



La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume XXXVI - Numéro 01 - février 2017

« Tous les musicothérapeutes du monde »

Nicole Duperret-Gonzalez

Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Pôle, Musicothérapeute, Présidente de l'Association Française de Musicothérapie.

Résumé

Exercer le métier de musicothérapeute implique à ce jour un positionnement particulier, qui ne bénéficie plus des représentations empiriques en vigueur dans les siècles et les sociétés antérieures à la nôtre. Lorsqu'il est question de la reconnaissance nationale d'un tel métier, l'injonction donnée par les pouvoirs publics dans la plupart des pays du monde, et bien sûr en France, repose sur la notion de preuve : il s'agit de démontrer l'efficacité de la musicothérapie au moyens des techniques actuelles, et en particulier celles proposées par les neurosciences. Pouvons-nous concilier la démarche de recherche concernant les effets de la musique sur le cerveau humain, et la nécessaire obligation pour le musicothérapeute de garder son identité professionnelle d'agent de la relation thérapeutique ? Nous présentons dans ce texte différents dispositifs de musicothérapie en nous référant à quelques modèles théoriques différents.

Mots clefs

Métier de musicothérapeute - référentiel métier - dispositif - support de projections - efficacité thérapeutique - cadre institutionnel

Abstract

The profession of music therapist involves today a particular positioning, benefiting more than empirical representations in force in centuries and earlier to our societies. When it comes to the national recognition of such trade, the injunction given by Governments in most countries of the world, and of course in France, is based on the notion of evidence: we must demonstrate the effectiveness of music therapy at the means of currents techniques, and in particular those proposed by neurosciences. Can we reconcile the approach of research concerning the effects of music on the human brain, and the necessary requirement for the therapist to keep his professional identity of the therapeutic relationship officer? In this text we present different devices for music therapy in us referring to a few different theoretical models.

Keywords

Music therapist profession, repository business, device, support projections, therapeutic efficacy, institutional framework.

« Tous les musicothérapeutes du monde »

Introduction

Souvenons-nous qu'en 1650, le savant Authanasius Kircher, jésuite allemand ayant enseigné à Rome, a publié un traité sur la musique dans lequel il expliquait le protocole qu'il avait mis au point pour le traitement des piqûres d'une araignée nommée tarentule, à partir d'une musique composée par ses soins, la tarentelle. Selon lui, suivant le type de tarentule (qu'elle soit mélancolique ou colérique), le type de musique donné à entendre au malade devait être différent, avec de fortes sonorités de timbales et de trompettes dans le premier cas et avec des instruments à cordes subtiles dans le second cas. Dans son ouvrage il présentait même des cas cliniques, comme celui d'une jeune femme vivant à Tarente et dont le seul traitement efficace fut de la faire danser au son d'instruments tels que « timbales, tambours, tirs de fusil, trompettes et semblables choses. »

Bien avant cette date et par la suite, les pouvoirs de la musique ont partout été reconnus et utilisés en médecine dans ses effets sur l'humeur des individus. De nombreux témoignages de musicothérapeutes exerçant dans les pays orientaux nous certifient l'existence de la musicothérapie dès les premiers siècles de notre ère : des protocoles précis, dont nous pouvons à ce jour retrouver des traces actives, ont été instaurés dans le but de soigner des personnes en souffrance.

Lorsque les premiers musicothérapeutes occidentaux se sont nommés comme tels, de manière empirique, au milieu du vingtième siècle, ils portaient d'une idéologie étayée par des attitudes très pragmatiques, et de points de vue théoriques sur les effets potentiellement thérapeutiques de la musique, ne s'appuyant au début sur aucune expérience vraiment scientifique.

Tous les dispositifs étaient à créer, et l'idée d'adjoindre le terme de musique et de psychothérapie ne posait alors pas de problème majeur : à l'époque beaucoup de médecins, psychologues ou infirmiers psychiatriques se lançaient dans l'aventure, pour peu qu'ils aient une pratique musicale suffisamment solide.

De nos jours, en France, la musicothérapie est beaucoup moins l'affaire des médecins, ou des professions paramédicales, du moins en ce qui concerne la pratique. Car la pratique de la musicothérapie prend beaucoup de temps : le médecin musicothérapeute, la plupart du temps spécialisé en psychiatrie, ne peut la pratiquer que s'il exerce dans un centre d'activité thérapeutique ou un hôpital de jour.

Seuls certains psychologues ou éducateurs, musiciens, peuvent, en pratique, envisager de se spécialiser dans cette riche technique. On rencontre également certains moniteurs-éducateurs ou aides-médico-psychologiques exerçant dans des établissements pour enfants ou des foyers d'accueil pour personnes déficientes : souvent ceux-là ne sont pas musiciens eux-mêmes.

Par conséquent la musicothérapie est de moins en moins l'apanage des soignants, mais plus celui de musiciens ayant remarqué les effets bénéfiques de la musique sur leurs élèves ou sur eux-mêmes. Ils désirent trouver quelques clefs à ce pouvoir de la musique, jusqu'à décider d'y consacrer leur vie.

Dans ce cas, le peu de connaissances de beaucoup de ces nouveaux professionnels en matière de psychopathologie rend leur tâche plus ardue.

Dans de nombreux Etats, le métier de musicothérapeute n'est pas reconnu par les pouvoirs publics. Souvent les musicothérapeutes se regroupent pour tâcher d'obtenir une reconnaissance effective de leur métier, qui leur

permettrait tout simplement de bénéficier d'une assurance professionnelle, et de la garantie d'être inscrits à un registre reconnu par les pouvoirs publics de leur pays, comme c'est le cas pour les musicothérapeutes au Royaume Uni ou en Autriche.

Mais le premier obstacle réside dans la difficulté à se mettre d'accord sur la question suivante : qu'est-ce qu'un musicothérapeute ?

De cette question découle une autre : qu'est-ce qui soigne dans la musicothérapie ?

Il semble que la réponse à cette question soit au bout du compte très vaste, et fasse appel à des notions très variées.

Diverses approches possibles de la définition du métier de musicothérapeute

Il y aura plusieurs façons d'être musicothérapeute, suivant qu'on est plutôt soignant ou plutôt musicien.

En France, la Fédération Française de Musicothérapie a lancé une mission nationale auprès de tous les musicothérapeutes fédérés pour élaborer le Référentiel Métier du musicothérapeute, afin de prévoir une inscription de ce métier au registre national des métiers, et une reconnaissance de ce titre par les pouvoirs publics.

C'est un travail colossal qui décrit, de manière quasi phénoménologique, toutes les actions du musicothérapeute.

L'interrogation suivante revient de façon récurrente : « **le musicothérapeute est-il un psychothérapeute ou un pédagogue ?** »

On répond moins en France à cette question depuis qu'une loi a été promulguée concernant le statut de psychothérapeute.

Le but de cette loi était de lutter contre le risque de dérive sectaire dans certaines associations.

Depuis qu'elle est en vigueur, de nombreux musicothérapeutes français, qui ne peuvent prétendre au titre de psychothérapeute tel qu'il est

dicté par la loi, se sont attribué le titre de « psychopraticien », afin de détourner le problème.

Le musicothérapeute n'est pas de prime abord un psychothérapeute, sauf s'il a été formé par ailleurs et obtenu une reconnaissance officielle du titre de psychothérapeute.

La notion de « thérapeutique » est plus ou moins claire suivant les pays.

Au Canada, le rôle principal et fondamental du musicothérapeute consiste à utiliser la musique et les éléments sonores dans le cadre « d'un processus thérapeutique » ou de réadaptation auprès des personnes présentant diverses difficultés de santé physique ou mentale.

Aux Etats Unis, la musicothérapie, qui a été instaurée dès 1944 à l'université du Michigan, intègre des pratiques cliniques plus larges telles que l'évaluation, le diagnostic, la psychothérapie, la réadaptation, et d'autres pratiques en fonction de la population.

Les pratiques et les applications d'obédience occidentale de différents pays du monde sont très nombreuses, et les bases théoriques sont influencées par des courants psychothérapeutiques différents, par exemple :

cognitif-comportemental en Italie le chef de file étant Mauro SCARDOVELLI, qui s'inspire de la Programmation Neurolinguistique (PNL).

psychodynamique selon le modèle Argentin de Rolando BENENZON et le modèle français d'Edith LECOURT.

humaniste, tels que pratiqué en Angleterre, puis dans de nombreux pays du monde, par Paul NORDOFF et Clive ROBBINS, Juliette ALVIN et Leslie BUNT, ou en Italie par Giacomo GAGGERO.

Les recherches en neurosciences également s'intéressent fortement à l'impact de la musique sur les fonctions cérébrales : l'impact de la musique, certes, mais la musicothérapie prendra-t-elle sa place dans ce courant ?

A ce jour, nous pourrions proposer plusieurs classes de musicothérapeutes :

- Le musicothérapeute plutôt musicien

De nombreux musicothérapeutes sont de moyens ou bons musiciens. Certains mènent parallèlement à leur métier une carrière d'artiste, d'autres sont en échec dans ce domaine, d'autres ont traversé une période douloureuse et ont dû recourir à des soins psychiatriques ou psychologiques. Certains gardent de très mauvais souvenirs de leurs études musicales, certains sont des enseignants dans des écoles de musique. Il est très important que le musicothérapeute ait analysé son propre rapport à la musique et ses motivations dans le recours à une telle médiation pour soigner les autres.

- Le musicothérapeute plutôt soignant

D'une manière générale, quel que soit le parcours biographique du musicothérapeute, son efficacité dépend de son niveau de technicité, en fonction de sa patientelle : plus son patient sera un bon musicien, ou un sujet intelligent et cultivé, plus il devra être performant sur le plan musical.

Plus le musicothérapeute aura approfondi ses capacités de psychothérapeute, plus il obtiendra de résultats positifs dans ses approches musicothérapeutiques.

Qu'est-ce qui soigne dans la musicothérapie ?

Après avoir regardé la question sous l'angle du praticien, nous pourrions la regarder sous l'angle de la discipline, en recherchant en quoi le recours au médiateur musical peut être thérapeutique.

Plusieurs hypothèses peuvent être soulevées, à partir des fonctions attribuées par les sociétés à la musique.

Quelques remarques au sujet de la musique « médicament »

La musique écoutée pour se faire du bien

Plus personne ne doute de nos jours du pouvoir étonnant de la musique sur les individus.

Les musiciens savent bien de manière empirique les relations qu'ils entretiennent personnellement avec la musique. Ils connaissent tous cette dépendance à la pratique musicale, qui entraîne une sensation de manque en cas d'arrêt plus ou moins durable, et ce bien-être ressenti lorsque l'interprétation de l'œuvre en cours d'apprentissage devient suffisamment satisfaisante pour procurer un plaisir dynamisant.

Chacun garde en mémoire les ateliers de chant choral ou d'orchestres prescrits en France par les psychiatres Pinel puis Esquirol au XIX^{ème} siècle dans le cadre du « traitement moral de la folie » à la Salpêtrière, hôpital psychiatrique français.

Qui n'a pas ressenti un apaisement lors de l'écoute d'une œuvre musicale dans sa voiture ou à son domicile, ou en se rendant à un concert, ou en boîte de nuit, en cas de tension psychique ?

Ces perceptions restent impossibles à définir par nous. Elles dépendent de facteurs qui ne viennent pas souvent à notre conscience.

Dire que la musique peut être perçue comme un médicament n'apporte pas de précision sur ses modalités d'action, ni sur la nécessité ou non d'un prescripteur.

Il s'agirait en l'occurrence « d'automédication » ! Chacun choisit la musique qu'il a envie d'entendre au moment où il le décide, en fonction de son humeur, et en éprouve une satisfaction.

Le mode, le tempo, la représentation culturelle de l'œuvre écoutée sont quelques critères de choix qui peuvent devenir préconscients, mais échappent la plupart du temps à une analyse approfondie de la part de l'auditeur, surtout s'il n'est pas musicien.

La musique pour conditionner l'autre

Certaines composantes de la musique peuvent être exploitées dans un but de manipulation de l'auditeur, selon des modalités très sophistiquées.

Certains chercheurs ont par exemple axé leurs investigations dans le domaine de la psychologie du consommateur : ils se sont spécialisés dans le conditionnement des acheteurs potentiels par la diffusion de musiques appropriées à la nature du commerce en question. Là, bien sûr, on ne sait rien du « prescripteur ».

L'acheteur est tout simplement influencé par un certain type de musique, aux caractéristiques bien précises, en rapport avec l'origine ou l'évocation culturelle, le tempo, la mélodie, le timbre, l'amplitude harmonique, l'intensité, donc toutes les composantes de l'œuvre entendue au magasin. Il s'agit d'une forme de conditionnement.

Les fabricants de programmes spécifiques à visée commerciale, comme ceux dont la fonction est de relaxer les clients dans les établissements de « bien-être », préparent leurs enchaînements musicaux en s'appuyant sur la réaction positive du plus grand nombre, à partir d'éléments simples constituant les œuvres sélectionnées, comme une pulsation lente, une faible amplitude harmonique, ainsi que sur la méthode d'enchaînement de ces œuvres choisies.

On sait bien, toutefois, que certains auditeurs ressentent l'effet inverse de celui escompté. En bref, dans une telle situation, le fabricant de musique ne connaît pas le client, il n'a pas lié de relation privilégiée avec lui. Il se base simplement sur quelques règles élémentaires découvertes par les neuroscientifiques.

Tout cela n'a aucun lien avec la musicothérapie, et il apparaît de plus en plus impératif que les musicothérapeutes se saisissent de cette problématique et affirment la spécificité de leurs compétences et de leur mission.

Se défier de la pensée magique est un objectif fondamental du musicothérapeute : en cette première moitié du XXI^{ème} siècle, il se trouve face à des enjeux particulièrement difficiles.

Dans nos sociétés partagées entre la perte d'idéaux et les extrémismes, il doit se différencier des nouveaux gourous qui installent leur pouvoir sous le prétexte d'une pseudo-musicothérapie inventée en dehors de toute école et de toute éthique.

L'appartenance à une société de musicothérapeutes ayant élaboré un code de déontologie, et veillant à construire en groupe une pensée éthique est impérative.

La musicothérapie n'est pas une pratique de guérisseur ; elle n'obéit pas à des méthodes magiques où le patient serait placé sous l'emprise d'un personnage tout puissant qui lui appliquerait un rituel musical.

La musicothérapie s'apprend dans un institut ou dans une université et cet apprentissage demande de longues années au cours desquelles le musicothérapeute aura appris à supporter le risque de l'altérité et de la spécificité d'une relation thérapeutique.

N'est-ce pas le recours à la musique dans un dispositif particulier qui soigne ?

Les musicothérapeutes savent bien que le fondateur de la musicothérapie en France, Jacques JOST, a basé ses recherches sur une telle hypothèse fondamentale : il pensait qu'on pouvait classer les œuvres musicales et les « appliquer » aux malades pour changer leur humeur.

Lorsqu'en 1954 Jacques JOST s'intéresse à l'influence de l'audition musicale sur l'individu, c'est en tant que technicien, dans une mise en relation de l'écoute de l'enregistrement musical et de sa matérialisation par l'enregistrement électro-encéphalographique, expérience menée sous la direction de Robert FRANCES.

Emmanuel BIGAND, à DIJON, dit avoir confirmé la stabilité des réponses émotionnelles des auditeurs à l'écoute de 27 extraits musicaux sélectionnés. Il fait la différence entre émotion « perçue », c'est à dire attribuée à la musique elle-

même, (comme si une musique pouvait être triste ou gaie), et émotion « vécue » : celle-ci entraîne des modifications physiologiques corporelles et l'on peut vérifier par des techniques d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle que des réseaux neuronaux sont impliqués.

Mais on ne peut pas parler alors d'effet thérapeutique.

Pour envisager un effet thérapeutique, il convient d'organiser un dispositif précis de recours à la médiation musicale.

- L'utilisation de la musique comme espace de transition à la relation thérapeutique

La démarche de proposer de la musique à écouter à une personne précise, en état de souffrance implique obligatoirement la question du soin.

Au contraire, l'animation musicale s'adresse à tout un public indifférencié : chacun peut venir et repartir, l'animation se poursuit.

A partir du moment où un soignant s'adresse à un malade, sur indication médicale, il entre dans le dispositif de musicothérapie.

- Dans une organisation et un enchaînement précis des séances, au sein d'un cadre repérable

Ce qui va soigner, c'est le cadre (de l'institution, de l'horaire, de l'enchaînement des séquences de la séance...), mais aussi l'objectif du musicothérapeute.

Le musicothérapeute peut décider de ne pas avoir recours à la parole en séance, ainsi que les musicothérapeutes orientaux, qui instaurent des dispositifs de musicothérapie réceptive de groupe en référence au modèle idéologique d'une société où le bien-être de l'individu implique son intégration harmonieuse dans le groupe social. Ou bien encore selon les techniques développées par Rolando BENENZON selon lesquelles les séances sont centrées sur l'improvisation musicale sans recours à la parole, exigeant ensuite tout un travail de reprise dans lequel le musicothérapeute devra s'inscrire de manière rigoureuse : ce qui soigne

alors, en particulier, c'est le travail psychique effectué par le musicothérapeute lui-même au cours des semaines, au sujet de sa relation en séance avec son patient.

Le musicothérapeute peut au contraire décider d'aider son malade à parler. Encore faut-il qu'il soit en mesure de découvrir, si son malade est silencieux, pourquoi il ne parle pas : est-il sous l'emprise d'un délire envahissant, est-il sous le choc d'un traumatisme violent, est-il contraint par un secret de famille, est-il alexithymique ?

Quel que soit son objectif, le musicothérapeute devra aller chercher en lui les ressources : les ressources de musique, les ressources psychiques pour supporter le dépôt d'affect, violent parfois, de la part du patient sur cette musique qui est apportée en séance.

Il y a un moment où le musicothérapeute se dit : « ce malade souffre, et moi je peux l'aider un peu à moins souffrir, soit en portant avec lui la charge de son malheur, soit en l'aidant à acquérir des outils psychiques pour porter seul sa peine, soit en le conduisant à déplacer, peut-être par diffraction, la charge de sa peine (comme par exemple, peut-être dans les techniques orientales d'auditions musicales en groupe, ou les techniques de transe ?) ».

Anne Brun a dirigé un collectif sur « Les médiations thérapeutiques » en 2012, chez l'éditeur « érès ». Elle s'intéresse aux patients souffrant de psychoses ou de pathologies narcissiques identitaires, c'est à dire de sujets dont la problématique se situe en deçà des processus de symbolisation, et qui ne peuvent recourir à leurs faibles capacités de verbalisation. Elle formule l'hypothèse que ce serait le constat de l'impossibilité à travailler uniquement à partir du verbal avec des patients de ce type qui aurait motivé l'apparition des médiations thérapeutiques. Elle fait bien sûr d'abord référence à D.W. Winnicott et à son « squiggle ».

Rappelant, comme nous l'avons dit, que l'**objet médiateur ne présente aucune portée**

thérapeutique en lui-même, elle insiste sur le fait **qu'il ne peut jouer de rôle structurant que par le cadre et le dispositif qui le contiennent.**

- Il existe deux types principaux de dispositifs

Nous pouvons distinguer, avec Anne BRUN, deux types de dispositifs–cadres à médiation :

- **les dispositifs de « médiation à création »** : centrés sur la capacité à créer et à transformer, sans proposer un décodage de sens ;

- **les dispositifs de « médiation thérapeutique »**, qu'on peut encore appeler « dispositifs analysants » et renvoient au champ de la psychothérapie psychanalytique : ils tiennent compte des dynamiques transférentielles et des associations verbales rendues possibles par le dispositif à médiation.

La spécificité de la musique entraîne des effets sur ses modalités d'action en tant que médiateur. Elle est en effet un langage à part entière : comme tout langage, elle détient un code, signifié sur la partition musicale. C'est donc un système symbolique. On peut dire que le compositeur structure son œuvre dans un langage musical fait de signifiants sonores.

En musicothérapie sont donc en présence, par la transmission de la partition faite de symboles, le compositeur (même s'il n'est plus en vie) et sa musique, le musicothérapeute et le ou les patients. L'affect bloqué chez les patients, par l'effet cathartique de la musique, sera soudainement remobilisé à l'écoute de l'œuvre choisie par le musicothérapeute lors de la séance.

La spécificité du dispositif de musicothérapie psychanalytique en groupe

Nous pouvons nous appuyer sur les théories de René KAES, qui propose d'approfondir la notion de médiation au travers de *trois espaces psychiques* : *celui du groupe, celui du lien et celui du sujet singulier.*

L'espace du groupe repose sur le modèle de *l'appareil psychique groupal*, qui permet de lier et

de transformer les psychés de chacun des membres par le biais *d'alliances inconscientes*, et par le transfert entre les différents objets en présence, à savoir l'analyste, les membres du groupe, le groupe lui-même et le non groupe : ici la musique.

L'appareil psychique groupal est commun à la fois au sujet et au groupe.

Les productions communes et organisatrices de l'un et de l'autre, intriquées et conjointes, peuvent être considérées d'un même point de vue : l'un des participants parle de la musique qui vient d'être écoutée, puis les membres du groupe interviennent sur sa prise de parole et contribuent à l'enrichissement de la chaîne associative groupale. *L'intra psychique et l'intersubjectif* sont articulés dans un même espace-temps groupal. Le dispositif de musicothérapie de groupe est un *espace de transformation de la réalité psychique inconsciente.*

En l'occurrence, *l'objet musique devient médiateur par un processus intermédiaire entre union et séparation.*

La musique vient prendre sa place à l'endroit où le verbe et l'associativité sont absents, et peut tenir le rôle de réceptacle : elle permet ainsi la transformation de l'informé et impensable en un figuré représentable, voire symbolisable, pour la psyché en souffrance.

Le musicothérapeute tient le rôle délicat de « co-constructeur » de sa forme et d'un sens à lui prêter, tout en garantissant avec douceur et fermeté le maintien et la résistance du cadre, souvent attaqué et mis en péril par les patients membres du groupe.

Les missions confiées au musicothérapeute

Les missions confiées au musicothérapeute varient en fonction de son environnement professionnel.

Le cadre institutionnel de ses interventions

Le musicothérapeute peut être installé à son compte, mais il est peu probable même dans ce cas qu'il travaille seul. Il est rare que spontanément un sujet en souffrance s'adresse directement à un musicothérapeute, sauf si ce dernier dispose d'une certaine renommée et qu'il est installé dans une grande ville, ou s'il est également psychologue.

Le musicothérapeute la plupart du temps est inscrit dans un réseau : il doit inspirer confiance, et il a des comptes à rendre. Il doit se faire respecter. Il doit rester maître des dispositifs qu'il instaure.

S'il travaille en institution, il doit garder en mémoire qu'il fait partie d'une équipe qui lui confie des malades, parce qu'il est supposé détenir un savoir particulier. Il doit se montrer digne de cette confiance et rendre des comptes.

Il n'a d'autre choix que de s'inscrire dans le cadre de l'institution qui l'emploie, tâcher d'en comprendre l'histoire, les modalités de fonctionnement, voire en percevoir avec humilité les dysfonctionnements, et se montrer capable d'écouter d'abord la demande de ses collaborateurs afin de montrer que, par sa différence, il est en mesure de proposer une ouverture aux difficultés surgissant lors du soin de tel malade particulièrement problématique pour l'institution.

Pour cela il doit prévoir des temps de rencontre réguliers et planifiés avec les autres soignants de l'institution, pour expliquer sa discipline et organiser le cadre de son intervention, en accord avec le groupe de ses partenaires, afin que ces derniers garantissent la pérennité de ses interventions.

Il doit également organiser à intervalles réguliers des temps d'évaluation communs, où l'évolution de la problématique du ou des malades qui lui sont confiés puisse être effectuée en concertation avec le groupe de soignants.

Comment il participe à la recherche

De plus en plus souvent, des expérimentations dans le domaine médical sont initialisées pour démontrer les bienfaits du recours à la musique dans le domaine du soin.

Certaines sommes d'argent sont attribuées par les Etats à certains centres hospitaliers universitaires, dans un but de recherche.

Ces budgets sont souvent limités et ne permettent que des protocoles à faibles durées, par exemple quelques séances.

Dans ce cas, même si on prouve l'intérêt de l'utilisation de la musique dans de nombreux domaines, l'expérimentation s'arrête parfois au bout de quelques séances, laissant les patients, les équipes et le musicothérapeute dans le désarroi.

Les indications peuvent être très variées et souvent l'intérêt de la musique est démontré : gain de prescription médicamenteuse, gain d'argent, diminution des effets secondaires...

L'efficacité de la musique est évidente : mais qu'en est-il de celle du musicothérapeute et de la musicothérapie ? Bien souvent, lorsque l'expérimentation est relatée dans une publication, il n'est nulle part fait mention de l'attention particulière du musicothérapeute pour ses patients présidant par exemple au choix des œuvres musicales utilisées.

Beaucoup de protocoles de recherche sont lancés dans le domaine de la douleur, de la rééducation, de la maladie d'Alzheimer, de la pédiatrie, ou des soins palliatifs.

Mais il reste des domaines qui pourraient être explorés davantage, en particulier la psychiatrie, sur le modèle des techniques de remédiation cognitive très en vogue actuellement dans le traitement de la schizophrénie.

Quel est le degré d'indépendance du musicothérapeute ?

Le musicothérapeute doit savoir travailler en équipe et accepter que son malade soit aussi investi par d'autres professionnels qui désireront être en communication avec lui.

Il doit veiller à se faire respecter : pour cela il doit pouvoir prouver ses compétences et se montrer exigeant au sujet de ses dispositifs d'intervention.

Exemple de différents angles d'approche en musicothérapie réceptive

Dans une séance de détente psychomusicale : associé à d'autres musiques dans un cadre horaire prévu, (comme le montage « en U » de l'école de Montpellier) dans le but d'obtenir l'apaisement progressif des participants puis, au bout d'un certain temps, leur réveil.

Dans le cadre d'une séance de musicothérapie réceptive psychanalytique

Plusieurs modes d'approche peuvent être détaillés. Nous pouvons, pour les décrire, nous appuyer sur un travail de recherche effectué auprès de groupes de malades psychotiques, et de groupes d'étudiants.

- La chaîne associative du patient perçu comme un individu

Le musicothérapeute peut se focaliser sur les associations de pensées émergeant dans le discours des participants, en fonction des thèmes que nous avons précédemment cités. Il suit les chaînes associatives individuelles des participants.

- La chaîne associative du groupe

Le musicothérapeute peut au contraire se préoccuper de la chaîne associative groupale selon le modèle théorique développé par René KAES.

Lors d'une séance de musicothérapie réceptive de groupe auprès d'étudiants en musicothérapie, l'écoute d'une certaine œuvre de musique de composition et d'époque classiques provoque chez 80% des participants des associations au sujet d'un cortège funéraire, avec une notion d'accusation et de condamnation à mort. Les autres participants, musiciens, se protègent derrière l'analyse de l'œuvre ou des souvenirs d'interprétation personnelle au sein d'un orchestre. Qu'en est-il de la problématique du groupe à cet instant ? Quelle douleur commune unie-t-elle les étudiants en question ?

Cette même œuvre diffusée dans un autre contexte à d'autres participants occasionnera des associations de pensées relatives à la détente, au bonheur, à la plénitude, mais aussi à la solitude.

Le travail du musicothérapeute consistera à mettre en perspective la construction de l'extrait de musique diffusé et les effets potentiels de cette musique sur l'auditeur.

Conclusion

Etre musicothérapeute représente une tâche passionnante mais lourde de responsabilités et d'enjeux.

Le musicothérapeute contemporain, tout comme Authanasius Kircher, est encouragé à participer activement à la recherche thérapeutique : les postulats du 17^{ème} siècle peuvent être repris et enrichis à la lumière des découvertes scientifiques postérieures.

Toute recherche s'appuie sur un présupposé originel, qu'il convient de démontrer ou d'invalider grâce aux techniques de recherche du moment.

Il importe que les postulats initiant les recherches en musicothérapie ne soient pas le seul fait des médecins ou des neuropsychologues, installant le musicothérapeute dans un rôle de manutentionnaire.

Le musicothérapeute doit être partie prenante de la recherche, il doit être créatif, et placer le sujet en souffrance au centre de ses préoccupations.

Bibliographie

- Bigand, E. (2013). *Les effets des émotions*, In E. Bigand (Ed.), *Le cerveau mélomane* (pp. 49-61). Paris : Belin.
- Brun, A. (2012), (Ed.). *Les médiations thérapeutiques*. Toulouse : Erès.
- Duperret N. (2014). *Emergence des affects en musicothérapie réceptive de groupe*. *La Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 63, 2, 189-199.
- Duperret N., Lebegue C. (2013). *Prescriptions et modalités évaluatives en musicothérapie au CHS de Chalon sur Saône : recherche d'une harmonie*. *La Revue Française de Musicothérapie*, 33, 4, 74-90.
- Gueguen, N. (2011). *Psychologie du consommateur : pour mieux comprendre comment on vous influence*. Paris : DUNOD.
- Gueguen, N. (2013). *L'effet Château Lafite*. In E. Bigand (Ed.), *Le cerveau mélomane* (pp. 69-74), Paris : Belin.
- Khalifa, S. *La musique adoucit les mœurs* », In E. Bigand (Ed.), *Le cerveau mélomane* (pp. 63-68). Paris : Belin.
- Lecourt, E. (1993). *Analyse de groupe et musicothérapie*. Paris : ESF.
- Lemarquis, P. (2012). *Portrait du cerveau en artiste*. Paris : Odile Jacob.
- Lemarquis, P. (2013). *Sérénade pour un cerveau musicien*. Paris : Odile Jacob.
- Saget, R. (2011). *Musique traditionnelle et musicothérapie*. *La Revue Française de Musicothérapie*, 31, 3 et 4, 36-38.
- Vrait, F.-X. (2011). *Quelques traces des thérapies traditionnelles dans la musicothérapie : survivance ou vestiges ?* *La Revue Française de Musicothérapie*, 31, 3 et 4, 39-51.