



HAL
open science

L'épistémologie psychanalytique au service de la clinique et de la recherche en musicothérapie

Anthony Brault

► **To cite this version:**

Anthony Brault. L'épistémologie psychanalytique au service de la clinique et de la recherche en musicothérapie. *Revue française de musicothérapie*, 2018, 37 (1). hal-03430797

HAL Id: hal-03430797

<https://hal.science/hal-03430797v1>

Submitted on 16 Nov 2021

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

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



La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume XXXVII - Numéro 01 - juillet 2018

L'épistémologie psychanalytique au service de la clinique et de la recherche en musicothérapie

Anthony Brault

Psychologue clinicien, musicothérapeute (Clinique Médico-Pédagogique Dupré, Escale Ado « Le Relais » ; CATTP Adolescents, Pôle 5 de pédopsychiatrie, EPS-ERASME) ; doctorant, Laboratoire Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse (PCPP EA 4056), Université Paris Descartes ; chargé d'enseignements, Université Paris Descartes.

Résumé

La 23ème journée scientifique de l'Association Française de Musicothérapie avait pour objectif de présenter et de questionner les « actualités de la musicothérapie ». Dès l'argumentaire, les membres du comité scientifique, sous la direction du Dr. Nicole Duperret (Présidente de l'AFM), ont voulu mettre l'accent sur la « complémentarité » entre les différentes épistémologies (en particulier la psychanalyse et les neurosciences cognitives) dans nos pratiques et recherches de musicothérapie. C'est dans une volonté de discuter et questionner ladite « complémentarité » ainsi que de « défendre » l'épistémologie psychanalytique, si décriée actuellement, que j'ai proposé une communication lors de cette journée, que je complète aujourd'hui dans cet article.

Mots clefs

Musicothérapie ; Psychanalyse ; Complémentarité ; Contre-transfert

Abstract

The 23rd congress of the Association Française de Musicothérapie had the objective of presenting and questioning "music therapy news". The members of the scientific committee wished to emphasize the notion of "complementarity" between psychoanalysis and cognitive neuroscience in our practices and research in music therapy. In order to discuss this "complementarity" and "defend" psychoanalysis, I had proposed a conference in this congress, which I present and complete here in this article.

Keywords

Music Therapy; Psychoanalysis; Complementarity; Counter transference

L'épistémologie psychanalytique au service de la clinique et de la recherche en musicothérapie

Introduction : le principe de complémentarité

La 23^{ème} journée scientifique de l'Association Française de Musicothérapie avait pour objectif de présenter et de questionner les « actualités de la musicothérapie ». Dès l'argumentaire, les membres du comité scientifique, sous la direction du Dr. Nicole Duperret (Présidente de l'AFM), ont voulu mettre l'accent sur la « complémentarité » entre les différentes épistémologies (en particulier la psychanalyse et les neurosciences cognitives) dans nos pratiques et recherches de musicothérapie. C'est dans une volonté de discuter et questionner ladite « complémentarité » ainsi que de « défendre » l'épistémologie psychanalytique, si décriée actuellement, que j'ai proposé une communication lors de cette journée, que je complète aujourd'hui par cet article¹.

Ainsi, avant d'asseoir d'emblée la nécessité d'une « complémentarité », encore faut-il revenir à sa source. On ne peut parler de la complémentarité sans évoquer Georges Devereux (1908-1985). Anthropologue, psychanalyste mais aussi pianiste d'origine roumaine, juive, naturalisé français et baptisé catholique, Devereux a plus spécifiquement étudié lors de son doctorat en anthropologie « la sexualité des indiens Mohaves » et s'est illustré en tant que psychanalyste à travers la « psychothérapie d'un indien des plaines » (titre de l'un de ses ouvrages). L'ethnopsychiatrie – l'ethnopsychanalyse – est née de ce parcours personnel et professionnel aux identités multiples². Ce nouveau domaine scientifique tente de faire co-exister la psychiatrie psychanalytique et l'anthropologie. Le principe de « complémentarisme » permet à Devereux cette

co-existence. C'est dans son ouvrage *Ethnopsychanalyse complémentariste* (1972) qu'il applique ce principe de complémentarité à la sociologie et la psychologie. Le chercheur est un observateur d'un fait brut qu'il analyse de manière subjective selon l'effet que ce fait a sur lui et l'effet qu'il a sur ce fait (« l'effet de l'observateur »). De plus, ce fait peut être analysé sous son versant psychologique (observation de ce fait brut de l'intérieur) et sous son versant sociologique (observation de l'extérieur), dans un rapport de complémentarité. Autrement dit, ce fait est à la fois et nécessairement *l'un et l'autre*. Ainsi, selon la nature de l'observation, ce *fait brut* se transforme en *donnée* soit psychologique, soit sociologique. Le complémentarisme écrit Devereux (1972) « n'est pas une "théorie", mais une généralisation méthodologique qui n'exclut aucune méthode, aucune théorie valable, mais les coordonne ». Toutefois cette coordination n'a de sens que par le renoncement « à la tentation de faire fonctionner *simultanément* différents paradigmes » (Missonnier, 2016, p. 25). Devereux (1972) propose une « pluridisciplinarité non fusionnante et « non simultanée » : celle du « double discours » obligatoire » (p. 282).

Alors, « y a-t-il divergence, ou peut-il exister une complémentarité, entre le modèle psychanalytique, qui a pu servir de fondement à bien des pratiques en clinique et en recherche en musicothérapie, et le modèle cognitiviste – et donc des apports des neurosciences ? »³. Si l'on suit la pensée de Devereux, il est dès lors évident qu'une complémentarité est possible – on peut d'ailleurs prendre l'exemple de la « neuropsychanalyse » initiée en France par Lisa Ouss, Bernard Golse, Nicolas Georgieff et Daniel Widlöcher (2009). Toutefois, si complémentarité il y a, les divergences doivent subsister et peuvent même être à la source d'une grande créativité scientifique. La complémentarité révoque toute

¹L'illustration clinique présentée lors de cette journée n'a pas été gardée dans cet écrit car publiée dans une autre revue (Brault, 2018).

²Pour une biographie plus conséquente, le lecteur pourra se référer à l'article de Michaël Ghil (2007) « Georges Devereux, de la physique quantique à l'ethnopsychiatrie complémentariste » publié dans la revue *Le Coq-héron* (n°190, 3).

³Argumentaire, « Actualités de la musicothérapie », 23^{ème} Journée Scientifique de l'Association Française de Musicothérapie, 29 septembre 2017, Sevrey.

simultanéité, tout « monothéisme épistémologique » (Missonnier, 2016), totalisant et unifiant, pourtant au cœur, me semble-t-il, de bien des méthodes actuelles dites « intégratives ».

J'insiste sur les différences entre les modèles et met un point d'honneur à ne pas comparer simultanément par différents modèles de mêmes faits humains ni à infirmer ou confirmer la perspective d'un modèle par rapport à un autre. Pourquoi ? Car il me semble que ces modèles ne travaillent pas sur les mêmes objets de recherche, bien qu'ils étudient tous deux des faits humains. Si les neurosciences s'intéressent au système nerveux, aux mécanismes neurobiologiques sous-tendant la cognition (dans le cas des neurosciences cognitives et de la psychologie cognitive), la psychanalyse quant à elle est l'étude des processus psychiques inconscients. Dans les années 1980, le psychiatre et psychanalyste américain Yale Morton Reiser, bien qu'initiant l'idée de rapprochements possibles entre psychanalyse et neurosciences, soulève rapidement cette différence et s'insurge contre tout amalgame entre ces deux sciences : « Le monde du psychisme, qui est fait de significations, et le monde du cerveau et du corps, qui est fait de matière et d'énergie, sont séparés par une série composite de discontinuités sémantiques, conceptuelles et méthodologiques. » (Reiser, 1984, cité par Bazan, 2009, p. 31). Ces deux méthodes ne se situent pas aux mêmes niveaux de fonctionnement et peuvent ainsi autant se compléter qu'entrer en conflit mais en aucun cas s'annihiler. Autrement dit, *la complémentarité ne peut naître que par l'acceptation de la différence*.

Cette complémentarité et les conflits qui en résultent sont aujourd'hui au cœur de notre pratique clinique de musicothérapie. Prenant d'abord ses sources théoriques dans le champ de la psychanalyse, ce sont actuellement les recherches neuroscientifiques concernant la musique et la musicothérapie qui se font de plus en plus légions. Ces recherches, indéniablement, permettent aux musicothérapeutes d'asseoir et de revendiquer de plus en plus sereinement la musicothérapie comme pratique clinique à part entière. Et ainsi, les cliniciens-chercheurs en

musicothérapie ont commencé à utiliser la méthode des neurosciences cognitives au centre de leurs recherches avec surtout pour objectif l'évaluation de leur pratique. Dans ce cadre les pathologies les plus concernées sont la maladie d'Alzheimer et l'autisme(s). Revenir à la clinique et à la pathologie me semble primordial pour mieux comprendre l'émergence de ces recherches. En effet, Alzheimer est une maladie neurodégénérative. Quant aux troubles autistiques, bien que d'origines multifactorielles – ce qui complexifie considérablement le tableau et engendre des conflits scientifiques majeurs –, l'hypothèse d'une atteinte génétique et neurobiologique se fait de plus en plus probante. Il n'est alors pas anodin qu'un nombre de plus en plus conséquent de musicothérapeutes puise dans le modèle des neurosciences cognitives pour mieux comprendre, développer et évaluer leur pratique. Toutefois, les apports de la psychanalyse et aussi de la musicothérapie analytique ne sont pas à mettre au pas de la porte concernant ces domaines cliniques – et je pense par exemple, de manière non exhaustive, aux recherches de Geneviève Haag et d'Édith Lecourt concernant la pathologie autistique – et ce d'autant plus que pour chaque personne touchée par ces différentes pathologies la manière dont ces dernières seront traitées psychiquement et les relations aux autres qui se créeront ou se développeront seront différentes selon leur histoire – archaïque, infantile, pubertaire.

Alors, est-ce qu'une démonstration de l'intérêt de l'utilisation de l'épistémologie psychanalytique au sein des recherches en musicothérapie a encore du sens dans une journée scientifique portant sur « l'actualité de la musicothérapie » ? De mon côté je le crois, car la pratique clinique toujours « actuelle » nous démontre bien que la psychanalyse est loin d'être « obsolète » et que les apports de Freud et de ses successeurs nous portent toujours dans nos réflexions cliniques.

De l'épistémologie psychanalytique à la recherche

Dans son double article de 1923 « "Psychanalyse" et "Théorie de la libido" »,

Freud revient sur la définition qu'il donne à la psychanalyse : il s'agit « 1) d'un procédé d'investigation des processus psychiques, qui autrement sont à peine accessibles ; 2) d'une méthode de traitement des troubles névrotiques qui se fonde sur cette investigation ; 3) d'une série de conceptions psychologiques acquises par ce moyen et qui fusionnent progressivement en une discipline scientifique nouvelle. » (p. 51). Freud met ici l'accent sur la dimension foncièrement clinique de la recherche en psychanalyse. Il s'agit d'une discipline scientifique empirique qui n'existe que par la rencontre clinique. Le transfert, son maniement et son interprétation est la racine de la technique de la cure et donc de la recherche en psychanalyse ou des autres méthodes cliniques utilisant l'épistémologie psychanalytique. En participant à l'observation, l'observateur se doit alors de se prendre comme propre objet d'étude. Autrement dit, l'analyse du contre-transfert est un incontournable de cette méthode scientifique (cf. *supra*).

Ces recherches, se basant sur la théorie psychanalytique doivent prendre en considération les « piliers » de cette théorie : « L'acceptation des processus psychiques inconscients, la reconnaissance de la doctrine de la résistance et du refoulement, la prise en considération de la sexualité et du complexe d'Œdipe » (*ibid.*, p. 65). De ces « hypothèses fortes et générales », pour reprendre la terminologie de Roger Perron (2010), peuvent alors découler des hypothèses « faibles et locales ». Roger Perron prend pour exemple le complexe d'Œdipe pour illustrer sa catégorisation : selon l'épistémologie psychanalytique, « le complexe d'Œdipe est une formation psychique nodale, structurante de tout le fonctionnement psychique chez tout être humain » (p. 44) ; toutefois les configurations du complexe d'Œdipe peuvent varier selon les cultures voire même l'époque dans laquelle nous nous trouvons. C'est par exemple ce qu'a pu illustrer Devereux, grâce à ses connaissances anthropologiques des indiens Mohaves, à travers la « Psychothérapie d'un indien des plaines ». C'est parce qu'elle repose sur ces hypothèses fortes que la psychanalyse a pu, selon le contexte historique et

les nouvelles formes de configuration psychopathologique, évoluer par elle-même : que serait la théorie psychanalytique aujourd'hui sans les apports de Mélanie Klein ou bien de Donald Winnicott à partir de leur expérience clinique auprès d'enfants ; que serait-elle sans les apports de Jacques Lacan ou bien de Piera Aulagnier sur la psychose ; que serait-elle sans les atrocités de la seconde guerre mondiale ayant conduit les psychanalystes à s'intéresser au collectif et donnant naissance aux théories de l'analyse de groupe ? L'actualité des rencontres cliniques dans un environnement social toujours en mutation rend naturels et nécessaires tout remaniement métapsychologique. Mais ceux-ci sont possibles que parce qu'ils reposent sur des piliers forts qu'il serait vain de réfuter ou de prouver mais simplement de montrer en quoi ils peuvent être utiles à la compréhension du fonctionnement psychique humain (Perron, 2007). *Sans un sentiment de continuité d'existence (Winnicott) suffisamment solide, toute transformation identitaire est vécue comme mortifère.*

La musicothérapie en France, sous l'impulsion d'Édith Lecourt s'est d'abord inscrite dans cette épistémologie. La pratique de la musicothérapie se fonde, entre autres, sur les découvertes de la fonction structurante du sonore et de la musique au sein de l'appareil psychique individuel et aussi groupal. Concernant l'appareil psychique individuel, je pense par exemple aux recherches en périnatalité de S. Maiello ou B. Golse à partir des découvertes expérimentales relatives au monde sonore prénatal⁴ ou encore à Lacan et à ses successeurs sur la « pulsion invocante » à partir de l'étude des hallucinations acoustico-verbales dans la psychose. Quant à l'appareil psychique groupal, je pense particulièrement aux apports d'É. Lecourt à partir des considérations métapsychologiques de D. Anzieu et de R. Kaës suite à leur expérience

⁴Cf. Feijoo, J. (1981). Le fœtus, Pierre et le loup... In E. Herbinet et M.-C. Busnel (Eds.), *L'aube des sens* (pp. 100-107). Paris : Stock ; Lecanuet, J.-P., Granier-Deferre, C., Schaal, B. (2004). Les perceptions fœtales. Ontogenèse des systèmes et écologie fœtale. In S. Lebovici et al., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (2^{ème} édition) (pp. 253-262). Paris : PUF.

d'analyse de groupe. La recherche en musicothérapie utilisant l'épistémologie psychanalytique se structurerait sur un double axe : l'étude de la place et de la fonction du sonore et de la musique au sein de l'appareil psychique individuel et/ou groupal d'une part ; « l'évaluation par le processus » (Roussillon, 2016) de la pratique de la musicothérapie dans le cadre du soin psychique d'autre part. L'un ne va pas sans l'autre car si la pratique et son évaluation peuvent s'étayer sur les connaissances relatives à la fonction structurante du sonore, celles-ci ne peuvent se démontrer et s'actualiser que par la pratique clinique – tout en restant vigilant au risque de circularité⁵ que cela pourrait susciter. Freud évoque ce principe épistémologique en 1915 afin d'introduire sa théorie sur les pulsions :

« Le véritable commencement de l'activité scientifique consiste plutôt dans la description de phénomènes, qui sont ensuite rassemblés, ordonnés et insérés dans des relations. Dans la description, déjà on ne peut éviter d'appliquer au matériel certaines idées abstraites que l'on puise ici ou là et certainement pas dans la seule expérience actuelle. De telles idées – qui deviendront les concepts fondamentaux de la science – sont dans l'élaboration ultérieure des matériaux, encore plus indispensables. » (p. 11).

Ainsi, toutes élaborations de nouvelles connaissances scientifiques ne se fait que par un aller-retour constant entre théories et cliniques, entre cliniques et théories. Et dès 1914, Freud situe l'observation comme la méthodologie au fondement du savoir scientifique, psychanalytique : « C'est que ces idées ne sont pas le fondement de la science sur lequel tout repose ; ce fondement au contraire, c'est l'observation seule » (p. 85). Par l'observation, c'est la dimension qualitative et subjective de la recherche

⁵Si « l'intuition qui préside au montage d'une recherche clinique est fondée sur l'expérience et le savoir préexistants – et comment pourrait-il en être autrement ? – le matériel que l'on isole aux fins de démonstration ne serait pas celui qu'on trouve, mais qu'on retrouve, dans une « réalité » qui fonctionnerait comme preuve alors même qu'elle a été préalablement isolée aux fins de démonstration. Le dispositif ne doit donc pas contenir la réponse, mais la rendre possible c'est-à-dire donner accès à des éléments nouveaux et permettre l'émergence d'éléments occultés jusque-là. » (Bourguignon & Bidlowski, 1995, p. 37).

qui est positionnée au cœur de l'épistémologie psychanalytique. Dimension qualitative qui la parcourt entièrement puisqu'elle est aussi au centre de la compréhension du symptôme et de la reconnaissance du continuum entre le normal et le pathologique.

Le contre-transfert dans la recherche clinique

Avant d'en arriver à envisager comment peut s'inscrire le contre-transfert dans les recherches scientifiques, il est important de revenir quelque peu sur l'histoire⁶ de cette notion afin d'en proposer une définition⁷ plus rigoureuse. Dès ces débuts, le traitement psychanalytique a fait naître des questionnements éthiques, surtout par rapport à l'analyse de femmes (il n'est sans doute alors pas anodin qu'après Freud ce sont des psychanalystes femmes, telles qu'entre autres Ella Sharpe, Paula Heimann et Lucia Tower, qui vont se saisir de la notion de contre-transfert). Ainsi, la notion de contre-transfert apparaît sous la plume de Freud dans sa lettre du 7 juin 1909 en réponse à celle de C. G. Jung où ce dernier confiait sa liaison avec l'une de ses patientes, Sabina Spielrein : « Il nous pousse ainsi la peau dure qu'il nous faut, on devient maître du « contre-transfert » dans lequel on est tout de même chaque fois placé, et on apprend à déplacer ses propres affects et à les placer correctement. » (p. 309). C'est en 1910 que Freud revient dessus, en faisant implicitement référence à sa correspondance avec Jung, pour mieux en esquisser les enjeux :

« D'autres innovations d'ordre technique intéressent la personne même du médecin. Notre attention s'est portée sur le « contre-transfert » qui s'établit chez le médecin par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste. Nous sommes tout prêts d'exiger que le médecin reconnaisse et maîtrise en lui-même ce contre-transfert. Maintenant qu'un plus grand nombre de personnes pratiquent la psychanalyse et discutent

⁶Cf. à ce propos l'ouvrage de Paul Denis (2010), *Rives et dérives du contre-transfert*.

⁷Celle que propose Laplanche et Pontalis (1968, p. 103) est la plus communément partagée : « ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci. »

entre elles de leurs expériences, nous remarquons que tout analyste ne peut mener à bien ses traitements qu'autant que ses propres complexes et ses résistances intérieures le lui permettent. » (p. 27).

Là où pour Freud, l'analyste doit avant tout maîtriser le contre-transfert (sans pour autant le nier), Paula Heimann, quant à elle, est la première à l'envisager comme un outil au service de la cure analytique : « Ma thèse est que la réponse émotionnelle de l'analyste à son patient dans la situation analytique constitue l'un des outils les plus importants pour son travail. Le contre-transfert de l'analyste est un instrument d'investigation de l'inconscient du patient. » (Heimann, 1950, cité par Denis, 2010, p. 19). Instrument d'investigation dans la mesure où pour Heimann « le contre transfert de l'analyste n'est pas seulement un fragment de la relation analytique, mais il est la création du patient, il est une part de la personnalité du patient » (ibid., p. 20).

Très certainement inspiré par ces considérations, Georges Devereux (1967) inscrit le contre-transfert au fondement de la recherche scientifique. Reprenant l'épistémologie freudienne, il propose comme deuxième principe fondamental⁸ de la recherche scientifique « l'effet de l'observateur » ou autrement dit la prise en considération du « contre-transfert du chercheur ». Devereux met en garde les chercheurs qui, face à l'angoisse suscitée par les données des sciences du comportement, interposent entre eux et leurs sujets un certain nombre « d'écran filtrant » pour éliminer toutes déformations dues à la subjectivité de l'observateur pensant ainsi aboutir à une objectivité se voulant presque incontestable. Au contraire, pour Devereux, la subjectivité de l'observateur est au cœur de la recherche. Il va même jusqu'à dire que « ce n'est pas l'étude du sujet, mais celle de l'observateur, qui donne accès à l'essence de la situation d'observation. » (p. 19). Imaginons n'importe quel instant clinique dans le cadre d'une recherche : pourrait-on dire que le comportement et les activités – les contre-attitudes – du clinicien-chercheur au sein du cadre de l'observation perturbent l'« objectivité » de ce

⁸Le premier étant le complémentarisme (cf. infra).

dernier et donc les résultats de la recherche ? À l'inverse, en suivant la ligne épistémologique de Devereux, il me paraît nécessaire de prendre en considération ces contre-attitudes (l'effet de l'observateur) et analyser le contre-transfert dont elles sont issues. Au-delà de l'acte manifeste, sa racine latente est d'une grande richesse tant pour la recherche que pour la clinique⁹, et je crois que cette considération est la pierre angulaire de la perspective psychanalytique : la recherche, écrit Devereux (1967, p. 16), « doit exploiter la subjectivité inhérente à toute observation en la considérant comme la voie royale vers une objectivité authentique plutôt que fictive ».

De la clinique à la recherche, de la recherche à la clinique : le séminaire « Écho »

Il serait « malhonnête » d'affirmer que l'épistémologie psychanalytique (la psychanalyse de manière générale) se porte bien à l'Université et plus généralement dans la recherche scientifique actuelle. Le domaine de la musicothérapie n'échappe pas aux controverses psychanalyse-neurosciences ; et si, la psychanalyse était le modèle des premières recherches en musicothérapie (du moins en France), les neurosciences et le modèle cognitiviste s'imposent dans la grande majorité des recherches actuelles. S'il serait stupide de penser qu'il s'agit d'une méprise, il est toutefois important de rester vigilant à l'idéalisation que ce modèle suscite, et de se préserver du postulat d'une Vérité (totalitaire) de l'étude du comportement humain¹⁰. Avec la naissance de la psychanalyse, Freud postulait un sujet humain empreint de conflits, indispensables à la vie psychique. Conflictualiser est une tâche nécessaire à chacun d'entre nous – et peut-être encore plus pour les cliniciens et chercheurs. Sans cela, impossible de se subjectiver (dans la clinique et/ou la recherche).

⁹J'ai déjà pu écrire à ce propos dans cette même revue (Brault, 2017)

¹⁰ Je ne peux ainsi que regretter que notre ministre de l'éducation nationale, M. Blanquer, ait installé un conseil scientifique largement dominé par des neuroscientifiques.

C'est dans cette double perspective de préservation de l'épistémologie psychanalytique, de la recherche (en) clinique et de volonté complémentariste que nous avons créé avec Justine Vogt¹¹ en septembre 2017 le séminaire « Écho ». Celui-ci a pour objectif de rassembler des cliniciens et des chercheurs autour d'une thématique commune : celle du sonore et de la musique dans la recherche et la clinique. Ce séminaire est donc l'occasion d'un moment d'échange des recherches en cours ou achevées afin de partager ses connaissances théoriques, les méthodologies utilisées et les applications cliniques. Bien que s'inscrivant dans les activités du Laboratoire Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse (PCPP, EA 4056)¹², ce séminaire est ouvert à l'ensemble des cliniciens, des chercheurs traitant de cette thématique, quelque-soit l'épistémologie dans laquelle ils s'inscrivent. Je vais illustrer l'étendu de notre travail au sein de ce séminaire en résumant trois présentations. Nous avons eu le grand honneur d'accueillir le Pr. Émérite Édith Lecourt pour l'inauguration de ce séminaire. Sa conférence était nécessaire pour son ouverture dans la mesure où E. Lecourt est revenue sur l'histoire de la recherche en musicothérapie. Ainsi a-t-elle pu témoigner de la construction de son « protocole de recherche », la communication sonore, « voie royale » pour comprendre les liens entre structure psychique et structure musicale. Dans une toute autre mesure, Justine Vogt a présenté une partie de sa thèse en psychologie clinique intitulée « Les processus de formation du groupe avec des enfants présentant des troubles autistiques, à travers les identifications primaires et le sonore », qu'elle réalise sous la direction du Pr. Alberto Konicheckis. Cette recherche, bien qu'en dehors de la musicothérapie, est d'une grande force pour notre domaine dans la mesure

¹¹ Psychologue clinicienne (Hôpital Necker-Enfants malades) ; doctorante (Laboratoire PCPP, Université Paris-Descartes)

¹² Je remercie encore grandement les Professeurs Sylvain Missonnier et Benoit Verdon (directeur et directeur-adjoint de ce laboratoire) d'avoir accepté et encouragé la création de ce séminaire.

où elle tente de démontrer comment les enfants autistes peuvent s'organiser groupalement dans et par le sonore. Les groupes utilisés pour cette thèse de « jeu d'association libre » (donc non musicothérapeutique) évitent le risque de circularité (cf. infra) que l'on peut rencontrer dans nos recherches en musicothérapie, tout en témoignant (indirectement) de l'impact de notre pratique auprès de cette clinique. Enfin, dans une perspective plus clinique, Antonin Guinche¹³ est venu nous présenter comment il a pu utiliser la musique dans ses psychothérapies auprès de traumatisés de guerre dans la jungle de Calais ainsi que dans un camp de réfugiés en Irak. A. Guinche a pu à la fois rendre compte de l'intérêt de cette médiation dans cette clinique mais également en esquisser les limites autour de deux principales questions : quelle est la place de la séduction à l'œuvre dans la rencontre avec le patient à travers le média musical ? Dans quelle mesure l'utilisation de la musique permet au thérapeute de se défendre pour ne pas être confronté trop directement au récit traumatique¹⁴ ? Bien que n'ayant pas de formation en musicothérapie, A. Guinche a soulevé des questions éthiques et cliniques essentielles pour notre pratique.

Ce séminaire a cet objectif de faire se rencontrer différentes disciplines, différentes méthodologies, différentes cliniques s'intéressant aux thématiques du sonore et de la musique et je pense que les trois exemples cités ci-dessus témoignent de l'intérêt, de la nécessité et de la richesse de ces dialogues.

Pour conclure

À travers ces lignes, j'espère avoir pu argumenter la possibilité d'envisager que, pour asseoir la place de la musicothérapie au sein des pratiques soignantes, la nature qualitative et subjective de l'épistémologie psychanalytique demeure toujours essentielle et pertinente. « L'objectivité » n'est pas qu'affaire de

¹³ Psychologue clinicien (Médecins Sans Frontières).

¹⁴ J'avais moi-même fait une analyse similaire dans un autre cadre clinique, celui de la musicothérapie en gériatrie (Brault, 2015, 2017).

« quantification » et dès lors je pense qu'une « complémentarité » entre la recherche qualitative, dite « subjective » et la recherche quantitative, dite « objective » n'a pas de sens¹⁵. En revanche, la complémentarité entre différentes perspectives de l'étude du fonctionnement humain en a. Mais n'oublions pas que la musicothérapie est en elle-même pluridisciplinaire dans la mesure où l'analyse de notre pratique s'ancre dans nos connaissances du comportement humain et aussi dans celles de la musique.

Bibliographie

- Bazan, A. (2009). Des fantômes dans la voix : une hypothèse neuropsychanalytique sur la structure de l'inconscient. (Thèse de doctorat : psychologie). Université Lumière - Lyon II.
- Bourguignon, O., Bydlowski, M. (1995). La recherche clinique en psychopathologie. Perspectives critiques. Paris : PUF.
- Braut, A. (2015). L'éthique en musicothérapie : que penser de l'accompagnement de fin de vie ? *La Revue Française de Musicothérapie*, 35, 2, 31-33.
- Braut, A. (2017). Contre-transfert de l'écoute, écoute du contre-transfert. *La Revue Française de Musicothérapie*, 36, 1, 5-15.
- Braut, A. (2018). Le perceur d'enveloppes. De la violence sonore à l'adolescence. *Connexions*, 109 (à paraître).
- Denis, P. (2010). Rives et dérives du contre-transfert. Paris : PUF.
- Devereux, G. (1967). De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Paris : Flammarion, 1980.
- Devereux, G. (1972). *Éthnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion, 1985.
- Freud, S., Jung, C. G. (1906-1909). *Correspondance Tome 1* (R. Fivaz-Silbermann, Trad.). Paris : Gallimard, 1975.
- Freud, S. (1910). *La technique psychanalytique* (A. Bermann, Trad.). Paris : PUF, 1953.
- Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme (D. Berger, J. Laplanche et coll., Trad.). In *La vie sexuelle* (pp. 81-105). Paris : PUF, 1989.
- Freud, S. (1915). Pulsions et destins des pulsions (J. Laplanche & J.-B. Pontalis, Trad.). In *Métapsychologie* (pp. 11-43). Paris : Gallimard, 1968.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1998.
- Missonnier, S. (2016). "Intégration" vs. "complémentarité" entre neurosciences et psychopathologie psychanalytique périnatale. *Le Carnet Psy*, 201, 7, 22-27.
- Ouss, L., Golse, B., Georgieff, N., Widlöcher, D. (Eds.). (2009). *Vers une neuropsychanalyse ?* Paris : Odile Jacob.
- Perron, R. (2007). Chercher en psychanalyse. Réflexions sur le modèle des sciences exactes. In M. Emmanuelli, R. Perron (Eds.), *La recherche en psychanalyse* (pp. 53-80). Paris : PUF.
- Perron, R. (2010). *La raison psychanalytique. Pour une science du devenir psychique*. Paris : Dunod.
- Roussillon, R. (2016). L'évaluation clinique et la subjectivité. In A. Brun, R. Roussillon, P. Attigui (Eds.), *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques* (pp. 37-59). Malakoff : Dunod.

¹⁵Cela ne veut pas dire qu'aucune complémentarité n'est possible entre la recherche quantitative et la recherche qualitative.