



**HAL**  
open science

# Entre le jouer et le ne pas jouer : les interventions du musicothérapeute au-delà (et avant) des sons et de la musique

Oscar Pisanti

► **To cite this version:**

Oscar Pisanti. Entre le jouer et le ne pas jouer : les interventions du musicothérapeute au-delà (et avant) des sons et de la musique. *Revue française de musicothérapie*, 2024, 41 (02). hal-04832708

**HAL Id: hal-04832708**

**<https://hal.science/hal-04832708v1>**

Submitted on 12 Dec 2024

**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 41 - numéro 02 - décembre 2024

## Entre le jouer et le ne pas jouer : les interventions du musicothérapeute au-delà (et avant) des sons et de la musique

**Oscar PISANTI**

*Musicothérapeute (AIM, AFM), oscarpisan@gmail.com*

### Résumé

La musicothérapie se caractérise par l'utilisation de la musique, de ses composantes sonores et des instruments de musique en tant qu'*objets de médiation et de relation* à travers lesquels les patients peuvent progresser vers des « objectifs thérapeutiques ». Cependant, il peut arriver que certains patients présentent de grandes difficultés ou une véritable aversion à utiliser le *médium* sonore et à s'impliquer dans une relation médiée par la musique. Ces patients semblent donc ne pas vouloir ou ne pas pouvoir *jouer*. Dans ces cas, est-il encore possible d'initier ou de poursuivre un travail musicothérapeutique ? Winnicott (1971) écrit que « *là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire* » – après quoi « *la psychothérapie pourra commencer* ». Partant de cette hypothèse, le présent article se penchera sur le travail que le musicothérapeute peut mettre en œuvre – selon un modèle à orientation psychanalytique – afin d'amener le patient à un état où il peut commencer à « jouer » avec des sons, de la musique et des instruments de musique. À cet égard, à côté des interventions sonores-musicales et verbales, l'auteur propose une troisième catégorie d'interventions auxquelles le musicothérapeute peut avoir recours : les interventions *en marge* du travail musicothérapeutique proprement dit.

### Mots clés

*Ne pas jouer, interventions en marge, travail transitionnel, jeu potentiel, orientation psychanalytique*

## Abstract

Music therapy is characterised by the use of music, its sound components and musical instruments as objects of mediation/relation through which patients can proceed towards “therapeutic goals”. However, it may happen that some patients present great difficulties or a real aversion to using the sound medium and allowing themselves to be involved in a relationship mediated by music. That is, these patients seem to be unwilling or unable to *play*. In these cases, is it still possible to start or continue a music-therapeutic work? Winnicott (1971) wrote, «*where playing is not possible then the work done by the therapist is directed towards bringing the patient from a state of not being able to play into a state of being able to play*» – after which “psychotherapy may begin”. Starting from this assumption, this article will explore the work that the music therapist can realize – according to a psychoanalytically oriented model – in order to bring the patient to a state in which he/she can begin to “play” with sounds, music and musical instruments. In this regard, alongside sound-musical and verbal interventions, the author proposes a third category of interventions that the music therapist can make use of: the interventions *on the edge* of the music-therapeutic work proper.

## Keys words

*Not being able to play, intervention on the edge, transitional work, potential play, psychoanalytic approach*

## Introduction

Cette discussion part de ce qui s’est présenté à moi, au cours de mon expérience clinique, comme un *néгатif* de la pratique musicothérapeutique et des questions qu’elle a soulevées en conséquence, à savoir : *qu’est-ce et comment est un musicothérapeute sans musique* (la sienne, celle du patient ou celle du groupe) ? Et encore : *qu’est-ce et comment est une musicothérapie en l’absence de quelqu’un* (patient ou thérapeute) produisant des sons musicaux ? En d’autres termes, *dans quelle mesure une thérapie peut-elle encore être dite « musicale » ou « à médiation musicale » ?*

Au cours de mon travail avec certaines conditions cliniques spécifiques, face à des moments d’impasse ou de difficultés particulières, j’ai été forcée d’abandonner l’intention d’employer les techniques musicales et musicothérapeutiques généralement utilisées, afin de *trouver-crée*r des types d’intervention *au-delà* des sons et de la musique pour tenter de remettre le processus et la relation thérapeutiques au travail.

Ces circonstances, leurs résultats et les questions qu’elles ont soulevées m’ont amenée à réfléchir aux **différents types et niveaux d’intervention** possibles – *entre le jouer et le ne pas jouer* – dans un cadre qui pourrait être défini comme musico-thérapeutique.

## Types et niveaux d’intervention en musicothérapie

Rappelons tout d’abord que dans le cadre de la musicothérapie clinique, en fonction du type de patients avec lesquels nous travaillons, il est possible d’utiliser des techniques communément appelées « actives » (improvisation clinique – totalement libre ou partiellement guidée), « réceptives » (écoute de morceaux préenregistrés, imagerie guidée, etc.) et « songwriting » (composition partagée de chansons – musique et/ou paroles). Au sein de ces techniques, on peut identifier **deux grands types d’intervention** dont dispose généralement le musicothérapeute : les **interventions sonores-musicales** et les **interventions verbales**.

## Interventions sonores-musicales

En ce qui concerne la première, je me réfère aux nombreux textes et manuels de référence qui ont décrit les techniques musicales et musico-thérapeutiques pouvant être utilisées dans différents contextes cliniques – individuels et de groupe. Je me réfère en particulier aux textes de Nordoff & Robbins (1977) et de Tony Wigram (2004) dans lesquels sont décrites en détail – à l'aide d'exemples de pistes audio – des **techniques thérapeutiques de base** (par ex. le *mirroring*, l'*accompagnement*, le *dialogue sonore*, le *holding*, le *containment*, etc.) et des **techniques avancées** (par ex. les *improvisations thématiques*, les *modulations* et les *transitions*, l'*accompagnement dans le style*, etc.) que le thérapeute peut mettre en œuvre par l'utilisation d'instruments de musique, de la voix ou même de son propre corps. Généralement, les interventions sonores-musicales permettent de travailler, dans la relation thérapeutique avec le patient (ou le groupe de patients), au niveau de l'affect, au niveau expressif non verbal et au niveau primaire/fondateur de l'intersubjectivité. Le focus thérapeutique de ce type d'intervention se situe *au-delà* de ce qui peut être exprimé, partagé ou traité à travers les mots et le langage verbal.

## Interventions verbales

En ce qui concerne les interventions verbales du musicothérapeute, de nombreux praticiens – en particulier ceux qui qualifient leur pratique de « music-centered » – affirment qu'elles ne sont pas indispensables au travail de musicothérapie. (par ex. Ansdell, 1995 ; Aigen, 2005 ; Garred, 2006). Je pense au contraire qu'elles constituent un **élément incontournable et fondamental du processus musico-thérapeutique**. Au-delà de la formulation des consignes ou des propositions, leur fonction principale est habituellement de permettre aux patients de *réfléchir* (si possible) à l'expérience musicale et aux sentiments, émotions et pensées qui ont émergé pendant l'expérience afin de favoriser une meilleure compréhension de soi – par ex. après une improvisation, après avoir écouté des morceaux de musique ou des improvisations enregistrés pendant une séance. Plusieurs auteurs se sont penchés de manière plus ou moins approfondie sur la question des interventions verbales en musicothérapie (Amir, 1999 ; Borczon, 2017 ; Grocke & Wigram, 2007 ; Nolan, 2005) en illustrant leurs autres utilisations et finalités possibles dans le processus thérapeutique, à savoir :

- mettre en évidence ce qui se passe au niveau relationnel pendant la séance (*dans* et *hors* de la musique) ;
- obtenir des informations sur les expériences du patient qui peuvent être comparées à ce qui est exprimé à travers le *médium* sonore-musical ;
- favoriser une plus grande intégration des aspects non verbaux (affects, sensations) et verbaux (idées, pensées) dans l'expérience du patient ;
- mettre en évidence les éventuels moments d'impasse ou les attitudes défensives/oppositionnelles du patient (envers la musique ou les mots) ;
- suggérer, au-delà de l'interaction sonore-musicale, ce que le patient semble ne pas pouvoir mettre en mots ;
- accueillir les expressions verbales du patient (questions, commentaires, besoins)
- commencer, reprendre ou terminer une séance.

Néanmoins, la littérature à ce propos semble encore assez rare et la question de savoir quelles compétences le musicothérapeute devrait acquérir pour pouvoir intervenir de manière adéquate aussi au niveau verbal (cf. Ahonen, 2018) reste très peu débattue à ce jour.

### Niveaux d'intervention

Il est important de souligner que la *manière*, la *forme*, la *fréquence* avec lesquelles ces deux types d'intervention alternent et sont mis en œuvre, ainsi que les *dimensions* subjectives auxquelles elles s'adressent – psychodynamiques, émotionnelles, cognitives, comportementales ou sociales – sont fortement influencées par la **formation du musicothérapeute** et le **modèle thérapeutique** auquel il se réfère. Par exemple, dans une approche d'orientation psychanalytique (comme c'est mon cas), les particularités des interventions sonores-musicales et verbales du thérapeute seront déterminées par la prise en compte d'éléments tels que la dimension inconsciente du patient, son niveau d'angoisse, ses défenses, la dynamique transféro-contre-transférentielle, etc. Ce sera inévitablement très différent pour un musicothérapeute ayant une orientation cognitivo-comportementale ou autre.

### Problématiques

Bien entendu, dans les thérapies avec des patients qui ont des possibilités limitées d'utiliser la parole ou avec des patients dits "non verbaux", les interventions verbales du thérapeute seront réduites au minimum et la majeure partie du travail thérapeutique se déroulera sur un plan sonore-musical. Cependant, il peut arriver que certains patients (généralement des enfants et des adolescents atteints de troubles du spectre autistique, de déficiences intellectuelles ou ayant subi des traumatismes psychiques) présentent, dès le début, de grandes **difficultés** ou une véritable **aversion à utiliser le médium sonore** et à s'impliquer dans une relation médiée par la musique – par exemple, en quittant constamment la salle de musicothérapie, en adoptant un comportement agressif/oppositionnel envers les instruments et le thérapeute ou en montrant du désintérêt et de l'indifférence envers les productions sonores-musicales du thérapeute. Cela peut dépendre de plusieurs facteurs tels que l'âge du patient, ses habitudes, ses expériences passées avec la musique et les instruments de musique ou, d'un point de vue psychodynamique, **l'impact que la spécificité du médium sonore-musical a sur l'organisation et le fonctionnement psychique** du patient (à savoir sur sa psychopathologie) (Lecourt, 2006 ; 2010) – un facteur, ce dernier, sur lequel je porte principalement mon attention.

Quoi qu'il en soit, comment procéder dans de tels cas ? Faut-il éventuellement envisager l'hypothèse que la musicothérapie n'est pas le type d'intervention le plus approprié et orienter le patient vers d'autres types de traitement, ou y a-t-il quelque chose que nous, musicothérapeutes, puissions faire pour initier et poursuivre le travail thérapeutique ?

### Un travail transitionnel : du non-joueur au joueur

Winnicott (1971a) écrit que « là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire » – après quoi, précise-t-il, « la psychothérapie pourra commencer ». En fait, plus loin dans le même article, il apporte une précision qui me semble particulièrement importante par rapport à ce que je suis en train d'exposer. Winnicott affirme en effet que « [f]aire le nécessaire pour que les [patients] soient capables de jouer, c'est [en soi] une psychothérapie » – puisque la capacité de jouer et de vivre créativement est un signe de santé mentale. S'appuyant sur cette hypothèse, Anzieu (1979) a ensuite élaboré le concept de « analyse

transitionnelle », proposé par Kaës, qui fait référence au travail préliminaire qui doit être effectué jusqu'à ce que le patient soit en mesure de faire face au travail analytique « classique ». Il s'agit de « **aménagement** » **particuliers du cadre, des attitudes intérieures du thérapeute et de la stratégie de ses interventions**, dirigés principalement vers la dimension primaire du Soi du patient – le corps, la sensorialité, le Moi-peau, les signes laissés par l'environnement primaire. De tels « aménagements » permettent un travail qui vise à restaurer, chez un patient ou dans un groupe, « une enveloppe psychique et un appareil à penser les contenus psychiques » à partir desquels on peut tolérer les frontières/limites du cadre « classique », la séparation, la différence, l'absence et ainsi pouvoir travailler (là où c'est possible) sur les courants névrotiques du transfert en utilisant la parole comme principal « moyen » d'élaboration symbolique.

Mon idée est que ces conceptualisations théorico-techniques devraient **également être appliquées au travail musicothérapeutique**. C'est-à-dire : lorsqu'un patient semble ne pas pouvoir jouer avec les sons et la musique, notre travail devrait d'abord viser à le faire passer « d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire » – et seulement ensuite, le cas échéant, à procéder à une approche « classique » (par ex. en employant les techniques et les interventions musicothérapeutiques décrites plus haut). Mais en quoi consisterait ce « travail transitionnelle » dans la pratique de la musicothérapie ? Quels « aménagements » pourrions-nous être amenés à prendre pour tenter d'initier ou de remettre en œuvre un travail thérapeutique ?

## **Un troisième type d'intervention : le travail *en marge***

Dans mon expérience avec des patients dont les conditions cliniques présentaient des angoisses aiguës et persistantes de morcellement, de vidage ou de séparation/intrusion, des déficits cognitifs et des mécanismes de défense primitifs (par ex. dans les troubles du spectre autistique, le syndrome de Down, le syndrome de Sotos), j'ai pu voir comment l'élément sonore-musical, employé dans la relation thérapeutique, pouvait constituer une source intense de perturbation en devenant immédiatement un *objet* évité, dénié, attaqué ou, dans certains cas, 'compulsivisée'. Parfois, ces attitudes s'étendaient au thérapeute et à la salle de musicothérapie, rendant pratiquement impossible un travail continu entre les *murs* du cadre. Comme je l'ai mentionné, dans de telles circonstances, l'utilisation des techniques musicales ainsi que des sons et de la musique comme *objets de médiation et de relation* (Lecourt, 2014) s'est avérée tout à fait vaine. Cela m'a amené à **improviser (au-delà du sonore-musical) d'autres manières d'être avec le patient** – c'est-à-dire d'adapter ma présence à ses possibilités relationnelles et élaboratives – et donc à *trouver/créer* d'autres formes de « jeu potentiel » (Roussillon, 2021). Ces moments (ou périodes entières) de musicothérapie-sans-musique m'ont amenée à me questionner constamment sur mon propre travail, me demandant sans cesse de *tenir bon* (sans que je sache exactement dans quel but). Néanmoins, ces « aménagements » méthodologiques se sont, dans de nombreux cas, révélés progressivement utiles pour **permettre aux patients de transiter vers des modes d'expression, de communication et de relation plus largement médiatisés par la musique**.

A la lumière de ces expériences, je propose donc d'envisager un **troisième type d'intervention musicothérapeutique** que j'ai défini comme ***en marge de la musicothérapie proprement dite*** et qui vise à amener le patient à un état où il devient capable d'*utiliser* l'objet (Winnicott, 1969) – les sons, la musique, les instruments de musique, le thérapeute – comme élément d'une réalité partagée et comme « objet », c'est-à-dire « comme objet investi par la psyché pour y engager ses enjeux » (Roussillon, 2021).

## Le modèle théorico-clinique

Avant de procéder à la présentation de ce que j'ai appelé les « interventions *en marge* », il me semble opportun de faire une brève mise au point : ce qui m'a permis d'*improviser* et de mettre en œuvre ces « aménagements » et, par la suite, de les conceptualiser pour en faire des constructions théorico-cliniques, c'est l'**orientation psychanalytique** de mon *observer*, de mon *penser* et de mon *agir* musicothérapeutiques<sup>1</sup>. Plus précisément, mon approche de la relation et du processus de guérison s'appuie sur la théorie des **médiations thérapeutiques** (Brun, Chouvier & Roussillon, 2019 ; Chouvier et coll., 2002) et est centrée sur le **travail de symbolisation** et l'**activité créatrice** (Winnicott, 1971b) comme conditions nécessaires à la **transformation** (Aulagnier, 1975 ; Bion, 1962 ; 1965, Bollas, 1989 ; Salomonsson, 2007) et à l'**appropriation subjective** (Roussillon, 1999 ; 2006) des expériences qui n'ont pu être *mentalises* ou *verbalises*.

La raison de cette clarification, certes extrêmement synthétique et condensée, réside dans le fait qu'elle renvoie à une question très prégnante de la pratique musicothérapeutique, qui devrait être constamment problématisée et approfondie. Je me réfère, une fois de plus, à la question de l'**éthique** du (et dans le) **soin** – c'est-à-dire : que/comment *observer* ou *écouter* ? que/comment *faire* ? pourquoi *faire* ou *ne pas faire* ? En d'autres termes, pour revenir à ce qui a déjà été mentionné à propos des niveaux d'intervention, il s'agit de se demander ce qui *oriente* la direction de sa propre **action thérapeutique** et (donc) définit la « qualité » de la relation d'aide, mais aussi ce qui contribue à déterminer le **style** de sa propre action créative et d'improvisation dans différents contextes cliniques.

## Les types d'intervention *en marge* de la musicothérapie

Pour illustrer les constructions théorico-méthodologiques que je vais présenter, je vais me référer à deux des cas cliniques qui m'ont amené à formuler l'idée d'un travail « transitionnel » *en marge* de la musicothérapie proprement dite : les cas de **T.** et de **M.**.

*T., 8 ans, est un enfant autiste presque totalement non verbal, avec des troubles hyperkinétiques et un comportement oppositionnel (accompagné de morsures, de coups de pied et de crachats). Depuis plusieurs mois, il m'éloigne continuellement de l'idée de pouvoir utiliser des instruments de musique, me 'forçant' à le suivre scrupuleusement (ou à le poursuivre !) pour essayer d'éviter qu'il ne casse quelque chose ou qu'il ne se blesse. T., en effet, pendant une bonne partie des séances, ne fait rien d'autre que d'essayer d'arracher les panneaux d'insonorisation du mur, de jeter ou de faire tomber les tambours et les instruments lourds (en abîmant les instruments et le sol de la salle), d'essayer de grimper sur les meubles ou les instruments et d'essayer constamment d'ouvrir les volets du balcon ou la porte de la salle pour aller à l'extérieur. Il n'y a pas de place pour autre chose.*

*M., 19 ans, syndrome de Down, déficits cognitifs et linguistiques moyens à sévères. Bien que son expressivité musicale n'ait jamais dépassé un niveau rudimentaire (plus proche de la décharge sensori-motrice et de la répétition compulsive), nos dialogues sonores « primitifs » (avec mes tentatives permanentes de m'engager dans ses productions sonores « aléatoires » et interminables) ont représenté au fil du temps un espace de rencontre et de partage important. Par*

---

<sup>1</sup> Cette orientation découle principalement de mes études psychanalytiques, de la supervision clinique avec des psychanalystes et, enfin, de mon expérience d'analyse personnelle.

*la suite, le sonore (bien qu'il soit resté principalement désorganisé) a assumé une fonction particulière en tant que « cadre » pour ses tentatives continues de s'engager dans un discours verbal – qui, cependant, était impossible à suivre en raison de ses difficultés linguistiques et cognitives considérables. La musique, les mots et le travail thérapeutique ne semblaient donc pas évoluer.*

De l'expérience musicothérapeutique avec ces patients et des réflexions qui en ont découlé, **deux types d'intervention en marge** ont émergé :

- en tant que travail basé sur la fonction « **sémaphorisante** » et de « **environnement facilitant** » du thérapeute;
- en termes de « **parler-comme-jouer** ».

### **Intervention en marge comme « environnement facilitant » et « fonction sémaphorisante »**

Le premier type d'intervention *en marge* s'est souvent avéré nécessaire dans des **cas d'autisme particulièrement difficiles** (comme avec T., en fait), dans lesquels il n'était pas possible d'établir un quelconque type de relation ou de jeu médiatisé par la musique. Il s'agit de patients écrasés dans un mode d'expérience « à dominante sensorielle » (Ogden, 1989), avec un seuil d'excitabilité très bas, qui souvent ne peuvent pas tolérer autant la séparation que le contact avec des objets perçus comme « non-moi » (Tustin, 1986) – et nous savons que la musique, les sons peuvent à la fois 'souligner' une distance, une séparation, et établir un *contact* profond (sensoriel-affectif) qui peut même être vécu comme intrusif.

Ce type d'intervention consiste, dans une large mesure, à jouer le rôle d'un « environnement facilitant » (Winnicott, 1965) – un **thérapeute-environnement** « suffisamment bon » – qui *prend soin* du patient comme une « nounou somnolente » (Danon-Boileau, 2012), en le suivant patiemment dans tous ses mouvements, ses "décharges" sensori-motrices, ses explorations solitaires et se limitant le plus souvent à être comme « [un] 'chœur grec' commentant ce qui se passe sur scène » (Ferro, 2006) à travers un ton de voix qui reflète la qualité, le rythme et le profil dynamique de ses « formes de vitalité » (Stern, 2010). Pour une autre partie, cependant, il s'agit d'alterner – en « temps voulu » (*kairós*) – la position de thérapeute-environnement avec celle de **thérapeute-objet** (objet des pulsions libidinales ou agressives) dans une tentative de *solliciter* (Alvarez, 1992) l'attention du patient vers le thérapeute, de « s'interposer » (comme un élément *tiers, intermédiaire*) entre lui et les activités, sensations ou *objets autistiques* qui l'absorbent. Cela peut se faire en introduisant prudemment de petites « perturbations » ludiques dans l'action, quelque peu neutre, de l'environnement facilitant et dans la stabilité autistique rigide dans laquelle le patient est enchevêtré.

*Après plusieurs séances passées à suivre T. (en l'empêchant de se blesser ou de détruire quoi que ce soit) et à commenter de temps en temps ce que j'observais, j'ai décidé à un moment donné de le « taquiner » un peu en l'invitant à jouer. Lors de la énième 'incursion' de T., au lieu de me contenter de le suivre et d'éviter les accidents, je commence à faire comme si nous avions entamé une sorte de « jeu d'attrape ». Entre un « Ah ! Je t'ai eu ! » et un autre, je m'exclame sur le ton de la plaisanterie : « Ah, mais alors T. veut qu'Oscar se colle à lui tout le temps et le suive partout ! » Il répond à mon incitation (une interprétation ?) en me regardant et en souriant, comme en signe d'entente. La répétition de ce moment et d'autres moments similaires de s'entendre a jeté les bases de l'établissement de « liens de sens » entre les 'décharges'*

*irrépressibles de T. et mes propositions de « transformation en jeu » (transformations into play<sup>2</sup>). Au bout d'un certain temps, pendant lequel j'ai alterné le suivi du patient avec d'autres moments de « taquinerie », les états d'excitation de T. ont commencé à être moins fréquents et aussi moins perturbants, tout comme son comportement oppositionnel, destructeur et hyperactif (bien qu'il soit encore présent dans une certaine mesure). Cela lui a permis de rester de plus en plus longtemps dans la salle (jusqu'à ce qu'il n'ait plus besoin d'en sortir) et d'exercer une certaine curiosité à l'égard des objets – sans devoir nécessairement les « incorporer » ou les attacher. Il a ainsi pu progressivement se rapprocher et prêter de plus en plus attention aux instruments de musique, aux sons et à leurs différentes utilisations.*

Ces « aménagements » méthodologiques permettent de créer un « espace sémaphorisant » (Brun, 2019 ; Roussillon, 2008) dans lequel on peut *mettre-en-signes*<sup>3</sup> les activités isolées ou « auto-référées » du patient et ses expressions sensori-motrices « déliées », c'est-à-dire de **créer dans la relation thérapeutique des « actes-signes » partagés et potentiellement significatifs** (*symbolisation primaire*) à travers lesquels on peut *lier* et réduire ses états d'excitation désorganisateur. En d'autres termes, le patient, incapable de *penser* par lui-même (mentaliser ou symboliser) ce qu'il vit au niveau du corps et 'évacue' par l'action, « rencontre » l'activité élaboratrice de la pensée du thérapeute qui, engagé dans une tentative de donner du sens à ce qui se passe *entre* eux, « suggère » **des formes (narratives, dramatiques ou ludiques) dans lesquelles contenir l'insupportable excès de sensorialité**. Dans ce cas, il est possible de permettre au patient de s'ouvrir avec un degré moindre d'angoisse et de défense au « plaisir de l'échange » (Danon-Boileau, 2012) et par conséquent, selon toute vraisemblance, il devient également possible de l'inviter plus activement à rester dans la salle et à lui **présenter** (dans les termes de l'*object-presenting* de Winnicott) **des instruments de musique, des sons et de la musique en tant que « objets de jeu »/objets potentiels**.

Néanmoins, il convient de souligner que la réalisation d'un tel travail *en marge* exige du musicothérapeute, d'une part, un **suivi constant de la dynamique transféro-contre-transférentielle** et, d'autre part, la **mise en œuvre de certaines 'indications' techniques** d'inspiration psychanalytique – auxquelles je ne ferai qu'une brève allusion. Je me réfère en particulier à :

- l'exercice d'une « **capacité négative** » (Bion, 1970), qui permet de « *séjourner dans les incertitudes* », de tolérer la frustration de ne pas comprendre ce qui se passe pendant une ou plusieurs séances (tant du côté du musicothérapeute que du côté du patient) et de ne pas *agir* sa propre mémoire ou son désir de « bonne et pure » musicothérapie – évitant ainsi le risque d'occulter les besoins ou les possibilités réelles du patient et de le « pousser » inconsciemment à faire ce que nous voudrions;

---

<sup>2</sup> Cfr. Civitarese & Ferro, 2020.

<sup>3</sup> L'expression « sémaphorisant » renvoie à l'étymologie grecque du mot « sémaphore », composé de *σημα* (*sēma*, signe) et de *φόρος* (*phōros*, porteur), soit : « porteur de signe ». Le concept de *signe* est utilisé ici tel que défini par C. S. Peirce, pour lequel il indiquerait le produit d'une *sémiose*, c'est-à-dire le processus de « signification » qui se déroule dans une relation *triadique* : un *objet* (une expression, un symptôme, un geste, un son – un « signifiant »), un *interprétant* (la représentation mentale du sujet qui interprète et attribue un « signifié » à l'objet) et un *signe* (ce qui devient l'*objet-signifiant* lorsqu'il est « lié » à un *interprétant-signifié*, susceptible d'être partagé avec d'autres sujets et communiqué). Le signe est donc un « construit » relationnel qui relève autant de l'*interprétation* (une attribution de sens) partagée que de la *communication* – il est donc toujours adressé à un sujet, c'est-à-dire qu'il a « le pouvoir de faire appel à un esprit » (Peirce, 1958, ma traduction).

- la mise en place d'un **environnement de *holding*** « **résolu mais doux** » (Tustin, 1990) dans lequel accueillir le patient dans toutes ses expressions spontanées tout en essayant, en même temps, de prévenir que ses défenses ou ses comportements n'*annulent* complètement la *présence* du thérapeute (par ex. par des actions destructrices et prolongées contre la salle, les instruments ou même contre les « frontières » du cadre); bien entendu, il ne s'agit pas d'imposer au patient des interdictions rigides mais d'empêcher la réalisation de ces actions solipsistes en essayant de les « transformer » en quelque chose qui ressemble à un dialogue ou à un jeu *à deux* (comme les « transformations en jeu », précisément)

### **Intervention *en marge* en termes de « parler-comme-jouer »**

En ce qui concerne le deuxième type d'intervention *en marge*, il a émergé de manière particulière de la **musicothérapie avec certaines personnes atteintes de syndromes de Down ou d'autres déficiences intellectuelles**. Il s'agissait de situations où les possibilités d'utilisation du *médium* sonore-musical comme moyen d'élaboration des enjeux psychiques mobilisés par le travail thérapeutique étaient très limitées, de même que les possibilités d'utilisation du *médium* verbal. Dans ces cas, comme nous le verrons, le travail *transitionnel* se situe précisément dans une « aire intermédiaire » entre l'expression musicale et l'expression linguistique.

J'ai emprunté l'expression « **parler-comme-jouer** » au concept de « parler-comme-rêver » (“*talking-as-dreaming*”) formulé par Thomas Ogden (2007). Avec cette expression, Ogden fait référence à « une forme de conversation peu structurée entre le patient et l'analyste, souvent caractérisée par une réflexion sur le processus primaire et des non sequiturs apparents [qui] peut sembler non analytique en raison de la futilité apparente de son contenu » mais qui, en réalité, peut constituer une sorte de ‘rêve éveillé’ « dans lequel [le patient] peut commencer à rêver d'expériences jusque-là inrêvables ». Dans mon cas, cependant, il s'agit de la manière dont le thérapeute répond au discours non structuré, morcelé et répétitif du patient en écoutant ses mots comme s'il s'agissait de sons produits par un instrument de musique. L'accent n'est pas mis sur les paramètres sonores des mots (hauteur, intensité, timbre et durée) mais sur **la façon** dont le patient produit des fragments de discours comme s'il s'agissait de fragments rythmiques ou mélodiques, qu'il reprend, étend, varie et que le musicothérapeute peut à son tour répéter, étendre ou varier – tout comme cela se produirait, à travers des instruments de musique, dans un dialogue sonore. Je présente maintenant un bref extrait d'un cas où ce mode de communication/élaboration s'est imposé depuis longtemps (Pisanti, 2018) :

*Au cours d'une séance, entre une production sonore et une autre, T. tente de me parler en évoquant des questions « dangereuses » qui sont devenues récurrentes dans notre travail ; mais cette fois, il confond la dangerosité de ces anciennes questions avec celle, plus récente, de la pandémie de Covid-19.*

**T.** : *C'est dangereux ! Il y a le Covid !*

**Oscar** : *C'est dangereux ? Il y a le Covid ? Mais non, le Covid est passé !*

**T.** : *Il est passé ?*

**O.** : *Il est passé.*

**T.** : *Il n'est plus là ?*

**O.** : *Non, il n'est plus là.*

*Cette séquence (comme cela s'est produit et se produit habituellement avec d'autres questions reportées par T.) est répétée, plus ou moins à l'identique, d'autres fois au cours de la même séance et dans plusieurs autres séances successives – toujours entrecoupées de moments de production sonore partagée et d'autres séquences verbales. Après quelques séances, la séquence et la réponse de T. se transforment :*

**T.** : *C'est dangereux ! Il y a le Covid !*

**O.** : *Il y a le Covid ?*

**T.** : *Ah non, il n'y a plus le Covid !*

*Jusqu'à ce qu'il devienne, alors :*

**T.** : *C'est dangereux ! Il y a le Covid ! Ah non, il n'y a plus le Covid !*

*Il s'agissait bien d'un échange sonore, constitué de cellules rythmico-mélodiques répétées, imitées et variées. Mais, à la différence des sons, ces cellules rythmico-mélodiques avaient aussi une valeur sémantique bien définie (quoique rudimentaire). T. semble ainsi avoir résolu pour lui-même (et en lui-même) le problème qui le tourmentait – l'impact émotionnel provoqué par l'expérience de la pandémie. Si j'avais utilisé un langage plus articulé et plus complexe (un langage qui est le mien mais certainement pas le sien), T. n'aurait pas pu recoller les 'morceaux' du discours, assimiler cette information (« il n'y a plus le Covid ») et se l'approprier – c'est-à-dire l'utiliser.*

**Pouvoir écouter le langage du patient comme s'il s'agissait d'un langage musical, c'est pouvoir écouter autre chose qu'un langage et une intelligence compromis. Cela signifie permettre au patient de jouer (malgré ses limitations) et au musicothérapeute de jouer avec lui – c'est-à-dire « deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute » (Winnicott, 1971a). En même temps, cependant, cela signifie aussi être capable de répondre au besoin du patient de s'exprimer (comme il le peut) par des mots et être capable de travailler sur les problèmes ou le vécu qu'il apporte spontanément à la séance.**

Bien sûr, cela a nécessité de longues périodes pendant lesquelles il a fallu tolérer la frustration de ne pas pouvoir utiliser la musique ou les mots comme je l'aurais souhaité, ainsi que d'autres sentiments contre-transférentiels difficiles – impuissance, ennui, colère, détachement, sommeil.

Comme pour le premier type d'intervention *en marge*, il s'agit donc aussi d'un travail qui peut permettre de remettre en œuvre un processus thérapeutique apparemment 'enlisé', et là encore il s'agit d'essayer d'amener le patient à ***un état dans lequel il devient capable de jouer*** – en termes sonores-musicales (bien que dans ce cas il ne s'agisse pas d'instruments de musique ou de chant).

## **Conclusions**

Je voudrais conclure en reprenant et en essayant de répondre, à la lumière de ce qui a été dit, à une question posée dans l'introduction – une question qui, me semble-t-il, concerne de manière essentielle la question de l'**éthique musico-thérapeutique** : *dans quelle mesure* une thérapie peut-elle encore être dite « musicale » ou « à médiation musicale » ? Si, comme je l'ai dit, les « aménagements » de la technique musicothérapique que j'ai présentés ont été rendus possibles par une ***penser/observer « à orientation psychanalytique »***, il est tout aussi vrai qu'ils ont été fortement influencés par une approche de

l'*agir/interagir* « à orientation musicale ». Je veux dire par là que ces deux types d'interventions « *en marge* de la musicothérapie proprement dite », bien qu'elles n'emploient pas d'instruments et de techniques de musique, ont été mises en œuvre et conceptualisées à partir d'un **sommet musicothérapeutique**, c'est-à-dire : une sensibilité particulière à la dimension musicale et rythmique de l'interaction, une attention spécifique aux formes d'expression mimo-gestuo-postural et un agir improvisatif fondé sur la connaissance musicales et la corporéité. Je pense donc que dans des circonstances telles que celles décrites, **il est encore possible d'effectuer un travail qui peut être défini comme musico-thérapeutique** et que, en effet, cette perspective (celle des interventions *en marge*) peut **élargir l'éventail des possibilités d'intervention** à la disposition d'un thérapeute dans le cadre d'un traitement médiatisé par les sons et la musique – surtout en ce qui concerne le travail clinique dans des cas particulièrement complexes de spectre autistique ou de déficience intellectuelle. En outre, je pense que le matériel et les réflexions présentés ici pourraient contribuer à relancer et à élargir les discussions sur le type de formation nécessaire pour devenir musicothérapeute (quelles *connaissances* et *compétences* spécifiques un professionnel de la musicothérapie doit-il posséder ? et comment les acquérir ?) ainsi que sur les possibilités opérationnelles de cette discipline (quelles sont les *limites* de sa « portée » ? jusqu'où peut-elle aller ?).

## Bibliographie

- Ahonen, H. (2018). « 'Self as instrument' – Safe and effective use of self in music psychotherapy: Canadian music therapists' perceptions ». *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*, First View (Advance online publication), 1-21.
- Aigen, K. (2005). *Music-Centered Music Therapy*. Gilsum, NH, Barcelona Publishers.
- Alvarez, A. (1992). *Une présence bien vivante. Le travail de psychothérapie psychanalytique avec les enfants autistes, borderline, abusés, en grande carence affective*. Larmor-Plage, Hublot, 1997.
- Amir, D. (1999). « Musical and Verbal Interventions in Music Therapy: A Qualitative Study ». *Journal of Music Therapy*, 36(2), 144-175.
- Anzieu, D. (1979). « La démarche de l'analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle ». In R. Kaës et coll., *Crise, rupture et dépassement*. Paris, Dunod.
- Ansdell, G. (1995). *Music for Life: Aspects of Creative Music Therapy with Adult Clients*. London, Jessica Kingsley Publishers.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris, P.U.F.
- Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris, P.U.F., 2003.
- Bion, W. R. (1965). *Transformations. Passage de l'apprentissage à la croissance*. Paris, P.U.F., 2010.
- Bion, W. R. (1970). *Attention et interprétation*. Paris, Payot, 1974.
- Bollas. C. (1989). « L'objet transformationnel », *Revue française de psychanalyse*, N° 4, 1181-1199.
- Borczon, R. M. (2017). *Music Therapy: A Fieldwork Primer (Second Edition)*. Dallas, TX, Barcelona Publishers.
- Brun, A. (2019). « Construction du cadre-dispositif en situation individuelle ou groupale ». In A. Brun, B. Chouvier & R. Roussillon (2019), *Manuel des médiations thérapeutique* (2<sup>e</sup> éd.). Paris, Dunod, pp. 129-154.

- Brun, A., Chouvier, B., & Roussillon, R. (2019). *Manuel des médiations thérapeutiques* (2<sup>e</sup> éd.). Paris, Dunod.
- Chouvier, B. et coll. (2002). *Les processus psychiques de la médiation*. Paris, Dunod.
- Civitaresse, G., & Ferro, A. (2020). *Playing and Vitality in Psychoanalysis*. London, Routledge, 2022.
- Ferro, A. (2006). *Mind Works: Technique and Creativity in Psychoanalysis*. London, Routledge, 2009.
- Danon-Boileau, L. (2012). *Voir l'autisme autrement*. Paris, Odile Jacob.
- Garred, R. (2006). *Music as Therapy: A Dialogical Perspective*. Gilsum, NH, Barcelona Publishers.
- Grocke, D., & Wigram, T. (2007). *Receptive methods in music therapy*. London, Jessica Kingsley.
- Lecourt, É. (2006). *Le sonore et la figurabilité*. Paris, L'Harmattan.
- Lecourt, É. (2010). « Le son et la musique : intrusion ou médiation ? ». *Le Carnet PSY*, 142, 36-41.
- Lecourt, É. (2014). *La musicothérapie* (quatrième tirage). Paris, Eyrolles.
- Nolan, P. (2005). « Verbal Processing Within the Music Therapy Relationship ». *Music Therapy Perspectives*, 23(1), 18-28.
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1977). *Creative Music Therapy*. New York, The John Day Company.
- Ogden, T. H. (1989). « On the concept of an autistic-contiguous position ». *The International Journal of Psycho-Analysis*, 70(1), 127-140.
- Ogden, T. H. (2007). « On talking-as-dreaming ». *The International Journal of Psycho-Analysis*, 83(3), 575-589.
- Peirce, C. S. (1958). *Collected Papers of Charles Sanders Peirce*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Pisanti, O. (2018, mai). « Suonare le parole del paziente : spunti clinici per un 'parlare-come-suonare' ». Poster présenté à la conférence internationale *Music in Music Therapy : Theory, Clinical Practice, Research*, Trapani.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris, P.U.F.
- Roussillon, R. (2006). « Pluralité de l'appropriation subjective ». In F. Richard & S. Wainrib (Sous la direction de), *La subjectivation*. Paris, Dunod.
- Roussillon, R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris, Dunod.
- Roussillon, R. (2021). « Le jeu potentiel : introduction à une métapsychologie du jeu ». In A. Brun & R. Roussillon (Sous la direction de), *Jeu et médiations thérapeutiques. Évaluer et construire les dispositifs de soin psychiques*. Paris, Dunod, 2021, pp. 15-30.
- Stern, D. N. (2010). *Forms of Vitality: Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy, and Development*. New York, Oxford University Press.
- Salomonsson, B. (2007). « Semiotic Transformations in Psychoanalysis with Infants and Adults ». *International Journal of Psycho-Analysis*, 88(5), 1201-1221.
- Tustin, F. (1986). *Le trou noir de la psyché : barrières autistiques chez les névrosés*. Paris, Seuil, 1989.
- Tustin, F. (1990). *Autisme et protection*. Paris, Seuil, 1992.

- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London, Jessica Kingsley Publishers.
- Winnicott, D.W. (1965). *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris, Payot, 1989.
- Winnicott, D. W. (1969). « L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications ». In *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard, 1975.
- Winnicott, D. W. (1971a). « Jouer. Proposition théorique ». In *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard, 1975.
- Winnicott, D. W. (1971b). « Jouer. L'activité créative et la quête du soi ». In *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard, 1975.