



Article de synthèse

Évolutions paradigmatiques et représentations des place et fonction de la musique, du patient et du thérapeute en musicothérapie

Paradigmatic Shifts and Representations of the Place and Function of Music, the Patient, and the Therapist in Music Therapy

François-Xavier Vrait

Institut de Musicothérapie, Faculté de Médecine, Université de Nantes, Nantes, France

RÉSUMÉ

Une « musicothérapie fonctionnelle » est basée essentiellement sur le pouvoir inhérent et les effets de la musique sur l'individu. La « musicothérapie analytique » ainsi que les formes d'improvisation clinique de la "Creative Music Therapy" reposent sur la prise en compte et le rôle fondamental de la relation thérapeutique entre patient et thérapeute. Issu notamment des recherches et de l'évolution des neurosciences et de la psychologie cognitive, se dessine ces dernières années un modèle de musicothérapie plus « intégrative » : les musicothérapeutes les plus récemment formés disposent désormais des enseignements incluant à la fois les concepts psychodynamiques et analytiques, les contributions de la musicothérapie créative, ainsi que les données des modèles cognitivistes et des apports neuroscientifiques. Leur double compétence musicale et médicopsychologique les autorise à penser et mettre en œuvre des dispositifs de soin complexes, intégrant les données neuroscientifiques relatives aux fonctions musicales dans la plasticité cérébrale, tout en préservant une véritable « clinique du Sujet », dans laquelle le patient est au centre du dispositif thérapeutique.

ABSTRACT

A "functional music therapy" is based essentially on the inherent power and effects of music on the individual. "Analytical music therapy" and the forms of clinical improvisation of Creative Music Therapy are based on the fundamental role of the therapeutic relationship between patient and therapist. Stemming in particular from research and developments in neuroscience

MOTS-CLÉS

musicothérapie fonctionnelle, musicothérapie créative, musicothérapie analytique, musicothérapie intégrative, relation thérapeutique

KEYWORDS

Functional music therapy, creative music therapy, Analytical music therapy, inte-grative music therapy, therapeutic relationship

ARTICLE HISTORY

Published : 29 March 2026



Corresponding author :

François-Xavier Vrait | Francois-Xavier.Vrait@univ-nantes.fr | Institut de Musicothérapie, Faculté de Médecine, Université de Nantes, Nantes, France

Copyright : © 2026 by the authors. | Licensee : Luminous Insights, Wyoming, USA.



This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

and cognitive psychology, a more “integrative” model of music therapy has emerged : the most recently trained music therapists now have courses that include both psychodynamic and analytical concepts, the contributions of creative music therapy, as well as data from cognitive and neuroscientific models. Their dual musical and medical-psychological competence allows them to think and implement complex care devices, integrating neuroscientific data relating to musical functions into brain plasticity, while preserving a true “clinic of the subject”, in which the patient is at the center of the therapeutic device.

I. Introduction

Les échanges interdisciplinaires nous permettent vraiment de mieux comprendre les enjeux neuropsychologiques, thérapeutiques, musicologiques, esthétiques et artistiques, mais aussi de porter un regard neuf - novateur - sur l'histoire et les développements de la matière musicale : et notamment sur ce que sont, et ce que furent, les pratiques traditionnelles des musiques modales, dans leurs enracinements culturels pluriels. La connaissance - et la reconnaissance - de ces traditions musicales et de ce qu'elles impriment dans la psyché, dans le corps, dans les groupes sociaux et les identités culturelles ne sont pas sans atteindre et modifier les savoirs psychologiques et neuroscientifiques, autant que ceux-ci nous donnent à penser sur le sens et l'intérêt de ces pratiques artistiques, de ces codes musicaux et de leurs représentations dans l'histoire de nos sociétés et nos espaces culturels.

Nous évoquerons quelques étapes qui ont jalonné ces dernières décennies, pour autant que chacune de ces phases successives détermine une forme de représentation de la musicothérapie, en attribuant une place et une fonction précise aux constituants essentiels de ces dispositifs thérapeutiques : la place et la fonction du thérapeute, la place et la fonction du patient, la place et la fonction de la musique.

Le terme de « musicothérapie » est en fait assez récent dans notre langue française, même si les liens entre musique et médecine sont anciens, en référence aux diverses pratiques et expérimentations menées depuis l'antiquité, et sans doute depuis l'apparition des sociétés humaines. Mais nous allons nous en tenir à la période qui court de l'après deuxième guerre mondiale, soit de la moitié du siècle dernier, jusqu'à nos jours. C'est-à-dire depuis que des musicothérapeutes ont commencé à penser leur approche cli-

nique en tant que professionnels à part entière.

En effet, depuis toujours, les écrits relatant des expériences de soins ayant recours à l'utilisation de la musique avaient toujours été le fait de médecins. Dans les années 1930-40, un nom va émerger, celui d'un musicien néerlandais vivant aux Etats-Unis, Willem Van de Wall. De Wall détaille les fonctions de la musique dans le soin et les traitements institutionnels auprès d'enfants et d'adultes handicapés, déficients intellectuels, malades mentaux ; il énumère les différents types de propositions musicales possibles en fonction des pathologies rencontrées, etc. Ses travaux vont avoir un impact sur le développement futur des pratiques musicales dans les lieux de soin, et influencer le domaine de la musicothérapie aux USA, mais aussi dans les pays du nord de l'Europe qui, à sa suite vont poursuivre et développer des formes de musicothérapie centrées sur l'apprentissage et la pédagogie musicale. Les travaux de Willem van de Wall peuvent être considérés en ce sens comme un tournant décisif dans l'appropriation par les musicothérapeutes, de leur art, de la spécificité de leur métier jusqu'alors expérimenté et pratiqué par des médecins mélomanes (Van De Wall, 1936, 1946). Une nouvelle fonction est née, avec une pensée propre sur son exercice professionnel et les formes de sa clinique.

2. Musicothérapie fonctionnelle : les effets de la musique

Une première période s'ouvre en Europe dans les années 1950-60. La logique en est simple, et facilement compréhensible. Il s'agit d'une musicothérapie centrée essentiellement sur les effets de la musique. D'une part avec le postulat que la musique détient en elle-même un pouvoir et produit des effets que le thérapeute doit connaître : ce sont des effets sur le corps (effets psychophysiologiques),

et sur le psychisme (effets psychoaffectifs). D'autre part avec l'idée que chaque personne écoute et reçoit la musique en fonction de son état affectif. Ce deuxième présupposé repose sur le constat qu'une personne par exemple déprimée, ne pourra se sentir en sympathie qu'avec une musique aux accents tristes, alors qu'une personne en état d'exaltation ou d'euphorie répondra plus facilement à l'appel d'une musique enjouée, plutôt rythmée.

Ces affirmations reposent sur une forme d'intuition et sur la généralisation d'un vécu personnel largement partagé sur le pouvoir de la musique. Cette manière de penser la musique et ses effets n'est pas nouvelle, et s'inscrit dans cette longue tradition de la musique modale, et des vertus curatives des différents modes musicaux. Chaque mode musical dégage une atmosphère particulière, provoque un état différent. En conséquence, dans la Grèce antique - et en cohérence avec le contexte culturel, philosophique et anthropologique – face à la manifestation d'un dérèglement, d'un trouble du comportement, sera préconisée l'utilisation d'un mode musical particulier, afin de permettre le rétablissement de l'équilibre souhaité en accord avec l'harmonie universelle.

Les penseurs dans le monde arabe médiéval vont faire significativement évoluer cette conception.

Grand théoricien de la musique, mais aussi philosophe et médecin, Ibn Ishāq Al-Kindī (ix^e siècle) reste très imprégné de la pensée issue des peuples de l'antiquité sur la manière de vivre et de ressentir les différentes modalités musicales. Il va cependant se détacher progressivement de l'influence grecque en avançant l'idée, pour la première fois dans l'histoire de la musique, que la manière de vivre et de recevoir la musique diffère selon la culture de l'auditeur :

Tout le monde n'est pas mis en émoi par le son d'un seul et même instrument, mais au contraire chaque catégorie [d'hommes] a des affinités propres, ainsi du Persan qui n'est pas ému au son des orgues et des gongs, et de l'Indien et du Rūmī [Romain oriental ou Syrien] qui ne le sont pas au son du tunbūr de Khorasan (Abou Mrad, 1989a, p. 41)

À la fin du x^e siècle Ḥasan al-Kātīb, dans une «Théorie des effets qu'exercent les modes musicaux sur l'âme», donne des conseils pour leur utilisation raisonnée :

Les mélodies douces et mitigées font généralement du tort à l'auditeur aux premiers moments et elles lui procurent un sentiment d'affliction. Il est donc préférable de placer les mélodies douces vers la fin pour qu'on puisse en retirer une sensation de repos et de quiétude, car, si les mélodies fortes se succèdent, l'âme se lassera à les suivre et les sens auront de la peine à les assimiler et à les reproduire; il leur faut du repos pour s'en délasser. [...] Donc, les mélodies fortes, vigoureuses et mâles seront nécessairement séparées entre elles par celles qui sont douces, relâchées et féminines, qui serviront de repos de temps à autre, car l'âme se lasse et se fatigue à chaque fois qu'elle s'exalte et s'anime (Abou Mrad, 1989a, p. 82; Shiloah, 1972a, p. 175).

Nos collègues musicothérapeutes des années 1950-60 n'avaient sans doute pas pris connaissance de tout ce pan de l'histoire de notre spécialité, de ces références multiséculaires aux vertus thérapeutiques des modalités musicales. Sinon, ils auraient parfaitement bien compris et apprécié le lien entre les balbutiements de leurs recherches empiriques en musicothérapie, et la filiation directe qui les relie aux observations cliniques et aux travaux de al-Kindī ou al-Kātīb, décrivant ce que je peux me permettre de nommer aujourd'hui une «*musicothérapie modale*».

Ne pouvant raisonnablement se contenter d'un vécu général ou de seules impressions sur les effets de la musique, ils ont donc recherché d'autres fondements à leur intuition thérapeutique, en procédant à un traitement statistique sur les effets psychophysiologiques et psychoaffectifs de la musique, par l'observation des réactions des sujets à l'écoute de tel ou tel extrait musical. Ils vont ainsi constituer un fichier, collectant méthodiquement un répertoire d'œuvres à utiliser, et notifiant précisément ce que le musicothérapeute peut espérer comme amélioration de l'état du patient (apaisement, dynamisation, modification thymique, etc.).

Dans cette perspective, l'idée générale qui guide l'action et la pratique du musicothérapeute peut s'exprimer par «*l'utilisation des effets de la musique.*», et détermine une première posture paradigmatique du musicothérapeute, favorisant l'utilisation des fonctionnalités musicales (Vrait, 2022). Le thérapeute s'appuie sur la capacité propre de la musique

(notamment de l'audition musicale) à faire passer l'individu d'un état à un autre.

Cela va permettre de structurer, en France notamment, un ensemble de techniques de musicothérapie, à base de montages musicaux préétablis et diffusés au patient, en fonction des effets thérapeutiques recherchés. Cette technique générique a pris le nom de « *technique des 3 œuvres* ». Trois extraits musicaux associés : le premier extrait tente de refléter l'état psychologique du patient avant ou au début de la séance. Cette musique cherche à entrer en résonance avec les aspects pathologiques et à les exprimer, afin que la personne puisse s'y reconnaître. Le deuxième extrait vient en quelque sorte neutraliser ces ressentis morbides, et préparer la troisième audition décrite comme une « œuvre thérapeutique », qui doit réaliser l'action recherchée (Guilhot et al., 1973, p. 101). De cette technique générique, il est possible de décliner un grand nombre de méthodes, adaptées à divers troubles ou comportements pathologiques, recherchant les effets souhaités : dynamisation, apaisement, détente, endormissement, effets anxiolytiques, analgésiques, antalgiques, etc. Des indications ont pu être précisées, des méthodologies aussi, comme la détente ou relaxation psychomusicale, en psychiatrie, dans l'accompagnement de soins douloureux, de chirurgie dentaire, en pré- et post-anesthésie, etc. Cette méthodologie est en cohérence et en adéquation avec le modèle médical, visant à identifier les manifestations pathologiques, sélectionner et administrer un traitement, évaluer l'amélioration du ressenti du patient ou de son comportement. Dans sa configuration la plus radicale, la présence du thérapeute n'est pas vraiment requise ni même nécessaire. La musique est l'agent thérapeutique principal, elle génère les effets escomptés. Le thérapeute se trouve en situation d'être le « technicien » qui établit le protocole, organise la réalisation du soin, note et évalue les résultats.

En France, la société *Music Care*® (créée par Stéphane Guétin en 2008, www.music-care.com) représente parfaitement la mise en œuvre d'une « musicothérapie fonctionnelle », en commercialisant un procédé de « soin par la musique », sous la forme d'une application numérique téléchargeable. Le client peut sélectionner un programme musical de son choix parmi une liste proposant des styles musicaux variés. Cette méthode, dite « *séquence en U* » est une reprise à l'identique de la *technique des 3 œuvres*, et les pro-

grès technologiques permettent dorénavant au patient de bénéficier de l'application à son domicile et de manière autonome. Elle ne requiert pas la présence d'un thérapeute : la fonctionnalité musicale est recherchée pour elle-même, la musique est utilisée pour ses effets, son pouvoir générateur de mieux-être, inducteur de changements psychoaffectifs et comportementaux.

Les travaux de recherches touchant aux « effets sédatifs de l'audition de séquences monodiques modales versus harmoniques tonales », menés actuellement au Liban (principalement à l'Université Antonine), entrent dans cette forme de « *musicothérapie fonctionnelle* », mettant en avant les fonctionnalités musicales et leurs effets positifs (sur l'anxiété, la douleur, les comportements...).

Dans le cadre de la *musicothérapie fonctionnelle*, la question sous-jacente et implicite du thérapeute peut se formuler ainsi : « *Qu'est-ce que la musique fait au patient ?* ».

3. Musicothérapie créative, musicothérapie analytique : la relation thérapeutique en musicothérapie

Une deuxième période s'ouvre, dès le début des années 1980 en France, sous l'impulsion du Pr Edith Lecourt, très largement suivie par un grand nombre de musicothérapeutes. Sans doute en réaction vis-à-vis de la place laissée vacante au thérapeute dans le modèle développé par la musicothérapie fonctionnelle et comportementale. Dans une de ses publications, le docteur Jacqueline Verdeau-Paillès interroge le vécu de ses patients en musicothérapie dans le Service où elle exerce : « Mais que leur fait donc la musique ? ou plutôt que font-ils de la musique ? » (Verdeau-Paillès & Bonnefoy, 1980, p. 119). Ce renversement de la question révèle en lui-même un retournement radical, une conversion fondamentale dans la conception de la musicothérapie. Il vient manifester un changement de paradigme, et réinterroge la place et la fonction de la musique, du patient et du thérapeute dans le cadre et les dispositifs élaborés comme espaces de soin en musicothérapie.

Cette forme de révolution dans la pratique clinique permet d'ailleurs à nos collègues français de rejoindre une forme de proximité avec les musicothérapeutes américains, australiens, anglo-saxons et scandinaves notamment, dont l'expérience clinique se déploie dans ce que nous pouvons regrouper sous le terme de « *musicothérapie d'improvi-*

sation». Le travail du musicothérapeute, s'appuyant essentiellement sur la pratique instrumentale et l'improvisation ouvre un chemin théorico-clinique qui conduit à situer la relation thérapeutique et son analyse au centre des processus de changements.

Ce n'est plus la musique et ses effets thérapeutiques qui sont au centre de la préoccupation, de l'attention et de la réflexion du musicothérapeute, c'est la *relation thérapeutique* établie entre patient et thérapeute qui devient première, centrale, et le principal moteur de la dynamique thérapeutique.

C'est ainsi que le musicothérapeute américain Kenneth E. Bruscia exprime l'importance de la relation thérapeutique : «[en musicothérapie] le thérapeute aide le client à promouvoir sa santé, en utilisant des expériences musicales et les relations qui se développent à travers elles, comme des forces dynamiques de changement»¹ (Bruscia, 1987, p. 20). La relation créée dans l'improvisation musicale agit comme un levier, amplifiant les «forces dynamiques» qui impulsent les changements et les transformations souhaitées. En Angleterre, l'Association Professionnelle de Musicothérapie en Grande Bretagne (APMT) ne dit pas autre chose : «La musicothérapie détermine un cadre dans lequel une relation mutuelle est établie entre le client et le thérapeute. [...] En utilisant la créativité dans un contexte clinique, le thérapeute cherche à établir une interaction, une expérience musicale commune menant à la poursuite des objectifs thérapeutiques»² (APMT, citée par (Bunt et al., 2002, p. 10)).

Toutefois la musicothérapie d'improvisation s'engage dans deux voies distinctes, des chemins parallèles issus de courants de pensée différents.

D'une part, une musicothérapie créative (*Creative Music Therapy*) est fortement portée par le mouvement de psychologie humaniste venu des États-Unis avec les travaux de Carl Rogers. À l'origine de ce courant de pensée, Paul Nordoff et Clive Robbins travaillent sur «la relation musicale» entre patient et thérapeute (Nordoff & Robbins, 1971). Leurs écoles vont s'implanter dans de nombreux pays.

Dans cette musicothérapie créative, le thérapeute commence par improviser, en essayant de refléter musicale-

ment ce qu'il observe ou ressent des états émotionnels du client. Il cherche à créer un contact avec lui à travers une atmosphère appropriée. Puis lorsqu'un lien commence à s'établir, il fait en sorte de susciter une réponse musicale –instrumentale ou vocale– de la part du client. L'improvisation commune se développe à partir de l'élément rythmique de base fondamental, constitué par la pulsation. Le thérapeute repère les compétences du client, les cellules rythmiques ou mélodiques qui reviennent, les reprend et les organise dans des jeux d'imitation. Dans cette relation installée sur un mode musical, le thérapeute soutient et favorise une libre expressivité du client.

D'autre part, durant la même période, une musicothérapie analytique (*Analytical Music Therapy*) constitue un second courant, conduit au Royaume Uni par plusieurs personnalités de référence psychanalytique. La France ne sera pas en reste, notamment avec les travaux du professeur Édith Lecourt, qui constitueront l'objet des principaux travaux dans les décennies qui vont suivre (Lecourt, 1988a, 1993, 2005, 2007, 2007).

Dans cette musicothérapie analytique, qu'elle soit proposée sous forme d'audition musicale ou d'une musicothérapie plus active, lorsque le musicothérapeute propose à son patient d'écouter un extrait de musique, d'exprimer ce qu'il ressent, ou encore d'utiliser un instrument de musique, ou sa voix, etc., il ne se pose pas tant la question de savoir «ce que la musique lui fait», mais plutôt «ce que le patient fait de la musique qui lui est donné à entendre, ou à produire». Une grande liberté méthodologique est laissée à l'appréciation et à l'analyse du thérapeute, qui est sensible essentiellement au jeu relationnel –et musical□ qui s'installe avec le patient. Le concept d'*improvisation clinique*, particulièrement approprié à cette manière de concevoir cet espace de musicothérapie, est initié et théorisé par des musicothérapeutes comme Tony Wigram, et surtout Kenneth Bruscia qui décrit une variété de procédés, de techniques relationnelles pouvant servir de repères pour le thérapeute : l'imitation, le reflet, le dialogue sonore, etc. (Bruscia, 1998; Wigram, 2004; Wigram & Pedersen, 2002). Il s'agit de proposer à un patient, ou un groupe de patients, dans un cadre thérapeutique (spécifiquement construit et défini en tant qu'espace de soin) une «*expérience musicale*», des expériences musicales, au travers desquelles, et avec l'aide du thérapeute, il pourra élaborer, à son rythme, une ma-

¹ Traduit par nos soins.

² Traduit par nos soins.

nière de transformer son rapport à lui-même, aux autres et au monde. Parmi elles *l'imitation*, au travers de laquelle le patient va pouvoir se sentir entendu, pris en considération : il perçoit un écho de sa propre production, et éprouve le sentiment d'empathie du thérapeute à son égard. Le musicothérapeute peut aussi tenter de renvoyer musicalement les sentiments, les émotions qu'il perçoit chez le patient : c'est ce qu'il nomme le *reflet*. Le *dialogue sonore* est ce procédé par lequel patient et thérapeute communiquent, échangent entre eux sur un mode musical. Le thérapeute peut précéder et contenir l'improvisation du patient en initiant une forme d'ostinato rythmique à partir duquel le patient se sentira soutenu et encouragé dans son expression et son improvisation.

L'improvisation clinique constitue d'une certaine manière le « cœur de métier ». Le thérapeute est dans une forme « d'accompagnement » du patient, dans la double acception du terme, accompagnement musical en même temps qu'accompagnement relationnel et thérapeutique. Dans ce dispositif, le positionnement du thérapeute intègre harmonieusement les concepts issus de la Creative Music Therapy aussi bien que les modèles de musicothérapie analytique.

Dans cette conception du travail de musicothérapie, que ce soit dans une forme de musicothérapie analytique ou de musicothérapie créative, la question sous-jacente et implicite du thérapeute devient : « *Que fait le patient de la musique qu'il est invité à écouter ou à construire dans un cadre thérapeutique ?* ».

Loin des questions qui l'animaient lorsqu'il cherchait à connaître et à utiliser les seuls effets de la musique, le musicothérapeute est dorénavant centré sur la « relation thérapeutique » en tant que possible levier de transformation du Sujet. La musique n'est pas considérée pour les effets thérapeutiques qu'elle pourrait avoir en elle-même. C'est le patient qui est au centre, l'acteur principal, le sujet de sa thérapie. L'utilisation de la musique sera un moyen pour lui, et dans la relation thérapeutique qu'il établit avec le thérapeute, de s'ouvrir à une plus grande expressivité, ou à une meilleure communication avec son entourage, de développer ses potentialités créatrices, d'analyser, au travers de ses liens intimes avec la musique son propre rapport à lui-même, au corps, aux affects, au langage, aux autres, au monde.

À tel point que la question des effets de la musique a pu être reléguée très loin dans la préoccupation des musicothérapeutes, ou pour le moins à devenir très secondaire.

4. Musique et plasticité neuronale : l'apport des neurosciences

Avec les années 2000 une autre période s'ouvre, initiée par les considérables progrès dans le domaine de l'imagerie médicale. L'imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (IRMf) permet désormais de localiser de manière extrêmement précise l'activité de chaque partie du cerveau en « temps réel » : il devient de ce fait possible de visualiser sur écran les aires cérébrales qui sont activées en relation directe avec une stimulation sensorielle, et par conséquent d'avoir une vision globale et détaillée de l'activité du cerveau. Evidemment, les applications sont immenses, dans le domaine de la cognition, de la pédagogie, mais aussi sur le terrain médical, psychologique et thérapeutique.

Les neuropsychologues vont s'intéresser aux effets de la musique sur le cerveau, en s'appuyant pour une part sur des travaux issus de la neurobiologie. Depuis quelques années le grand public est avantageusement informé des remarquables avancées des neurosciences et l'intérêt, par exemple, de jouer d'un instrument de musique, ou plus simplement encore d'écouter une musique agréable : l'audition et la pratique musicale ont des retentissements bénéfiques sur le bien-être et la santé, en favorisant l'activité de plusieurs neurotransmetteurs.

La recherche a pu mettre en évidence comment le simple fait de prendre du plaisir à une occupation va libérer de la dopamine. La dopamine est un neurotransmetteur, mais aussi une neurohormone : elle agit comme une hormone, c'est-à-dire en ayant une action et produisant des effets dans l'ensemble de l'organisme. La dopamine engendre des sensations agréables et multisensorielles, comme les frissons, le sentiment de se sentir porté, touché, ému, bercé, autant de phénomènes accompagnant fréquemment l'audition d'une musique appréciée. Ces impressions agréables vont provoquer une nouvelle sécrétion de dopamine, autrement dit le déclenchement de ce que les neuropsychologues nomment le « circuit du plaisir et de la récompense ». Or, l'activation du circuit du plaisir et de la récompense entraîne dans le cerveau la production d'endorphine. L'endorphine est un autre neurotransmetteur dont les ef-

fets peuvent être rapprochés de ceux des opiacés³, avec une agréable sensation de bien-être et surtout une puissante action analgésique : les vécus douloureux sont modifiés, accompagnés d'une diminution de la tension musculaire et de l'anxiété. L'écoute musicale, en favorisant ou renforçant le circuit de la récompense, agit efficacement sur le ressenti douloureux : elle décentre l'attention du sujet, stimule la production d'endorphine, et modifie le rapport à la douleur non seulement par des effets sensoriels, mais aussi affectifs.

Il faudrait de même évoquer l'importance du rôle de l'ocytocine, ce neurotransmetteur qui favorise le plaisir d'être ensemble, de participer aux interactions sociales, de vivre des relations apaisées. Les relations sociales, les contacts physiques amicaux ou intimes, le sentiment amoureux, toute situation vécue agréablement, va contribuer à libérer de l'ocytocine dans l'organisme. Or la musique peut efficacement jouer ce rôle, et faciliter la sécrétion d'ocytocine, notamment lorsque la production musicale se déploie dans une activité de proximité relationnelle. Cet afflux d'ocytocine déclenche à son tour une libération de sérotonine, autre neurotransmetteur ayant une action bénéfique sur le système émotionnel, l'anxiété, la régulation de l'humeur, le sommeil. Tout cela permet de mieux comprendre en quoi les stimulations musicales produisent des chaînes de réponses neurochimiques dans les circuits neuronaux et modifient l'état émotionnel, comportemental et social du sujet.

Écouter de la musique, faire de la musique déclenche des effets neurobiologiques qui provoquent à la fois plaisir, détente musculaire, apaisement psychique, affermissement de liens sociaux ; ce plaisir ressenti, mieux-être intérieur et développement de relations sociales paisibles, va déclencher en retour les mêmes productions hormonales, dans un renforcement positif et réciproque des causes et des effets.

Parallèlement à ces travaux concernant les aspects biochimiques du cerveau, des neuropsychologues se sont penchés sur l'activité cérébrale dans le fonctionnement psychologique, et notamment dans le cadre de l'audition musicale ou de toute activité musicale. Ce sont par exemple

les travaux du Pr Hervé Platel, qui met en évidence comment le cerveau traite distinctement les aspects perceptifs et émotionnels de la musique (Platel & Anthérion, 2014). La neuroimagerie médicale met en évidence que la musique, les informations musicales sont réceptionnées dans de nombreuses aires cérébrales avec des traitements spécifiques dans chacune d'elles. Ces recherches peuvent avoir des applications directes chez les patients atteints de troubles neurodégénératifs (une maladie d'Alzheimer par exemple) chez qui des fonctions musicales peuvent être préservées alors que les capacités langagières sont sérieusement atteintes ; ou encore leur capacité à apprendre et à mémoriser de nouvelles musiques, ou de nouvelles chansons, car les circuits neuronaux qui concernent la mémoire musicale à long terme sont distincts des processus neurofonctionnels sollicités pour la mémoire verbale.

Toutes ces recherches font appel à ce que les neuroscientifiques appellent la plasticité cérébrale, cette compétence du cerveau à se remodeler en fonction du contexte. Le cerveau réagit et se restructure, se recompose. En d'autres termes l'environnement peut modifier le cerveau, et en l'occurrence, l'écoute musicale, la pratique musicale modifient la structure cérébrale. Dans le cas de lésions cérébrales et de diverses pathologies, la musique peut permettre de développer des nouveaux circuits pour contourner des zones endommagées.

Ce sont donc les neurosciences qui ont permis aux musicothérapeutes de réintroduire la question des effets de la musique dans la pensée sur leurs dispositifs de musicothérapie. Les avancées significatives de la recherche sur la place de la musique dans le fonctionnement cérébral intéressent et concernent évidemment les musicothérapeutes au niveau de la pratique clinique. Cette évolution se vérifie à plusieurs niveaux dans le domaine de la musicothérapie. Elle conforte la reconnaissance de la spécialité au sein de la communauté scientifique en se conformant aux critères de l'EBM (Evidence Based Medicine), elle élargit considérablement les champs d'applications, et pour le musicothérapeute lui-même elle constitue un nouveau changement de paradigme.

³L'endorphine est aussi appelée endomorphine (morphine sécrétée de manière endogène : l'organisme produit ainsi les produits morphiniques dont il a besoin)

5. Conclusion : vers une musicothérapie intégrative

Ces ouvertures neuropsychologiques viennent bousculer et réinterroger les convictions du musicothérapeute. La première démarche consistait à placer la musique au centre de la préoccupation du professionnel : elle est le « sujet », et elle agit : « ce que la musique fait (au patient) ». Le patient n'est que l'objet du pouvoir fonctionnel de la musique, laquelle est en mesure d'opérer des modifications psychiques et comportementales.

Dans une deuxième étape, le renversement des propositions révolutionne –au sens le plus radical– la pratique clinique, et surtout la représentation que le professionnel a de la musicothérapie. « Ce que le patient fait (de la musique) » : le patient devient le sujet et l'acteur de sa thérapie.

Les études neuropsychologiques concernant la manière dont le cerveau traite la perception et l'émotion musicales, la manière dont la musique modifie et recompose le cerveau, réintègrent de fait dans la musicothérapie la question des effets de la musique. Cependant, le questionnement n'est plus de même nature. La discipline a eu le temps de se structurer, d'éprouver la validité de ses fondements et d'asseoir une pratique clinique cohérente et conceptualisée. La place de la musique est dorénavant comprise et intégrée dans une relation thérapeutique, dans laquelle le patient est l'acteur et le sujet. Cette nouvelle étape inaugure un nouveau paradigme à partir duquel la musicothérapie va toujours être centrée fondamentalement sur le sujet, en s'intéressant à « ce que le patient fait... de ce que la musique lui fait ». Les développements actuels des pratiques de musicothérapie se dirigent vers une forme beaucoup plus intégrative. En effet, les musicothérapeutes les plus récemment formés disposent désormais du recul historique sur leur discipline, des enseignements incluant à la fois les concepts psychodynamiques, les apports de la Creative Music Therapy comme de la musicothérapie analytique. Leur double compétence musicale et médicopsychologique les autorise à penser et mettre en œuvre des dispositifs de soin complexes, intégrant les données neuroscientifiques relatives aux fonctions musicales dans la plasticité cérébrale, tout en préservant toutefois, et c'est un élément essentiel, une véritable « clinique du Sujet », dans laquelle le patient est au centre du dispositif thérapeutique.

François-Xavier Vrait - Directeur de l'Institut de Musicothérapie de Nantes. Coordinateur pédagogique du Diplôme Universitaire de Musicothérapie, faculté de médecine de Nantes

Note de l'auteur

Cet article est publié par Luminous Insights à la suite du transfert de la revue depuis son ancien éditeur, l'Université Antonine. Cet article n'a pas été publié ailleurs auparavant, et Luminous Insights est l'unique éditeur de référence pour cette version dans le cadre de la continuité de la publication de la revue.

Cite as

Vrait F. (2026). Évolutions paradigmatiques et représentations des place et fonction de la musique, du patient et du thérapeute en musicothérapie. *Revue des Traditions Musicales*, 17(1), 4–12. 10.51300/RTM-2023-132

Références

- Abou Mrad, N. (1989). *Musicothérapie chez les Arabes au Moyen-Âge* (Thèse de médecine). Université Paris Des-cartes V.
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Charles C. Thomas.
- Bruscia, K. E. (1998). *Defining music therapy*. Barcelona Publishers.
- Bunt, L., Hoskyns, S., & Swamy, S. (2002). *The handbook of music therapy*. Brunner-Routledge.
- Guilhot, M.-A., Guilhot, J., Jost, J., & Lecourt, E. (1973). *La musicothérapie et les méthodes nouvelles d'association des techniques*. ESF.
- Lecourt, E. (1988). *La musicothérapie*. PUF.
- Lecourt, E. (1993). *Analyse de groupe et musicothérapie : le groupe et le sonore*. ESF.
- Lecourt, E. (2005). *Découvrir la musicothérapie*. Eyrolles.
- Lecourt, E. (2007). *La musicothérapie analytique de groupe : improvisation, écoute et communication*. Fuzeau.
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1971). *Music therapy in special education*. John Day.

- Platel, H., & Anthérion, C. (2014). *Neuropsychologie et art : théories et applications cliniques*. De Boeck Solal.
- Shiloah, A. (1972). *La perfection des connaissances musicales : traduction annotée du traité de musique arabe d'al-Hasan ibn Aḥmad ibn 'Alī al-Kātib*. Geuthner.
- Van de Wall, W. (1936). *Music in institutions*. Russell Sage Foundation.
- Van de Wall, W. (1946). *Music in hospitals*. Russell Sage Foundation.
- Verdeau-Paillès, J., & Bonnefoy, V. (1980). *De la transmutation subjective à la recherche d'une identité*. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie.
- Vrait, F.-X. (2022). *La musicothérapie*. PUF Que sais-je ?
- Wigram, T. (2004). *Improvisation : Methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., & Pedersen, I. N. (2002). *A comprehensive guide to music therapy : Theory, clinical practice, research, and training*. Jessica Kingsley Publishers.