Où en est la théorisation en musicothérapie ?

Aurélie Fraboulet-Meyer

▶ **To cite this version:**

Aurélie Fraboulet-Meyer. Où en est la théorisation en musicothérapie ? : État des lieux des modèles théoriques en musicothérapie. Revue française de musicothérapie, 2017, 36 (2). hal-03430338

HAL Id: hal-03430338
https://hal.science/hal-03430338

Submitted on 16 Nov 2021

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

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

La Revue Française de Musicothérapie

La Revue Française de Musicothérapie

ISSN : 2107-7150 Volume XXXVI - Numéro 02 - décembre 2017

« Où en est la théorisation en musicothérapie ? » Etat des lieux des modèles théoriques en musicothérapie

Aurélie Fraboulet-Meyer

Docteur en Psychologie, Psychologue Clinicienne et Musicothérapeute, Laboratoire Psychomuse Université Paris 10 Nanterre.

afraboulet.meyer@gmail.com

Résumé

Cet article propose un état des lieux des modèles théoriques en musicothérapie par le biais d'une confrontation des modèles généraux et des modèles identifiant une vision tridimensionnelle de la musicothérapie (à savoir l'articulation des trois dimensions : Musique, Relation d'aide et Champs d'Action). On observe à la fois les convergences sur l'analyse sémantique et conceptuelle de ces dimensions mais également les méthodes utilisées pour construire ces modèles. Ceci est abordé au travers d'une description précise de la musique en musicothérapie, des enjeux de la relation d'aide et de la variété contextuelle et culturelle importante des champs d'action de la musicothérapie. L'article permet d'ouvrir vers des recommandations méthodologiques et conceptuelles sur les pistes de développement des modèles à venir avec notamment une proposition d'une nouvelle perspective de la vision tridimensionnelle de la musicothérapie.

Mots clefs

Musicothérapie ; théorisation tridimensionnelle

Abstract

This paper reviews theoretical models in music therapy by putting into perspective general and tridimensional models (articulation of music, the support relationship and scope of treatment) of music therapy.We suggest that theses models show similarities with regards to semantic and conceptual analyses of their dimensions. Methods used to develop these models also overlap on some aspects.We discuss these issues through a detailed examination of music within music therapy, the stakes of the support relationship and the large range of contextual and cultural scope of music therapy. This paper recommends new ways of developping these models both on methodological and theoretical perspectives. More specifically we offer a new perspective on the tridimensional approach of music therapy.

Keywords

Musictherapy, Three-dimensional dimension.

« Où en est la théorisation en musicothérapie ? »
Etat des lieux des modèles théoriques en musicothérapie

Introduction

La recherche en musicothérapie est aujourd'hui primordiale pour faire avancer notre pratique et sa reconnaissance. Pour cela nous devons nous équiper de tous les outils nécessaires à son développement. Parmi ces outils, la construction des modèles théoriques est un des enjeux à questionner. L'objectif de cet article est de présenter un état des lieux non exhaustif de la situation actuelle de ces modèles théoriques en musicothérapie, puis de réfléchir aux pistes de développement.
L'exhaustivité étant impossible du fait d'un nombre de modèles théoriques proportionnels à celui des contextes existant en musicothérapie, deux spécificités ont été retenues dans le choix des modèles étudiés :

D'une part des modèles théoriques généraux de la musicothérapie et non des modèles spécifiques (pour éviter le biais de la confrontation de la musicothérapie à l'animation musicale par exemple).

D'autre part des modèles utilisant une vision tridimensionnelle de la musicothérapie (à savoir trois dimensions Musique - Relation d'aide - Champs d'action).

Il ne s'agit pas d'une analyse linéaire de chaque modèle, mais d'une confrontation et d'une mise en relief des thématiques clefs pour pouvoir extraire les caractéristiques de l'existant et les pistes de développement à envisager en théorisation en musicothérapie.

Théorisation

Ce qui est attendu d'une théorisation est la constitution d'un ensemble de modèles construits à partir de méthodes de conceptualisation (explicatives, interprétatives, inductives, ...). Théoriser c'est donner du sens aux pratiques cliniques, éducatives, sociales en les assurant de s'appuyer sur un ensemble de règles et de connaissances, partagées et validées. Loin de figer les pratiques dans des règles préétablies, la théorisation permet au contraire de les faire évoluer au gré de la compréhension de l'objet concerné (Ces règles n'étant valables que tant qu'elles n'ont pas été contredites et/ou modifiées).
Théoriser n'est pas propre au domaine de la Recherche. Nous passons notre vie quotidienne à théoriser tout ce qui nous entoure. Ceci parce que nous avons besoin de donner du sens à notre environnement, pour le comprendre et savoir y réagir. Pour cela, nous construisons des interprétations, des représentations (basées sur notre perception de l'environnement) pour bâtir une théorie dite du sens commun. La théorisation abordée ici, s'intègre dans la démarche scientifique propre aux sciences humaines. Elle s'écarte donc du sens commun, car elle vise une construction objective des règles de fonctionnement.

Pour extraire les règles de fonctionnement et de cohérence, la démarche scientifique nécessite une mise à distance de l'objet étudié pour l'observer sous une autre perspective et le confronter à d'autres modes de pensées. Tout comme on le ferait avec un objet d'architecture observé sous un angle de deux dimensions puis de trois dimensions, l'objet clinique sera ici observé dans ce qui fait sa nature, sa forme, mais encore son développement, etc.

Un des reproches qui est fait à l'utilisation de la démarche scientifique en sciences humaines est de manquer d'outils de formalisation (comme ceux issus des sciences dites de la nature), ne permettant pas ou peu la construction de modélisations théoriques prédictives. Ce reproche peut être largement dépassé car pour les sciences humaines, la connaissance fonctionne comme un processus de traduction ou d'interprétation « d'un objet autrement insaisissable » (Bachelard, 1999), (en opposition au constructivisme de la connaissance dans les sciences dite de la nature).

« Connaître serait ainsi rendre familier par une traduction ce qui nous est étranger » (Borutti, 2001).

Rendre familier, améliorer notre connaissance mais aussi celle des autres : n'est-ce pas l'enjeu actuel de la musicothérapie ? Si nous sommes convaincus de ses bienfaits et de sa pertinence, il nous reste aujourd'hui à démontrer notre capacité à conceptualiser, à théoriser nos pratiques.

Une vision tridimensionnelle de la musicothérapie

Comme évoqué en introduction les modèles théoriques retenus convergent vers une vision tridimensionnelle de la musicothérapie, propre aux thérapies à médiation (et le plus souvent représentée via les trois angles d'un triangle). Les auteurs se rejoignent tous sur la première dimension *Musique* mais divergent sur les deux suivantes.

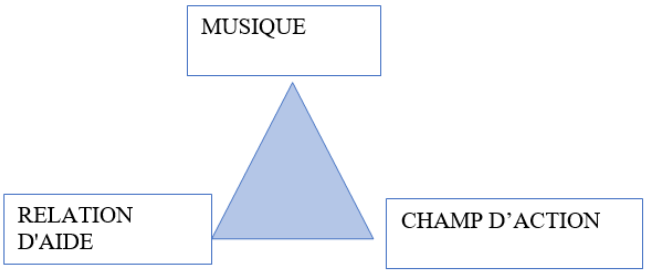

Schéma 1 : représentation tridimensionnelle de la musicothérapie

En effet, la *Relation d'Aide* est parfois ramenée à la *Thérapie* (Aigen, 2014 ; Aldrige, 2001 ; Priestley, 1994 ; Ruud, 2006 ; Wiess, 2017). Pourtant les auteurs se rejoignent majoritairement sur l'importance de positionner la musicothérapie dans une relation de type accompagnement et non uniquement thérapeutique, afin d'inclure les applications sociales, éducatives et rééducatives (précisées dans la définition de la Fédération Française de Musicothérapie, avril 2016 - www.musicotherapie-federationfrancaise.com).

Si pour certains comme Ducourneau (2014) la description des spécificités de cette relation peut passer par celle des outils utilisés à savoir les « procédés musicaux », il apparaît limité de réduire la musicothérapie aux choix de matériel du musicothérapeute.

La spécificité fondamentale de cette relation porte plutôt sur la dimension active de la relation à la musique. Contrairement à l'animation musicale, la relation d'aide se singularise en ce qu'elle favorise une rencontre avec la musique elle-même, avec soi et l'autre.

Une autre spécificité de cette relation est qu'elle s'inscrit dans une dimension créative, de par l'objet artistique qu'est la musique.

Ces deux spécificités de la relation d'aide, se retrouvent aussi dans d'autres formes d'art-thérapies. Les modèles étudiés ne suggèrent pas une spécificité propre à la musicothérapie.

En ce qui concerne la troisième dimension, le *Champ d'Action*, certains auteurs suggèrent de l'appeler par les termes de *Symptôme* ou de *Maladie* (exemple du modèle de Ruud, 2006). Mais comme précédemment cela renvoie à limiter la musicothérapie à sa dimension du soin et exclut les dimensions éducatives, sociales et rééducatives.

De plus ne pas réduire la musicothérapie au fameux « soin qui guérit », permet de sortir de l'enjeu selon lequel la preuve de l'efficacité de la musicothérapie se résume à la disparition du symptôme de la personne aidée. La musicothérapie est d'abord construction d'une relation d'aide qui vise un mieux être. Ceci permet également d'éviter le positionnement du musicothérapeute dans un rôle de « tout sachant ». Comme on le verra plus loin, le sachant ou encore l'expert est tout autant la personne accompagnée que le musicothérapeute.

Enfin il est nécessaire de considérer l'ensemble des champs d'actions potentiels de la musicothérapie. Or ils sont vastes. « Do music therapists and community musicians have different practices, or just different theories ? »

(Ansdell, 2002, p. 14). Il ne semble pas d'ailleurs qu'il y ait des contre-indications à l'utilisation de la musicothérapie. Il peut apparaître des contre-indications possibles à l'utilisation de certains modes de musicothérapie selon le public concerné mais pas sur des champs d'action à proprement parler.

Musique en Musicothérapie

Comprendre la musique en musicothérapie c'est comprendre ce qui fait sa spécificité dans le rapport de l'homme au sonore.
Le premier point est que les auteurs se rejoignent sur l'idée d'une *Musique* en musicothérapie qui ne se réduit pas à la composition musicale, instrumentale ou vocale. Comme le rappelle Lecourt (2005, 2014), la musique inclut ici tout l'univers sonore de l'homme. On considérera donc tout ce qui peut faire *Son* et peut devenir un support musical possible en musicothérapie. Lecourt décrit particulièrement l'espace sonore musical comme un espace temps subjectif et propre à chaque individu, dans lequel entrent en relation des résonnances sonores. « La question est alors de déterminer ce que l'on perçoit comme musical dans ce sonore, c'est à dire à quel moment un agrégat de sons audibles est entendu comme musique. » (2014, p.136).

La musique n'est pas en soi un outil d'accompagnement : c'est bien l'usage qui en est fait qui va lui permettre de devenir un outil dans la relation d'aide. Et ceci favorise un espace culturel, donc social et interactionnel. La musique est tout autant une préoccupation culturelle que thérapeutique (Bouteloup, 2016). L'usage de la musique en musicothérapie est bien souvent intuitif et s'appuie d'abord sur ce que la musique permet une rencontre avec soi et l'autre.

Cette rencontre est rendue possible par les caractéristiques même de la musique. On peut se référer ici aux conceptualisations d'Imberty (2005) qui rappelle les caractéristiques d'un son musical : à savoir une intention, une orientation, une direction et une intersubjectivité. Ces caractéristiques sont essentiellement des éléments de base à toute interaction sociale et culturelle. C'est donc bien l'utilisation de ces caractéristiques qui permet à la musique d'être un support dans la relation d'aide.

De plus cette rencontre est possible également parce qu'elle s'appuie sur les résonnances entre la structure psychique de la personne accompagnée et la structure musicale. Certains auteurs (Bence, 1990 ; Benenzon, 1992 ; Dewhurst-Maddock, 1995 ; Humeau, 1985 ; Lauzon, 2011) ont tenté de décrire des concepts musicaux propres à la musicothérapie, pour décrire cette résonnance. Ainsi dans son ouvrage d'anatomie musicale, Lauzon (2011) propose les concepts de *Rhythmos* (qui se réfère à l'idée qu'un individu est fait de rythmes observables dans tous les cycles de son développement humain), *Tonos* (qui permet de décrire comment chaque être humain est générateur spontané de son et par là-même créateur d'une tonalité individuelle propre) et *Harmonia* (qui renvoie à l'assemblage de nos potentialités sonores). Ceci permet de s'extraire de la musicologie ou de la sémiologie musicale et de proposer une théorie générale du système en musicothérapie.

La musique utilisée en musicothérapie serait également un outil dans la relation d'aide à travers l'acte de création qu'elle permet. « La musicothérapie est une discipline dans laquelle la pratique repose davantage sur l'intuition et la créativité ». (Sundar, 2007, p.1)

La rencontre du vécu de la musique et de la dimension créative a d'ailleurs été articulée avec les théories analytiques (Hitchcok, 1987 ; Lecourt, 2011 ; Priestley, 1994).

Cette dimension créative ouvre sur la possibilité de l'imprévisible et de l'improvisation en musicothérapie.

La conceptualisation de l'improvisation dans les modèles théoriques est souvent mise en relief avec l'importance de passer du « ‘jouer pour' au 'jouer avec' » (Atkinson, 2001). La dimension du jeu prend alors une dimension fondamentale et donne

une autre perspective à la musique en musicothérapie. « L'improvisation devient un projet commun dans lequel l'émotion est la mesure principale de la crédibilité de l'expérience » (Ruud, 1998, p. 132).

On peut également citer les modèles de Csikszentmihalyi (1990) et Silvermann (2016) qui précisent l'importance dans cette improvisation d'une « construction bi-directionnelle », c'est à dire intégrant la compétence du thérapeute et de la personne accompagnée. L'improvisation est inhérente à notre quotidien et doit être un élément central en musicothérapie. « Nous improvisons notre présent comme une performance continuelle. » (Aldrige, 2001).

La musique n'apparaît plus alors comme un simple support d'accompagnement mais bien comme un véritable partenaire dans la relation d'aide.

Sur la nature même de la musique en musicothérapie, la pertinence de la musique en tant qu'outil induit de ne pas lui chercher des caractéristiques autres que celles qui forgent sa nature propre. Ruud (2006) rappelle ainsi que le rôle de la musique en thérapie n'est pas différent de celui dans la vie de l'homme. Même si Garred (2005) tente de développer une théorie de la thérapie centrée sur la musique dans une pratique systémique orientée, il semble que le débat aujourd'hui aboutisse plutôt à l'idée qu'il n'y a pas une musique dite clinique et une musique non clinique (Lee, 2016). L'enjeu se situe bien sur l'utilisation qu'il va en être fait, avec la nécessité d'une réflexion éthique et déontologique stricte. « C'est d'abord à nos postures de musicothérapeutes qu'il faut penser pour s'assurer de donner la place correcte à la musique en musicothérapie. » (Aigen, cité par Lee, 2016, pp.75-87)

Une relation d'aide singulière

L'utilisation de la musique dans une relation d'aide met à disposition un mode de communication qui ne nécessite pas l'acquisition de codes spécifiques comme le langage verbal. Ceci facilite l'entrée et le maintien de la communication dans la situation d'échange (il n'y pas de problème de forme). Cette communication facilitée permet d'ouvrir et de restaurer des canaux d'échanges interactionnels (Lacroix). Les modélisations en neuropsychologie (et particulièrement en neuro-musicothérapie) ont confirmé l'articulation entre musique et communication par la mise en évidence d'activation des aires du langage à la présentation de stimuli musicaux. Sans suggérer que la musique est un langage (Fachner, 2007), elle s'appuie tout de même sur des dimensions langagières intrinsèques à toute situation de communication. (Altermüller, 2015 ; Bigand, 2014 ; Cross, 2014 ; Hoemberg, 2014 ; Platel, 2010, 2013 ; Thaut et Tomaino, 1998).
De plus cette communication est essentiellement corporelle. Ducourneau (2014) précise qu'« en musicothérapie nous pouvons utiliser le corps dans un registre analogique, nous tentons d'établir un code de communication repérable » (p. 29). Et ce code est bien propre à chaque interaction.

Cette communication corporelle est également émotionnelle car elle s'appuie sur nos affects, nos pulsions, nos dynamismes internes qui donnent mouvement à tout notre psychisme et notre tonus. La musique est la « métaphore des pulsions » (Rosolato, 1985).

La musique génère des sensations et perceptions particulières tant dans la mise en corps que l'élaboration de sensations, de représentations. Et réciproquement, elle peut être le produit de ce vécu corporel et émotionnel. Pour reprendre Benenzon (2004), le sonore fonctionne comme un révélateur de notre identité sonore et nous pouvons rajouter au même titre que les profils de temps décrit par Imberty (2005) ou les affects de vitalité par Stern (1989).

Ce vécu corporel et émotionnel dans la relation d'aide est une forme de corporéité sonore. La corporéité est entendue comme « le rapport incarné du sujet au monde par l'engagement moteur et sensoriel multimodal et les traces que

laissent ces représentations dans les formalismes langagiers. » (Bottineau, 2012, p. 1).

Cette corporéité devient sonore lorsque s'articulent les liens entre le psychisme de la personne et la musique utilisée et/ou produite. C'est ce qu'aborde Benenzon (1992, 2004) dans le concept d'Iso (Identité sonore) ou encore Lauzon (2011) sur les similarités de construction entre l'homme et la musique. « Nous pouvons affirmer que tous les éléments qui constituent la musique ont des liens avec l'environnement sonore dans lequel nous évoluons. Ils font partie de notre Histoire, de celle de toutes les sociétés et les cultures. Le rythme c'est la vie physiologique, la mélodie correspond à la vie affective, l'harmonie est la vie intellectuelle et le silence c'est l'écoute, la relation à l'autre. » (Berthomieu, 2014, pp. 48-49)

Si la musicothérapie fonctionne parce qu'elle met à jour cette corporéité sonore, ceci prend forme dans une dynamique relationnelle : avec soi-même et avec l'autre (le thérapeute). « La musique introduit une relation symétrique. Il y a là connivence et reconnaissance. Nous quittons la relation asymétrique avec un actif celui qui sait (le soignant) et un passif, celui qui ne sait pas (le malade). Le malade n'est plus dans une situation de dépendance, voire de soumission, à l'expertise du soignant. La musique peut rétablir le contact en fournissant à chacun des protagonistes de signes de reconnaissance mutuelle. » (Ducourneau, p.181)

Il s'agit donc d'une dynamique relationnelle où les deux protagonistes sont engagés dans une relation où les liens vont se créer, se défaire et se recréer, au grès des créations sonores (Brouard, 1996 ; Vaillancourt, 2012)

Musicothérapie : rencontre entre culture et individu

Une autre thématique qui ressort dans les modèles théoriques étudiés est l'articulation entre musique et culture. (C'est d'ailleurs tout le questionnement autours de l'origine même du sonore : est-ce un fait de nature ou un fait de culture ?)

Ansdell (2002, 2014) a conceptualisé le modèle de la « musicothérapie communautaire ». Il décrit le fonctionnement d'une musicothérapie essentiellement culturelle. Autrement dit la musicothérapie agit d'abord par ce qu'elle a de culturelle. Les articulations entre la structuration psychique de la personne accompagnée et celle du sonore utilisé, s'appuient principalement sur la dimension culturelle inscrite dans les caractéristiques de ce sonore.

Nordoff & Robins (1997) vont dans le même sens avec l'idée que la musicothérapie permet de travailler ce qui fait la dimension sociale de l'individu. Le 'musical working game' par exemple, leur permet de mettre en relief l'internalisation de la dimension culturelle de l'individu.

Le modèle de Ruud (1980) allait déjà en ce sens en suggérant de penser la musicothérapie d'abord comme un mouvement culturel plus que comme une profession de soin. Mais avec la reconnaissance aujourd'hui des impacts thérapeutiques, éducatifs, sociaux, et loin de dénigrer l'impact culturel, c'est la spécificité de chaque situation qui doit être considérée (Aasgaard, 1999 ; Kenny, 1996 ; Turry, 2001).

Ansdell ajoute que pour saisir cette dimension culturelle, il faut penser la personne dans un continuum temporel : de l'individu à la communauté. Ceci peut être articulé aux travaux de Stige (2014) qui suggèrent que le temps individuel et communautaire ne sont pas les mêmes. Il décrit notamment l'importance de considérer la polyrythmie des différents systèmes (micro-, méso-, exo- et macro-système) sous la forme d'un modèle écologique, qui permet à la musicothérapie de s'inscrire dans cette perspective culturelle. La rencontre avec le sonore se situe dans un continuum hors cadre qui ne peut pas être saisi sans cette prise de perspective.

Reconnaître l'intérêt de cette perspective a de nombreux intérêts (Higgins, 2012 ; Veblen, 2013). Tout d'abord elle permet d'éviter le morcellement

des champs d'actions que connaît la musicothérapie (comme évoqué précédemment leur nombre est proportionnel à la variété culturelle et contextuelle de la musicothérapie).

De plus cela favorise la possibilité pour les musicothérapeutes d'équilibrer leur identité à la fois de musicien et de thérapeute, en utilisant leur propre spécificité culturelle.

Elle offre enfin, l'adaptabilité des cadres et dispositifs thérapeutiques. La musicothérapie fonctionne car elle permet de sortir d'un cadre d'accompagnement généralisé et standardisé (Miyake, 2016). Elle permet la considération de l'individu dans son contexte.

Wood (2016) va plus loin en proposant l'idée d'une matrice comme modèle pour les processus développés au sein des prises en charge de musicothérapie : quelque chose de mouvant et non hiérarchique permettant de faire évoluer le cadre en fonction des besoins de la personne accompagnée. « La musicothérapie est un exemple de la façon dont la musique crée une structure à l'intérieur et entre nous » (p. 5).

Nombreux sont les auteurs à souligner l'importance de préserver cette modularité et cette possibilité de ne pas se limiter à une seule approche (Fachner, 2006, 2007 ; Sundar, 2006 ; Wilson, 1970)

Pour illustrer l'importance de cette thématique dans les modèles théoriques, on retiendra la métaphore proposée par Ansdell (2002, 2014) de l'ensemble des courants musicothérapeutiques comme une « caravane en marche », ornée d'autant de drapeaux qu'il existe de musicothérapeutes.

Cette diversité doit être considérée comme un atout et la conceptualisation en musicothérapie ne doit pas construire de modèle rigide et standardisé.

« Chaque pratique, chaque discipline se sont développées plus loin sur leur propre chemin mais n'ont pas fusionné. Et heureusement car cela aurait été perdre la spécifique de chaque champ » (Ansdell, 2002).

Et sur la conceptualisation en musicothérapie

Sur le développement de cette théorisation on peut retenir quelques recommandations à travers ces différents modèles :

L'induction

Les auteurs se rejoignent sur l'importance de recourir à l'induction comme raisonnement logique pour extraire des informations et construire des modèles explicatifs et interprétatifs. Le modèle explicatif permet de donner du sens au fonctionnement de la musicothérapie, tandis que le modèle interprétatif permettre de donner du sens à la nature même de la musicothérapie. Le refus de chercher des lois absolues s'appuie sur le fait qu'il n'y aurait aucun sens compte tenu de la nécessité d'adaptabilité et d'évolution (Fachner, 2007). Tout modèle en musicothérapie n'aura de vérité qu'à travers l'histoire dans laquelle il s'inscrit. L'enjeu pour la musicothérapie est donc de trouver des histoires qui se complètent, convergent mais sans oublier leurs contextes.

Comme évoqué précédemment, l'une des spécificités en musicothérapie est de s'inscrire dans des temporalités, des continuum particuliers. (Churchill, 2015). Pour bien s'en saisir, il est nécessaire d'ancrer les conceptualisations dans des narrations (au même titre que la narration en musique). Le but n'étant pas de rechercher une vérité, mais une réalité du temps et de l'espace du moment en question (Baxter, 2007 ; Knoll, 2012 ; Pavlicevic 2009 ; Wheeler 2002).

« La Musicothérapie est une discipline qui a évolué hors de la pratique et qui s'adresse aux besoins du patient à sa maladie, son comportement, son histoire... donc la Musicothérapie est liée à un patient et un thérapeute. » (Fachner, 2007, p. 2)

Le qualitatif

Si c'est bien souvent ce que nous prenons pour un défaut, l'utilisation de données qualitatives est en réalité une richesse sur le plan scientifique. D'ailleurs quels que soit les domaines, aujourd'hui de plus en plus d'études proposent des analyses qualitatives. A partir du moment où la méthodologie s'appuie sur les recommandations de la démarche scientifique en sciences humaines (Bachelard, 1999), le qualitatif à toute sa place dans l'élaboration de théories. C'est aussi ce que rappelle O'Callaghan (2012) à travers la *Grounded theory* et la nécessité en musicothérapie de s'appuyer sur le vécu du chercheur et sur la diversité des données recueillies.

La standardisation

Croire que la musique et la création artistique peuvent être utilisées de manière standardisée, limite les possibilités que cette même création peut offrir (car elle laisse peu de place à l'improvisation par exemple). Il est donc fondamental selon ces auteurs de ne pas modéliser des protocoles standardisés au risque de perdre ce qui fait la spécificité même de la musicothérapie.

Selon Fachner (2007) pour s'éloigner de la standardisation, il faut rechercher une conceptualisation basée sur le partage et la conscience des variabilités. Aldrige (2001) l'évoquait déjà rappelant qu'il « existe un besoin inhérent de cette diversité des méthodes de recherche (et de clinique) pour s'adapter à la singularité des contextes. Nous devons admettre que ce sujet de recherche n'a pas de méthode orthodoxe généralisable. » Il ajoute que « la pratique est même plus complexe qu'une réduction théorique ».

Conclusion

La théorisation en musicothérapie est riche et variée. Mais la confrontation des modèles proposés dans cet article doit nécessairement être approfondie, ne serait-ce que pour l'élargir à des modèles moins généraux. Il faudra pour cela s'interroger sur la façon de conceptualiser des modèles théoriques en respectant d'une part la transversalité disciplinaire nécessaire et d'autre part en préservant l'authenticité de la pensée en musicothérapie.

En ce qui concerne le positionnement de la musique comme critère constitutif de la musicothérapie, on observe qu'il évolue, prend des positions plus ou moins importantes selon le modèle en question. La musique en musicothérapie est à la fois sonore et créativité. Ce qui est certain est la nécessité d'approfondir non pas ce qu'est la musique pour les musicothérapeutes, mais la musique en situation de musicothérapie.

La dimension de l'esthétique a été peu abordée dans cet article. Peut-être est-ce un questionnement moins spécifique à la musicothérapie et plus global aux arts-thérapies ? On peut aussi s'interroger sur la spécificité de l'acte de création musicale ?

Enfin, au regard du travail de confrontation théorique réalisé ici, il est possible de faire une proposition d'évolution du modèle standard de tridimensionnalité de la musicothérapie.

Si les trois dimensions sont bien sûr pertinentes, leur forme et organisation peuvent être discutées.

Tout d'abord une forme ronde plutôt qu'un triangle serait plus adaptée : le passage d'une dimension à une autre ne peut suivre une ligne rectiligne comme le côté d'un triangle. Si l'on considère seulement la directionnalité ou encore l'imprévisibilité de la musique, il s'agit d'abord d'une trajectoire. Or une trajectoire, n'induit pas obligatoirement une vision rectiligne.

Ensuite une représentation en trois dimensions plutôt qu'en deux dimensions serait plus appropriée. Et ceci parce que la musicothérapie induit une matière qui ne peut pas être mise à plat dans une représentation en deux dimensions, à savoir un temps et un espace. Il faut conserver la possibilité de les percevoir en mouvement et en contexte. Cette nouvelle perspective fait

également référence à ce qu'évoque Bouteloup (2016) à propos de la polyrythmie musicale. La polyrythmie musicale « désigne une superposition de plusieurs rythmes différents. Les structures rythmiques qui la constituent se déroulent simultanément et indépendamment les unes des autres. » Il est possible d'ajouter que même s'il peut y avoir indépendance, ce qui nous intéresse en musicothérapie ce sont les interactions entre ces structures.

Pour dire encore autrement, il s'agit d'une musicothérapie qui a pour but une rencontre par le sonore mais qui est elle-même une rencontre de plusieurs dimensions (sonore, psychique, culturelle, créative, esthétique, ... etc.). C'est cette notion d'intangible, d'ineffable régulièrement décrite en musique qui doit être considérée.

"But because our practice hinges on music which is intangible, ineffable and diffuse, music therapy theory construction is by necessity, a slow, hand and messy business. As Heidegger advises we must keep our thinking sails 'trimmed hand to the wind' when it comes to music therapy theory and anything else that matters." (Rykov, 2005, p. 5).

Bibliographie

Aasgaard, T. (1999). Music therapy as milieu un the hospice and paediatric oncology ward. In Aldridge, D. (ed.) Music therapy in palliative care. New voices. London : Jessica Kingsley

Aigen, K. (2014). The study of music therapy: current issues and concepts. New York : Routledge

Aldridge, D. E. Franco, G. D. E. Ruud, E. E. & Wigram, T. E. (2001). Music Therapy in Europe. Ismez: Rome

Altermüller, E. Finger, S. Boller, F. (2015). Music, neurology and neurosciences : evolution, the musical brain, medical conditions and therapies. Amsterdam : Elsevier

Ansdell, G. (2002). Community music therapy and the winds of change, Voices: A World Forum for Music Therapy, 2, 2.

Ansdell, G. (2014). Revisiting “Community music therapy and the winds of change” (2002): An original article and a retrospective evaluation, International Journal of Community Music, 7, 1, pp. 11-45.

Atkinson, J. (2001). Survey of community music in the UK. Unpublished report, Speedwell trust.

Bachelard, G. (1999). Le nouvel esprit scientifique. Paris : PUF.

Baxter, H. T., Berghofer, J. A., MacEwen, L., Nelson, J., Peters, K., & Roberts, P. (2007). The Individualised Music Therapy Assessment Profile (IMTAP). London: Jessica Kingsley

Bence, L. Méreaux, M. (1990). Guide pratique de la musicothérapie. Escalquens : Dangles

Benenzon, R.O. (1992). Théorie de la musicothérapie à partir du concept d'Iso. Paris : Non Verbal.

Benenzon, R.O. (2004). La musicothérapie : la part oubliée de la personnalité. Paris : De Boeck

Berthomieu, A. (2014). La musicothérapie en acte, tout au long de la vie. Paris : Non Verbal

Bigand, E. Tillman, B. (2015). Introduction to the Neurosciences and Music V: cognitive stimulation and rehabilitation. Annals of the New York Academy of Sciences. Vol. 1337

Borutti, S. (2001). Théorie et interprétation. Pour une épistémologie des sciences humaines. Paris : Payot

Bottineau, D. (2012). Parole, corporéité, individu et société. L'embodiment entre le représentationnalisme et la cognition incarnée, distribuée, biosémiotique et enactive dans les linguistiques cognitives. Intellectica, p.187-220

Bouteloup, P. (2016). La musique et l'enfant à l'hôpital. Paris : Eres.

Brouard, V. (1996). Musicothérapie : une aide à la relation. Paris : Non Verbal

Churchill, V. (2015). What do we do? Music therapy and assessment: Considerations for 21st century practice. Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy, 7(2), 207-211.

Cross, I. (2014). Music and communication in music psychology. Psychology of music, 42, 6, pp. 809-819

Csikszentmihalyi, M. (1990). Flow : the psychology of optimal experience. New York : harper and row.

Dewhurst-Maddock, O. (1995). La thérapie par les sons. Paris : le courrier du livre

Ducourneau, G. (2014, 2nd Edition). Eléments de musicothérapie de Ducourneau Paris : Dunod.

Fachner, J. (2006). Music and altered states of consciousness an overview. In D. Aldridge & J. Fachner (Eds.), Music and altered states Consciousness, transcendence, therapy and addictions (pp. 1537). London: Jessica Kingsley

Garred, R. (2005). Fusing (or confusing ?) the terms "music therapy" and "community music" : a plea for clarification". Contribution to moderated discussions. Voices : a world forum for music therapy. Retrieved october local community. Oslo Norway.

Higgins, L. (2012). Community music: In Practice and in Theory, Oxford: Oxford University Press

Hitchcok, D.H. (1987). The Influence of Jung's Psychology on the Therapeutic Use of Music. Approaches, vol.1, issue2

Humeau, S. (1985). Les musiques qui réunissent. Principes et pratiques de la musicothérapie. Paris : Retz.

Imberty, M. (2005). La Musique creuse le temps : de Wagner à Boulez. Musique, psychologie et psychanalyse. Paris : L'harmattan.

Kenny, (1996). The dilemma of uniqueness: An essay on consciousness and qualities, Nordic Journal of Music Therapy, 5: 2

Knoll, C. (2012). Assessments Toolbox: Starting Point for Effective Therapy. USA: Music Works Publications

Lacroix, C. (2016). Musicothérapie en santé mentale : silence et résonnances. Paris : Non verbal.

Lauzon, P. (2011). Anatomy of a musical being : a music systems theory of music therapy, Voices, 11, 1.

Lee, C.A. (2016). Book review : “The Study of Music Therapy: Current Issues and Concepts” (Kenneth S. Aigen). Approaches : An Interdisciplinary Journal of Music Therapy, First View), 1-3.

Lecourt, E. (2005). La musicothérapie. Paris : Eyrolles

Lecourt, E. (2011). Le contact sonore. De Freud à la musicothérapie analytique de groupe. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 57, 2, pp.157-170

Lecourt, E. (2014). La musicothérapie : une synthèse d'introduction et de référence pour découvrir les vertus thérapeutiques de la musique. Paris : Eyrolles

Miyake, H. (2016). Conference report. The 10TH European music therapy conference. A symphony of dialogues. Approaches : an interdisciplinarity journal of music therapy. First view, pp.1-5

Nordoff, P. and Robbins, C. (1977). Creative Music Therapy, New York: John Day.

O'Callaghan, C. (2012) Grounded theory in music therapy research. Journal of music therapy, 49, 3.

Pavlicevic, M., Ansdell, G., Procter, S., & Hickey, S. (2009). Presenting the Evidence: The Up to Date Guide for Music Therapists Responding to the Demands for Clinical Effectiveness and Evidence-Based Practice. London: Nordoff-Robbins Music Therapy Centre

Platel, H. (2010). Le cerveau musicien. Neuropsychologie et psychologie cognitive de la perception musicale. Paris : De Boeck

Platel, H. (2013). Neuropsychologie et art : Théories et applications cliniques. Paris : De boeck Solal

Priestley, M. (1994). Essays on analytical music therapy. Barcelona Publishers. Phoenixville, PA

Rosolato, G. (1985). Eléments de l'interprétation. Paris : Gallimard

Ruud, E. (1980). Music therapy and its relationship to current treatment theories. Saint Louis, MMB

Ruud, E. (1998). Music therapy : improvisation, communication, culture. Gilsum NV : Barcelona.

Ruud, E. (2006). Aspects of a theory of music therapy. Nordic journal of music therapy, vol 15(2), pp. 172-176.

Rykov, M. (2005) One size fits all or what is music therapy theory for. A World Forum for Music Therapy, 5, 1.

Thaut, M.H, McIntosh G.C. and Hoemberg V. (2015). Neurobiological foundations of neurologic music therapy: rhythmic entrainment and the motor system. Frontiers in Psychology, vol.5

Tomaino, C.M. (1998). Clinical applications of music neurological rehabilitation. Saint Louis : Magna Music Baton

Turry, A. (2001). Performance and product: Clinical implications for the music therapist, Practice Showcase, Musictherapyworld.net

Silverman, M.J., Baker, F.A. (2016). Flow as a mechanism of change in music therapy : application to clinical pratice. Approaches : an interdisciplinary journal of music therapy, first view, pp.1-9.

Stern, D. (1989). Le monde interpersonnel du nourrisson. Paris : PUF

Stige, B. (2014, 2e edition). Music therapy an art beyond word. New York : Routledge

Sundar, S. (2006). How to Introduce Standards for Competent Music therapy, Education and Training in Countries where Music Therapy is in an Early Stage of Development. Voices: A World Forum for Music Therapy. Retrieved January 30, 107

Sundar, S. Fachner, J. (2007). Addressing diversities in music therapy theory, practice and research : major challenges. Voices : a world forum for music therapy, vol.1

Vaillancourt, G. (2014). Music therapy : a community approach to social justice. Arts in Psychotherapy, 39 (3), pp.173-178

Veblen, K. Messenger, S. Silverman, M. and Elliott, D. (2013). Community Music Today, Plymouth: Rowman & Littlefield Education.

Wheeler, B. (2013). Music Therapy Assessment. In R. F. Cruz & Feder, B. (Eds.), The Art and Science of Evaluation in the Arts Therapies (2nd Edition). Springfield, IL: Charles C Thomas

Wiess, C. Dass, A. Gilboa, A. (2017). Surveying the clinical and theoretical trends of music therapists : the israeli case. Voices, vol.17

Wilson, T. P. (1970). Concepts of interaction and forms of sociological explanation. American Sociological review, 35(4)

Wood, S. (2016). The matrix. A modal of community music therapy process. Voices : A world forum for music therapy, 6(3).