



HAL
open science

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

Jean-Luc Leroy

► To cite this version:

Jean-Luc Leroy. De quoi parle-t-on quand on parle de musicothérapie, et quelle formation pour le musicothérapeute ?. Revue française de musicothérapie, 2023, 40 (2). hal-04099459

HAL Id: hal-04099459

<https://hal.science/hal-04099459>

Submitted on 16 May 2023

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 40 - numéro 02 - mai 2023

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

Jean-Luc Leroy

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

30 janvier 2023

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

Résumé

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

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

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

Mots-clés

Musicothérapie, musicothérapeutes, formations, santé mentale

Abstract

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

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

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

Keywords

Music Therapy, music therapists, training course, mental health

1. Introduction

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

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

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

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

Quelques remarques préalables.

Une discipline au paradigme faible

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une discipline enracinée dans une conception de la musique sociologiquement marquée

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

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

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

Peut-on soigner sans les dieux ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La musique peut-elle être séparée de la danse ?

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Bilan intermédiaire

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

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

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

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

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

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

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

La musicothérapie est-elle une art-thérapie ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Neuf champs de compétences

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mais cela ne suffit pas. Il faut en rajouter.

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

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

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

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

Et quelques convictions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliographie

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

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

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