



HAL
open science

Recherche appliquée en musicothérapie : éléments de réflexions épistémologiques

Stéphane Scotto Di Rinaldi

► **To cite this version:**

Stéphane Scotto Di Rinaldi. Recherche appliquée en musicothérapie : éléments de réflexions épistémologiques. *Psychologues et psychologies*, 2023, 287 (5), pp.7–15. 10.3917/pep.287.0003c . hal-04280536

HAL Id: hal-04280536

<https://hal.science/hal-04280536>

Submitted on 11 Nov 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.

Pour citer cet article :

Scotto Di Rinaldi, S. (2023). Recherche appliquée en musicothérapie : Quelques éléments de réflexions épistémologiques. *Revue Psychologues & Psychologies*, 287(5), 7-15. DOI : 10.3917/pep.287.0003c.

Recherche appliquée en musicothérapie : éléments de réflexions épistémologiques

Stéphane SCOTTO DI RINALDI

Doctorant en psychopathologie, psychologue clinicien du développement, musicothérapeute clinicien.

Résumé

En France, la musicothérapie peine encore à se faire reconnaître comme un accompagnement à part entière. D'une part, les organismes de tutelle ne recommandent pas toujours son utilisation en raison d'une absence de données probantes (validées par l'*Evidence Based Medicine*) ; d'autre part, en comparaison à nos collègues canadiens, anglais ou norvégiens, nous observons que la formation clinique et de recherche de la musicothérapie française est encore insuffisante pour aider cette profession à s'affirmer et à défendre sa légitimité. Lorsqu'on observe ce qui ralentit sa (re)connaissance et son déploiement dans le territoire, nous trouvons de multiples pistes de compréhension. Parmi ces dernières, un important questionnement épistémologique concernant la recherche clinique et la validation scientifique des musicothérapies doit se poursuivre.

« Le savant croit au *réalisme* de la mesure plus qu'à la *réalité* de l'objet » (Bachelard, 1938, p254)

Introduction

En France, la musicothérapie (MT) est née dans les années 1950 sous l'impulsion de Jacques Jost, ingénieur du son. Fortes de leurs bagages théoriques, Edith Lecourt, professeur de psychologie clinique, psychanalyste, musicienne et musicothérapeute et Jacqueline Verdeau-Pailles, neuropsychiatre et musicienne, ont modelé la pratique clinique de la MT française (Vrait, 2022).

La MT est une discipline clinique qui n'est pas issue de son propre champ paradigmatique, comme cela a pu être le cas, par exemple, pour le métier de psychomotricien ou dans l'élaboration de nombreuses techniques psychothérapeutiques (où la prise en charge naît de la théorie qui la précède). C'est ainsi que la MT entretient des frontières poreuses avec la psychothérapie au point qu'on peut la comprendre comme une psychothérapie non verbale (Verdeau-Pailles, 2003).

Toutefois, la MT possède un fort ancrage théorique appartenant à d'autres domaines théorico-cliniques plus robustes et installés. Elle tend aujourd'hui à être intégrative en s'appuyant sur les concepts psychologiques, psychanalytiques, et neuroscientifiques (domaine des neurosciences cognitives) (Lecourt, 2019 ; Vrait, 2022). Si cette richesse théorique lui permet d'asseoir une réelle scientificité (aux yeux de la communauté scientifique), la MT peine encore à être pensée dans nos institutions françaises. Quand elle l'est, la MT est vue, perçue, comprise voire proposée encore de manière trop réductrice (*e.g.* le recours systématique à sa forme réceptive¹ dans des services somatiques). Cela favorise notamment le recours à des applications calibrées, plus facilement maîtrisables car généralement utilisées sans musicothérapeutes. Or ces derniers sont également acteurs dans le processus de soin².

Cependant, avant même de pratiquer la MT, il semblerait nécessaire de s'interroger sur sa construction passée, présente et à venir, pour comprendre comment elle se pense. Nous ne nous intéresserons ici, qu'à la recherche appliquée en MT, et laisserons de côté la réflexion sur la recherche fondamentale.

Qu'est-ce que la musicothérapie ?

De nombreux articles et ouvrages, ainsi que les différentes associations et fédérations définissent très finement ce qu'est la MT³. Être musicothérapeute nécessite :

- D'avoir suivi une formation généralement universitaire,
- Une **pratique instrumentale régulière**,
- Des **connaissances théoriques sur la musique**,
- Des **connaissances cliniques** (et de la mise en lien de la musique comme objet de soin).

¹ La MT réceptive n'implique pas le jeu ou la production musicale du patient en comparaison à la MT active, où patient et thérapeute jouent ensemble.

² Le mot « soin » doit se comprendre ici dans son sens le plus large, regroupant le « *care* » (*i.e.* différentes phases de l'accompagnement : la posture empathique, l'attention, l'action, la compétence, la capacité de réponse) et le « *cure* » (« prendre soin ») (Lalau, 2021), mais également l'aspect thérapeutique et rééducatif de la MT. On parle souvent de la MT comme un objet de « soin », une « pratique de soin », inscrite dans une « démarche de soin » (*cf.* Référentiel métier de la Fédération Française des Musicothérapeutes mis à jour en 2022).

³ *Cf.* Référentiel métier (FFM, 2016 ; mis à jour en 2022).

- De mener une nécessaire **réflexion continue** sur la constitution fine de son *instrumentarium*, la recherche du son souhaité par/pour le patient, sur son **propre rapport à la musique (écoutée et pratiquée) et à l'esthétisme** sonore/musical, ainsi que sur tout ce qui pourra être utile ou limitant dans la dynamique de la relation thérapeutique (e.g. pensées, émotions, posture professionnelle – non nécessairement en lien direct avec la musique).

En effet, le musicothérapeute est musicien avant d'être clinicien. Généralement, il pratique de la musique depuis l'enfance. En devenant musicothérapeute, il doit réapprendre. Son oreille « éduquée » doit pouvoir accepter (supporter) l'imperfection sonore et l'approximation ; sa créativité doit lui servir à composer avec les manières les plus inimaginables de jouer d'un seul et même instrument.

Un point semble nécessaire pour indiquer ce **que la MT n'est pas** :

- **Pédagogique** : Les rares occasions d'apprentissage peuvent exister pour atteindre un objectif de séance/prise en charge plus précis, mais ce n'est pas une fin en soi.
- **Occupationnelle** : Les indications peuvent encore porter cette forme, ce qui est très réducteur. Les MT peuvent être thérapeutiques et/ou rééducatives. Si dans certaines institutions, il existe des intervenants-musiciens, ce ne sont pas des musicothérapeutes.
- **Un groupe de musique** : Au sens de faire des répétitions et des concerts (avec une visée lucrative et/ou de popularité).
- **Un prétexte** :
 - o Pour un professionnel de santé musicien de faire de la musique
 - o Pour un professionnel de santé mélomane d'écouter/de faire écouter de la musique
- **Une « simple » médiation** : Les psychologues se sont grandement emparés des art-thérapies au sens large, mais ici, il s'agit d'une pratique nécessitant une technicité musicale.
- **Unique** : Il existe autant de musicothérapies que de musicothérapeutes. Les prises en charge individuelles tiennent compte des particularités interindividuelles musicales et psychologiques du patient, ce qui rend les musicothérapies plurielles et *in fine* la généralisation des effets difficile en contexte de recherche.

Cet accompagnement peut légitimement faire partie intégrante d'une offre de soin, au même titre que la psychothérapie, les soins somatiques, infirmiers, les accompagnements éducatifs, non à la « place de », mais au « côté de ».

Extrait de naissance de la musicothérapie, tout un contexte

En France, l'art thérapie en général et la MT en particulier sont encore ancrées très fortement dans une approche psychodynamique.

Si intéressante qu'elle soit, cette approche ne peut à elle seule convenir à la diversité des problématiques du terrain. Sans faire l'exégèse de l'histoire de la psychologie ou de la psychiatrie, nous savons toutefois que la psychanalyse a laissé une forte empreinte dans le champ des psychothérapies comme auprès des psychothérapeutes.

Cela n'a pas toujours été dû à des raisons cliniques, mais est davantage lié à des prises de positions théoriques penchant vers un dogmatisme sourd à toute écoute d'une opposition, tant du côté de la

psychanalyse que de ses « opposants ». La famille des psychologues s'est ainsi déchirée, et si les tensions semblent s'apaiser aujourd'hui, il en demeure encore les stigmates.

Il semble donc intéressant de veiller à ce que l'enfant « Musicothérapie » ne devienne pas un porte-symptôme de ce « dysfonctionnement » systémique, puisqu'en effet, la pratique française de la MT ne peut s'émanciper du contexte théorique où son histoire s'est enracinée.

Si la MT tente de devenir intégrative, il serait nécessaire de favoriser son émancipation paradigmatique et cela dès la formation des étudiants, en les sensibilisant davantage aux nombreux courants existants en psychologie. Toute thérapie se dote d'un ou plusieurs concepts lui étant associée pour donner du corps, du sens et une lecture à son action. Toutefois, il n'est pas rare de trouver dans la littérature, une présentation et une analyse de l'objet musicothérapeutique, qu'on suppose « a-théorique ».

Musicothérapie, le tempo assez lent de sa (re)connaissance

La MT est un domaine en pleine expansion. Alors que l'utilisation de la musique pour soigner existe depuis l'Antiquité (Lecourt, 2019 ; Vrait, 2022), elle doit encore prouver deux millénaires plus tard, son efficacité et parfois son intérêt. Malheureusement, en France, elle semble en retard sur sa reconnaissance, en dépit des efforts de tous les acteurs des associations, fédérations, formations en MT. La poursuite de la structuration de la profession et l'émergence d'un Diplôme d'Etat (DE) commun à toutes les écoles par le recours à un décret de compétences reconnu par l'état, permettrait d'asseoir davantage cette discipline (comme cela a pu être le cas pour le métier de psychomotricien, par exemple).

Pratiquer la MT nécessite des connaissances musicales qui échappent à d'autres professionnels de santé qui ne sont ni musiciens, ni mélomanes. Ceci pouvant créer un manque d'intérêt de la part des professionnels prescripteurs (ou pouvant adresser la MT) qui ne peuvent saisir l'essence de cette intervention. Par ailleurs, la MT peut souffrir de son appellation car le mot « thérapeutique » que nous voyons ici et là, aujourd'hui galvaudé, peut aussi entraîner une certaine méfiance. Selon les patients, la MT peut être davantage rééducative que thérapeutique, ce qui prête à confusion.

Par ailleurs, la MT est au carrefour de plusieurs disciplines, ce qui complexifie sa définition en rendant son champ d'intervention *quasi* illimité.

Les musicothérapeutes doivent encore trop souvent se placer dans une démarche de justification pour expliquer au mieux leurs objectifs, parfois le bien-fondé de la MT, au pire leurs places dans l'institution. Hélas, la MT ne peut pas être indiquée par tous et partout comme on peut parfois l'entendre. En la voulant partout on prend le risque de ne l'avoir nulle part. En effet, le mot « thérapie » devrait déjà aider la discipline à se positionner auprès d'une population vulnérable, et non auprès de tout-venants. Dans le cadre d'un soin, le musicothérapeute doit s'interroger sur la nature de la personne qu'il accompagne (*e.g.* patient, usager, résident, « malade »), en comprenant le diagnostic comme un repère, une grille de lecture (qu'il peut dépasser) ou une sorte de canevas pour son intervention. Par exemple, pour des patients « malades », il doit nécessairement garder à l'esprit la pluralité des notions que ce terme renferme, car le musicothérapeute ne « traite » pas, mais accompagne. En effet, les différentes acceptions anglaises de ce terme regroupent le vécu et la perception de la maladie/du

trouble par la personne (« *illness* »), la maladie diagnostiquée (« *disease* »), et la dimension sociale de la maladie (« *sickness* ») (Kleinman, Eisenberg, Good, 1978 ; Boyd, 2000).

Si elle ne se positionne pas *a minima* comme thérapeutique, la MT risque de « surfer » sur différents champs dont celui de l'occupationnel. Comme un psychologue ne doit pas spécialement boire le café et discuter de la pluie et du beau temps avec ses patients, un musicothérapeute ne devrait pas jouer de la musique juste pour combler le vide qu'il soit temporel ou institutionnel.

Comment rendre compte de notre travail de terrain ?

A la lecture de plusieurs littératures dans le vaste champ des MT comme à la lecture plus assidue concernant les MT dans les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA), la déficience visuelle (Scotto Di Rinaldi & Roussillon, 2023) ou encore les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA)⁴, plusieurs réflexions émergent nous invitant à une réflexion épistémologique essentielle. L'histoire se répète, la psychologie a traversé différentes crises épistémologiques et si elle veut traverser le temps, la MT ne pourra en faire l'économie.

Les critères de la médecine fondée sur la preuve (*Evidence Based Medicine* – EBM) viennent également complexifier notre manière de rendre compte de la réalité du terrain. Bien entendu, pour protéger les patients des dérives de pratiques charlatanes voire sectaires, il est nécessaire d'avoir des « gardes-fous », mais il pourrait être intéressant d'obtenir plus de souplesse dans une vision encore manichéenne. Celle-ci est liée à différentes réalités (cliniques, universitaires, politiques) mais ne rend pas toujours compte de la réalité que nous sommes censés objectiver. Dans ce contexte, pour les organismes de tutelle, la recommandation de la MT reste encore timide et officieuse, car au regard de l'EBM, son niveau de preuve d'efficacité est contesté.

En fonction des littératures en MT, nous observons des différences méthodologiques dans les travaux. Nous nous intéresserons plus précisément aux littératures francophones et internationales des TSA et des TCA. Alors que dans le domaine des TSA, nous observons le recours à une méthodologie majoritairement quantitative, nous pouvons observer le recours au qualitatif pour les TCA.

Ceci nous invite à réfléchir une nouvelle fois à notre manière de produire des données. Sur les deux littératures, la « crédible » aux yeux des organismes de tutelles comme à ceux des professionnels prescripteurs sera celle qui utilisera des données quantitatives.

Pour autant, le recours systématique ou exclusif à une méthodologie médicale (efficace sur des questions somatiques ou pharmacologiques) ne paraît pas toujours pertinent quand elle est appliquée aux sciences humaines (Drapeau, 2004). Si on poursuit l'analogie médicale, la « médication » en MT comprendrait :

- Les caractéristiques générales propres au musicothérapeute (*i.e.* savoir-faire ; savoir-être ; posture) ;
- La technicité musicale (théorique et instrumentale), la culture musicale, la subjectivité et la créativité du musicothérapeute ;

⁴ *E.g.* Les travaux français de Thomas Rabeyron, Olivier Bonnot, ou plus largement ceux du LabMin à Nantes (*cf.* Emmanuelle Carasco, François-Xavier Vrait), ainsi que notre propre lecture de la littérature francophone et internationale (Scotto Di Rinaldi & Gepner, 2023).

- Le degré d'aisance instrumentale avec d'autres instruments que son instrument 1^e, et son niveau de « deuil » esthétique ;
- Le niveau de connaissance théorico-clinique du musicothérapeute (*e.g.* son niveau d'analyse, d'interprétation, de connaissance de la psychopathologie) ;
- La dynamique de la relation thérapeutique ;
- La nature de l'*instrumentarium* proposé ;
- Les caractéristiques musicales produites en séance et propres aux objets sonores utilisés ;
- La pertinence de la mise en place d'objectifs thérapeutiques individuels adaptés à la réalité d'une personne accompagnée ;
- Les différentes temporalités (*e.g.* institutionnelle, équipe, thérapeute, patient, maladie) qui s'entrecroisent.

Généraliser des résultats peut conduire à une absence de preuve quand de manière écologique les effets sont pourtant présents.

Vouloir tout contrôler en clinique paraît un non-sens car il existe trop de variables confondues (*i.e.* co-présentes et difficiles à isoler). De par l'hétérogénéité des participants comme des thérapeutes, la méthodologie quantitative (alors nécessaire en recherche fondamentale) qui souhaite la standardisation, la généralisation, et la répliquabilité, vient se heurter aux réalités cliniques, bien différentes ; différent d'un laboratoire où tout est sous contrôle.

En effet, la part de la variance expliquée (*i.e.* permettant d'expliquer un lien de causalité direct, d'un effet isolé à une loi générale), est beaucoup plus faible en sciences humaines qu'en sciences « dures » (*i.e.* sciences biologiques, de la nature ou logico-formelles).

Comme cela a pu être le cas en psychiatrie et en psychologie, la MT est aux prises avec les standards du modèle scientifique dominant (*e.g.* incluant randomisation, aveugle...) pour établir des preuves d'efficacité reconnues et validées. « *La psychologie est une science du comportement et, comme toute science, son objectif est de découvrir les lois générales qui s'appliquent à son objet d'étude. Mais, s'agissant de personnes, dont chacun sait à quel point elles sont différentes, en quel sens peut-on parler de lois générales du comportement ?* » (Lautrey, 2008, p15). En appliquant ce questionnement à la MT, qui compose avec de l'humain, il nous semble réducteur de valider la pertinence et la scientificité de la MT sur la base d'un delta entre un pré-test et un post-test.

C'est ainsi que nous pouvons lire très souvent en fin d'article, des limites toujours très convenues et prévisibles, en lien avec les biais méthodologiques inhérents à la recherche quantitative, contraignant la généralisation des résultats. Dans ce circuit fermé de pensée, la méthodologie n'est jamais entendue comme pouvant faire partie du problème, à la fois cause et conséquence de tous ces biais. Il ne s'agit pas de faire l'apologie d'une méthodologie ou d'une autre, mais de maîtriser l'art de l'appliquer au bon moment, à la bonne question de recherche, au bon protocole clinique, plutôt que d'avoir recours systématiquement à une méthodologie quantitative. Ceci nous permettrait d'élargir notre compréhension d'une vérité scientifique qui n'est jamais éternelle et que le temps met toujours à l'épreuve. En MT, la recherche appliquée ne peut donc faire l'économie de la réalité clinique complexe qu'elle évalue.

La recherche clinique : quels outils ? Recherche quantitative, qualitative, mixte ?

Comme toujours, la voie du milieu paraît la plus riche, mais présente des compromis à différents niveaux. A notre connaissance, un poncif est nécessaire : la recherche parfaite n'existe pas et n'émergera pas.

L'évolution des sciences nous a montré qu'un paradigme en chasse toujours un autre, et que la formation scientifique de chacun influence notre cartographie du monde et de la validité d'une vérité (Khun, 1962). En effet, si « *deux écoles scientifiques sont en désaccord sur ce qui est problème et ce qui est solution, elles s'engagent inévitablement dans un dialogue de sourds en discutant des mérites relatifs de leurs paradigmes respectifs. (...) Il apparaît que chaque paradigme satisfait plus ou moins les critères qu'il a lui-même dictés et reste incapable de satisfaire certains des critères dictés par son concurrent* » (Khun, 1962, p185).

Depuis le 19 Berggasse à Vienne⁵ jusqu'aux téraoctets de données quantitatives, un juste milieu devrait être possible. Aujourd'hui, force est de constater que la MT ne parvient pas à se frayer un chemin entre les études de cas historiques uni-référencées et l'excès de données ne prenant pas suffisamment en compte la réalité clinique individuelle, l'hétérogénéité des participants comme le processus musicothérapeutique.

Comme seule alternative à la « mauvaise » psychanalyse (*i.e.* celle que nous qualifierons de dogmatique, dénuée d'esprit critique), le recours à l'EBM, peut engendrer des résistances de la part des professionnels qui ont une sensibilité théorique opposée. C'est pourquoi, en s'appuyant sur une pluralité d'orientation disciplinaire et théorique dans la constitution de ses outils de recueil et d'analyse, la recherche qualitative reste une méthodologie qu'il faut davantage considérer en MT.

Ce type de recherche encore émergente trouve depuis quelques temps un accueil de plus en plus favorable aux yeux des revues et de la communauté scientifique. Elle présente une alternative paradigmatique pertinente à l'EBM, notamment pour la compréhension de la perspective du patient (et non uniquement celle du chercheur), à condition que la culture qualitative soit comprise de tous – chercheurs et *reviewers* (Oude Engberink *et al.*, 2016).

La recherche quantitative propose une vision du monde, de la vérité, qui peut tout à fait être complétée par la recherche qualitative car chacune dispose de forces et de limites (*cf.* Tableau 1). Sans pour autant rejeter l'approche popérienne de répliquabilité, le recours systématique à la méthodologie quantitative comme seul horizon indépassable peut parfois desservir les quelques effets cliniques constatés par le thérapeute mais littéralement détruits par la puissance statistique.

Dans le cadre de la méthodologie mixte, les études qualitatives peuvent être menées en première intention pour aider à défricher un terrain peu ou mal exploré, pour permettre le recueil d'items plus précis et plus pertinents (*e.g.* avant l'élaboration d'un questionnaire), ou encore être menées en parallèle d'études quantitatives pour donner une lecture plus fine aux données.

⁵ Adresse de la demeure de Sigmund Freud

Tableau 1. Synthèse des différentes forces et limites des méthodologies quantitatives et qualitatives

	Forces	Limites
Recherche quantitative	<ul style="list-style-type: none"> • Permet la généralisation de résultats, et dans un idéal, la répliquabilité de l'étude • Permet de standardiser des outils de recueil et d'analyse des données • Permet de répondre précisément à une question de recherche (si elle est bien posée) • Nécessaire dans la recherche fondamentale • Résultats et conclusions de ces recherches expérimentales peuvent être plus « facilement » partagés, car de nombreux supports de publications existent 	<ul style="list-style-type: none"> • Puissances statistiques à partir de grandes cohortes de participants (difficiles à réaliser dans la recherche clinique) • Les statistiques sont des chiffres pour qui il reste aisé de leur faire dire ce qu'ils disent... et ce qu'ils ne disent pas • Les statistiques peuvent « écraser » des effets parfois subtils et pertinents en clinique • Ne permet pas toujours d'homogénéiser les protocoles de recherche • Logique vérificatoire principalement
Recherche qualitative	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodologie adaptée à la clinique (permet de comprendre un phénomène) • Positionnement théorique différent : Approche compréhensive plus exploratoire que vérificatoire • Moins « caricaturale » (notamment dans la discussion des limites) • Ensemble d'outils de recueil et d'analyse (non liés à un référentiel unique ; ayant des sources plus variées dans les sciences humaines et sociales) • Triangulation possible (<i>i.e.</i> possibilité de diversifier les différentes sources de recueil et d'analyse des données) • Modification du protocole de manière écologique au fur et à mesure de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut ne pas toujours convenir à la recherche fondamentale • Difficultés de généraliser les résultats (même si ce n'est pas la prétention de cette méthodologie) car dépendant de la saturation et du contexte du terrain • Peu d'homogénéisation, car part subjective existante (diffère d'un chercheur à un autre, de son domaine de compétence) • Parfois les chercheurs en qualitatif « nuisent » eux même à ce type de recherche en voulant la faire ressembler aux standards attendus en recherche quantitative • Moins reconnue par la communauté scientifique (<i>e.g.</i> <i>reviewers</i> ne connaissant pas toujours la grille COREQ ; Tong, Sainsbury, Craig, 2007) • Peu de support de publications en recherche qualitative à ce jour

Perspectives et recherches cliniques

Mesurer, évaluer, objectiver, comprendre les bienfaits, les effets, les phénomènes, d'une thérapeutique reste complexe.

L'heure semble propice à produire des recherches qui parlent aux cliniciens que nous sommes. Pour maximiser sa pertinence et répondre au mieux à la question de recherche posée, une recherche appliquée doit rester davantage sensible au terrain pour que la synthèse finale *via* la publication d'un article puisse aider le clinicien dans sa réflexion pratique.

Pour l'heure, les échantillons/échantillonnages recueillis ne correspondent pas aux standards d'une recherche quantitative de qualité. Les données que nous parvenons à recueillir sont souvent plus proches de la dizaine que de la centaine de participants. C'est ainsi, que la représentativité des données est sans cesse remise en cause, ce qui compromet la prise en compte scientifique des effets constatés.

Par ailleurs, la neuro-musicothérapie⁶ ne peut être la seule alternative à l'approche psychanalytique de la MT, sous peine de revivre la même trajectoire développementale que la psychologie.

Dans une approche intégrative (en clinique comme en recherche), il semble que les groupes de MT avec un protocole bien précis et délimité soient plus propices à l'évaluation quantitative. En revanche, rendre compte de l'efficacité de la MT individuelle paraît difficile car la prise en charge est souvent adaptée « sur mesure » aux besoins/difficultés de chaque patient (*e.g.* dans une prise en charge en MT active : faire du rap avec un patient, ne veut pas dire que l'utilisation du rap peut fonctionner pour d'autres).

On observe également que les publications sur les MT s'adressent à des revues spécialisées en MT et à un lectorat qu'on suppose majoritairement musicothérapeutes. Si sur le principe cela est normal et pertinent, peut-être que la reconnaissance de cette discipline dépendra aussi des futures publications dans des revues spécialisées dans des domaines plus vastes voire connexes à la MT. De fait, les musicothérapeutes qui parlent aux musicothérapeutes vont forcément se convaincre du bien-fondé et de l'efficacité de leur pratique. Si cela est possible, peut-être que les futures publications devront s'adresser directement aux professionnels de l'environnement du patient pouvant indiquer, adresser, soutenir ou prescrire la MT.

Par ailleurs, depuis quelques années, les modalités d'accès aux publications renforcé par le Manifeste de Linden (Hicks *et al.*, 2015) concernant l'intérêt et l'accessibilité en *Open Access*, peut également contribuer au ralentissement de la reconnaissance de la MT. En effet, selon la voie choisie⁷ par la revue, les recherches en MT ne disposent pas de financements suffisants pour publier en *Open Access*.

Aussi, la lecture des publications en *Open Access* est encore à la marge et ne fait pas encore partie des habitudes de recherche documentaire des étudiants ni des professionnels plus aguerris, bien que cela ne tende à changer (notamment par la volonté gouvernementale française et européenne d'une « Science Ouverte »⁸). Il est également à noter que certaines revues internationales de MT (suivant la voie « classique ») sont difficiles d'accès pour le lecteur, car les institutions françaises (universitaires, hospitalières) n'ont pas nécessairement de partenariat avec les éditeurs de ces revues.

⁶ La neuro-musicothérapie est une pratique spécifique de la MT dont l'axe serait davantage rééducatif ou proche de la remédiation cognitive (telle qu'utilisée en neuropsychologie et en orthophonie) utilisée avec des patients cérébro-lésés, ayant des troubles neurodéveloppementaux, neurodégénératifs, *etc.* (*cf.* Thaut et Hoemberg, 2019). En France, un module professionnel de formation peut être obtenu à l'Université Paul Valéry à Montpellier.

⁷ Voies « verte », « dorée » ou « diamant » – correspondant aux différents niveaux de gratuité ou de paiements lors de la soumission d'article par l'auteur ou la revue pour que l'information reste gratuite pour le lecteur.

⁸ *Cf.* 2^e plan national pour la science ouverte 2021-2024.

Enfin, depuis plus de 10 ans, la société savante de la NPIS (*Non Pharmacological Intervention Society*), multiplie les démarches pour permettre une homogénéisation et une structuration de la recherche clinique dans le domaine plus large des INM (Interventions Non Médicamenteuses, dont la psychothérapie et la MT font partie). Les démarches menées par Grégory Ninot et son équipe, pourraient accélérer la prise en compte et la reconnaissance scientifique et financière des INM, au niveau gouvernemental, des revues, des mutuelles, et *in fine* des institutions.

Conclusions

Penser la MT en qualité de psychologue, c'est la projeter dans ses axes de travail habituels en prolongement de sa pratique psychothérapeutique. Toutefois, elle peut se penser et se pratiquer différemment selon sa formation initiale ou ses domaines d'interventions. Dans cet article, nous sommes partis du postulat que la recherche et la pratique coexistent, se répondent, et sont indissociables pour le clinicien comme pour le chercheur qui produit de la recherche appliquée.

C'est pourquoi, il convient de ne pas céder aux chimères du réductionnisme comme réponse aux questions soulevées par la pratique des MT. Les réponses simples, tantôt rigides, tantôt peu adaptées à la réalité clinique doivent être approfondies. En somme, il est nécessaire de dépasser la triviale réflexion binaire du « ça marche/ça ne marche pas ». Nous sommes face aujourd'hui à un double questionnement, celui du « pourquoi » et du « comment ». En raison de sa jeunesse conceptuelle relative, la MT doit pouvoir répondre au « pourquoi » il existe ou n'existe pas un effet émergent, et « comment » il s'est manifesté. La construction du savoir scientifique en MT devrait donc se penser parmi plusieurs paradigmes de recherches et plusieurs critères de scientificité, régis et justifiés par la question de recherche initiale.

L'ensemble des théories d'emprunt pour justifier la MT ne l'expliquent pas toujours. En effet, les neurosciences cognitives éclairent de mieux en mieux nos connaissances théoriques sur les effets de la musique sur le cerveau. Cependant, la musique seule ne suffit pas à expliquer les effets perçus en séances et vécus par les patients. Si cette littérature est essentielle à la MT, il convient de réfléchir sur le caractère peu écologique de ces études fondamentales, qui n'éclairent pas encore les effets cliniques de notre pratique.

Les futurs travaux devront contribuer à délimiter plus précisément l'efficacité de la MT de manière la plus modeste possible, sans extrapoler ses effets, ni la projeter pour toutes les indications, et pour toutes les personnes non musiciennes comme musiciennes. Réfléchir en termes de profils de patients pour qui telle ou telle thérapie est indiquée permettrait d'optimiser la prise en charge du patient, souhait de tout clinicien. Pour être plus crédible et pouvoir pérenniser sa pratique en institution, le recours à une approche clinique résolument intégrative comme à une méthodologie de recherche mixte, permettrait de libérer les Musicothérapeutes de la justification de leurs actions et de les aider à dépasser le caractère « magique » de la musique, que le musicien qui réside en lui, connaît dans son intime.

Le musicothérapeute qui souhaite mettre sur sa tête la casquette du chercheur, a d'abord constaté un manque qui entraînera une volonté de produire ce qu'il n'a jamais lu, ou ce qu'il a lu mais qui lui paraissait incomplet. Il apparaît aujourd'hui peu utile de réinventer la roue, de (re)trouver des effets « logiques » et connus du praticien. Un clinicien qui souhaite faire de la recherche appliquée, se consacre à l'art d'objectiver, d'interroger et de comprendre sa pratique sous un prisme différent.

Comme tout art, la recherche et la pratique exigent des capacités créatives pour transcender la technique et la théorie. Il appartient donc à la nouvelle génération de chercheurs de faire avancer ou modifier l'existant.

Bibliographie

- Bachelard, G. (1938/2004). *La formation de l'esprit scientifique: contribution à une psychanalyse de la connaissance*. Vrin.
- Boyd, K.M. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Medical humanities*, 26(1), 9-17.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, (10), 79–86.
- Hicks, D., Wouters, P., Waltman, L., De Rijcke, S., & Rafols, I. (2015). Bibliometrics: the Leiden Manifesto for research metrics. *Nature*, 520(7548), 429-431.
- Khun, T.S. (1962). *La structure des révolutions scientifiques*, traduction française (1983). Champs, Flammarion, Paris.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of internal medicine*, 88(2), 251-258.
- Lalau, J.D. (2021). Le cure et le care. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 15(1), 99-103.
- Lautrey, J. (2008). Histoire et évolution de la psychologie différentielle. Dans P.-Y Gilles (dir.), *Psychologie différentielle* (p. 15–51). Paris: Bréal.
- Lecourt, E. (2019). *La musicothérapie: Une synthèse d'introduction et de référence pour découvrir les vertus thérapeutiques de la musique*. Editions Eyrolles.
- Oude Engberink, A., Badin, M., Carbonnel, F., Clary, B., Serayet, P., Pavageau, S., & Bourrel, G. (2016). La recherche qualitative : une opportunité de repenser l'EBM. *La Presse Médicale*, 45(4), 387-389.
- Scotto Di Rinaldi, S. & Gepner, B. (2023). Musicothérapie pour les enfants et les adolescents avec des troubles du spectre de l'autisme : une revue de la littérature. *L'information Psychiatrique*, 99(1), 27–36.
- Scotto Di Rinaldi, S. & Roussillon, N.A. (2023) Psychomotricité et Musicothérapie réceptive : pratiques croisées dans la prise en charge de l'anxiété de l'adulte déficient visuel. *Revue Francophone d'Orthoptie*, 16(2), 77–81.
- Thaut, M., Hoemberg, V. (2019). *Manuel Clinique de Rééducation par la Musique. Comment la musique contribue à soigner le cerveau*. Editions DeBoeck Supérieur.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19(6), 349-357.
- Verdeau-Pailles, J. (2003). La médiation de la musique en psychothérapie. *Annales Médico Psychologiques*, 161, 97–100.
- Vrait, F.X. (2022). *La musicothérapie*. Paris: Que sais-je.