penser, et celui du soignant. La relation thérapeutique en musicothérapie met en scène quatre personnages qui sont le patient, son thérapeute, le compositeur et l'interprète : tous les quatre sont liés par la partition musicale, dont l'interprète choisi a d'ailleurs tout loisir, grâce par exemple aux changements de timbre, ou de tempo, ou d'attaques, de varier les signifiants sonores, (Guiraud-Caladou, 1983).

La prise de position du musicothérapeute en séance est intimement liée à ses représentations contre-transférentielles. Par le choix de diffusion de tel ou tel extrait d'œuvre musicale, ou par celui de sa réponse musicale improvisée, il permettra, progressivement ou subitement, la mise en évidence d'affect bloqué chez le patient, et occasionnera chez ce dernier la remise en fonctionnement d'une vie affective et son inscription dans un discours qui lui soit propre.

Enfin la capacité d'un malade atteint de psychose à prendre conscience, dans sa production ou dans celle d'un autre participant, de la perception d'un élément constitutif du son, par exemple, (hauteur, durée, intensité, timbre) signe le début de son amélioration clinique, car il est corrélé à l'apparition de la perception des notions d'intentionnalité et d'altérité.

IV- La musicothérapie de groupe permettrait l'inscription ou la réinscription du patient dans un ordre symbolique

Les patients souffrant de troubles mentaux traités en musicothérapie peuvent souffrir de pathologies très diverses. Les soins en hôpital psychiatrique peuvent durer plusieurs semaines ou mois.

Devenir malade mental est lourd de conséquences pour un individu, tant sur le plan de la réalité que sur le plan symbolique.

Parmi les malades dont l'affection présente une nécessité de soins à long terme, certains peuvent être intégrés à un groupe.

Nous pourrions dire qu'ils sont souvent en souffrance d'appartenance : bien fréquemment ils sont en rupture, avec leur famille, ou avec la société en général, ou avec toute forme de culture.

Le but de notre prise en charge en musicothérapie de groupe sera de les aider à se réinscrire dans un ordre symbolique, celui d'une classe d'individus ayant un certain nombre de points communs.

La définition de l'expression « ordre symbolique » que nous choisissons ici est celle empruntée au « Vocabulaire de la Psychanalyse de J. LAPLANCHE ET J.B. PONTALIS » : « Registre auquel appartient une structure dont les éléments discrets fonctionnent comme des signifiants ».

Nous rappelons que tout ordre symbolique est fondé par une loi. (Juignet, 2021).

Donc, indépendamment de leur structure psychique (psychotique ou névrotique), les malades que nous acceptons en groupe de musicothérapie ont tous des problèmes d'appartenance à une famille ou à un groupe.

Du fait de leur pathologie, ou dans le cadre de cette pathologie, ils sont « différents », donc isolés, soit marginalisés, soit exclus. Ils « font désordre ».

Ce désordre peut être nécessaire à leur survie, tout en trouvant son origine dans le dysfonctionnement du groupe auquel ils appartiennent ou appartenaient : ce phénomène est rattaché à la notion de « porte-voix », développé par Enrique Pichon-Rivière. (Pichon-Rivière, 2020, p.34)

Les malades en question sont en perte de liens, et cette perte de liens, cause ou conséquence de leur retrait social, est source

d'une terrible douleur dont l'expression sera le délire, le passage à l'acte ou la dépression.

Rarement cette douleur sera pensée, et encore moins dite.

Il en résulte une impression de solitude irrémédiable, et une impossibilité totale d'y trouver seul le remède.

Le choix de l'engagement du malade dans un travail de groupe est souvent freiné par la méconnaissance de la technique de soin proposée, ou par l'apragmatisme occasionné par la douleur morale.

Les musicothérapeutes devront se montrer parfois actifs dans leur capacité à « happer » le patient au début de la prise en charge.

V- Que ce passe-t-il pour un patient en musicothérapie de groupe ?

Installation du lien

L'arrivée d'un nouveau patient dans un groupe peut se dérouler de diverses manières, toutes riches de signification, et devant être repérées et prises en compte dans l'analyse de la relation transférentielle qui va s'établir ensuite.

A titre d'exemple, la prise de parole dans le groupe pourra se faire :

Avec voracité : dès le début le sujet parle le premier, se répand et occupe le devant de la scène.

Avec crainte : crainte qu'on « agisse sur lui » par l'intermédiaire de la musique et crainte de devoir parler devant les autres. Le patient prend la parole en dernier, il prononce peu de mots.

Avec lutte : soit contre la mise en évidence trop criante de la pathologie qui lui est renvoyée (« dans le groupe il y a des malades »), avec nécessité pour lui de se situer par rapport au concept de maladie ; ou à l'inverse contre l'obligation qui est faite dans le groupe d'effectuer un travail dans la direction d'une disparition de la maladie.

Avec ambivalence : il est demandé au patient de s'engager dans sa prise en charge et de venir

régulièrement. Le patient ambivalent viendra une fois sur deux, mettant ainsi un frein au travail psychique qu'il a initié.

D'autres signes peuvent être pris en compte dans la difficulté d'installation du lien, comme l'attitude corporelle (le patient qui tourne le dos aux autres et regarde le mur, ou celui qui se colle contre les autres, ou celui qui arrive systématiquement alcoolisé...).

Fantasmes (mythes ?) accompagnant les pouvoirs de la musicothérapie

L'entrée en relation avec un nouveau malade en musicothérapie doit tenir compte des mythes qui l'accompagnent ; notamment bien sûr les mythes concernant le pouvoir thérapeutique d'un soin faisant intervenir la musique : la musique a-t-elle un pouvoir magique ? (« qu'est-ce que ça va me faire ? », ou « ça ne me fait rien »).

Ces mythes sont véhiculés non seulement par le malade, mais encore par son entourage, à la fois familial, ou tout simplement soignant (à commencer par le personnel médical et paramédical non-musicothérapeute qui s'occupe de lui en dehors des séances).

Il convient alors, pour le musicothérapeute, au fur et à mesure, de dédramatiser en expliquant *en partie* la technique qu'il utilise ; en partie seulement : le malade se construira ensuite sa propre théorie sur la musicothérapie.

Cette théorie lui permettra d'investir personnellement les séances en venant y chercher ce qu'il en attendra à titre individuel, même s'il s'inscrit dans un groupe.

Nature de l'ordre du groupe

Le groupe, pour subsister, doit être ordonné. Il doit être régi par un certain nombre de lois sur le plan de la réalité, et il doit être porteur d'un certain nombre de valeurs sur le plan symbolique.

- ***Nature de l'ordre du groupe sur le plan de la réalité, quelques lois incontournables***

Le cadre horaire : repère indispensable évidemment, et qui peut être attaqué si facilement !

L'appartenance au groupe : dès qu'on est inscrit au groupe, on doit lui rendre des comptes : prévenir quand on ne vient pas, quitter le groupe en bonne et due forme (en faisant ses adieux) ...

L'ordre de prise de parole : chacun parle à son tour. Quand on a parlé, on ne parle plus avant la prochaine diffusion musicale, si c'est la règle fixée.

Les règles régies par le type de dispositif de musicothérapie :

S'il s'agit de séances de *musicothérapie réceptive* :

L'ordre des musiques diffusées : les extraits diffusés sont choisis par le ou les musicothérapeutes, et sont diffusés dans un certain ordre. Si les patients apportent des extraits à faire entendre au groupe, l'ordre de diffusion peut aussi être prévu initialement.

Le nombre des extraits musicaux diffusés : le nombre des extraits musicaux diffusés est fixe pour un même groupe, par exemple quatre. Cela permet de rythmer le temps de la séance et de donner des points d'ancrages supplémentaires aux patients qui ont des difficultés de repérage dans le temps.

Le choix obligatoire d'un des extraits : dans certains groupes de musicothérapie réceptive, on peut aussi exiger que chaque patient choisisse en fin de séance une œuvre parmi celles proposées en cours de séance : cela oblige l'intéressé à se positionner par rapport à ce qu'il a dit précédemment et par rapport aux autres membres du groupe.

S'il s'agit de *musicothérapie active* :

Le respect de la consigne : « tenter d'entrer en relation les uns avec les autres de façon non verbale, par l'intermédiaire des sons » (Lecourt, 1993).

Le respect des séquences : improvisation enregistrée sur un temps déterminé, prise de parole des participants au sujet de ce que la séquence a donné à entendre ou à ressentir, écoute de l'enregistrement et verbalisation des participants après l'écoute de l'enregistrement.

- ***Nature de l'ordre du groupe sur le plan symbolique***

Le groupe de musicothérapie est porteur de divers potentiels et de diverses valeurs : il permet aux malades exclus de tout système de devenir membre d'un groupe :

Groupe de musicothérapie tout simplement : à défaut d'un autre groupe ;

Groupe familial : dans une tentative de différenciation ou au contraire de réinscription (par exemple en décidant de participer à la musicothérapie malgré le désir contraire des membres de la famille, ou en reconstituant sa propre famille, en la racontant aux autres participants au fil des séances, et en se permettant de s'identifier à certains membres qui la constituent).

Groupe d'alcooliques, avec toute l'ambiguïté que cela comporte : s'agit-il de rester alcoolique ou de tâcher de ne plus l'être ?

Groupe de sujets abandonnés dans l'enfance...

Groupe de sujets aimant la BRETAGNE, ou l'opéra, etc...

A l'occasion des séances, donc, toutes sortes de groupes peuvent prendre naissance sur le plan symbolique, à l'intérieur du groupe de malades appartenant au groupe originel de musicothérapie, et donner à chaque individu une possibilité d'appartenance.

Les bienfaits en sont souvent rapidement perceptibles pour les patients, qui prennent l'habitude de venir avec plaisir participer aux séances, et d'établir des liens de connivence ou de complicité durant les séances ou parfois même en dehors. (Car il est difficile de fixer une règle d'abstinence stricte aux participants, comme cela pourrait s'imaginer pour un groupe psychanalytique plus classique.)

VI- Que se passe-t-il pour le musicothérapeute qui anime un groupe ?

L'attitude du musicothérapeute favorise cette inscription ou cette réinscription : bien sûr l'attitude du musicothérapeute n'est pas neutre du tout.

Son rôle ne peut pas se réduire à l'application d'un concept psychanalytique, avant tout parce que le musicothérapeute se met en scène obligatoirement, (c'est différent de la situation psychanalytique classique).

En séance d'une part, il choisit des extraits musicaux en fonction non seulement de la problématique des malades mais également de la sienne ; il ne peut échapper à la scène : par sa posture ; par sa culture ; par son costume ; il se lève pour aller diffuser la musique, et il est tributaire du fonctionnement de ses appareils (mauvaise manœuvre, panne d'électricité, etc...). Ou bien il intervient musicalement en improvisant avec le malade... ; il parle au nom de l'école de pensée et au groupe de musicothérapie auxquels il appartient et il travaille en supervision avec d'autres professionnels, constituant ainsi un ordre de musicothérapeutes.

En dehors des séances d'autre part, lorsqu'il intervient auprès des équipes soignantes, ou auprès des familles quand c'est possible, car l'expérience prouve que si la famille des patients, surtout en cas de psychose, n'est pas associée au travail effectué, elle s'emploiera fréquemment, consciemment ou inconsciemment, à annuler le résultat de la démarche effectuée par le patient.

Par conséquent, le musicothérapeute, qu'il le souhaite ou non, sera inclus dans la vie communautaire générée par la situation de groupe, et ses attitudes ou contre-attitudes seront conditionnées par son propre vécu contre-transférentiel sur le groupe, et même, osons le dire, son propre vécu transférentiel.

VII- Exemples cliniques en musicothérapie active

A partir d'une situation dans *l'ici et maintenant*, nous reverrons sur quelles bases le musicothérapeute pourrait repérer les éléments psychiques en provenance du passé des participants exprimés à travers leur improvisation en séance et comment il lui serait possible de prévoir le travail sonore à l'avenir, au cours des séances suivantes, afin de soutenir les membres du groupe dans leur effort de construction de leur identité sonore, tant individuelle que groupale.

Voici une séance concernant un groupe de huit participants. Six observateurs sont assis en cercle. A l'intérieur du cercle est installée une timbale ; de part et d'autre de cette timbale, deux participants. Le modèle de travail est celui proposé par Edith Lecourt, qu'elle nomme *communication sonore* (Lecourt, 2006). Le musicothérapeute lance la consigne : il s'agit pour eux deux de tenter pendant cinq minutes d'entrer en relation l'un avec l'autre par l'intermédiaire des sons qu'ils vont produire sur la timbale. L'improvisation est enregistrée.

Béatrice et Lucas

L'improvisation

Ce qu'on voit (Notons bien qu'avant d'entendre, on voit, et cette dynamique des corps est bien sûr un élément qui peut être analysé sur le plan de la psychodynamique de la séance). On peut voir Lucas large, ferme et décidé, accroché avec force à la peau de la timbale, au bord... Et Béatrice, grande et belle, mais mal à l'aise, hésitante, explorant la peau sur une surface plus large, dans sa moitié de peau.

Ce qu'on entend. Lucas installe d'emblée une pulsation tonique et un rythme binaire, à deux temps, fait de croches et de doubles croches. L'intensité augmente puis diminue. Béatrice semble avoir du mal à suivre la pulsation, elle imite Lucas, d'abord en duo, puis sur le mode question-réponse. Elle explore un peu le timbre,

elle tente de se différencier en frappant un coup un peu plus fort, en s'arrêtant trois secondes et reprend en ralentissant la pulsation. Lucas obtempère puis accélère à nouveau, en augmentant l'intensité du son : c'est lui qui mène. Il installe un rythme effréné et régulier. Elle suit... Elle suit... Deux doubles-croche-croche-croche. Impossible d'en sortir. A la fin, Béatrice à très mal aux mains.

Explication de Béatrice et de Lucas. Béatrice dit : « Cinq minutes, c'est long ! On devait communiquer...Moi je trouvais ça passif... Et après j'ai joué en même temps... Je ne pensais plus à communiquer. » Lucas dit : « A un moment elle a tapé violemment, ça voulait dire tu me saoules ».

Ce que les observateurs ont pensé. Voici les mots de l'auditoire : « Il y avait un bon niveau. Confrontation entre deux idées. Béatrice a cédé. » « Cela me donnait envie de jouer : j'avais des idées. Un truc esthétique, harmonieux. Vous avez réussi à vous mettre sur la même longueur d'ondes. » « On a tous remarqué que quand tu as tapé, Lucas, c'était harmonieux musical et là je me suis dit « ça va être dur ! ». Je me suis sentie très mal et après, vous étiez mal à l'aise, je voyais Béatrice et je me disais « quelle horreur ! » etc.

L'écoute de l'enregistrement :

L'enregistrement est diffusé. On entend la plupart du temps un rythme bien régulier, presque pas d'interruption mais quelques faiblesses. Le rythme accélère. Arrêt. Chaos. Silence. Reprise avec une pulsation plus lente. Puis accélération du tempo et installation d'un rythme faisant évoquer une musique de transe, de plus en plus vite : deux doubles-croche-croche-croche deux doubles-croche-croche-croche.

Le point de vue des observateurs. A la deuxième écoute l'illusion tombe un peu. Les auditeurs perçoivent davantage le côté laborieux de la prestation, et se lassent, pour certains de son aspect répétitif.

Les commentaires des protagonistes. Béatrice dit alors : « Je ne pensais pas que j'étais autant à la ramasse. J'étais bridée et j'avais du mal à faire un rythme plus évolué qu'un rythme à deux temps. Je ne pouvais pas mettre ma touche personnelle, ça aurait cassé cette interaction. Un moment c'était la guerre. Je suis plus pacifiste. ». Lucas conclue : « Je n'avais pas senti le rapport de force. La première partie était fastidieuse. C'était une espèce de mise en place. En jouant je ne pensais à rien. On se laisse aller au rythme. Je n'ai pas essayé d'imposer. Moi j'avais envie de faire de la musique. Cela m'arrive d'improviser avec des « pro ». Moi je ne suis pas musicien. » « Avec les copains, je ne me sens pas à la hauteur, je ne suis pas du niveau. »

Remarques. Comme à l'accoutumée un processus de désillusion s'amorce avec l'écoute de l'enregistrement. Le travail associatif des participants, sur le plan de la pensée, fait référence aux processus de pensées des uns et des autres, tout en s'élaborant sur le mode d'un appareil psychique groupal, en référence à René KAES.

La séance se poursuit avec une autre expérience de couple : les deux protagonistes suivants sont choisis par le groupe, parce que l'une d'entre elle est connue pour son indépendance. Il s'agit d'Amélie et Héloïse. Je vais simplement vous décrire leur prestation et vous résumer les associations de pensées qui y font suite.

Amélie et Héloïse

L'improvisation

Ce qu'on voit. Deux jeunes femmes en retrait, qui restent chacune dans leur territoire pendant la première partie de la séquence, puis s'aventurent un peu en direction du centre de la peau. Toutes deux se tiennent repliées, les coudes au corps.

Ce qu'on entend. Elles échangent essentiellement sur le mode question-réponse. Helen propose un rythme : double croche-croche pointée croche-croche, puis deux

doubles croches liées à une noire... C'est elle qui mène, elle accélère le tempo. Amélie intervient. Brouillage sonore. Silence. Elles recommencent. Le rythme « contestataire » apparaît (deux-croches –noire). Brouillage à nouveau.

Explications d'Amélie et Héloïse. Héloïse fait savoir que cet exercice l'a épuisée, qu'elle ne parvenait pas à « trouver » Amélie, que cette dernière faisait des « blanc », et qu'elle s'était sentie seule. Amélie répond qu'elle n'a pas réussi à trouver ce qu'elle cherchait. Elle n'arrivait pas à trouver des sons qui lui plaisent ». Si le musicothérapeute demande à Amélie ce qu'elle cherchait, celle-ci répond : « Quelque chose d'harmonieux, d'agréable à écouter où le plaisir aurait été partagé. Je n'ai pas davantage réussi à communiquer avec le public. Par moments je faisais abstraction d'Héloïse : je faisais des choses que j'ai déjà entendues, des essais... Pourtant je trouve que ce son est beau. »

Ce que les observateurs ont pensé. Globalement le groupe oscille entre la critique d'une prestation aussi peu harmonieuse de la part de certains, la compassion ou le besoin de réparation de la part d'autres.

L'écoute de l'enregistrement

Le point de vue des observateurs. Les associations de pensées des observateurs sont très riches : leur imagination est plus productive que lors de la première séquence.

Les commentaires des protagonistes. Héloïse s'est sentie triste en écoutant sa production (« musique très morbide ») et Amélie se défend d'avoir été agressive ou dans un rapport de force.

Une séquence de groupe

La suite de la séance consiste en une improvisation de six autres personnes du groupe, durant dix minutes, avec la même consigne et les mêmes séquences, mais cette fois avec des instruments différents pour chaque participant. Amélie et Héloïse prennent la fonction d'observatrices.

Le groupe produit une œuvre particulièrement rigide, enfermée dans un martellement tenace entretenu par le tambour de basque, interdisant toute autonomie à chacun. Lorsque la joueuse de tambour faiblit et s'arrête momentanément, le groupe est déstabilisé et bien vite la meneuse reprend la mission qu'elle s'est octroyée pour que le groupe ne s'effondre pas...

L'une des observatrices, Amélie affirme que « même si la production était un peu enfantine, il n'y a pas eu de transgression du rythme, pas de folie, ce qui a préservé l'harmonie. »

Avec l'enchaînement des séquences, la pensée du groupe prend forme et se structure autour d'un idéal commun dont je ne vous dirai plus rien pour ne pas trahir de secrets. Avec ces trois sessions, vraiment très résumées, la construction de l'identité du groupe s'amorce. Chacun des participants, qu'il improvise ou qu'il écoute, est pris dans la question de la définition de son vécu sonore, à priori individuel et en pratique groupal. Chacun joue ou écoute comme il a déjà joué ou entendu.

Tout au long de la séance, les séquences de production sonore ou d'écoute de l'enregistrement de ces productions alternent avec des séquences de mises en mots.

De telles séances ont pour bénéfice de s'inscrire dans la mémoire des participants à long terme, avec un sentiment d'appartenance à un groupe, une famille, ayant traversé une expérience commune inhabituelle.

Ce dispositif, expérimenté pendant de longues années en services psychiatriques, est différent de celui proposé par Monsieur Benenson (Benenson, 2004) qui organise une verbalisation à posteriori, et pour les musicothérapeutes uniquement. Dans ce cas, le musicothérapeute, lui, va parler, là ou ailleurs, en reprise de façon stricte, de ce que la production sonore commune au(x) patient et à lui-même en séance lui dit de son histoire, de leur histoire commune, de ce moi sonore

groupal qui se construit au fil des séances, dont il est un élément constituant vecteur et essentiel.

Conclusion

En situation de musicothérapie de groupe, c'est à partir de l'histoire sonore et/ou musicale de chacun des participants, de ses réminiscences, de ses tentatives de réappropriation de traces mnésiques sonores et ou musicales, que l'identité sonore (Lecourt, 2006, p.46), du groupe se constitue, à la lumière de la production surgie en séance.

Et, au sein de ce groupe, chacun construit sa propre identité sonore, faite de ses souvenirs et des deuils à effectuer, et de ses choix. Chacun s'implique et construit sa propre définition de son identité sonore, et s'épanouit en tant que sujet, dans ses ressemblances et ses différences avec les autres membres du groupe.

Quels que soient l'école ou les écoles d'appartenance théorique du musicothérapeute, certains effets du groupe de musicothérapie sur les patients pourront être repérés : en fonction du degré de pathologie psychique du malade et de ses capacités de symbolisation, le groupe de musicothérapie devrait permettre au sujet participant d'avoir accès à un meilleur repérage, une meilleure définition de son identité, de son rapport à l'entourage, et de sa place dans un groupe social, et, à terme, d'avoir le sentiment d'appartenir à un groupe particulier, dont la définition s'élaborera plus ou moins avec le temps, et dont les bienfaits devraient s'inscrire dans sa mémoire.

Bibliographie

Anzieu, D. (1984). *Le groupe et l'inconscient : L'imaginaire groupal* (2e ed). Dunod.

Benenzon, R. (1992). *Théorie de la musicothérapie à partir du concept de l'Iso*. Éd. du Non-verbal.

Benenzon, R. O. (2004). *La musicothérapie : La part oubliée de la personnalité* (1. éd). De Boeck.

Duperret-Gonzalez, N. (1991). Mon enfant, tu seras musicien. *Revue Psychiatrie Française Parents*, Vol, N° p-p.

Duperret-Gonzalez, N. (1993). De la voix à la parole. *L'Information Psychiatrique*, 69,3, p-p.

Duperret-Gonzalez, N. (1998). Remémoration : brefs exemples cliniques en musicothérapie, communication aux IXème Journées Scientifiques de Musicothérapie, 14 novembre 1997, Paris, Université René Descartes, (sur le thème : « Mémoire musicale, pratique clinique »). *La Revue Française de Musicothérapie*, 17, 2, p-p.

Duperret-Gonzalez, N. (2002). Musicothérapie de groupe : aide à la réinscription du malade mental dans un ordre symbolique, Journées Scientifiques de Musicothérapie, Association Française de musicothérapie, Paris, 30 novembre-1er décembre 2001. *La Revue Française de Musicothérapie*, 28, 1, 20-23.

Duperret-Gonzalez, N. (1999). Pédagogie, pratique et recherche en musicothérapie : que reste-t-il du musicant ?, Communication au Sixième Colloque en Musicothérapie, 29 et 30 mai 1998, Montpellier. *La Revue Française de Musicothérapie*, 18, p-p.

Duperret-Gonzalez, N. (2002). De l'ordre symbolique. *La Revue Française de Musicothérapie*, 17, 1, p-p.

Duperret-Gonzalez, N. (2007). Musique et langage parlé en musicothérapie, Conférence du 22 mai 2007 au CHS de La Chartreuse sur le thème « musique et Langage ». *La Revue Française de Musicothérapie*, 42bis, 76-98.

Duperret-Gonzalez, N. (2014). Émergence des affects en musicothérapie réceptive de groupe. *La revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, N° 63 (L'observation psychanalytique dans les pratiques groupales). ERES, 63, 189-199.

Guiraud-Caladou, J.-M. (1983). *Musicothérapie, paroles des maux : Réflexions critiques*. Van de Velde.

Juignet P., (2021) Ordre symbolique (définition). Philosophie, Science et Société.

Kaës, R. (2007). *Un singulier pluriel : La psychanalyse à l'épreuve du groupe* (2e éd. revue et augmentée). Dunod.

Kress, J.J., (1999). Les rapports subjectifs du psychiatre avec ses théories. *Psychiatrie Française*, 3/99, 34-50.

Lecourt, É. (1993). *Analyse de groupe et musicothérapie : Le groupe et le sonore*. ESF éd.

Lecourt, E. (2005). *Découvrir la musicothérapie*. Eyrolles.

Lecourt, E. (2006). *Le sonore et la figurabilité*. L'Harmattan.

Lecourt E., (2007). La musicothérapie psychanalytique de groupe. Fuzeau.

Lecourt E., (2022). La musicothérapie, entre psychanalyse et neurosciences. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 2, 79, 63 - 76.

Loncan A., (2000). Le destin d'un concept, in *Destin des mythes familiaux*. Le Divan Familial (pp x-x) *Revue de Thérapie Familiale Psychanalytique*. 4, In Press

Miller, J. (1997). *Une mémoire pour deux : Le virtuel des transferts* (1e éd). PUF.

Perrone, R., & Nannini, M. (2006). *Violence et abus sexuels dans la famille une vision systémique de conduites sociales violentes*. ESF.

Pichon Rivière, E., & Pichon Rivière, E. (2004). *Le processus groupal*. Érès.

Sempe, J.Cl.,(2003).Symbolique, *Dictionnaire de la psychanalyse*. Encyclopaedia Universalis, p.855.

Vacheret, et al. (Éd.). (2002). *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*. Dunod.



La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume 40 - numéro 02 - mai 2023

Temps mort : une réflexion sur le silence en musicothérapie

Ella Tandéo

Musicothérapeute (AFM), (FFM)

ella.tandeo@gmail.com

Résumé

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

Mots-clés

Musicothérapie, silence, psychiatrie, vide, dépression, psychose

Abstract

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

Keywords

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



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

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

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

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

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

Le silence dans les thérapies

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le silence en séance de musicothérapie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁸ Théorisée par Didier Anzieu puis repris par Edith Lecourt

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

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

le silence étant vécu comme favorisant la concentration.

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

Le musicothérapeute face au silence

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'élaboration du silence avec les patients

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le silence à l'Hôpital

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

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

Quand l'environnement est silencieux

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

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

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

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

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

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

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

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

En conclusion : écouter le son du silence

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

Qu'est-ce que le silence fait entendre ?

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

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

Bibliographie

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

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



La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume 40 - numéro 02 - mai 2023

Meet In The Music : un curriculum au service d'une pratique

Lou Latil

Musicotherapeute, MTA, MT-BC, L.Ph. Master en Musicothérapie, Master MEEF.

lou.latil@gmail.com

ET Music Therapy, 786 E 13th St, North Vancouver, BC V7L 2M7

Université Paris cité/Paris Descartes

Résumé

Travaillant depuis juillet 2022 à Vancouver avec la compagnie ET Music Therapy, cet article présente mon lieu de travail et ma pratique, en soulignant l'importance de l'outil Unitus TI créé et utilisé par la compagnie. Il offre un exemple de pratique auprès de la communauté autiste et un regard sur une perception de la musicothérapie au Canada.

Mots-clefs

Musicothérapie, TSA, Autisme, Canada

Abstract

Working since July 2022 in Vancouver with the company ET Music Therapy, this article presents my workplace and my practice, highlighting the importance of the Unitus TI tool created and used by the company. It offers an example of practice with the autistic community and an eye on a perception of music therapy in Canada.

Keywords

Music Therapy, ASD, Autism, Canada

Introduction

Depuis mon dernier article dans lequel je décrivais les étapes de ma certification de musicothérapeute au Canada, j'ai eu le privilège d'être embauchée par Esther Thane dans sa compagnie ET Music Therapy à Vancouver au mois de juillet dernier. Esther travaille depuis 1996 avec la communauté autistique. Elle a enseigné 14 ans dans le programme de Bachelor de Musicothérapie de l'université de Capilano à Vancouver. En 2014, elle lance le premier curriculum de musicothérapie en ligne, MITM (Meet in the Music), faisant partie du software UnitusTI.

Dans une première partie, je présenterais donc la compagnie dans laquelle je travaille, puis je soulignerais l'importance de la ressource MITM à laquelle j'ai accès. Enfin, je vous en démontrerais l'utilisation à travers ma propre pratique.

La compagnie: ET Music Therapy

ET pour Esther Thane. Créée il y a 26 ans, cette société emploie à présent huit musicothérapeutes à temps partiels. Nous nous partageons deux studios de musique et nos horaires sont réparties sur les 7 jours de la semaine de 8h à 20h30. Nous travaillons tous entre 10 et 30 heures par semaines selon nos emplois du temps respectifs. Je peux travailler jusqu'à 25h par semaine, je fais donc partie de ceux qui ont le plus de clients. Les séances proposées sont de 45 min ou 1h. Nous travaillons aussi bien en séance individuelle qu'en groupe. Plusieurs d'entre nous sont également en contrat avec des écoles via la compagnie. Dans ce cas-là, Esther fournit une boîte d'instruments à transporter. Nous proposons également des séances en ligne, en particulier, depuis la pandémie, avec l'envoi d'une boîte d'instruments au domicile du client. Si je n'ai moi-même pas eu encore l'occasion d'en pratiquer, j'ai pu observer des collègues lors de ma période de formation et il est intéressant de constater comment elles ont été capables de s'adapter pour leurs sessions en ligne. Si la plupart de nos clients sont des enfants au profil Trouble du Spectre de l'Autisme et qu'Esther est spécialisée dans le travail auprès de cette communauté, nous accueillons tous les différents profils de clients, enfants et adultes.

Au fil des ans, la compagnie a pu collectionner des instruments divers et variés et travailler dans ce cadre-là est extrêmement satisfaisant. La multitude d'instruments, de timbres, enrichit les séances et je mesure la chance que j'ai d'y avoir accès. Pour donner un aperçu, il est possible de jouer dans les deux studios : du piano, clavier électrique, batterie électronique, une variété de tambours, une multitude de petits instruments à percussions, des instruments à vent, concertina, microphone, guitare classique, folk, électrique et basse. L'un des studios possède un gros tambour à fentes en bois et une harpe celtique tandis que l'autre possède un orgue électronique et un clavecin. Ajouté à cela, nous avons des marionnettes, des balles et autres équipements pour des jeux sensoriels ainsi que toutes les ressources liées au curriculum comportant des images à imprimer et partitions.

En tant qu'employée, je n'ai donc que le plaisir de suivre mon emploi du temps et honorer mes séances. Esther, quant à elle, s'occupe de la recherche des clients, des factures, et de tout le côté administratif ainsi que de l'entretien des studios et de la réparation ou achat des instruments si besoin. En d'autres termes ce sont des conditions de travail exceptionnelles. Pour en savoir plus sur la compagnie et visionner vidéo et photos, le site

internet vous apportera des informations complémentaires : <https://www.etmusictherapy.com/>

Enfin notre protocole d'observation et d'évaluation d'un nouveau client est basé sur trois séances à la suite desquelles nous établissons un plan de traitement. Ce plan est basé sur les programmes du curriculum qui ciblent les objectifs à travailler avec chaque client. C'est ici qu'intervient la plateforme en ligne UnitusTI.

Le curriculum: Meet In The Music

Le curriculum est un ensemble d'interventions basées sur les 25 années de pratique d'Esther. Il rassemble plus de 500 activités.

Toutes les chansons ont été composées par Esther et bien qu'ayant la liberté d'utiliser mon propre répertoire, l'accès à ces programmes et chansons sont une excellente ressource, particulièrement pour ma pratique en anglais. En effet, même si la clientèle francophone est à présent la bienvenue, je travaille majoritairement en anglais.

La plateforme, si vous y souscrivez, vous donne l'accès à une évaluation diagnostique comportant 129 questions portant sur les aspects physique, émotionnel, cognitif et social du client. Une fois l'évaluation complétée, une suggestion d'interventions vous sont proposées. Vous choisissez ensuite vos objectifs et quels programmes/chansons vous utiliserez pour les travailler. Chaque programme est détaillé, accompagné des partitions, documents, le matériel nécessaire à sa réalisation et pour la plupart accompagné de vidéos explicatives ou démonstratives.

Ces programmes sont organisés en 5 larges catégories : communication, corporel, social, cognitif, émotionnel ainsi qu'une partie sur l'instruction musicale thérapeutique dans le cas de leçon de musique adaptée.

Le matériel comporte par exemple des chansons/interventions pour les rituels de début et fin de séance, pour les transitions, l'organisation du temps et de l'espace, activités sensori-motrices, communication, gestion des émotions, socialisation, rapport au corps, proprioception, engagement musical, conscience de soi, de son corps, discrimination auditive... La liste ci-après représente l'ensemble des domaines compris dans le curriculum.

Cognitive	Auditory Awareness, Auditory Attention, Auditory Discrimination, Association, Auditory Processing, Auditory Figure Ground, Sequential Memory, Temporal Pacing, Dynamics, Impulse Control, Joint Attention, Leadership, Matching, Numbers, Colors, Alphabet Letters, Animal Names & Sounds, Body Parts, Facial Features, Days of the Week, Months, Seasons, Musical Instruments, Clothing, Objects, Categorization, Directional Concepts, Positional Concepts, Opposing Concepts, Counting, Following Directions
Communication	Vocal Responsiveness, Vocal Expression (inflection, Range), Vocal Imitation (Letter Sounds), Expressive Language, Verbal Expression (Words, Phrases, Sentences, Questions, Emotional Needs, See Also Social Domain), Verbal Imitation, Oral-Motor, Blowing, Body Language & Communicative Gestures, Sign Language, Augmentative Communication, Duration & Frequency of Protest/Stressed Vocalizations, Spontaneous Vocalizations, Spontaneous Verbal Statements, Conversation, Prosody, Articulation, Grammar
Emotional	Self Awareness, Self Awareness- Facial Features, Self Concept, Self Expression, Vocal Expression, Verbal Expression, Instrumental Expression, Creative Movement, Choice Making, Leadership, Role Play, Representational Play, Responsiveness to Music, Self Confidence, Emotional Recognition- Facial Expression & Musical Interpretation, Self Regulation, Coping Strategies, Impulse Control
Physical	Gross Motor, Fine Motor, Mallet Grasp, Tripod Grasp, Digit Manipulation, Guitar/Autobarp Pick Manipulation, Eye- Hand Co-ordination, Mallet grasp- Duration, Actions, Imitation, Sequencing, Impulse Control, Crossing Midline, Motor Praxis, Directional & Positional Concepts, Sensory Processing, Auditory Defensiveness, Self Regulation, Relaxation, Respiration, Vocal Projection, Oral Motor, Bilateral Integration, Coordinated Movement
Social	Active Participation, Musical Engagement, Musical Reciprocity, Establishing Rapport, Unfamiliar/New Instruments/Activities, Following in Line, Joint Attention, Turn Taking, Leadership, Eye Gaze, Greeting Rituals, Farewell Rituals, Verbal Expression, Imitation- Sign Language, Impulse Control, Conversation, Musical Engagement- Frequency & Duration, Group Engagement, Volume Level, Imitation, Receptivity & Acceptance of Others' Music
Therapeutic Music Instruction	Piano Instruction- Basic Fingering, Black Note Groupings, Finding All the Cs... Music Notation, Guitar Instruction- Guitar Positioning, Holding a Pick, Exploring the 6 Strings, Orientation to Frets, Strumming, Barring a Chord, Chords, Songs with Two Chords, Vocal Instruction- Stretching, Posture, Breathing, Tonic Note Exercise, 3 Note- Descending exercise, 5 Note- Descending Exercise, General Musicianship
Training Videos	Creating Curiosity, Establishing Trust, Establishing Parameters, Encouraging Vocal Responses, Encouraging Vocal Imitation, Challenging Flexibility, Vocal Matching, Connecting Through Piano Improvisation

Toutes ces interventions sont le fruit d'années de travail et de créativité auprès de nombreux clients, pour la plupart avec un trouble du spectre de l'autisme. Esther, composant ses propres chansons et imaginant des interventions au service des besoins de ses clients les a répertoriées pour créer une ressource globale dans laquelle chacun est libre de choisir celles qui lui conviennent le mieux. Une même intervention peut être adaptée de différentes façons mais les utiliser telles que décrites permet, premièrement, de parvenir plus aisément au résultat recherché et deuxièmement, aux musicothérapeutes de la compagnie de créer une constance en cas de changement de thérapeute (départ d'un collègue ou changement d'emploi du temps de la famille ou du thérapeute).

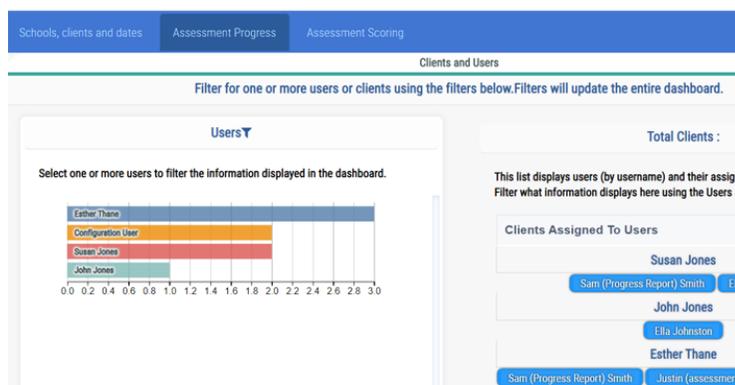
De plus, la plateforme vous offre la possibilité de gérer vos clients/patients ainsi que leurs informations de façon sécurisée. Un calendrier pour la prise de RDV ainsi qu'un système d'évaluation et de notation qui permet de garder traces des séances et de suivre la progression ou développement du client est également disponible.

The screenshot shows the 'My Clients' page in the unitus Therapy Intelligence system. The interface includes a sidebar with navigation options and a main table listing client information.

	Name	Middle Name	Last Name	Age
	Ella		Johnston	10
	Justin	(assessments)	Jones	5
	Sam	(Progress Report)	Smith	7

© 2010 - 2022, Mundo Pato Inc. All rights reserved.

La génération de rapport du suivi en musicothérapie (ici faite tous les 6 mois) permet aux clients d'obtenir des financements de différents organismes et de lier les objectifs entre les différents professionnels travaillant auprès d'eux.



Un tel outil est, de mon avis, une mine d'or pour tout musicothérapeute débutant sa pratique. Il apporte un vocabulaire nécessaire pour parfois justifier sa pratique, des ressources, des explications, des idées, un répertoire conséquent et uniforme. C'est un outil concret, utilisable tel quel. Ce fût le travail d'une vie pour tout transcrire et informatiser mais il aide et soutient à présent de nombreux musicothérapeutes à travers le monde. La plateforme et curriculum étant utilisés par des musicothérapeutes au Canada, aux États-Unis et en Australie.

Contrairement à des outils « tout fait », celui-ci nécessite d'être incarné par un musicothérapeute qui peut alors s'approprier et adapter les interventions pour ses propres patients. Pour des informations additionnelles sur le logiciel, (seulement en anglais) : <https://www.mundopato.com/mitm>

Mais alors, comment incarner cet outil? Voici à présent un exemple concret de son utilisation dans ma pratique quotidienne.

En pratique: Le curriculum au service des clients

À la suite de mon embauche, Esther m'a donné accès à Unitus TI et j'ai pu alors parcourir le curriculum et apprendre une grande partie des interventions utilisées par mes collègues. Y avoir eu accès avant le début de la prise de poste a été un réel avantage car j'ai pu les pratiquer, apprendre les chansons, notamment les rituels de début et fin de séance. J'ai ensuite suivi 5 jours de formation. Une première partie avec Esther pour l'utilisation du logiciel et la pratique de certaines chansons puis une deuxième partie d'observation de séances de trois de mes collègues. Cela m'a permis d'avoir un aperçu de l'utilisation du curriculum auprès des clients.

Une fois les interventions mémorisées, j'ai pu constater à quel point avoir ces ressources en tête était utile pour mener à bien mes séances. J'ai pu alors me lancer, confiante, malgré l'utilisation d'une langue étrangère, dans l'établissement de la relation sans crainte de

manquer d'idées ou de ne pas savoir quoi faire. Pour chaque objectif visé ou compétence évaluée, une intervention est décrite dans le curriculum. Pour la plupart des instruments, jeux, activités, un pictogramme ou une photo est présente sur le tableau et peut être choisi par le client pour exprimer son désir, besoin ou établir un emploi du temps pour la session. Ces repères visuels sont excellents pour les clients ainsi que pour moi. En effet, ils me permettent de rebondir rapidement en cas de désintérêt du client sur une activité particulière.

Ma pratique est centrée sur le client, ses besoins, ses intérêts et ses objectifs. J'adapte donc les interventions à chaque niveau, suivant le stade de développement de chaque enfant ou adulte. Le curriculum est progressif et chaque intervention contient différents niveaux de réalisation. Il propose également des stratégies d'auto-régulation ou de gestions de émotions qui peuvent aider les clients en cas de moments difficiles. Ce qui me rassure dans ma pratique quotidienne est vraiment d'avoir les outils dans les studios pour aider mes clients lorsqu'ils sont confrontés à un trop-plein d'angoisse et d'anxiété.

Quand j'ai débuté, j'avais peur de me perdre dans la multitude des programmes offerts par le curriculum. J'ai donc décidé de commencer par des activités simples et répétitives ajoutées une simple exploration des objets et instruments présents et de beaucoup d'improvisation musicale. Savoir jouer du piano, des percussions, de la guitare et chanter est nécessaire et je suis heureuse de développer mes compétences en guitare et en improvisation grâce à ma pratique quotidienne. Une fois la relation établie et une meilleure connaissance de mes clients, il m'est alors apparu très facile de créer leur plan de traitement à partir des programmes et objectifs visés. La variété des programmes permet alors la flexibilité requise pour s'adapter à la particularité de chacun d'eux.

Cabasa Talk

Voici un exemple concret d'une intervention et de son utilisation pratique. Je l'utilise avec mes clients qui n'ont pas accès au langage ou peu, ou ont des problèmes d'articulation/prononciation. La motivation du contact avec la cabasa est si forte que j'obtiens de chacun des sons, syllabes, mots ou phrases. Un de mes clients, adolescent, avec un sévère trouble de l'autisme, vient une fois par semaine. La première fois que j'ai utilisé la cabasa sur sa main, il a éclaté de rire puis m'a physiquement communiqué son envie de recommencer. J'ai alors commencé à chanter la chanson assimilée à cette activité dans le curriculum puis pressé la cabasa contre sa main dans l'attente d'une réponse physique ou sonore à la fin de chaque phrase musicale. Les premières réponses ont été corporelles, puis des sons internalisés et finalement des rires ou vocalisations après quelques semaines. La clé de cette intervention est la patience. Attendre et ne pas lâcher la pression ni le regard jusqu'à ce que le client réponde à sa façon avant de faire rouler la cabasa sur la main, le pied, ou la partie du corps qui motive le patient. L'évolution de ce jeu est de répéter des sons ciblés, des syllabes, des mots puis des phrases, et finalement, de donner la cabasa au client pour qu'il mène lui-même l'intervention sur le thérapeute et devienne le leader du jeu. Nous avons toujours comme objectif principal de notre pratique chez ET la recherche de l'indépendance de nos clients.

Conclusion

En conclusion, avoir accès à cette ressource qu'est le curriculum créé par Esther Thane, m'a permis de plonger sans me noyer dans ce nouveau quotidien. Esther étant également en charge de notre supervision, je me sens accompagnée et soutenue dans ma pratique. La mise à disposition et partage de ressources est très importante pour la communauté canadienne des musicothérapeutes. Cela est très inspirant et me permet petit à petit de construire ma pratique et mon identité professionnelle en son sein.