



HAL
open science

Musicothérapie et tiercéité en pédopsychiatrie périnatale

Charlotte Guy

► **To cite this version:**

Charlotte Guy. Musicothérapie et tiercéité en pédopsychiatrie périnatale. Revue française de musicothérapie, 2018, 37 (1). hal-03430807

HAL Id: hal-03430807

<https://hal.science/hal-03430807v1>

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

Musicothérapie et tiercéité en pédopsychiatrie périnatale : genèse d'un projet vers une « musique à trois »

Charlotte Guy

Musicothérapeute, Unité de Pédopsychiatrie Périnatale de Noisy-le-Sec, Intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile I03, EPS de VILLE - EVRARD, 93.

Résumé

Le présent article retrace en partie un travail de musicothérapie mis en place au sein d'une unité de pédopsychiatrie périnatale de Seine-Saint-Denis accueillant des dyades (et triades) présentant des dysfonctionnements de la relation au cours des premiers mois de la vie de l'enfant, dont l'objectif premier est d'accompagner les jeunes patients et leurs mamans dans leur rencontre mutuelle. À travers le prisme du concept de tiercéité, ce travail clinique repose en majeure partie sur des théories psychanalytiques incluant certains apports de la psychologie développementale ainsi qu'une passerelle faite vers les neurosciences. Il tient compte avant tout de la pluridisciplinarité en périnatalité intégrant ainsi le principe de complémentarité soignante dans le contexte institutionnel donné. Il s'agit ici de présenter succinctement la genèse et la co-construction d'une thérapie conjointe à caractère groupal ainsi qu'une vignette clinique illustrant ce travail sur un plan concret..

Mots clefs

Musicothérapie - périnatalité - interactions précoces - tiercéité

Abstract

In this paper, we are addressing the issue of difficult mother and child relationships at an early age. The objective of this clinical work is to support both of them in their interpersonal rapport. In my practice I use predominantly the psychoanalytic concept of « thirdness » along with some developmental psychology, and just a little of neuroscience. Above all, this work takes into account inter-and multidisciplinary approaches, including the principle of medical complementarity during the perinatal period in an institutional context. As an example to illustrate the genesis and co-construction of a conjunctive and group music therapy, I chose a clinical experience (one child, one mother and one father) using the steps of therapeutic process.

Keywords

Music therapy - perinatal program - early interactions - thirdness

Musicothérapie et tiercéité en pédopsychiatrie périnatale : genèse d'un projet vers une « musique à trois »

Préambule

En guise de préambule, une définition s'impose :

Le concept de Tiercéité :

Initialement défini par le philosophe américain de la fin du XIX^{ème} siècle Charles Sanders Peirce, ce terme complexe de « tiercéité » (*thirdness* en anglais), a été repris par la suite par différents psychanalystes et je fais le choix aujourd'hui de cette définition d'A. Green (2011) : « Considérons à présent les idées de Peirce dans une perspective psychanalytique. La priméité est l'être, la secondéité est la relation, et la tiercéité la pensée ; la tiercéité est également la condition de la temporalité » (p.110).

André Green ajoute plus loin : « L'idée de base est qu'il faut plus de deux parties pour catégoriser et généraliser les échanges dans une relation. Cette relation à trois parties est la matrice de l'esprit. Ainsi, une relation duelle ne peut pas marcher, car elle ne rend pas justice à la complexité du processus de communication en termes de processus de pensée. » (p.113).

Pour éclairer ce concept aussi riche que complexe, je m'attache enfin à ce qu'en a « traduit » René Kaës dans sa propre analyse de la pensée d'André Green. René Kaës reprend tout d'abord le terme dans la pensée de C. S. Peirce en précisant que cette catégorie « assure la liaison entre les deux autres niveaux de la réalité et en rend possible une représentation mentale » (Kaës, 2012, parag. 1), puis poursuit dans le même article¹: « Green s'inspire de ce modèle : pour lui, la tiercéité est constituée par trois éléments : le sujet, l'objet en rapport avec le sujet et l'objet nouveau produit par ce rapport » (Ibid, 2012, parag. 2).

J'en comprends que c'est en quelque sorte l'objet produit, issu par le rapport entre un sujet et un autre objet qui constitue la tiercéité.

R. Kaës conclut son article par cette dernière phrase : « Trois donne le relief, l'aspérité, la profondeur, l'ouverture au symbolique. » Il me semble aujourd'hui intéressant d'en tirer des fils de la façon la plus subtile qui soit afin de mettre en lien cette notion très abstraite avec le concret de ma pratique clinique en musicothérapie, dans le cadre de la structure de pédopsychiatrie périnatale considérée au sein de laquelle je poursuis toujours mon travail à ce jour.

Introduction

Travailler la question du lien mère-père-enfant n'est pas sans faire écho à la propre histoire de chaque personne qui s'y engage et les résonances peuvent y être particulièrement fortes, sonnantes comme trébuchantes. Mon arrivée dans l'unité de pédopsychiatrie périnatale où j'ai eu la chance de faire mes tout premiers pas de professionnelle a été le fruit de nombreuses réflexions et de questionnements (Bydlowski, 2008). Ma pratique initiale artistique de chanteuse et mon approche pédagogique de la voix m'ont semblé être un atout pour envisager cette clinique des tout premiers liens. Partant de cela j'ai décidé de saisir cette chance qui m'était offerte, et l'expérience qui en suivrait. Entre la proposition initiale faite à l'équipe et mon entrée effective dans les murs, il s'est déroulé exactement neuf mois.

Dans le cadre de la formation préparant au diplôme universitaire de musicothérapie dispensée par la faculté de médecine de Nantes, j'ai donc effectué un stage « de professionnalisation » (à raison de 2 jours par semaine en moyenne durant la troisième et dernière année de mon cursus) qui m'a permis de mettre en place deux ateliers distincts de musicothérapie au sein de cette unité, tout en m'inscrivant dans le travail de son équipe

¹Cet article de René Kaës a été consulté en ligne : <http://www.psychanalyse.be/revue/page.php?article=60a>

soignante, et en collaboration avec elle. J'ai été amenée à participer à l'ensemble des espaces de réflexion de l'équipe pluridisciplinaire, et à utiliser les mêmes moyens qu'elle (réunions cliniques et institutionnelles, dossiers médicaux, etc.), afin d'être en mesure de développer un travail d'analyse de ma propre pratique clinique avec pour objectif premier de favoriser une continuité intrapsychique du tout-petit dans la discontinuité de la relation et de la situation des soins.

A travers le jeu, l'utilisation du corps et de la voix, la prise en compte du rythme au travers de situations groupales, je me suis efforcée de penser et accompagner la construction de l'individu, son identité, avec comme fond de réflexion l'intersubjectivité et les prémices de l'accès à la symbolisation et au langage. Mon objectif fondamental étant de permettre la « re-co-(n)-naissance » de chaque dyade et/ou triade et de chaque individu la constituant dans sa relation à lui-même et à l'autre.

J'ai proposé pour cela, une médiation thérapeutique (Brun, A. et al. 2014) à caractères sonore et groupal, en accord avec l'institution et l'équipe, avec l'idée sous-jacente de co-construction, inhérente aux relations précoces. Dans le cadre de la thérapie conjointe qui induit selon moi inévitablement celle de la *tiercéité*, il m'a semblé en effet que le travail effectué dans le cadre de séances de musicothérapie pouvait faire tiers et par conséquent participer activement aux soins psychiques du tout-petit en lien avec ses parents et l'équipe soignante.

De la position d'écoute à la co-construction dans la clinique des tout premiers liens : la groupalité au cœur du travail

Contexte institutionnel des ateliers

D'après Mazet et Stoléro (1988), le travail en psychiatrie périnatale « ne va pas de soi et pose un certain nombre de problèmes à résoudre liés aux différences d'activité et de formation des différents professionnels mais aussi à leur sensibilité personnelle. » (p. 411), comme le précise également S. Missonnier dans un article au sujet de l'interdisciplinarité : « Au cœur de

l'intrication d'Éros et de Thanatos, la clinique périnatale met en scène spectaculairement la rencontre de nos forces vives, notre créativité avec le vertige de notre vulnérabilité. La psychologie clinique périnatale relève le défi d'explorer la réalité somato-psychique de cette scénographie individuelle et collective et d'en soutenir la symbolisation à travers des dispositifs pertinents. Un sacré chantier ! » (Missonnier, 2013, p. 117).

C'est en prenant conscience dès mon arrivée au sein de cette unité de pédopsychiatrie périnatale, de cette groupalité institutionnelle que j'ai dès les premières heures compris intimement les enjeux majeurs de l'écoute institutionnelle et de son incidence sur la qualité des soins que je pouvais par la suite être amenée à proposer.

Pluridisciplinarité et complémentarité

D'un point de vue clinique, la multiplicité et la singularité des professions soignantes m'ont semblé intéressantes à appréhender dans le cadre des prises en charge en musicothérapie. Infirmières et puéricultrices ont donc rejoint mon cadre et permis ainsi de « faire groupe » comme le désirait l'équipe l'hôpital de jour. Ce groupe a donc été pensé et par la suite investi aussi bien par les infirmières et puéricultrices que les patients. Cela m'a permis de nourrir à la fois mes observations et donc ma pratique de musicothérapeute en formation, ainsi que de favoriser le soin psychique des patient(e)s accueilli(e)s à l'HDJ, tout en tenant compte de notre complémentarité soignante, étayée par les travaux de René Kaës autour de la théorie psychanalytique du groupe qui s'applique également au travail institutionnel.

Co-construction soignante et patiente

Je ne peux parler de « co-construction » sans évoquer à nouveau mon positionnement de musicothérapeute. J'avais, avant même d'avoir commencé mes ateliers, la certitude (la seule certainement d'ailleurs) que j'allais apprendre des patients autant que je pourrais humblement leur apporter.

Cliniquement, mes avancées à la fois sur le terrain et dans l'après-coup sont toujours parties

de ce que j'ai pu observer chez eux ou vivre à travers notre rencontre. Il s'agit pour moi d'une question d'équilibre à trouver entre savoir-faire et « savoir-être ». L'un et l'autre ne sont pas dissociés et doivent marcher de concert pour pouvoir permettre à la fois l'instauration d'une alliance thérapeutique sans laquelle le soin ne saurait exister ainsi qu'une mise au travail commune n'ayant pour but que de permettre au(x) patient(es) engagé(es) dans la relation thérapeutique une relative autonomie, un mieux-être à soi et au monde, une certaine « homéostasie² psychique ».

« Quand nous nous montrons capables d'attendre, le patient parvient alors à comprendre de manière créative, avec un plaisir intense. Et moi, maintenant, je prends du plaisir à ce plaisir plus que je n'en prenais à m'être montré intelligent. Je pense que j'interprète surtout pour faire connaître au patient les limites de ma compréhension. Le principe est le suivant : c'est le patient, et le patient seul qui détient les réponses. Nous pouvons ou non le rendre capable de cerner ce qui est connu ou d'en devenir conscient en l'acceptant » (Winnicott, 1975, p. 163).

De la rencontre à la mise en mouvement

Les prémices de l'intersubjectivité

Je ne prétends pas ici englober en quelques phrases toutes les subtilités de ce terme, ni l'exhaustivité de la recherche scientifique.

Pour nous permettre de penser l'intersubjectivité, Daniel Stern met en avant ce qu'il appelle un « sens de soi » qu'il décline en plusieurs catégories, mais dont je m'attacherai ici uniquement au terme générique qu'il définit ainsi : « Le sens de soi constitue la perspective organisatrice primordiale de l'expérience sociale et, en conséquence, se retrouve maintenant sur le devant de la scène en tant que phénomène prédominant du développement social précoce » (Stern, 1989, p. 22).

²« D'un point de vue psychanalytique, nous recherchons la situation d'équilibre précédent : le plaisir qui annulera le déplaisir » (Rakoniewski, A., 2013, Cours du 18 septembre sur les inconscients cognitif et psychanalytique, communication personnelle).

Bernard Golse écrit : « L'intersubjectivité constitue donc actuellement un concept central pour l'étude du développement précoce. Son étude n'est pas dissociable de celle de l'émergence des représentations mentales³ » : cela rejoint mon point de vue de ne pas « cliver » psychanalyse, théories développementalistes, et sciences cognitives voire éclairage neuroscientifique, mais plutôt de les faire interagir entre elles, au travers de leur vocabulaire commun, point de jonction de ces théories parfois antagonistes mais surtout complémentaires, dans le seul but d'être au service des patients (Ansermet & Magistretti, 2004).

Une posture « polyphonique » de l'écoute du musicothérapeute

La perspective de la *musicothérapie analytique de groupe* est d'utiliser le potentiel relationnel du « sonore non verbal » dans ses composantes conscientes, préconscientes et inconscientes. La formation a pour tâche principale de développer l'écoute, de l'écoute musicale à l'écoute sonore, à l'écoute clinique psychanalytique. Et ce, non seulement comme une médiation parmi d'autres, mais spécialement pour la structure polyphonique commune aux trois espaces ici considérés : acoustique, groupal et psychique (Lecourt, 2007, pp. 85-86).

Je ne suis pas une spécialiste de la *musicothérapie analytique de groupe*, loin s'en faut. Ma modeste connaissance de l'existence de ce travail et la compréhension que j'en ai ont pu nourrir en partie mon approche de la musicothérapie et c'est donc là un des nombreux éléments théorico-cliniques qui a sous-tendu mon travail naissant dans le cadre de « mes » ateliers à caractère groupal au sein de cette unité.

La question de la posture et de l'écoute du musicothérapeute en institution me renvoie également au travail du musicothérapeute et psychologue Dominique Perrouault au travers de sa définition du terme « triangularité » : « Ce thème reprend nombre des approches de la question du lien qui à la fois réunit et sépare deux

³ Golse, B., s.d., Carnet Psy N°41, pp. 30-31, Accès <http://www.carnetpsy.com/article.php?id=1113>

éléments, deux personnes, deux objets, deux sujets » (Perrouault, 2013, p. 37) qui nous rappelle que si la triangularité renvoie à une pluralité, elle « doit être comprise de manière polyphonique » (p. 45).

Le concept de « musicalité communicative »

Ce troisième point est fondamental au sein de ma pratique et tient compte des deux premiers. On doit aujourd'hui au psychologue développementaliste écossais de l'université d'Edimbourg Colwyn Trevarthen, une approche très complète de l'intersubjectivité qui nous permet d'envisager le développement de l'enfant sous des angles à la fois cognitif, affectif et moteur (Trevarthen & Aitken, 2003/4).

Associé au psychologue Stephen Malloch (également docteur en musique et psycho-acoustique), il nous fait envisager le développement du tout-petit au travers des interactions avec son environnement sous le prisme de ce qu'ils appellent tous deux la « musicalité communicative ». Ce concept est pensé comme principe intrinsèque des interactions sociales prenant en compte la dimension co-créative chère à leur conception de l'intersubjectivité. Maya Gratier (2009, p. 40) nous en donne un éclairage assez précis :

La musicalité communicative de l'interaction mère-bébé est présentée par Trevarthen (1999) et Malloch (1999) comme un principe d'organisation intrinsèque des interactions sociales. Elle se définit selon trois dimensions importantes : la pulsation, la qualité et la narrativité (Malloch, 1999 ; Malloch & Trevarthen, 2008). La pulsation est la succession régulière d'unités comportementales dans le temps et elle représente un processus de 'création du futur' permettant au sujet d'anticiper les événements à venir. La pulsation maintient l'énergie de l'échange et elle est nécessairement flexible. La qualité est constituée des contours de gestes vocaux et corporels, elle donne forme au temps dans le mouvement. La narrativité de l'expérience individuelle et de celle « d'être-avec » est construite à partir des unités de la pulsation et de

la qualité que l'on trouve dans les gestes cocréés et dans la façon dont ils s'enchaînent pour constituer des séquences d'expressions affectives. La mère et le bébé en interaction négocient ainsi le déroulement de leur échange selon ces trois dimensions de la musicalité.

Cette notion me semble en effet fondamentale dans le travail mené dans le cadre de mon stage. En effet, Trevarthen et Aitken (2003, p. 337) précisent qu'au sein des interactions précoces préverbaux de la première année, la modalité musicale joue un rôle majeur dans la communication du tout-petit et de ses partenaires :

Les nourrissons sont attirés sélectivement par les « narrations émotionnelles » ou « par les histoires racontées par la voix humaine », et sont excités de jouer dans une « pièce » qui a un rythme, des lignes et une expressivité commune. Les nourrissons répondent par des vocalisations, mouvements de corps et gestes rythmiques synchronisés ou complémentaires aux sentiments musicaux poétiques exprimés par les autres personnes, que ce soit lors d'un jeu intime ou au cours d'une fête en groupe.

C'est sans rappeler les compétences musicales précoces du bébé également étudiées par des chercheuses comme Sandra Trehub que je cite à nouveau ces deux auteurs (Ibid, p. 339) afin de tenter d'englober en quelques mots tout le travail effectué dans divers cadres expérimentaux mais surtout d'en tirer les conclusions utiles à mon travail de musicothérapeute en pédopsychiatrie périnatale autour de la question du lien parents-bébé : « Les nourrissons montrent une préférence perceptuelle pour les mélodies de discours, chants et musique. Les chansons et la musique les font bouger en rythme et montrer de l'intérêt et de la joie ».

1, 2, 3 Roberte !

Présentation et rencontre de Roberte et ses parents

Les éléments du dossier médical nous apprennent que Roberte est une petite fille née très prématurément (à environ 28 semaines d'aménorrhée). Fille de Madame J., réfugiée d'origine d'un pays d'Asie du sud-est dans les années 80, accompagnée par sa propre mère, alors qu'elle était elle-même une enfant. Une grande partie de sa famille a été décimée lors de conflits majeurs ravageant son pays d'origine. Madame J. a des relations compliquées avec sa propre mère. Madame est mariée à Monsieur J., originaire du même pays qu'elle, mais arrivé plus récemment en France.

Le motif de la demande d'hospitalisation au sein de l'unité où j'interviens alors réside dans le déni de la maman de la prématurité de son bébé qui pèse 1,4 kg à la naissance et est acheminé en réanimation néonatale.

En suite de couches (qui correspondent aux quelques heures ou quelques jours qui suivent un accouchement) elle n'est pas allée voir son bébé pendant presque un mois. Elle donne la raison suivante : « j'ai trente minutes de bus et trente minutes pour m'habiller », des facteurs socio-culturels en seraient également la cause. Elle ne tient pour autant pas de propos agressifs ni persécutifs à l'encontre de sa fille. Il existe un conflit au sein du couple. Madame peut être très agressive avec son mari. Elle dit se sentir notamment « moins respectée que monsieur qui travaille ». Monsieur est très absent du fait de son travail (il travaille dix heures par jour dans la restauration). Cependant, il passe voir sa fille tous les matins au service de néonatalogie avant de se rendre à son travail. On pourra observer chez lui un comportement inadapté au début de la prise en charge : il nourrit sa fille alors qu'elle régurgite, la berce de façon trop énergique alors qu'elle vient à peine de finir son biberon. Il est globalement hyperstimulant.

Madame enfin présente des troubles psychiatriques dont l'origine organique n'a pu être écartée du fait du déni de ses propres troubles et

donc de son refus de soins en imagerie / biologie. Elle présente une activité délirante à bas-bruit contribuant probablement à cet autre déni autour de la prématurité de sa fille et la nécessité de soins médicaux pour celle-ci et ce, depuis l'accouchement. Les troubles du contact et de la pensée dont elle est l'objet engendrent des difficultés importantes pour tenir avec elle une conversation sur des bases rationnelles.

Les relations entre Madame et son bébé sont sporadiques et difficiles. Le portage est de qualité, mais Madame regarde très peu son bébé et ne s'adresse jamais à elle par la voix ou les gestes. Elle n'est attentive à aucun des signes d'éveil de son nourrisson. Le développement psychomoteur de Roberte est inquiétant. Roberte a une grande sœur de 18 mois son aînée, Julia, avec laquelle Madame est réconfortante. Julia vit au domicile de ses parents. Pour autant il y a des conflits bruyants entre les parents au domicile. Les troubles psychiques de Madame ainsi que le refus de prendre soin d'elle-même ont donné lieu à un placement de Roberte par ordonnance de placement provisoire auprès d'une assistante familiale.

Lors de l'« entretien psychomusical »⁴ que je mène avec Roberte et sa maman, alors que je n'ai pas commencé à lire ces éléments du dossier médical précités afin de ne pas en être trop influencée avant même la rencontre, j'apprends par Madame qu'elle a l'habitude d'écouter de la musique, qu'elle est très sensible aux cordes, ainsi qu'à la musique pop-folk-rock anglo-saxonne. Elle a un violoncelle chez elle mais n'en joue pas. Il n'y a pas d'instruments qu'elle n'aime pas entendre, et elle a peu de souvenirs de ce qu'elle écoutait petite dans son pays. Elle me précise que son mari en revanche aime la musique traditionnelle de leur pays d'origine, et qu'ils vivent dans un environnement relativement calme, de nuit comme de jour et me dit aimer « tous les

⁴« Entretien » inspiré librement du *bilan psychomusical* initialement élaboré par le docteur J. Verdeau-Paillès (2004), et notamment réadapté par mes soins pour la clinique en pédopsychiatrie périnatale et les dyades accueillies dans cette structure précisément.

sons ». Lorsque je lui pose la question autour des liens prénataux entretenus avec sa petite fille, elle m'apprend qu'elle ne chantait ni ne parlait à son bébé lors de sa grossesse, qu'en revanche elle écoutait de la musique de son pays. Elle me dit observer que sa fille « aime tout », et sinon ne remarque rien de particulier chez elle. Toutefois elle me signifie que cela lui fait plaisir lorsque sa fille gazouille et babille. Je n'aborde ni la question des pleurs, ni des cris. Je ne me l'autorise pas, de même que je ne pose pas de questions en détail sur la famille ou la fratrie. Je n'ai alors aucune information sur son anamnèse. Elle me précise enfin qu'au nouvel an chinois, ils vont en famille au karaoké.

Durant l'écoute des neuf titres proposés⁵ dans le cadre de cet entretien préalable au groupe, elle ne prête aucune attention à sa fille, en revanche elle pose énormément de questions sur la provenance des morceaux et fait preuve d'une grande curiosité. Elle me dit ne pas aimer le seul morceau asiatique proposé dans ma play-list. Je me demande donc s'il s'agit du type de musique ou du morceau lui-même et je n'ai pas le temps d'en comprendre les raisons intimes : aspect en lien avec les origines culturelles de Madame, époque révolue, ou tout simplement certaines fréquences suraiguës de cet extrait ? La question reste posée.

Etant donné le placement familial de Roberte, Madame n'est en mesure de jouer avec sa fille que dans les deux temps d'accueil de l'HDJ, le lundi et le mercredi. Les équipes soignantes se rejoignent pour noter une nette différence de la petite dans le regard porté aux autres adultes que sa maman. Madame présente des difficultés à entrer en relation avec sa fille : elle ne lui parle pas mais cependant la prend dans ses bras. La « musique » semble apaiser un peu Roberte. Les interactions sont très présentes entre la petite et son père qui vient à l'issue du groupe de musicothérapie

⁵Les titres proposés présentent des caractéristiques musicales diverses, d'où leur nombre et leur diversité (solo, duo, trio, avec ou sans voix, polyphonies, origine et diversité des timbres, etc). Qui plus est, le chiffre « neuf » est à la fois un multiple de trois et symboliquement le temps d'une grossesse arrivée à terme).

chaque mercredi après-midi, lors d'un temps d'accueil qui lui est réservé du fait de son travail chronophage.

Dans le lien qui s'améliore de mois en mois grâce à la prise en charge à l'hôpital de jour de l'unité, la question des retrouvailles et des séparations est appréhendée. L'équipe observe que la petite est très sensible au toucher et qu'elle commence à se détendre avec la voix de ses parents et les bercements de Madame. Malgré une certaine complémentarité entre Monsieur dans les interactions verbales et le jeu, et Madame dans le portage et les soins de maternage (Holding, Handling – Winnicott, 1975), que l'équipe peut observer, lorsque la petite est avec Monsieur, Madame a du mal à prendre sa place auprès d'elle.

Après une première phase de rencontre et d'observation du travail de l'équipe soignante de la structure de quelques semaines, la première séance de musicothérapie a lieu : Roberte présente alors une marche particulière qui se fluidifiera au fil des semaines : elle montrera une aisance remarquable dans son processus d'évolution. Dans le cadre de la prise en charge en musicothérapie, je m'efforcerai avant toute chose de respecter les rythmes de Madame et de la petite (Marcelli, 2007).

Nous parlons enfin ici toujours de Roberte toujours en âge corrigé⁶ : à la fin de mon stage et donc de sa prise en charge en musicothérapie, Roberte aura 2 ans (24 mois) moins trois mois, c'est-à-dire 21 mois. Lorsque je la rencontre pour la première fois, Roberte a alors 15 mois.

Les séances de musicothérapie

Mon objectif pour la toute première séance, et pour répondre à la demande institutionnelle initiale est avant tout de « faire groupe ».

Madame, une fois arrivée dans la salle, en voyant le dulcimer (instrument à cordes frappées anglo-saxon de la famille des cithares) posé sur la table au centre de la pièce, demande

⁶Les pédiatres prennent en compte l'âge corrigé et non l'âge réel lorsqu'ils mesurent les acquisitions psychomotrices d'un bébé prématuré. On parle en âge corrigé en règle générale jusqu'à l'âge de deux ans.

spontanément, d'une voix très claire et distincte que je lui entends pour la première fois : « C'est quoi cet instrument ? » Elle note de plus la présence de marionnettes à doigts : il s'agit d'une femme très à l'écoute et très attentive, malgré ses difficultés de contact.

Le son du dulcimer, utilisé pour la « chanson du bonjour » (rituel d'entrée dans le groupe) est doux et accueillant. Au moment de l'improvisation groupale, Madame se saisit des claves brésilienne et s'enferme dans son jeu, de façon très mécanique, malgré quelques nuances que je perçois. C'est Roberte qui vient lui prendre des mains et par-là même la pousse à choisir un autre instrument. Il est intéressant d'observer tout au long de la prise en charge combien sa fille aura été pour elle initiatrice de mouvement. Madame, très à l'écoute, imite les nuances que je propose. Il s'opère déjà un changement au sein de son jeu « monotone ». C'est une première porte d'entrée dans la relation. Au tout début je l'entends très peu chanter mais sa voix se fait de plus en plus audible au fil des séances. Roberte parallèlement commence très vite à dire « Maman ». L'équipe observe que Madame commence timidement à accompagner les gestes du quotidien de la parole alors qu'elle ne s'adressait pas du tout à sa fille avec le langage parlé au début de la prise en charge globale.

Madame a tendance à s'accaparer de façon systématique les claves brésiennes. Elle parvient à les proposer à sa fille au fil des séances avant que celle-ci ne les lui demande. Il lui faudra cependant un certain temps pour être dans l'interaction groupale sur le plan du jeu musical : elle s'ouvre peu à peu au groupe, parallèlement à l'évolution de la qualité du lien avec sa fille (intrication réciproque). Le respect de la temporalité propre à chaque individu est ici primordial.

J'observe que Madame s'arrache régulièrement les petites peaux des doigts pendant les séances de musicothérapie, je sens alors qu'à ce moment de la rencontre, l'utilisation de l'humour est possible avec elle, par petites touches et progressivement : « Il faudra en garder pour

l'hiver » lui dis-je. Elle sourit. Elle sourira de plus en plus au fil des séances.

De façon spontanée et intuitive, au fil des séances, lorsque cela me semble nécessaire, j'introduis de la discontinuité (A. Rakoniewski, 1999) au sein du cadre initial mis en place alors que je sens l'inertie s'installer (changement d'instruments, de consignes, moments de surprise). Cela permet de réinsuffler du mouvement et de l'énergie au sein du groupe, voire de modifier les représentations des uns et des autres. La tiercéité, en rapport étroit avec la notion de discontinuité au sein de mon dispositif, se traduit également par le fait d'accepter divers jouets appartenant à l'HDJ que les enfants s'accaparent et qui pourtant ne font pas partie de l'instrumentarium initial. Lors d'une séance, alors qu'une improvisation part spontanément, je décide évidemment de proposer la « chanson du bonjour » à la suite. Cela rejoint selon moi la question du thérapeute en lien à sa propre écoute (tout comme à l'écoute du groupe accueilli dans sa globalité et ses singularités) qui me semble-t-il doit être sensible à ce qui advient dans l'instant présent, à l'imprévu en musicothérapie.

La tiercéité intervient aussi dans cette place faite au silence de ma propre voix parlée : je ne demande pas à Madame de chanter, ce qui la mettrait surtout en difficulté. Je m'attache de plus en plus à ses compétences qui par conséquent soutiennent Roberte dans le jeu lorsqu'elles sont respectées : Madame présente un soutien rythmique parfait. Roberte de son côté acquiert de plus en plus d'autonomie. Elle accède à la marche dès la 4ème séance, alors qu'elle vient tout juste de dépasser les 16 mois et demi.

Lors des moments d'écoute musicale « surprise » (musique enregistrée proposée à tour de rôle chaque semaine par chacun des participants au groupe de musicothérapie), Madame a une certaine tendance à partir dans une sorte de « rêverie » qui semble ne la concerner qu'elle seule, elle peut même tourner le dos à sa fille. Que devient son écoute à ce moment-là ? Est-elle associée uniquement à la vue ou pas ? Semble-t-elle avoir besoin de ce temps pour se retrouver elle, et pouvoir s'ouvrir ensuite de plus

en plus au groupe et être ainsi dans le sourire ? Quelle que soit la réponse apportée à cette question, c'est selon moi cette temporalité qui lui est propre qui, si elle est écoutée et prise en compte, lui permet d'ouvrir des portes dans le lien à sa petite fille. Madame me dit, très concernée, à l'issue d'une écoute qu'elle ne « sent pas la musique dans son corps », en parlant de la musique enregistrée proposée ce jour-là. Est-ce alors lié au seul morceau proposé ? L'enregistrement serait-il vécu par cette maman comme une sorte de mise à distance, telle la coupure à la naissance ? Quoiqu'il en soit il n'est certes d'un point de vue vibratoire pas aussi puissant qu'une musique délivrée dans sa forme acoustique directe.

La prise en charge de la petite et de sa maman est brutalement interrompue par une hospitalisation de Roberte dès la 5ème séance qui inquiète particulièrement sa mère, et pas uniquement. Il est important de préciser que la question de l'attachement de la petite Roberte à son assistante familiale ébranle le lien de Madame J. avec sa fille : cela engendre chez elle une grande tristesse : Madame a tellement de mal à avoir accès à ses propres émotions que cette « rivalité » participe aussi de ses difficultés et paradoxalement de son ouverture sur le plan émotionnel. Madame n'est pas indifférente à sa fille : elle éprouve une tristesse et une sincère inquiétude en lien avec le désir de se rapprocher de Roberte.

A la 7ème séance, Madame est en mesure de dire ce qu'elle ressent. Elle verbalise cette inquiétude vécue quant à sa fille lors de son hospitalisation. La petite commence à cette même date à dire « Papa, maman. », et sa maman de lui répondre « Oui, tu m'appelles ? ». Elle commence à différencier ses parents de l'assistante familiale qu'elle appelle « Tata ». Sur le plan de ses vocalises, ces dernières sont plus riches. Elle reconnaît les parties du visage lorsqu'on les nomme dans certaines chansons. Même si elle ne parle pas encore, elle semble tout comprendre. Entre la 7ème et la 8ème séance Roberte ira pour la première fois au domicile de ses parents, passer une heure en présence d'une éducatrice de l'ASE

(Aide Sociale à l'Enfance) et de la puéricultrice de l'unité référente de la dyade, qui participe aussi de façon hebdomadaire aux groupes de musicothérapie. Cette visite et les suivantes ne seront pas sans incidence sur la qualité de la prise en charge en musicothérapie.

À la 8ème séance Madame parvient de plus en plus aisément à prendre la parole au sein du groupe. Elle est très attentive à nos mots, nos faits et gestes qu'elle peut même relever par moments. Le démarrage de l'atelier se fait de façon spontanée grâce à Roberte qui apporte des couvercles de petits pots à la puéricultrice (alors que moi-même appréhendais cette séance du fait du départ d'une autre dyade très porteuse pour le groupe). Roberte devient en quelque sorte « co-thérapeute » et surprend tout le groupe. Ce jour-là précisément, elle vocalise beaucoup après l'atelier, avec une grande amplitude (pour la première fois). Elle est dans le sourire. Parallèlement un équilibre s'opère entre ses parents et l'assistante familiale. Depuis ce jour également, je nomme les pères dans la « chanson du bonjour », en lien avec le souhait de l'institution d'accueillir de plus en plus de pères au sein de l'HDJ. Madame semble de plus en plus en sécurité dans le groupe. Elle ne semble plus être persécutée par celui-ci comme elle a pu l'être à ses débuts. L'ouverture au groupe et au monde de Madame va également de pair avec le fait de prendre soin d'elle : cela s'observe notamment au niveau de sa coiffure qui évolue au fil du temps de l'hospitalisation, ainsi que du choix des vêtements qu'elle porte qui la mettent plus ou moins en valeur.

Lors de cette 8ème séance, je réduis l'instrumentarium (avec le désir sous-jacent de voir plus d'engagement corporel de la part des participants). Je joue beaucoup plus avec ma voix sous toutes ses formes. Un dialogue s'installe entre Roberte et moi. La petite reprend avec joie les bruits de canard que je fais en m'imitant à sa façon : « Crrrr, crrrr ». Cette petite fille au départ en grande difficulté de lien, présente une aisance dans la relation aux uns et aux autres. Elle explore énormément, parfois même jusqu'à l'éparpillement.

À la 9ème séance, Madame montre une attitude câline et joueuse à l'égard de sa fille que je ne lui connaissais pas jusqu'alors. Les visites à domicile y sont indéniablement pour quelque chose. Même une infirmière qui travaille au CMP (Centre Médico-Psychologique) du secteur pour adultes où Madame est suivie et qui connaît l'équipe de l'unité pour y avoir travaillé par le passé nous demande « ce qu'on lui a fait ». Madame chante également de plus en plus au sein du groupe. Au fur et à mesure, l'on entend de moins en moins ma propre voix qui semblait porteuse au départ et s'efface progressivement à mesure que le sentiment d'exister des dyades s'installe. Roberte essaye de son côté de démarrer le groupe avant qu'il ne soit commencé et vocalise aussi dans l'après-coup alors que nous avons déjà rangé le dispositif. À l'issue de cette séance, je note que le papa baisse littéralement d'un ton lorsqu'il s'adresse à sa fille, l'hyperstimulation paternelle n'est presque plus qu'un lointain souvenir.

À la 10ème séance j'arrive relativement fatiguée. Spontanément, je propose à Madame d'être le « chef d'orchestre » du groupe : elle semble un peu interloquée. La psychomotricienne ajoute qu'elle pourrait être mon « assistante ». Madame se saisit alors de la proposition qui lui est faite et opère de véritables choix au fil de la séance : elle décidera notamment qui commence « la chanson du bonjour » et dans quel sens on présente les participants à l'atelier.

Au milieu d'une chanson, j'arrête volontairement de chanter, tout le monde s'en rend compte, un gros silence advient, et c'est Madame qui relance ! Madame chante de plus en plus, et rit quand il m'arrive (sciemment) de faire le pitre. Elle a de plus en plus accès à l'humour. Au moment de la verbalisation qui arrive en toute fin de séance, je demande à Madame ce que cela lui a fait d'être « assistante ». « C'était bien » me répond-elle. Une autre soignante présente au sein du groupe ajoute : « Vous avez eu vous aussi une petite assistante ? » et Madame de répondre à nouveau : « oui, Roberte ». Roberte accompagne pour la première fois sa maman pour aller chercher la pancarte « Musicothérapie en cours »

posée à l'entrée de l'HDJ. Cette pancarte permet de signifier le déroulement de la séance en cours pour toute personne extérieure au groupe afin d'y éviter toute intrusion.

Le jour de la 11ème séance, Madame salue l'assistante familiale dans le hall d'accueil de la structure, de façon plus sereine que d'habitude. La petite initie le début de l'atelier une fois de plus. La dyade ritualise elle-même le fait d'aller poser la pancarte sur la porte d'entrée de l'HDJ, juste avant le début de l'atelier. Roberte, après le groupe, très en lien avec son papa, nous le présente très clairement quand il arrive à l'hôpital de jour.

À la 12ème séance, fille et mère arrivent respectivement un peu fatiguées. Juste avant l'atelier, Madame est assise près du tapis avec Roberte qui se repose sur ses genoux. Sa maman la dépose dans un lit : l'image que j'ai sous les yeux est magnifique de mon point de vue, telle une icône de la maternité. Les deux sont totalement accordées. Mais Madame semble inquiète de la fatigue de sa fille (a-t-elle peur que Roberte ne retombe malade ?). Elle va la coucher en lui parlant. « Tu veux pas dormir Roberte ? Tu vas aller faire dodo ? ». Désormais, elle accompagne systématiquement les gestes du quotidien de sa parole, de façon très bienveillante. Le caractère « transmodal » (Stern, 1989) de l'accordage opère alors entre Madame J. et sa petite fille.

La petite ne restera qu'un quart d'heure dans son lit... Nous l'entendrons vocaliser au loin pendant la « chanson du bonjour », ses petits pieds dansant à travers les barreaux du lit. Dès que sa mère pénètre dans la pièce, Roberte se tient debout accrochée aux barreaux, prête à sortir du lit pour nous rejoindre. Elle initie alors l'improvisation groupale. Celle-ci sera tellement soutenue qu'à la fin Madame aura du mal à s'arrêter de jouer. Je l'y amènerai en proposant un frappé decrescendo sur le dulcimer, et à l'écoute du groupe elle finira par arrêter son jeu avec l'aide de sa fille qui mettra un terme à l'improvisation par deux trois notes jouées sur le métallophone de façon extrêmement fine et appropriée.

Dès qu'il s'agit de passer à une chanson, Madame chante désormais systématiquement. Lors du temps d'écoute de musique enregistrée, elle qui d'habitude restait figée sur sa chaise, se trémousse avec plaisir (elle qui disait quelques semaines plus tôt « ne pas sentir la musique dans son corps »). Sa fille la suit dans ses mouvements de balancement à la fois du corps et de la tête. Le papa de son côté est de plus en plus adapté au sein des temps d'accueil juste après le groupe. Roberte sait très bien qui est qui, et ce pourquoi elle peut s'adresser à telle ou telle personne. Elle montre une grande intelligence, une grande altérité aussi : m'aidant à ranger les marionnettes à doigts, me ramenant la pancarte que sa maman était allée chercher. Elle repère parfaitement les différents temps de l'atelier. Elle parvient de plus à cette période à bien gérer les séparations sur le plan émotionnel ainsi que les retrouvailles d'avec tata/maman/papa. Tout cela semble assez clair dans son esprit. Les liens sont désormais apaisés entre la mère et l'assistante familiale.

À la 13ème séance, Roberte répond clairement aux sollicitations sonores, distribue les petites marionnettes à doigts, et quand elle propose le petit cochon à sa mère elle accompagne ce geste d'un bruit de cochon. Lorsque je lui demande par qui on commence la « chanson du bonjour », Roberte montre sa mère du doigt et dit « maman ». Elle imite avec grand plaisir le langage des adultes. Elle initie également des phrases. Un grand jeu s'installe entre elle et eux autour des clins d'yeux, elle y ajoute en parallèle une surenchère vocale : elle se fait vraiment entendre comme cela n'était pas le cas au début de la prise en charge. Elle fait enfin preuve d'une grande palette d'expressions au niveau du visage. J'apprends par la puéricultrice référente que le lien avec sa sœur aînée est d'une très grande qualité lors des VAD (visites à domicile). Elle repère qu'un autre jour de la semaine où elle et sa mère sont hospitalisées, son papa ne vient pas à l'HDJ, et fait le lien entre le groupe de musicothérapie et l'arrivée de son père dans la foulée le mercredi après-midi : elle l'attend.

Elle est de plus en plus présente pendant le groupe et co-anime littéralement celui-ci. Elle fait

preuve d'une musicalité communicative (Trevarthen & Aitken, 2003) impressionnante. Elle commence à proposer des mélodies particulièrement riches qui me surprennent agréablement. Les parents qui échangeaient peu parlent beaucoup pendant le temps d'accueil du père, dans leur langue maternelle commune.

14ème séance : Quand Madame s'adresse à sa fille, elle dit de plus en plus « Mon petit Roberte ». Elle remarque les oublis de l'assistante familiale (par exemple le doudou que celle-ci garde dans les mains en déposant Roberte dans le hall de l'unité), pense à proposer des jouets à sa fille. Roberte initie l'atelier à nouveau, de façon synchronisée avec un autre bébé qui à distance tape sur les barreaux du lit dans la chambre de sommeil où il se trouve. Un moment d'écoute est proposé par une infirmière participant au groupe. Madame demande « C'est pas Céline Dion ça ? » Une nouvelle dyade arrive ce jour. Lors de son accueil par le groupe et les présentations au sein du groupe, Madame J. se présente à la nouvelle maman : « Je suis comme vous, une maman ».

Roberte est dans l'imitation et la répétition de bruits d'animaux que j'initie au sein d'une histoire, elle sourit énormément. La marionnette à doigts représentant un cochon devient un objet transitionnel entre Roberte et sa maman, tout comme le son qu'elles lui attribuent. Elles se l'échangent en imitant leur son du cochon. Roberte s'autonomise dans le jeu et peut également jouer en lien avec les autres adultes, les enfants, et sa maman. Sa marche s'améliore de jour en jour. Madame parle de Roberte à sa grande sœur à la maison.

Jour de la 15ème séance : pendant le temps d'accueil qui précède la séance, Roberte joue à « faire semblant ». Elle promène un baigneur dans une sorte de brouette en bois faisant office de poussette dans laquelle son propre père la promenait au tout début de sa prise en charge. Elle « discute » de plus en plus, fait des progrès époustouflants à tous points de vue. Elle prépare le thé pour tout le monde avec le jeu de dînette. Elle passe rapidement d'une chose à l'autre et semble parfois avoir du mal à se poser, pour le moment du moins. Mme J. est de plus en plus adaptée avec sa

filles et s'adresse à elle par les mots. Elle donne du sens à leur relation en verbalisant sur ce que sa fille pourrait vouloir, ou ressentir. Elle est toujours très à l'écoute. Quand sa fille l'appelle et joue à cache-cache à travers les meubles à jouets (sorte de séparation géographique au sein de la pièce), elle l'entend. Elle peut aussi lui dire « Bon, tu joues toute seule » quand il semblerait qu'elle n'a plus la patience de jouer avec elle. Lors de l'improvisation groupale, Madame J. tient (comme toujours) le tempo avec le tambourin d'une façon remarquable et achèvera le morceau très clairement (comparé à la toute première séance où elle ne s'arrêtait pas). Sa fille est littéralement dans le groupe. Une soignante m'apprend que la semaine précédente, alors que l'atelier n'avait pas lieu du fait de mon absence, la petite avait dansé et chanté sur le temps de l'atelier.

16ème séance : en arrivant au sein de la structure d'accueil, Roberte prend sa mère par la main et lui montre le chemin de l'HDJ. Dès son entrée dans la salle, elle va chercher un bâton de pluie dans un tiroir (elle sait pertinemment où le trouver). J'entends qu'elle et sa mère échangent vocalement pendant le temps du change, juste avant le début de l'atelier. Roberte semble souhaiter que l'atelier commence et m'apporte la pancarte environ ¼ d'heure avant son début effectif. Au moment de la « chanson du bonjour », elle salue le groupe de la main quand on la présente. La qualité du groupe en est à son apogée. Je me souviens alors de la demande initiale de l'institution. Madame est de plus en plus adaptée dans le lien et les verbalisations à l'attention de sa fille que j'en oublie par moments sa pathologie. A la fin de la séance Roberte prend un gobelet en plastique et fait résonner sa voix à l'intérieur.

17ème et dernière séance, je termine mon stage : avant même le début de l'atelier, mère et fille improvisent un magnifique duo instrumental avec deux instruments appartenant à la structure : un tambourin et un autre métallophone (hors instrumentarium). Madame me dit « Vous allez nous manquer » et me souhaite une bonne continuation. Elle sait que je suis en formation pour l'obtention du diplôme de musicothérapie. Je danse à la fin avec cette maman sur une chanson

folk américaine apportée intentionnellement, sous les yeux étonnés et amusés de sa fille. Madame s'est levée spontanément.

A la fin de l'accueil, Madame J. annonce son prochain départ de l'HDJ sur l'accueil du mercredi uniquement : mercredi prochain sera en effet sa dernière séance. En arrivant, elle nous dit qu'elle ne voulait pas évoquer son départ, car elle pensait que ça faisait « trop de départs d'un coup », et puis elle « ne voulait pas gêner mon discours ». Au moment de dire définitivement au revoir au groupe je fais le signe des bisous avec la main à Roberte qui m'en renvoie 4, 5, 6, etc.

Le médecin responsable de l'unité précise dans une lettre au juge qu'il y a une « absence totale de danger du comportement maternel à l'égard de la petite ». La relation s'est en effet notablement enrichie au cours des derniers mois, tout comme les capacités d'attention de Madame à l'égard de sa fille dont le développement est désormais rassurant. Les manifestations d'attachement de la petite à l'égard de ses deux parents sont claires et différenciées. Des droits de visite sont accordés au domicile des parents.

Roberte est revenue à temps complet au sein du domicile de ses parents un peu avant la fin de sa prise en charge à et vit donc désormais auprès d'eux et de sa grande sœur Julia.

Je n'ai pas ici évoqué dans le détail la tiercéité apportée par le concept de groupalité, car j'ai préféré resserrer mes observations sur la dyade en question. Il va sans dire que les interactions des mamans entre elles, des bébés entre eux, des soignantes et des mamans (etc.) au sein du groupe ont également favorisé le processus de changement chez chacun des individus participant à l'atelier et donc eu une incidence sur l'évolution et la qualité de cette relation singulière mère-père-enfant.

De plus, toujours en termes de tiercéité, et pour évoquer à nouveau la complémentarité soignante, il est évident que ce travail n'eût été possible sans l'implication de la totalité des différents professionnels engagés depuis le début dans la prise en charge de Roberte, notamment le travail au quotidien de la puéricultrice référente de l'unité, les entretiens réguliers avec les deux

parents (également en présence du pédopsychiatre), tout comme le travail de lien fait avec l'Aide Sociale à l'Enfance et l'impact des premiers retours faits au domicile.

Conclusion

Afin de favoriser la qualité de prise en charge des jeunes patients pour lesquels le monde peut ouvrir ses portes si singulièrement, l'avenir est donc me semble-t-il à l'ouverture, au dialogue, et à la pensée co-créative et intégrative, comme peuvent l'être les échanges vocaux précoces lorsque ceux-ci ne dysfonctionnent pas. Il s'agit de cette pensée tierce qui met du jeu là où ce dernier peine à émerger : elle est selon moi une des pistes cruciales et fondamentales du travail en pédopsychiatrie périnatale, tout comme en psychiatrie plus généralement, l'adulte se construisant en grande partie sur ce qu'il a été enfant.

Le travail d'écoute du musicothérapeute consiste donc bien entendu dans le fait de se mettre au diapason avec le rythme des soins du bébé, aussi bien qu'avec les rythmes de l'institution elle-même en lien avec les autres professionnels à l'extérieur.

Dominique Perrouault (2013, p. 146) écrit :

Quelle que soit la fonction de triangularité mobilisée, la place de musicothérapeute est toujours à penser par rapport au cadre social, institué et structuré dans l'espace sociétal, dans lesquels les sons vont être amenés à porter du sens et de l'organisation thérapeutiques. C'est nécessairement une position tierce qu'il faut y tenir.

Cette position tierce, je tâche à ce jour de la garder toujours présente, constitutive de mon cadre interne, et en mouvement, au gré des situations, des rencontres, et des musicalités communicatives traversées. Elle demande une écoute simultanée de soi, de l'institution, des différents professionnels et du patient dans toutes ses dimensions. Il eut bien entendu été idéal de pouvoir aussi s'attacher en détail dans l'écriture à la mise en parallèle étroit avec la complexité et la richesse de toute la prise en charge de l'équipe, sans parler de la dimension transculturelle à

l'œuvre qui restent sans aucun doute des perspectives supplémentaires de réflexion autour de ce travail en musicothérapie.

En terme de tiercéité me concernant, l'analyse des pratiques dans le cadre de l'institution et la supervision à l'extérieur m'ont permis elles aussi d'étayer ma propre pensée et donc cette pratique aussi riche que complexe. Pour pouvoir en effet prétendre « faire soin », il est entendu que je me suis inscrite dans un processus réflexif, tout en tenant compte du contexte institutionnel de mes prises en charge, et du contexte familial et culturel des patients accueillis.

La pluridisciplinarité à l'œuvre en périnatalité (dans les meilleures conditions possibles s'entend), fait d'emblée le lit du tiers. Pour conclure, je souhaite donc paraphraser D.W. Winnicott en disant que si « un bébé seul cela n'existe pas », un(e) musicothérapeute seul(e) cela n'existe pas non plus.

Bibliographie

- Ansermet, F. & Magistretti, P. (2004). À chacun son cerveau, Plasticité neuronale et inconscient. Paris : Odile Jacob, 2011.
- Brun, A. et al. (2014). Les médiations thérapeutiques (2ème édition). Toulouse : Erès.
- Bydlowski, M. (2008). Le « mandat transgénérationnel ». In Nathalie Presme et al., Qu'avons-nous fait du mandat transgénérationnel de Serge Lebovici ? (pp. 85-90). Toulouse : Erès.
- Gratier, M. (2009). Du rythme expressif à la narrativité dans l'échange vocal mère-bébé, *Champ psy*, 54, 2, 35-46.
- Green, A. (2011). Jouer avec Winnicott. Paris : PUF.
- Kaës, R. (2012). À propos de la tiercéité et du processus tertiaire chez André Green. *Revue belge de psychanalyse*, n°60.
- Lecourt, E. (2011). La Musicothérapie (3ème édition). Paris : Eyrolles.
- Lecourt, E. (2007). De l'écoute musicale à l'écoute clinique. Formation à la musicothérapie analytique de groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 48, 1, 85-92.

- Maïello, S. (2010). À l'aube de la vie psychique. Réflexions autour de l'objet sonore et de la dimension spatio-temporelle de la vie prénatale. In J. Aïn, *Réminiscences* (pp.103-116). Toulouse : Erès.
- Marcelli, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, 44, 4, 123-129.
- Mazet, P. & Stoléru, S. (2003). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, développement et interactions précoces* (3ème édition). Paris : Masson.
- Missonnier, S. (2013). Genèse et enjeux épistémologiques de la psychologie clinique périnatale. *Cahiers de psychologie clinique*, 40,1 89-120.
- Perrouault, D. (2013). Le soin grâce à la musique, la triangularité en musicothérapie et la place du musicothérapeute. Paris : L'Harmattan.
- Rakoniewski, A. (1999). Discontinuité et contexte en musicothérapie. *La Revue Française de Musicothérapie*, 29, 3, 11-19.
- Stern, D. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson* (D. Stern, Trad). Paris : PUF, 1989.
- Trevarthen, C. & Aitken K. J. (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique, *Devenir*, 15, 4, 309-428.
- Verdeau-Paillès, J. (1981). *Le Bilan psychomusical et la personnalité*. Courlay : Fuzeau, 2004.
- Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité* (C. Monod & J.B. Pontalis, Trad.). Paris : Gallimard, 1975.