

Concepts de pédiatrie sociale en communauté et musicothérapie : Une perspective
herméneutique.

Sandrine Zuyderhoff

Mémoire

Département
des
Thérapies par les arts

Répond partiellement aux exigences
du programme de Maîtrise en Arts
Université Concordia
Montréal, Québec, Canada

Mars 2015

© Sandrine Zuyderhoff, 2015

UNIVERSITÉ CONCORDIA

École d'enseignement supérieur

La présente certifie que le mémoire préparé

Par : SANDRINE ZUYDERHOFF

S'intitulant : Concepts de pédiatrie sociale en communauté et musicothérapie : Une perspective herméneutique.

Et soumis en réponse partielle aux exigences du programme de

Maîtrise en Arts (Thérapies par les arts, option musicothérapie)

Respecte les règlements de l'université et remplit les normes de base en matière d'originalité et de qualité.

Signé par le comité d'évaluation finale :

_____ Directrice
Laurel Young

_____ Évaluatrice
Laurel Young

_____ Évaluateur
Jason D. Butler

_____ Superviseure
Guylaine Vaillancourt

Approuvé par _____
Stephen Snow, Directeur du Département *Creative Arts Therapies*

_____ ANNÉE _____
Catherine Wild, Doyenne de la Faculté des Beaux-Arts

Résumé

Concepts de pédiatrie sociale en communauté et musicothérapie : Une perspective herméneutique.

SANDRINE ZUYDERHOFF

Cette étude vise à approfondir la compréhension des concepts de pédiatrie sociale appliqués à la musicothérapie grâce à une recherche herméneutique. La musicothérapie est intégrée à l'approche de pédiatrie sociale au Québec depuis 2011, mais aucune recherche reliant ces deux approches n'a été écrite. L'intention est de développer un premier cadre théorique documentant et alimentant la pratique de la musicothérapie en pédiatrie sociale en communauté. Les concepts clés en pédiatrie sociale, une approche dérivée de la médecine sociale et implantée au Québec par le Dr Gilles Julien, ont été explorés par le biais d'entrevues avec des musicothérapeutes pratiquant en pédiatrie sociale. Cette recherche a permis de dégager les thèmes principaux de leur pratique qui s'inscrivent dans un continuum d'interventions en musicothérapie. Les résultats décrivent l'interprétation, la compréhension et l'application des concepts de pédiatrie sociale par les musicothérapeutes pratiquant au sein de cette approche. Neuf thèmes sont présentés: une approche fondée sur les besoins de l'enfant, qui vise des objectifs variés et qui tient compte du contexte bio-psycho-social, la dimension sociale du travail des musicothérapeutes en pédiatrie sociale et les avantages perçus de la musique en tant qu'outil d'intervention, un refuge contre le stress, la présence des parents, le savoir-être nécessaire pour pratiquer en cohérence avec les concepts de pédiatrie sociale. La réflexion de l'auteure est présentée sous forme d'auto-herméneutique en vue d'approfondir la compréhension de chacun des thèmes présentés. La recherche est limitée au contexte actuel de la musicothérapie pratiquée au sein du *Mouvement de pédiatrie sociale en communauté* et aux exigences du programme de maîtrise de l'Université Concordia. *Mots clés : pédiatrie sociale, communauté, musicothérapie, herméneutique, enfants, psychosocial, stress, participation des parents.*

Remerciements

Je souhaite remercier ma directrice de mémoire, Dr. Guylaine Vaillancourt, ainsi que les professeures en musicothérapie, Dr. Laurel Young et Dr. Sandi Curtis, de l'Université Concordia. Merci d'être des modèles de rigueur et de professionnalisme. Merci à mes participantes d'avoir partagé leur expérience avec autant de générosité.

Je souhaite remercier l'équipe de la Fondation Dr Julien pour son ouverture. En plus d'être une équipe de travail accueillante et conviviale, vous m'inspirez, me permettez de me développer et de tendre vers le meilleur de moi-même. Merci à mon père, François Craig, pour l'élan, et à ma mère Maaike Zuyderhoff, pour les sages conseils. Enfin, merci à Pascal Bédard pour les dialogues socratiques, le soutien indéfectible et la confiance.

« Et notre folie sera grande et notre mémoire sera longue. »

-Les Sœurs Boulay

Table des matières

Chapitre 1 – Introduction	1
Énoncé d'intention	1
Pertinence en musicothérapie	2
Présomptions et biais	3
Délimitations.....	4
Question de recherche.....	5
Définitions opérationnelles	5
Chapitre 2 – Recension des écrits	6
Le cadre conceptuel de la pédiatrie sociale.....	6
Les concepts centraux du modèle de pédiatrie sociale	9
Besoins de l'enfant et histoire éco-bio-développementale	9
Forces de l'enfant, des parents et du milieu.....	10
Attachement	10
Résilience et motivation.....	11
Identification des stress toxiques	12
Droits de l'enfant	12

Attentes, culture et société	12
Trajectoire de vie et bien-être	13
Santé, bien-être et musique	13
Musicothérapie.....	14
Musicothérapie communautaire.....	15
Musicothérapie et attachement	17
Musicothérapie en pédiatrie sociale.....	18
Chapitre 3 – Méthodologie	20
Orientation philosophique.....	20
La recherche herméneutique	21
Position de l’auteure	22
Participants.....	23
Étapes de l’étude.....	24
Collecte de données-Distanciation.....	25
Analyse de données-Interprétation	26
Compréhension-Auto-herméneutique.....	26
Chapitre 4 – Résultats et Discussion.....	28
Limites	28
Résultats.....	28

Une approche basée sur les besoins, en fonction du contexte de l'enfant	29
Un continuum d'interventions pour répondre à des objectifs variés	32
Une dimension sociale	34
Un refuge contre le stress.....	35
Savoir-être.....	36
Les avantages de la musique comme outil d'intervention thérapeutique	37
Participation des parents	38
Implications et recherche future.....	40
Conclusion	40
Références.....	42

Table des figures

Figure 1. Continuum de services en pédiatrie sociale. Figure tirée du document de codification (Fondation Dr Julien, 2013). Utilisée avec permission	9
Figure 2. Technique de codage multinominal.....	26
Figure 3. Intervention isolée versus intervention en globalité.....	31
Figure 4. Continuum d'interventions en musicothérapie en pédiatrie sociale en communauté.....	33

Chapitre 1 – Introduction

Le courant de médecine sociale né en Europe dans les années 1850 a donné naissance à la pédiatrie sociale, formellement définie en 1962 comme une approche qui « considère l'enfant – en santé ou non – dans le contexte des groupes auxquels il appartient et des cercles dans lesquels il se développe » (Lindström & Spencer, 1995, p. 23, traduction libre). Le Dr Gilles Julien a implanté la pédiatrie sociale en communauté dans deux quartiers défavorisés de Montréal. Ce modèle encourage l'engagement social afin d'améliorer l'équité sociale et économique entourant les enfants, de sorte qu'ils puissent prendre la meilleure trajectoire de vie possible (« Le modèle de pédiatrie sociale en communauté, » n.d.). Cette approche allie médecine, droit et autres professions en santé et services sociaux pour accompagner les enfants en situation de vulnérabilité selon leurs besoins et leurs forces (Fondation Dr Julien, 2013; Lindström & Spencer, 1995). Depuis 2011, la musicothérapie fait partie des disciplines intégrées à l'approche de pédiatrie sociale en communauté au Québec.

Énoncé d'intention

Cette étude vise à amorcer la compréhension de l'intégration des concepts de pédiatrie sociale et de musicothérapie grâce à une recherche herméneutique. Cloutier (2009) mentionne la nature malléable de la musicothérapie et les défis que cela suppose : l'intervention musicothérapeutique est teintée par le contexte, la culture et l'approche théorique selon laquelle elle est exercée. En pratiquant dans un contexte, une culture et une approche théorique de pédiatrie sociale, l'auteure a développé une pratique clinique qu'elle croit unique, importante et de qualité. Le but de cette recherche n'est pas de mesurer ou d'évaluer l'impact de la musicothérapie en pédiatrie sociale, mais bien d'en documenter les concepts et la pratique en tenant compte de la nature diversifiée du travail en pédiatrie sociale; on ne propose pas ici la vision d'une seule intervention, mais plutôt la compréhension des principes qui sous-tendent les interventions actuellement menées. L'intérêt de documenter cette pratique clinique réside entre autres en la possibilité d'influencer positivement d'autres milieux. La présente étude comblera

une lacune dans les écrits, puisqu'il n'existe aucun écrit décrivant la musicothérapie dans un contexte de pédiatrie sociale et les particularités de la combinaison de ces deux approches. De plus, les autres centres de pédiatrie sociale et les musicothérapeutes intéressé(e)s à y travailler pourront éventuellement se référer à ce document, qui tracera un premier cadre théorique de la musicothérapie en pédiatrie sociale en communauté et une base pour ouvrir un dialogue et faire avancer les connaissances en musicothérapie et en pédiatrie sociale. En ouvrant un tel dialogue, il est espéré que la discipline de la musicothérapie tendra vers les meilleures pratiques possibles.

Pertinence en musicothérapie

Le mouvement de la pédiatrie sociale est en croissance depuis 2008, année où a été mis en place le mouvement de pédiatrie sociale regroupant alors huit centres au Québec. Treize centres de pédiatrie sociale en communauté sont maintenant en fonction et trois sont en développement. Ces centres reprennent le modèle adapté par le Dr Julien dans d'autres régions du Québec identifiées par la présence de facteurs de vulnérabilité. La croissance du mouvement de pédiatrie sociale en communauté concorde avec l'intérêt croissant pour l'approche de la musicothérapie communautaire. Depuis les années 2000, les congrès d'associations professionnelles en musicothérapie, les publications académiques et les articles de presse mentionnent davantage cette approche qui attire l'attention de musicothérapeutes. En effet, au Canada, la musicothérapie communautaire fait partie des trois approches les plus citées dans un sondage recensant les pratiques en musicothérapie (Curtis, 2013).

Depuis peu, la musicothérapie est intégrée à la diversité des disciplines mises à la disposition de l'enfant en pédiatrie sociale, parmi la psychoéducation, l'ergothérapie, l'art-thérapie et l'orthophonie (Fondation Dr Julien, 2013). L'intégration de la musicothérapie dans un milieu semblable est récente et peu représentée dans les écrits. L'ajout de thérapies alternatives telles la musicothérapie en pédiatrie sociale s'est avéré efficace pour que les enfants puissent exprimer ce qui s'exprime difficilement par les mots ou dans des thérapies plus traditionnelles (Fondation Dr Julien, 2013). Le document de codification développé par la Fondation Dr Julien (2013) est le seul document qui décrit brièvement les modalités de la musicothérapie en pédiatrie sociale en communauté. Il y est mentionné que la musicothérapeute peut offrir des

suivis thérapeutiques auprès des enfants et fournir un accompagnement adapté aux besoins de l'enfant. Même si plusieurs approches et courants de musicothérapie pourraient être adaptés au contexte de pédiatrie sociale, seule l'influence de l'approche communautaire est mentionnée dans ce document.

Pour mieux comprendre la relation entre la musique, la santé et le bien-être, il est nécessaire d'ouvrir un dialogue entre les différentes professions de la santé et les professions musicales, incluant la musicothérapie (DeVelder, 2012; Macdonald, 2013). L'intégration de la musicothérapie dans un contexte de pédiatrie sociale représente une telle amorce de dialogue.

Comme nous le verrons dans le prochain chapitre, la recension des écrits suggère que le modèle de la pédiatrie sociale en communauté rejoint diverses initiatives en musicothérapie sur le plan théorique. Par contre, aucune étude n'existe quant aux liens entre ces deux approches, que ce soit en théorie ou en pratique. Les chapitres suivants présenteront donc les liens entre ces deux approches, tels que mis en lumière par le processus herméneutique.

Présomptions et biais

L'expérience de l'auteure en tant que musicothérapeute dans deux centres de pédiatrie sociale depuis trois ans la porte à croire que la musicothérapie est un outil efficace dans l'approche de pédiatrie sociale en communauté. Sa compréhension des concepts de pédiatrie sociale et de leur application en musicothérapie est déjà amorcée, par son immersion et son travail dans le milieu de pédiatrie sociale. Tout en reconnaissant que son savoir tacite et ses préconceptions ont une influence sur le processus de recherche (Olofsson, 2009), l'auteure a veillé à rester ouverte aux découvertes pendant les étapes de recherche, par exemple en utilisant une technique de codage permettant l'émergence de thèmes principaux et secondaires.

Il a été présumé que les musicothérapeutes interrogées seraient familières avec les concepts de pédiatrie sociale. Le guide d'entretien a donc été conçu en fonction de ces concepts. Cette démarche avait pour but de donner une base objective aux entretiens.

Un biais pourrait découler des liens préexistants entre l'auteure et les deux musicothérapeutes travaillant en pédiatrie sociale qui ont été interrogées pour les besoins de la recherche. Les milieux de la musicothérapie et de la pédiatrie sociale au Québec étant tous les

deux relativement restreints, l'auteure connaît les deux participantes à titre de collègues. Un des dangers de ce double rôle est que les participantes aient pu être tentées de répondre 'comme il se doit' aux questions d'entrevue. L'auteure s'est assurée de créer un environnement d'entrevue propice à établir un sentiment de confiance. Pour s'en assurer, l'auteure a adopté une attitude de curiosité et d'ouverture lors de la préparation, de la conduite et de l'analyse des entrevues. Le but de la recherche a été expliqué aux participantes en début de rencontre, avec une emphase sur l'aspect descriptif et exploratoire du processus. De plus, la position de l'auteure a été expliquée; celle-ci se positionnant davantage comme une paire, selon la définition de Bruffee (1999), que comme une experte lors des entretiens, de manière à réduire l'aspect hiérarchique au minimum. Le guide d'entretien a été préparé à partir des thèmes de pédiatrie sociale, tels que décrits dans le document de codification, et des thèmes prédominants dans les écrits recensés. En revanche, il est espéré que ce biais aura permis un échange limpide et ouvert, permettant une compréhension approfondie des données recueillies.

Même si la musicothérapie communautaire partage certains principes de l'approche de pédiatrie sociale, d'autres approches en musicothérapie ont aussi été explorées, autant dans la recension des écrits que dans les entrevues, notamment l'approche cognitivo-comportementale et l'approche humaniste. L'auteure désire ainsi éviter de limiter les résultats de la recherche et rester ouverte à des résultats inattendus, attitude propre à la recherche qualitative (Aigen, 2005).

Délimitations

L'étude est délimitée par le cadre conceptuel et administratif de la pédiatrie sociale au Québec. Il n'existe pas encore de certification officielle pour détenir l'appellation de Centre de pédiatrie sociale en communauté (CPSC). Par contre, un réseau a été mis en place, sous le nom de *Mouvement de pédiatrie sociale en communauté*, afin de favoriser la transmission des connaissances sur le mouvement entre les centres. Ce réseau constitue le sujet de cette recherche. En plus des centres d'Hochelaga-Maisonneuve et de Côtes-des-Neiges, à Montréal, où l'auteure pratique, tous les centres de pédiatrie sociale en communauté en action au moment de l'étude ont été approchés afin de savoir s'ils avaient une musicothérapeute à leur emploi.

Question de recherche

La question de recherche s'articule comme suit :

Comment les concepts de pédiatrie sociale en communauté sont-ils interprétés, compris et appliqués par les musicothérapeutes pratiquant dans un contexte de pédiatrie sociale en communauté?

Les prochains chapitres présentent une recension des écrits, la présentation de la méthodologie en recherche herméneutique, les résultats et une discussion en lien avec la question de recherche.

Définitions opérationnelles

Dans le présent texte, le «contexte» est défini comme l'ensemble des conditions culturelles, sociales, historiques, personnelles, économiques, qui entourent l'enfant et qui ont un impact sur son développement

Le terme «musiquer» est choisi pour traduire le terme anglais *musicking*. « *Musiquer* est prendre part, de quelque façon que ce soit, à une performance musicale, que ce soit en jouant, en écoutant, en pratiquant, en composant ou en dansant» (Small, 2011). L'utilisation de ce mot se veut dépourvue de jugement de qualité; on ne peut pas bien ou mal musiquer, contrairement à jouer de la musique.

Le terme «vulnérabilité» est utilisé dans le présent texte selon la définition retenue en pédiatrie sociale, soit : « l'enfant en situation de vulnérabilité est celui qui se heurte à des obstacles persistants dans sa vie, empêchant le développement de son plein potentiel et allant à l'encontre de ses droits énumérés dans la Convention relative aux droits de l'enfant. » (Fondation Dr Julien, 2013). De plus, la vulnérabilité est vue comme un état non-permanent influencé par plusieurs facteurs internes et externes à l'enfant, et non une caractéristique stable de l'enfant.

Chapitre 2 – Recension des écrits

Cette section présente la recension des écrits qui touchent la pédiatrie sociale et la musicothérapie. On y situe la pédiatrie sociale dans le contexte historique et théorique, les concepts centraux de la pédiatrie sociale et leurs correspondances en musicothérapie. Les mots clés *besoins de l'enfant, histoire éco-bio-développementale, forces de l'enfant, forces des parents, forces du milieu, attachement, résilience, motivation, stress toxique, droit des enfants, attentes, culture, société, trajectoire de vie et bien-être* ont été combinés et recherchés avec les mots-clés *musicothérapie, musique et thérapie* dans les moteurs de recherche *PsycINFO, ProQuest, Medline et Pubmed*. Les périodiques suivants ont été consultés : *Journal of Canadian Music Therapy/Revue canadienne de musicothérapie, Nordic Journal of Music Therapy, Voices : A World Forum for Music Therapy, Journal of Music Therapy, British Journal of Music Therapy, Music Therapy Perspectives, Australian Journal of Music Therapy, Journal of Arts in Psychotherapy, American Journal of Community Psychology, Journal of Child Psychology and Psychiatry, Alternative Therapies in Health and Medicine, Frontiers in Psychology, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, ainsi que d'autres périodiques en sciences sociales et en sciences de la santé.

Le cadre conceptuel de la pédiatrie sociale

Jusqu'en 2006, il n'existait pas de définition opérationnelle de la pédiatrie sociale au Canada (Guyda, Razack et Steinmetz, 2006). Aujourd'hui, la pédiatrie sociale en communauté se définit ainsi :

Un modèle de médecine sociale intégrée centré sur les besoins de l'enfant et axé sur les forces de l'enfant, de la famille et du milieu. Son objectif est d'accompagner les enfants en situation de vulnérabilité tout au long de leur trajectoire de vie et ce, dans le respect de la Convention relative aux droits de l'enfant. (Fondation Dr Julien 2013, p.66)

Le Dr Gilles Julien est le pionnier de la pédiatrie sociale au Québec, laquelle s'est concrétisée par l'ouverture du premier centre (Assistance d'enfants en difficulté, AED) dans

Hochelaga-Maisonneuve en 1997, puis par celui de Côte-des-Neiges (Centre de soins préventifs à l'enfance, CSPE) en 2003, tous deux à Montréal, et enfin par la création de la Fondation Dr Julien qui vise à promouvoir la pérennité de l'approche de pédiatrie sociale (« Historique de la fondation, » n.d.). En 2013, son équipe de professionnels en transfert des connaissances a créé un cadre conceptuel, édité sous la forme du document de codification (Fondation Dr Julien, 2013). Ce document vise à définir les éléments centraux de la pédiatrie sociale en communauté. Les concepts centraux, identifiés par un processus de recherche mené par l'équipe du transfert de connaissances sont l'histoire éco-bio-développementale; l'identification des besoins; l'identification des droits bafoués; la mise en évidence des sources de stress toxiques; la mise en lumière des forces de l'enfant, de la famille et du milieu; la recherche des motivations et de la résilience de l'enfant; la compréhension des attentes, de la culture et de l'identité; l'identification du lien d'attachement et la trajectoire de vie et le bien-être de l'enfant comme finalité (Fondation Dr Julien, 2013). Ces concepts guident le travail de chaque intervenant en pédiatrie sociale et définissent la particularité et la complexité de cette approche. Ils sont approfondis dans les paragraphes suivants.

Les enfants qui vivent dans une situation de vulnérabilité sont ceux ciblés par l'approche de la pédiatrie sociale en communauté. La vulnérabilité est principalement influencée par le milieu de vie de l'enfant, qui crée des obstacles à son développement. Par exemple, les enfants issus d'un quartier présentant un indice de statut économique élevé sont mieux préparés pour réussir leur entrée scolaire (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000; Vuille & Sundelin, 1995). Dans ces quartiers, l'accessibilité et la disponibilité des services, autant récréatifs que médicaux, permettent le développement optimal des enfants.

Les études indiquent que les enfants vulnérables à leur entrée à l'école sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés dans leur parcours scolaire, mais cela n'est pas une certitude. Différents facteurs peuvent orienter la trajectoire des enfants tout au long de leur parcours scolaire. Être vulnérable ne signifie donc pas être voué à l'échec scolaire, mais plutôt être moins bien outillé que les autres pour profiter pleinement de ce que l'école peut offrir. (Blanchard, Lavoie, Comeau, Quesnel & Guay, 2014, p. 11)

Un centre de pédiatrie sociale agit dans un quartier défavorisé comme un hôtel thérapeutique (Ausloos, 2010) et permet d'en influencer les caractéristiques, telles que la qualité des relations parentales, les réseaux de soutien du quartier et le soutien de la communauté, et augmente ainsi les chances de réussite des enfants de ce quartier (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000). En tant qu'entreprise sociale, le modèle de pédiatrie sociale fournit des services sociaux selon trois niveaux d'intérêt général : les problèmes de santé attribuables à des causes sociales, les problèmes de santé qui comportent des conséquences sociales et les soins pédiatriques au sein de la société (Lindström & Spencer, 1995; Pavel, 2011; Spencer et al., 2005). L'approche de pédiatrie sociale cherche à changer les facteurs sociaux, politiques, environnementaux et familiaux qui ont une incidence sur la santé de l'enfant (Lindström & Spencer, 1995).

La Figure 1 décrit le continuum de services en pédiatrie sociale. Il est à noter que même si la musicothérapie s'inscrit au troisième niveau, parmi les thérapies corps-esprit, la musicothérapeute peut être présente à tous les autres niveaux, par exemple lors de l'évaluation-orientation pour échanger avec la famille, l'enfant et l'équipe clinique ou lors d'activités à caractère plus communautaire pour dépister les enfants qui bénéficieraient d'un suivi en pédiatrie sociale et ou en musicothérapie.

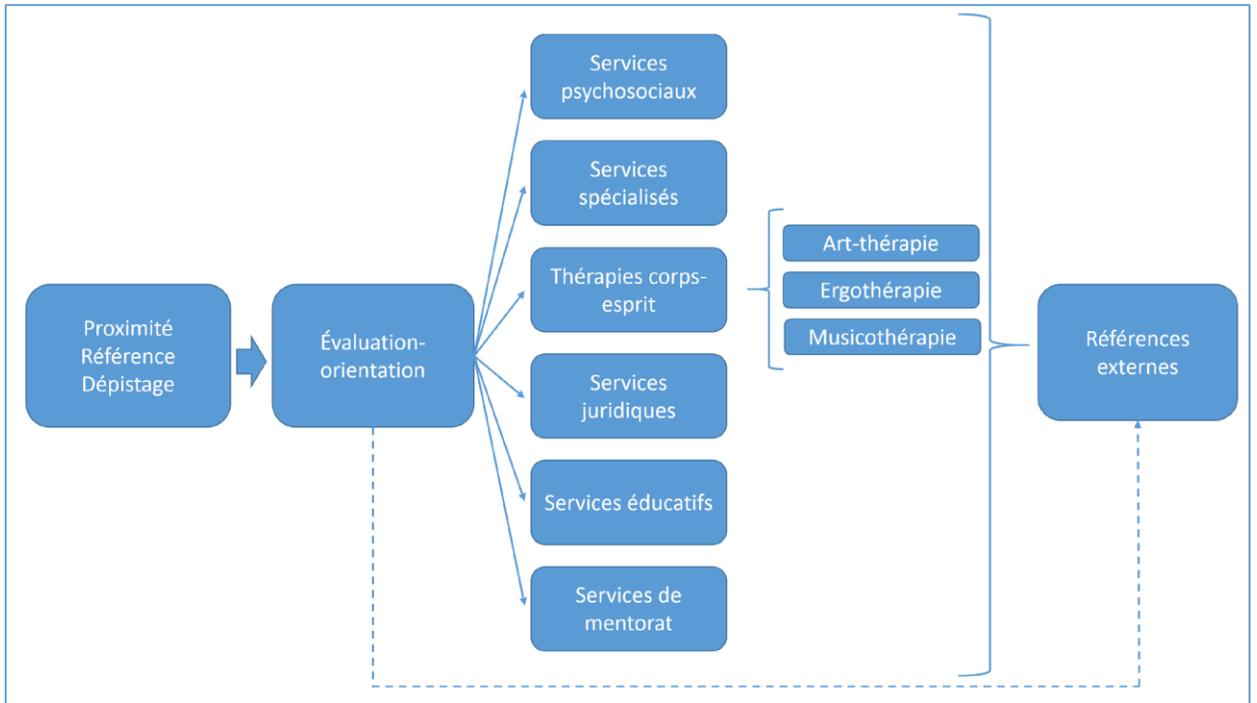


Figure 1. Continuum de services en pédiatrie sociale. Figure tirée du document de codification (Fondation Dr Julien, 2013). Utilisée avec permission

Les concepts centraux du modèle de pédiatrie sociale

Besoins de l'enfant et histoire éco-bio-développementale

Le développement de l'enfant est influencé par les qualités de l'environnement dans lequel il évolue et par ses interactions avec celui-ci (Bronfenbrenner, 1979, 1988; Gorman-Smith, Tolan & Henry, 2000; Vuille & Sundelin, 1995). Pour prendre en compte ces interactions, l'évaluation-orientation vise à identifier les besoins de l'enfant ainsi que ses forces, dans un cadre éco-bio-développemental, global, holistique et interdisciplinaire qui considère également les déterminants sociaux de la santé tel que l'environnement dans lequel l'enfant et sa famille évoluent (Fondation Dr Julien, 2013; Smith, 2006; Spencer et al. 2005).

Lors de la rencontre d'évaluation-orientation, qui constitue le cœur du modèle de pédiatrie sociale, le pédiatre et la travailleuse sociale, en co-intervention, évaluent les six domaines de développement de l'enfant. Ces domaines sont les besoins physiques, émotionnels, intellectuels, sociaux, culturels et spirituels. La co-intervention et la présence des personnes

significatives dans la vie de l'enfant permettent d'avoir une vue d'ensemble des besoins de ce dernier. Dans l'intervention qui suit la référence, ces six domaines peuvent être abordés, soit à l'interne, par les intervenants en pédiatrie sociale (psychoéducatrices, éducatrices, art-thérapeutes, ergothérapeutes, musicothérapeute ou travailleuses sociale) ou à l'externe (école, centre de santé et de services sociaux, hôpital, organismes communautaires, etc).

Forces de l'enfant, des parents et du milieu

Les forces de l'enfant, des parents et du milieu ou de la communauté jouent un rôle crucial sur le développement de l'enfant dans une perspective de pédiatrie sociale (Fondation Dr Julien, 2013). Bien que le quartier ait une influence sur le développement des enfants, les valeurs, les attitudes et ressources du milieu familial demeurent les facteurs d'influence les plus puissants. Des lacunes dans les domaines sociaux et émotifs d'une famille rendent les enfants vulnérables et plus à risque de développer des difficultés psychosociales (Vuille & Sundelin, 1995). Dans une approche de proximité telle que la pédiatrie sociale, les forces de l'enfant, de sa famille et de son milieu sont des leviers d'intervention puissants. En travaillant en collaboration avec les parents, l'approche de pédiatrie sociale renforce les compétences des parents, ce qui leur permet de soutenir pleinement leur enfant dans son développement (Fondation Dr Julien, 2013). La prise en compte et la mobilisation des forces du milieu constitue une des différences majeures entre la pédiatrie sociale et la médecine conventionnelle occidentale et permet la mise en place d'actions visant à influencer ce milieu. L'approche ne se préoccupe pas seulement de la maladie de l'enfant, mais aussi de la prévention qui permet d'éviter les atteintes à son développement. Selon Leventhal et Brooks-Gunn (2000), les caractéristiques parentales sont un mécanisme sur lequel on peut agir pour influencer le développement des enfants d'un quartier. En s'appuyant sur les forces des parents, le centre de pédiatrie sociale remplit un rôle de prévention entre autres en les soutenant dans leur tâche d'éducation des enfants (Fondation Dr Julien, 2013).

Attachement

L'attachement développé durant la petite enfance influence la qualité des relations établies plus tard dans la vie de l'individu (Ainsworth, 1989; Bouchet, Blicharski, Duthu & Bourdet-

Loubère, 2011; Bowlby, 1978). Un attachement sécuritaire permet à l'enfant de se servir de son parent comme d'une base pour explorer le monde (Abad, 2011; Ainsworth, 1989). Il permet de développer à la fois l'autonomie de l'enfant et ses habiletés relationnelles. L'enfant intériorise des séquences relationnelles par rapport à ses expériences avec ses figures d'attachement, puis les généralise (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1978). En pédiatrie sociale, les intervenants encouragent la communauté à être présente pour soutenir le parent dans son rôle de donneur de soins, afin que l'enfant puisse développer un type d'attachement sécurisant qui lui permet de grandir sainement.

Résilience et motivation

L'enfant, sa famille et sa communauté sont considérés comme des facteurs de protection, favorisant la résilience. Même s'il n'existe pas de consensus sur la définition de la résilience dans les écrits, elle peut être comprise comme la volonté d'avancer ou le refus de la défaite dans la pire adversité, en dépit d'une exposition à des facteurs de risque; un processus dynamique incluant l'adaptation dans un contexte d'adversité (Pasioli, 2012b; Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; Vanderbilt-Adriance & Shaw, 2008). Elle est «la capacité qu'a l'enfant de rebondir lors de situations difficiles» (Fondation Dr Julien, 2013, p. 137). Certains auteurs définissent la résilience comme une qualité interne de l'enfant alors que d'autres la décrivent plutôt comme un processus (Luthar et al., 2000). La résilience serait influencée positivement par la réduction des facteurs de risque et l'augmentation des facteurs protecteurs, tels, la disponibilité des parents, la cohésion familiale et l'absence de conflits (Goodyer, 1995; O'Donnell, O'Donnell, Wardlaw et Stueve, 2004). Les facteurs de protection comprennent les qualités internes de l'enfant (son intelligence, sa capacité à réguler ses émotions, son tempérament, etc.), les qualités de la cellule familiale (en terme de ressources matérielles, de protection, et de lien d'attachement-sécurité) et celles de la communauté (Goodyer, 1995; Vanderbilt-Adriance 2008). Des facteurs comme les organisations communautaires et la qualité de l'environnement scolaire et des activités parascolaires offertes dans un quartier ont un impact sur les enfants qui les fréquentent, directement ou indirectement. (Leventhal et Brooks-Gunn, 2000)

Identification des stress toxiques

Il est reconnu que l'exposition à un stress sévère, fréquent et/ou prolongé, soit un stress toxique, a un impact sur le développement du cerveau de l'enfant (Fondation Dr Julien, 2013). Ce type de stress peut être la conséquence de lacunes à trois niveaux; le niveau génétique, le niveau environnemental et le niveau des expériences vécues. Le milieu de vie d'un enfant peut avoir des conséquences radicalement négatives (Veenema, 2001). Par exemple, vivre dans une communauté violente peut entraîner des conséquences néfastes dans plusieurs domaines de développement d'un enfant. Conséquemment, l'intervenant en pédiatrie sociale en communauté s'efforce de reconnaître les sources de stress toxique de manière à mieux comprendre d'où émergent les difficultés de l'enfant et ainsi mieux les adresser. Ainsi, l'intervention peut se situer au niveau des familles, mais aussi aux niveaux social et communautaire selon la source de stress toxique (Appleyard, Egeland, Dulmen et Sroufe, 2005).

Droits de l'enfant

L'approche interdisciplinaire de pédiatrie sociale s'appuie sur la Convention relative aux droits des enfants (Nations Unies, 1991) pour défendre et protéger la santé des enfants. En effet, si les droits d'un enfant ne sont pas respectés, il est probable que ses besoins soient compromis et que son développement le soit également (Fondation Dr Julien, 2013). Selon Zuckerman (2012), il est important de combiner les actions médicales et légales afin d'améliorer les déterminants sociaux de la santé.

Attentes, culture et société

La culture permet de mieux comprendre le comportement de l'enfant par rapport à son contexte; au sens large, la culture désigne le groupe qui partage les mêmes valeurs, attitudes, croyances et pratiques («Culture», octobre 2012). La culture est transmise d'une génération à l'autre, de façon explicite ou implicite. Il est donc primordial que les intervenants connaissent la culture des enfants auprès desquels ils travaillent («Culture», octobre 2012). Cette compréhension permet d'aider l'enfant à construire son identité de façon cohérente.

Parallèlement, en ayant une meilleure compréhension de la culture de la famille, l'intervention peut être mieux ajustée aux attentes des parents (Fondation Dr Julien, 2013). « Les considérations et les connaissances, notamment scientifiques, qui peuvent être différentes des croyances familiales, doivent être transmises aux parents et aux familles, mais de façon dosée et progressive, sans dogmatisme » (Julien, 2004, p. 95).

Trajectoire de vie et bien-être

L'approche de pédiatrie sociale tend vers une action coordonnée des interventions afin d'améliorer la trajectoire de vie et le bien-être des enfants d'un quartier donné. Le travail des intervenants s'effectue au sein de la communauté afin d'améliorer la santé globale de l'enfant (Fondation Dr Julien, 2013). « La santé globale prend en compte la santé et le développement comme un tout, en continuité et en interaction entre les divers environnements » (traduction libre, Lindström & Spencer, 1995, p.23).

Santé, bien-être et musique

Les définitions contemporaines de la santé et du bien-être ont fait naître des initiatives telles que la pédiatrie sociale, qui prend en compte la globalité de la santé de l'enfant et qui amènent une compréhension élargie de la santé, auparavant définie comme l'absence de maladie. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est un état de bien-être physique, mental et social complet, ce qui va bien au-delà d'une absence de maladie ou d'infirmité. La santé dépend de multiples facteurs, et la vie sociale, incluant ses aspects culturels, peut entrer dans cette définition. Plusieurs auteurs considèrent la musique comme un facteur susceptible d'influencer positivement la santé et le bien-être des individus et des communautés (Daykin, De Viggiani, Pilkington, & Moriarty, 2013; Hirsch et Meckes, 2000; Macdonald, 2013; Magee, Brumfitt, Freeman & Davidson, 2006). La musique peut avoir un impact sur toutes les sphères de la santé individuelle et sociale (Macdonald, 2013). Par exemple, la participation à des activités musicales telles qu'une chorale ou un groupe de musique pourrait être un moyen favorisant l'amélioration de la santé parce qu'elle permet l'amélioration et l'augmentation du

bien-être social (Daykin, De Viggiani, Pilkington, & Moriarty, 2013). Les liens entre la musique, la santé et le bien-être s'illustrent à travers un continuum d'utilisations de la musique qui inclut la musicothérapie, l'éducation musicale, la musique communautaire et l'utilisation personnelle ou sociale de la musique dans la vie quotidienne. Toutes ces utilisations ont une influence sur la santé et le bien-être, mais la plus ancienne et la mieux documentée de ces approches est la musicothérapie (MacDonald, Kreutz & Mitchell, 2012). Il est d'ailleurs suggéré que la musicothérapie contribue à prendre soin de la santé globale des personnes si elle est intégrée à une approche multidisciplinaire (Hirsch et Meckes, 2000; Magee, Brumfitt, Freeman & Davidson, 2006).

Musicothérapie

« La musicothérapie est une discipline fondée sur les données probantes dans laquelle les professionnels sont formés pour utiliser les qualités expressives et motivationnelles de la musique afin d'atteindre des objectifs cliniques non musicaux, cohérents avec les besoins du client » (McFerran, 2013, p.1, traduction libre). Selon l'Association de musicothérapie du Canada (AMC), elle consiste en « une utilisation judicieuse de la musique et de ses éléments par un musicothérapeute accrédité afin de favoriser, de maintenir et de rétablir la santé mentale, physique, émotionnelle et spirituelle » (Assemblée générale annuelle de l'AMC, 1994). Les musicothérapeutes ont colligé un important ensemble de connaissances quant aux effets de la musique sur la santé et le bien-être dans une grande diversité de contextes (MacDonald et al., 2012).

La musicothérapie est de plus en plus intégrée dans les différents milieux d'intervention et de prévention. Plusieurs exemples positifs de l'intégration de la musicothérapie au sein d'équipes multidisciplinaires travaillant auprès d'enfants existent (Strange et al., 2011). Ceux-ci décrivent des interventions allant de la petite enfance à l'adolescence et couvrant des difficultés développementales, émotionnelles, comportementales et autres. Les musicothérapeutes peuvent voir les enfants en séances individuelles, en petit ou grand groupe, avec ou sans leurs parents, selon les besoins de l'enfant et/ou selon les ressources disponibles. Une des forces de la musicothérapie dans de tels milieux semble être la cohérence et la clarté des objectifs ciblés par

l'intervention (Davies & Rosscornes, 2011). Les musicothérapeutes peuvent travailler selon diverses approches théoriques, selon leur milieu de travail et leur spécialisation: approche comportementale, humaniste, psycho-analytique, centrée sur la musique, systémique, communautaire, etc. La prochaine section s'attardera à décrire les parallèles entre l'approche de musicothérapie communautaire et celle de pédiatrie sociale.

Musicothérapie communautaire

Tout comme les praticiens en pédiatrie sociale, les musicothérapeutes de l'approche communautaire se sont penchés sur la définition de la santé et sur l'effet de cette définition sur la conception de leur travail. La définition de l'OMS mentionnée plus haut affecte tous les domaines reliés aux soins de la santé, dont les musicothérapeutes. Si la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, les soins de santé ne devraient pas être concernés uniquement par la guérison. Plusieurs auteurs et praticiens s'attellent à redéfinir le rôle des musicothérapeutes en prenant en compte leur potentiel d'action sur les différents facteurs de santé globale (Ansdell, 2002; Langston & Barrett, 2008; Stige & Aarø, 2012). L'idée de capital social, c'est-à-dire les bénéfices mutuels liés à l'appartenance à un groupe, aux relations avec autrui et aux réseaux sociaux, est considérée comme un déterminant de la santé par plusieurs auteurs qui associent la participation à une activité musicale, par exemple un groupe de musicothérapie communautaire, à l'augmentation de ce capital (Langston & Barrett, 2008; Stige & Aarø, 2012). Le rôle du musicothérapeute communautaire peut donc englober l'animation de groupes de musique communautaire en ayant pour objectif d'augmenter le capital social des participants (Procter, dans Stige & Aarø, 2012). De plus, dans la nouvelle définition de la musicothérapie créée par les musicothérapeutes communautaires, des buts purement musicaux peuvent être intégrés dans le plan d'intervention, puisque la simple activité de musiquer est considérée comme faisant partie de la santé globale. Selon Stige (2002): « la musicothérapie en tant qu'activité professionnelle consiste à intégrer l'activité de musiquer dans un processus planifié de collaboration entre client et thérapeute» (p.200, traduction libre).

Ansdell (2002) propose une définition de l'approche de musicothérapie communautaire :

Une approche du travail centrée sur des personnes vivant dans un contexte donné, qui prend en compte les facteurs sociaux et culturels de la santé, de la maladie, des relations et de la musique. Cette approche reflète la réalité essentiellement communale de l'activité de musiquer, et est une réaction aux modèles de traitement individualisés à l'extrême et à l'isolement que les individus vivent au sein de la société (Ansdell, 2002, p. 86, traduction libre).

Les musicothérapeutes communautaires soutiennent le potentiel du client en travaillent dans une atmosphère de collaboration et d'égalité désignée par l'expression « prise en charge de soi » (Rolvsjord, 2004). Selon Rolvsjord, la thérapie comme outil de « prise en charge de soi » amène le client à mieux participer à la vie en communauté en développant ses forces internes tout en donnant à la communauté la capacité d'intégrer ces forces.

Curtis et Vaillancourt (2012) mettent en lumière treize (13) articles de la Convention relative aux droits des enfants (Nations Unies, 1991) et de la Convention relative aux personnes handicapées qui appuient leur projet *Le droit des enfants à la musique*. Les auteures soutiennent que la musique fait partie des droits des enfants et qu'elle leur permet d'atteindre leur plein développement socioculturel et récréatif. En ayant accès à la musicothérapie dans une perspective de musicothérapie communautaire, les personnes vivant avec des difficultés d'ordre développementales, émotionnelles, sociales ou autres, bénéficient d'un continuum d'interventions qui peut aller du cadre structuré de la thérapie à une expérience de partage égalitaire avec la communauté, par exemple dans le cadre d'un concert ou d'un enregistrement musical (Ansdell, 2002; Curtis & Mercado, 2004; Curtis & Vaillancourt, 2012; Stige, 2002; Vaillancourt, 2012).

La musicothérapie communautaire peut soutenir le respect des droits et de justice sociale (Curtis & Vaillancourt, 2012; Robarts, 2006; Vaillancourt, 2012). Selon Vaillancourt (2012), « l'approche de musicothérapie communautaire en tant qu'intervention socio-musicale offre un mode d'action potentiel pour la défense de la justice sociale par la musique et le développement communautaire » (p.177, traduction libre). Le mouvement de musicothérapie communautaire s'attarde aux problématiques d'exclusion sociale et suppose une pratique socialement engagée (Stige, Ansdell, Elefant & Pavlicevic, 2010). Stige et Aarø (2012)

présentent une vignette de Ruud dans laquelle il mentionne que l'approche de la musicothérapie communautaire facilite pour les participants l'accès au droit à la musique et à la communauté.

L'approche de musicothérapie communautaire partage de nombreux thèmes avec celle de pédiatrie sociale : les deux approches incorporent des éléments du droit visant à promouvoir la justice sociale, des stratégies de réduction des stress toxiques et une approche fondée sur les forces des individus. Les deux approches prennent également méticuleusement en compte le milieu de l'individu, sa culture et ses attentes, et visent à augmenter le capital social de ses membres et leur santé globale.

Musicothérapie et attachement

On sait que les enfants sont sensibles à la musique dès leur très jeune âge (Brandt, Gebrian, & Slevc, 2012; Edwards 2011). Les communications corporelles (les gestes et les expressions faciales) et vocales (la prosodie et le rythme des expressions non verbales) qui s'établissent entre deux personnes jouent un rôle important dans le développement de la relation et sont appelées « musicalité communicative » (Trevarthen & Malloch, 2000). Elles ont été précisément observées entre des mères et leurs enfants. Lorsqu'elle est efficace, cette musicalité communicative est l'expression d'une relation positive. Les auteurs soutiennent qu'à travers la musique, les mêmes qualités communicationnelles peuvent être établies et que cet échange non verbal constitue la base d'une relation (Oldfield, 1995; Trevarthen & Malloch, 2000).

Des recherches portant sur l'utilisation de la musicothérapie ont démontré son impact sur le lien d'attachement (Abad, 2011; Oldfield, 1995; Pasiali, 2012b; Pasiali, 2012a.). La prévisibilité de la structure d'une séance de musicothérapie illustrée par l'utilisation de chansons d'accueil et d'au revoir permet de développer des routines positives (Pasiali, 2012b). D'un autre côté, la flexibilité des interventions musicales, à travers des activités ludiques et adaptées à l'enfant, facilite le modelage de relations d'attachement positives, de même que la syntonie émotionnelle entre les parents et leur enfant, qui est un facteur de développement de l'attachement (Oldfield, 1995; Pasiali, 2012a.). Lorsque les circonstances de vie d'un enfant on

altéré la qualité de son lien d'attachement avec son parent, la musicothérapie peut offrir un espace où le parent et l'enfant peuvent interagir ensemble (Achenbach, 2011).

En Australie, le programme national *Sing & Grow* propose aux familles à risque un programme de dix semaines de musicothérapie. Dans le cadre de ce programme, les parents apprennent à interagir avec leur enfant par des activités ludiques, stimulantes et axées sur le développement de l'enfant (Abad, 2011). Le plus grand apport de ce programme se mesure du point de vue de l'engagement parental, de leur sensibilité parentale, de leur acceptation de l'enfant et de leur santé mentale. Des impacts ont également été mesurés quant à la qualité des habiletés communicationnelles et sociales des enfants (Nicholson, Berthelsen, Abad, Williams & Bradley, 2008).

Musicothérapie en pédiatrie sociale

Des contextes semblables à celui d'une clinique de pédiatrie sociale existent ailleurs dans le monde et intègrent la musicothérapie. Par exemple, Oldfield (1991) travaille dans une clinique multidisciplinaire où sont référés des enfants ayant des difficultés développementales. Elle décrit son approche comme une combinaison des approches psycho-dynamique, comportementale et développementale. Elle mentionne travailler en collaboration avec les parents et se servir principalement de musique improvisée dans ses interventions (Oldfield, 1991). Cet exemple décrit un contexte où la musicothérapie est intégrée dans une clinique multidisciplinaire et médicale. La pédiatrie sociale semble se distinguer par l'offre de services gratuits dans des quartiers vulnérables et une approche qui vise à « se rapprocher des milieux de vie des enfants et de leur famille et d'y instaurer une culture d'accompagnement des enfants en lien avec la communauté » (Julien, 2007, p.709).

Cette recension des écrits permet de constater que la musicothérapie et la pédiatrie sociale semblent partager de nombreux concepts, particulièrement en ce qui concerne la considération de la santé globale de l'enfant et du lien d'attachement. Les prochaines sections présenteront la méthodologie utilisée en vue de comprendre comment ces concepts sont intégrés

dans la pratique des musicothérapeutes pratiquant en pédiatrie sociale au Québec, ce qui permettra de combler le manque d'écrits à ce sujet.

Chapitre 3 – Méthodologie

Macdonald (2013) souligne que les méthodes qualitatives permettent de d'approfondir les connaissances quant aux liens entre la musique, la santé et le bien-être. La recherche qualitative permet de comprendre en profondeur les phénomènes où la musique est utilisée dans des contextes thérapeutiques, ses mécanismes d'actions et les impacts résultats possibles. Parmi les méthodes de recherche qualitative, la recherche herméneutique a été choisie pour répondre à la question de recherche parce qu'elle permet de répondre à la question de recherche tout en intégrant la compréhension de l'auteure. Cette méthode préconise un processus d'interprétation du monde qui nous entoure (Kenny, Jahn-Langenberg & Loewy, 2005), ici la pratique de la musicothérapie au sein de l'organisation de la pédiatrie sociale, définie par le *Mouvement de pédiatrie sociale en communauté*.

Orientation philosophique

L'étude est menée dans une philosophie constructiviste, où plusieurs réalités sont possibles, car elles sont construites par les personnes et les contextes qui les caractérisent. L'auteure cherche à comprendre comment le contexte (ici, les concepts de pédiatrie sociale) influence sa pratique et sa compréhension de celle-ci, en étant consciente que cette compréhension est teintée par son expérience de vie et qu'une autre personne aurait une perspective différente. « L'être humain n'existe et ne donne sens à son existence que par et dans sa relation à autre chose que lui-même » (Heidegger, 1927, p.78). Ainsi, si l'existence réside en la capacité de chacun de dialoguer avec le monde, avec les autres et avec soi-même, la façon de comprendre cette existence est de s'attarder à ce dialogue, lequel est illustré dans la méthodologie herméneutique par un processus d'interactions dynamiques entre les textes, les personnes, l'histoire, et toute autre condition qui favorise la compréhension (Kenny et al., 2005).

La recherche herméneutique

Historiquement, l'herméneutique était le processus d'interprétation des textes bibliques. Dans un contexte plus moderne, l'herméneutique est devenue l'art d'interpréter toute forme de texte. Selon Kenny et al. (2005), toute compréhension est en soi herméneutique. L'espace et le temps contribuent à construire le sens d'une expérience humaine (Lamarre, 2004). Ainsi, toute expérience humaine est influencée par son contexte, et c'est en interagissant avec celui-ci que nous arrivons à mieux le comprendre. Autrement dit, l'enjeu de la démarche herméneutique est de rendre intelligible l'influence du contexte sur la manière d'être au monde.

L'herméneutique est décrite comme l'art et la science de l'interprétation (Kenny, et al. 2005). Le but de cette méthodologie est d'atteindre une compréhension plus profonde d'un sujet donné, et non pas un savoir fixe et absolu. On ne cherche pas ici à atteindre une vérité, on adopte une perspective prônant que toute connaissance est construite. La compréhension du sujet n'est possible que si l'on considère le contexte qui, en retour, n'est bien compris que si l'on considère les éléments qui le constituent. La démarche herméneutique consiste donc en un aller-retour entre distanciation et immersion dans le sujet afin d'en considérer autant le contexte que les éléments précis. Cet engagement en profondeur permet une interprétation réfléchie et plausible du sujet à l'étude. Les musicothérapeutes sont familiers avec une telle démarche d'interprétation, puisqu'ils sont constamment appelés à interpréter les expressions verbales, non verbales et musicales de leurs clients en fonction du contexte de ces expressions. Bien qu'il y ait une différence entre l'interprétation clinique et l'interprétation dans le processus de recherche, le parallèle illustre pour l'auteure une façon organique de tracer un lien entre la pratique et la recherche. La méthodologie choisie permet d'amorcer une compréhension en profondeur du sujet choisi, informée par les données recueillies et la réflexion de l'auteure. Cette façon de comprendre le monde est semblable à la méthode que l'auteure utilise pour comprendre l'expression de ses clients lorsqu'elle travaille. Il semblait donc naturel de choisir une méthodologie qui utilise le même mécanisme de compréhension. Puisque l'intention première est de mieux comprendre la musicothérapie en pédiatrie sociale, l'herméneutique semble la méthodologie la mieux indiquer pour entamer ce travail de compréhension.

« La question essentielle n'est pas de retrouver derrière le texte, l'intention perdue, mais de déployer, devant le texte, le 'monde' qu'il ouvre et découvre » (Ricoeur, 1974, p. 234). Parallèlement à la démarche de l'auteure, le lecteur est lui aussi invité à interpréter le présent texte selon son propre contexte et sa propre expérience pour entrer à son tour dans le processus de compréhension.

Position de l'auteure

L'entrée dans la spirale herméneutique est la position unique de l'auteure au moment du début de la recherche. Cette position est caractérisée par l'expérience de l'auteure en tant que musicothérapeute en pédiatrie sociale, par sa lecture du document de codification et par ses expériences précédentes. Celles-ci incluent une formation de base en sciences de la santé et une familiarité avec la pensée positiviste de même qu'un intérêt pour les recherches qualitatives, mais aucune expérience dans ce type de recherche. Dans sa pratique clinique, l'auteure préconise une approche humaniste, tout en intégrant des concepts des approches de musicothérapie communautaire et des approches cognitivo-comportementale, systémique et narrative. La pratique de la musicothérapie en pédiatrie sociale l'a amenée à développer une façon de travailler qu'elle tente de situer par la présente recherche. Celle-ci ne sert pas simplement à décrire la pratique de l'auteure, mais à confronter, approfondir et mieux définir certains concepts qui seraient peut-être restés implicites autrement.

L'auteure de cette recherche a un rôle de praticienne-chercheuse tel que décrit par De Lavergne (2007). Cette position « signifie que l'activité professionnelle génère et oriente l'activité de recherche, mais aussi, de façon dialogique et récursive, que l'activité de recherche ressource et réoriente l'activité professionnelle » (p.29). La question de recherche émerge de la pratique de l'auteure et les résultats éclaireront sa pratique à leur tour en plus d'ouvrir une réflexion sur la pratique de la musicothérapie en pédiatrie sociale en communauté. Cette recherche vise à une appropriation du modèle à travers un mouvement de recul et d'immersion. « L'herméneutique commence lorsque non contents d'appartenir à la tradition transmise, nous interrompons la relation d'appartenance pour la signifier » (Ricoeur, 1974, p.239). Cette citation illustre bien la démarche de l'auteure qui, en réalisant la présente étude, a pris une année de recul

pour réaliser la présente étude et signifier sa compréhension de l'approche telle qu'elle se traduit en musicothérapie.

L'auteure est le principal instrument de recherche, qui est donc nécessairement subjectif. Cependant, subjectivité n'exclut pas rigueur, et c'est pourquoi la méthode utilisée est décrite en détail dans les prochaines sections, de façon à satisfaire au critère de transparence. En effet, ce n'est pas parce qu'on ne cherche pas une vérité absolue, comme dans les approches positivistes, qu'on ne cherche pas une réponse à la question qui soit valide. Dans ce même souci, l'auteure reconnaît qu'elle est immergée dans le sujet de cette recherche en tant que musicothérapeute présentement à l'emploi de deux centres de pédiatrie sociale en communauté. En tenant compte des atouts que cette position apporte à la recherche, elle prend des mesures pour amoindrir les influences qui pourraient fausser à la fois les démarches et les résultats, par exemple dans le choix de la méthode de codage décrite dans la prochaine section et par une démarche réflexive. De plus, ce n'est pas simplement la compréhension de l'auteure qui est présentée, mais un dialogue qui s'établit entre cette compréhension, les résultats des entrevues et les écrits, ce qui permet au lecteur de distinguer les résultats de la voix de l'auteure.

Selon Kenny, et al. (2005), comme le chercheur est considéré comme l'instrument principal de recherche dans une démarche herméneutique, le fait de situer l'auteur est suffisant pour répondre aux critères de crédibilité, de transparence et d'authenticité. La démarche herméneutique invite le chercheur à observer comment sa compréhension est influencée par sa position culturelle, historique et sociale. Les résultats sont teintés et enrichis par cette position unique. En étant transparente au sujet de sa position culturelle, historique et sociale, l'auteure espère situer suffisamment le lecteur pour lui permettre de suivre son propre processus de compréhension.

Participants

Selon Bruffee (1999), la connaissance est construite socialement par les membres d'une communauté de pairs chevronnés. Deux participantes ont été choisies selon deux critères : 1) être musicothérapeute accréditée ou en voie d'accréditation, et; 2) avoir une expérience de travail en pédiatrie sociale en communauté. Les musicothérapeutes pratiquant dans un tel contexte sont ici

les pairs tels que définis par Bruffee et semblent les mieux informées pour répondre à la question de recherche. Les participantes ont été trouvées grâce à l'équipe de transfert des connaissances de la Fondation du Dr Julien, qui est en contact avec tous les Centres de pédiatrie sociale en communauté du Québec (en action ou en démarrage).

Une fois l'approbation du comité éthique de l'Université Concordia (*University Human Research Ethics Committee*) obtenue, ainsi que celle du comité de contenu de la Fondation du Dr Julien, un courriel a été envoyé aux directeurs de chaque centre au Québec, leur demandant s'ils avaient à leur service une musicothérapeute. Les participantes répondant aux deux critères et ainsi repérées ont reçu par courriel une lettre explicative (Annexe A) et une lettre d'appui du projet témoignant de l'accord fourni par la Fondation du Dr Julien (Annexe B). Les participantes ont été invitées à entrer en contact avec l'auteure par courriel ou par téléphone sur une base volontaire afin de fixer un rendez-vous pour un entretien individuel de soixante minutes. Les rencontres individuelles et confidentielles ont été réalisées dans un lieu neutre choisi à la convenance des participantes. Un formulaire de consentement contenant les détails des risques et avantages de la participation a été lu en présence de chaque participante (Annexe C). L'auteure s'est assurée de répondre à toutes les questions d'information qui ont surgi, puis chaque participante a été invitée à signer le consentement en sa présence.

Étapes de l'étude

Les étapes de la spirale herméneutique sont flexibles et peuvent varier au cours de la recherche elle-même, selon les découvertes faites au cours du processus. Trois étapes ont été développées par Ricoeur et sont résumées par Schmidt (2006) : la distanciation, l'interprétation et la compréhension.

Collecte de données-Distanciation

La distanciation consiste à prendre une distance avec le sujet d'étude en analysant le texte d'une façon objective (Bernstein, 1986; Schwandt, 2000). Comme l'herméneutique se base historiquement sur des textes, mais que ceux-ci sont très peu nombreux en pédiatrie sociale, dans cette recherche, le texte est la transcription d'entretiens menés auprès de musicothérapeutes pratiquant en pédiatrie sociale. L'auteure a recueilli les données grâce à la recension des écrits, les entretiens et le journal personnel de recherche. Étant donné les limitations de l'étude, les entretiens et les écrits sont les seules données recueillies à cette étape de la recherche.

L'auteure a mené des entretiens semi-structurés auprès des participantes, lesquels ont été enregistrés sur support audio et conservés dans un fichier sécurisé dans son ordinateur, protégé par un mot de passe. Dans une optique de distanciation, les questions d'entretiens étaient essentiellement basés sur les concepts clés de pédiatrie sociale et leurs applications dans la pratique en musicothérapie, et non sur les questions originant de la pratique de l'auteure. Des questions concernant l'application de l'approche de musicothérapie communautaire et la théorie de l'attachement ont également été posées, puisque ces deux thèmes étaient ressortis de façon prépondérante lors de la recension des écrits. Le guide d'entretien peut être consulté à l'Annexe D.

Les entretiens ont été menés en personne et méthodiquement transcrits par l'auteure, laquelle a ensuite soumis le verbatim des entretiens aux participantes pour obtenir leur révision. Les participantes ont été invitées à modifier ou ajouter du contenu de ces transcriptions si elles le désiraient.

Les unités des entretiens ont été divisées respectivement en cent vingt (120) et cent treize (113) unités de sens (phrases). À chacune de ces unités de sens, plusieurs codes ont été attribués, pour un total de cinq cent quatre (504) codes. Ces cinq cent quatre (504) codes ont par la suite été groupés en thèmes selon leurs ressemblances. Dix-neuf thèmes ont ainsi été créés, dont neuf ont été retenus en fonction de la quantité d'information qu'ils contenaient et de leur lien avec la question de recherche. Les neuf thèmes retenus sont présentés dans la section résultats.

Analyse de données-Interprétation

La deuxième étape suggérée par Ricoeur consiste à interpréter les données de façon structurée. Une analyse par codage a été effectuée afin de dégager les thèmes principaux. Pour éviter un effet circulaire, de nouveaux thèmes ont été recherchés lors de l'analyse, l'auteure ne cherchant pas nécessairement à retrouver les concepts de pédiatrie sociale dans le processus de codage. Une approche inductive a été adoptée (Blais & Martineau, 2006) pour remplacer le codage théorique, qui aurait présupposé la présence de ces concepts dans les thèmes. L'auteure a plutôt utilisé un codage multinominal tel que décrit par Ayache et Dumez (2011). Cette technique, plutôt que d'utiliser les codes en vue d'une réduction des thèmes, utilise plusieurs codes pour chaque unité de sens, de façon à en découvrir les sens cachés. Une fois les codes attribués, ceux-ci sont rassemblés par thèmes selon leur ressemblance. Le détail du codage est conservé, de façon à préserver la richesse du contenu des entrevues. De cette manière, chaque catégorie peut contenir des éléments dissonants qui permettent une compréhension en profondeur.

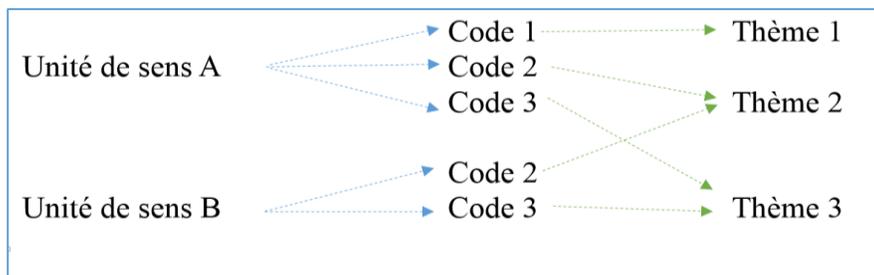


Figure 2. Technique de codage multinominal

Compréhension-Auto-herméneutique

Comme l'herméneutique ne prescrit pas de technique d'analyse précise, mais bien une écoute attentive du texte pour atteindre une syntonie avec ce dernier et que les données seules ont peu de valeur, (Bruscia, 2005; Smythe, Ironside, Sims, Swenson & Spence, 2008), l'auteure s'est engagée dans un processus de réflexion ouvert et confiant qui a laissé une compréhension émerger, sans chercher à trouver des vérités fixes et absolues. Les transcriptions ont été lues à plusieurs reprises et un texte synthétisant ces transcriptions a été rédigé pour chacun des thèmes

retenus. Ces textes sont présentés dans la prochaine section. De plus, l'auteure a écrit, sous forme de journal, ses réactions et réflexions par rapport à chacun des thèmes. Les thèmes de ce journal ont été comparés à ceux obtenus par l'analyse structurelle. L'auteure s'est attardée aux thèmes où les deux types d'analyse présentaient des dissonances, où sa compréhension était mise au défi de manière à tester et à remettre en question ses propres préconceptions (Schwandt, 2000). De ces dissonances a émergé une réflexion qui est présentée en italiques dans le chapitre suivant. À travers cette réflexion, qui est en fait une appropriation des thèmes, l'auteure a approfondi sa compréhension de la musicothérapie en pédiatrie sociale. Cette compréhension est le résultat des allers-retours entre les écrits, les entrevues, le contexte, l'expérience et les réflexions de l'auteure tel que prescrit par la méthode herméneutique. La description détaillée des étapes de recherche permet au lecteur de reconnaître la rigueur utilisée dans la méthode.

En résumé, les étapes de l'étude ont consisté en: 1-Distanciation: entretiens basés sur les concepts de pédiatrie sociale, 2- Interprétation: codage, 3- Compréhension: rédaction des résumés des résultats et des réflexions. Le chapitre suivant permettra de présenter les résultats des entretiens, ainsi que la discussion. Il mettra en lien la recension des écrits, les résultats des entretiens et la réflexion de l'auteure.

Chapitre 4 – Résultats et Discussion

Limites

Cette recherche s'est limitée à mener des entrevues auprès de seulement deux musicothérapeutes travaillant en pédiatrie sociale (N=2) donnant un point de vue embryonnaire pour l'instant. Comme le processus de distanciation-interprétation-compréhension est hautement subjectif, la position de l'auteure a influencé la démarche, et celle-ci serait différente si le processus était à reprendre. Les questions posées, la façon de comprendre et d'analyser le sujet seraient différentes, parce que la compréhension atteinte par la présente recherche modifie la compréhension future. Le cadre du programme de maîtrise en musicothérapie a restreint l'ampleur que pourrait prendre ce mémoire. En conséquence, même si les études herméneutiques incluent fréquemment une interaction entre textes, personnes, histoire, réflexion et toutes autres conditions qui influencent le processus de compréhension (Kenny et al.2005), les interactions de cette recherche ont eu lieu entre seulement les deux entretiens, les écrits et les réflexions de l'auteure. Cette recherche est la première de l'auteure dans la philosophie herméneutique.

À plusieurs moments à travers le processus de recherche, le regard de mes collègues m'a manqué. Je me rends compte que la pédiatrie sociale est une approche qui se construit, se discute et se pratique en équipe. Ma compréhension individuelle, même si elle a intégré celle de deux autres musicothérapeutes, donne donc un point de vue bien partiel de ce qu'une description faite à plusieurs pourrait être. Il est recommandé à quiconque désirant faire de la recherche en pédiatrie sociale d'intégrer cet aspect multidisciplinaire à plusieurs niveaux dans la méthodologie, pas seulement dans la collecte de données, mais aussi dans l'analyse de celles-ci. L'utilisation d'un groupe de discussion (focus group) est suggérée.

Résultats

Dix-neuf thèmes ont émergés de l'analyse des entretiens: neuf thèmes ont été retenus en raison de la quantité de l'information qu'ils contenaient et de leur lien avec la question de

recherche. Les neuf thèmes retenus sont: un continuum d'interventions, savoir-être, objectifs variés, dimension sociale, refuge contre le stress, participation des parents, approche basée sur les besoins, contexte de l'enfant, avantages perçus de la musique comme outil d'intervention thérapeutique. Pour plus de cohérence et dans un esprit de synthèse, les neuf thèmes ont été rassemblés en sept paragraphes résumant les propos recueillis lors des entretiens, rapportant ainsi comment les thèmes de pédiatrie sociale sont interprétés, compris et appliqués par les musicothérapeutes pratiquant dans un contexte de pédiatrie sociale en communauté. Afin d'approfondir la compréhension, la réflexion de l'auteure est ensuite présentée en italiques. Certains thèmes émergeant de la collecte de données n'ont pas été retenus pour cette étude, puisqu'ils ne respectaient pas les limites de la présente étude. Ces thèmes pourront être étudiés ultérieurement: le fonctionnement de l'équipe; la communication à l'interne; le rôle d'un centre de pédiatrie sociale dans un quartier; les souhaits pour le futur de la musicothérapie en pédiatrie sociale; les difficultés professionnelles liées à la pratique de la musicothérapie en pédiatrie sociale; les éléments de soutien professionnel; les caractéristiques de la clientèle en pédiatrie sociale; le mode de communication avec les familles.

Une approche basée sur les besoins, en fonction du contexte de l'enfant

Les participantes-musicothérapeutes interrogées rapportent ajuster leur intervention selon les besoins de l'enfant, son rythme d'évolution, son âge, son histoire et ses intérêts. Pour ce faire, elles prennent soin d'identifier les besoins globaux et de les prioriser. Cette évaluation peut être faite par l'équipe d'évaluation-orientation, par la musicothérapeute elle-même ou en équipe multidisciplinaire. Les musicothérapeutes ajustent le choix des objectifs thérapeutiques et la modalité d'intervention en fonction des besoins les plus urgents, identifiés dans l'évaluation, mais gardent en tête la santé globale de l'enfant. Elles mentionnent utiliser l'approche cognitive, l'approche humaniste, l'approche systémique et l'approche familiale selon les besoins de l'enfant.

Le fait que le travail des musicothérapeutes en pédiatrie sociale soit basé sur les besoins de l'enfant m'apparaît comme une évidence. Cependant, en comparant mes notes personnelles (journal) au paragraphe ci-haut, je réalise qu'il y a une tension autour de l'expression

'globalité' des besoins. Il est difficile d'être précise en utilisant ce terme et de bien décrire de travail des musicothérapeutes, sans avoir l'impression qu'elles ne travaillent rien de spécifique. Globalité est cependant bien loin de généralité. Il s'agit d'identifier un besoin prioritaire à adresser en thérapie, en gardant les autres besoins en trame de fond. L'intervention est ajustée de façon à répondre à des besoins spécifiques, dans un cadre qui répond aux besoins globaux.

Les musicothérapeutes participantes nomment cette globalité en utilisant le mot «contexte». La notion de contexte, mot utilisé le plus souvent dans le domaine littéraire, peut avoir plusieurs connotations selon le domaine. Dans le présent texte, le contexte est défini comme l'ensemble des conditions culturelles, sociales, historiques, personnelles, économiques, qui entourent l'enfant et qui ont un impact sur son développement. Les deux musicothérapeutes interrogées tiennent compte du contexte de l'enfant dans leur évaluation des besoins. Elles remarquent que la qualité de l'environnement familial et environnemental peut influencer les besoins de l'enfant positivement ou négativement. En considérant le contexte de l'enfant, les musicothérapeutes identifient parfois les besoins des parents tels que l'isolement social ou le stress lié au logement, qui peuvent avoir un impact sur l'enfant.

Qu'est-ce qu'on peut faire avec ces informations en tant que musicothérapeute? Comme le dit la participante 1 : « la musicothérapie seule ne fait pas qu'ya de la nourriture dans l'frigo ». La connaissance du contexte pourrait potentiellement mener à un sentiment d'impuissance chez la musicothérapeute qui se rend compte que son intervention spécifique ne répond pas à tous les besoins. Pourquoi, alors, se soucier des besoins qu'on ne peut pas adresser dans notre intervention? Ma compréhension est que si un besoin est identifié et qu'il ne relève pas du domaine de la musicothérapie, c'est à la musicothérapeute de solliciter les ressources de l'équipe multidisciplinaire afin de répondre à ce besoin. Ceci semble être une richesse de l'intervention en pédiatrie sociale où toutes les ressources sont accessibles. Pour me permettre de mieux saisir la particularité de cette approche, j'ai créé l'illustration suivante, inspiré d'un exemple donné dans une des entrevues. La participante a relaté le cas d'une enfant référée pour difficultés de langage. La musicothérapeute s'est rapidement rendue compte que l'enfant souffrait également d'anxiété. Elle a donc choisi de travailler l'anxiété d'abord, pour ensuite travailler le langage. Avec le temps, elle a également appris à connaître les sources de

l'anxiété, qui ont pu être adressées par la travailleuse sociale de l'équipe. Cet exemple illustre, selon moi, comment la prise en compte du contexte et des besoins globaux permettent de travailler des objectifs spécifiques en mettant en place des interventions qui répondent aux besoins globaux.

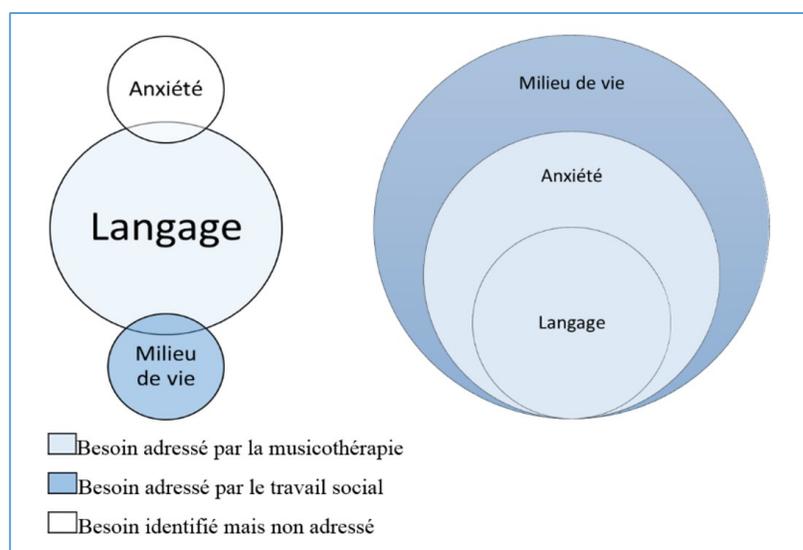


Figure 3. Intervention isolée versus intervention en globalité

Cette façon de travailler permet de mettre en place les conditions qui feront que notre intervention sera efficace à ce moment de la vie de l'enfant. On revient à une compréhension de la santé qui est globale (Guyda, Razack et Metz, 2006) et qui demande une action globale.

Les deux musicothérapeutes constatent dans leur travail l'influence de la culture de l'enfant sur ses intérêts, son identité, son expression de soi et ses forces musicales. Ainsi, dans la figure 3, on pourrait ajouter un cercle encore plus large qui engloberait les trois précédents et qui contiendrait les spécificités de la culture de la famille comme par exemple les valeurs culturelles, les façons de s'exprimer et les traditions.

Un continuum d'interventions pour répondre à des objectifs variés

La démarche d'évaluation des besoins globaux amène les musicothérapeutes en pédiatrie sociale à travailler avec une diversité d'objectifs thérapeutiques. Elles mentionnent premièrement les objectifs de développement cognitif et moteur: développement du langage et de la motricité. Deuxièmement, les musicothérapeutes mentionnent les objectifs de la sphère émotionnelle : connaissance de soi, estime de soi, autonomie, gestion de l'anxiété et des émotions. Elles mentionnent également travailler sur des objectifs sur le plan social, comme l'attachement mère-enfant, les interactions entre pairs, l'intégration dans un groupe, le développement d'habiletés sociales, l'exploration de différents rôles sociaux et la création d'un lien de confiance avec un adulte. Le niveau social comprend le travail au niveau communautaire tel qu'entendu par l'approche de musicothérapie communautaire. À travers des activités dirigées par les musicothérapeutes, telles des prestations musicales dans le quartier ou des compositions musicales, les enfants ont l'occasion de s'exprimer et d'être entendus par leur communauté, de trouver une façon position de faire entendre leur voix et de s'ouvrir sur le monde.

Le travail des musicothérapeutes en pédiatrie sociale s'exerce sur un continuum d'interventions qui inclut des séances individuelles, des séances de groupe d'enfants, des groupes de parents et d'enfants, et des groupes sollicitant une partie de la communauté; l'âge des enfants variant de 0 à 16 ans. Le choix du format de la thérapie se fait en fonction des objectifs ciblés. Le suivi individuel permet de créer un lien de confiance avec l'enfant, de lui accorder l'espace thérapeutique dont il a besoin, de bien le connaître et d'adresser des besoins individuels, par exemple un haut niveau d'anxiété, un trauma ou un abus. Par la suite, si indiqué, la musicothérapeute peut intégrer le même enfant à un groupe et généraliser les objectifs travaillés en individuel, ou d'en atteindre de nouveaux, qui sont spécifiques ou travail en groupe, par exemple les habiletés sociales et la communication. Le processus peut se faire dans le sens inverse, le groupe servant alors à faire le dépistage des besoins individuels. La musicothérapeute peut accompagner l'enfant d'un niveau d'intervention à l'autre. La figure 4 illustre le continuum d'interventions développées par les musicothérapeutes en pédiatrie sociale.

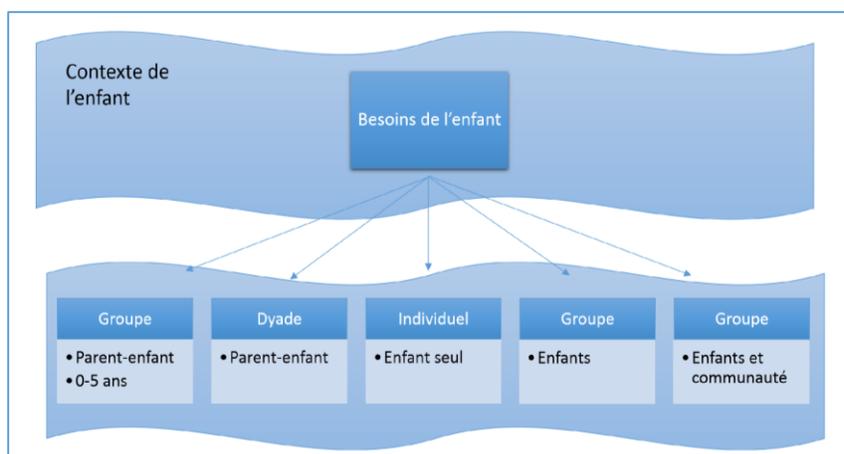


Figure 4. Continuum d'interventions en musicothérapie en pédiatrie sociale en communauté.

Il apparaît important pour les musicothérapeutes interrogées de clairement délimiter le cadre et les objectifs travaillés à l'intérieur de chaque séance. La connaissance à la fois du contexte de l'enfant, de ses besoins globaux et des besoins de ses parents, les amènent à préciser leurs interventions grâce à la présence de ce cadre qui assure la cohérence du suivi. . «*j'ai créé les objectifs en pensant au contexte. Parce qu'on peut pas toujours penser à tout pendant le travail. Donc, pendant le travail, je me suis vraiment fixé, ok, on doit travailler sur la communication. Pourquoi on doit travailler la communication? Parce que dans un an, il va entrer à la maternelle. Donc, il doit parler français.* » (Participante 2).

Quel est ce cadre que les musicothérapeutes interrogées décrivent? Dans ma pratique, et dans mon journal, je peux identifier beaucoup de temps passé à identifier les besoins prioritaires à adresser. Le cadre mentionné dans le paragraphe précédent semble correspondre à la notion de réflexion clinique utilisée pour limiter le travail à faire. Devant les vastes possibilités illustrées par la figure 4, il semble important de fixer des objectifs précis à travailler, pour ensuite situer le travail au niveau approprié du continuum.

Une dimension sociale

Les musicothérapeutes interrogées soutiennent que le rôle de la musicothérapeute en pédiatre sociale comporte une dimension sociale. Ces deux participantes nomment un désir d'appliquer davantage l'approche de musicothérapie communautaire. Elles connaissent bien la dimension sociale de la mission de la pédiatrie sociale, qui dans leurs mots, vise à changer la dynamique du quartier. Elles semblent vouloir utiliser davantage l'approche de musicothérapie communautaire pour rester cohérentes avec cet aspect de la pédiatrie sociale. L'une d'elles a exprimé avoir manqué de temps pour intégrer l'approche de musicothérapie communautaire à sa pratique. Elle explique cependant qu'un réseau de parents s'est créé à travers les groupes offerts. Les parents ont tissé des liens en venant aux séances, et ont continué de se voir par la suite, formant un réseau de support autonome, ce qui peut être vu comme une augmentation de leur capital social. L'autre musicothérapeute mentionne que l'approche de musicothérapie communautaire a donné un fondement théorique à des activités qu'elle a mises sur pied, comme des spectacles réalisés par les enfants, des cercles de tambours dans le quartier et un *band* d'adolescents. Elle observe que ces activités permettent aux enfants d'être perçus positivement par leur quartier, de vivre des réussites et de véhiculer une image positive d'eux-mêmes. Elle décrit que son rôle dans ces projets est de « ... faire le lien entre les enfants et leur communauté et ainsi leur donner une voix positive au sein de leur communauté » (Participante 1).

Dans la figure 3, le troisième cercle, celui du milieu de vie, correspond à la limite du travail de la musicothérapeute. Dans l'exemple, cette sphère est adressée par la travailleuse sociale. Ceci implique que certains domaines de la santé globale ne peuvent être adressés par la musicothérapeute, et une partie de moi est déçue de cette constatation. Dans mon journal, je retrouve des passages où je me demande : « n'y a-t-il rien que nous puissions faire? Est-ce que notre rôle se situe purement au niveau des besoins spécifiques? » C'est ici, je crois, que les concepts de musicothérapie communautaire entrent en jeu et prennent toute leur importance. L'approche est elle aussi basée sur la notion de santé globale, mais sa particularité est qu'elle englobe la musique dans la notion de santé. Et si nous pouvions améliorer la santé musicale d'une communauté? Et si ce troisième cercle nous appartenait aussi?

La dimension sociale du rôle des musicothérapeutes en pédiatrie sociale est probablement l'une des découvertes les plus intéressantes de cette recherche. La pédiatrie sociale est un contexte de pratique unique qui permet la mise en application de l'approche de musicothérapie communautaire parce que les concepts de pédiatrie sociale mènent à une définition plus large du rôle des musicothérapeutes qui pratiquent dans ce contexte. Ces concepts font évoluer le rôle des professionnels tels que les médecins, de même que celui des musicothérapeutes; le travail se situe à deux niveaux: avec l'enfant vivant au sein d'un contexte et avec le contexte dans lequel il évolue. Le rôle innovateur du musicothérapeute incarne à la fois les concepts de pédiatrie sociale et ceux de la musicothérapie communautaire.

Un refuge contre le stress

Les musicothérapeutes interrogées indiquent que la musicothérapie seule ne peut prévenir les stress toxiques dans la vie des familles, mais toutes deux décrivent les séances comme une forme de refuge. Elles expliquent que les séances permettent de vivre des expériences positives, de créer une bulle, d'allumer une étincelle d'espoir, de vivre des moments de joie et de bonheur, de vivre le moment présent, de vivre des moments positifs entre parent et enfant, d'oublier ou de réduire les problèmes et le stress et d'avoir un moment de répit. Elles observent ces effets positifs dans les expressions faciales des parents et des enfants, et dans ce que les parents disent des séances de musicothérapie, entre autres qu'ils aimeraient vivre ce répit plus d'une fois par semaine. Les deux musicothérapeutes mentionnent la notion de résilience, qui semble favorisée par le refuge créé par leurs séances.

Cette notion de refuge répond à une question que j'avais lors du début de cette recherche. Je savais qu'un des objectifs en musicothérapie en pédiatrie sociale est de réduire les stress toxiques, mais je recherchais de quelle façon cet objectif pouvait être travaillé. Il semble que cet objectif soit atteint de manière indirecte. En effet, les musicothérapeutes ne nomment pas par exemple une activité spécifique qu'elles utilisent pour réduire le stress. C'est plutôt la structure des séances et l'accueil qui semblent faire diminuer le stress.

Abad (2011) rapporte que la structure des séances de musicothérapie permet de modéliser des interactions positives à travers des activités ludiques, rejoignant ainsi la notion d'hôtel

thérapeutique décrit par Ausloos (2010) : « un endroit où l'enfant [peut] venir se réfugier, reprendre des forces et à nouveau grandir » (p. 163). Selon les résultats de cette recherche, il semble que ce refuge soit tout autant bénéfique pour les parents, qui vivent un moment exempt de stress, lorsqu'ils assistent aux séances de musicothérapie.

Savoir-être

La réduction du stress par les séances de musicothérapie semble advenir à un niveau *collatéral* de l'intervention, un niveau qui semble relever davantage de savoir-être des musicothérapeutes que de leur savoir clinique et de leurs interventions elles-mêmes. Ainsi, la façon dont s'exprime le rôle de la musicothérapeute en pédiatrie sociale diffère de ceux d'autres milieux de travail, par exemple, les hôpitaux, les écoles et les organismes communautaires. Certaines valeurs de la pédiatrie sociale sont nommées par les participantes pour expliquer cette différence telles que la notion de village autour de l'enfant. Cette notion s'exprime par une proximité d'intervention propre à la pédiatrie sociale qui amène les musicothérapeutes à assouplir certains principes courants en thérapie, par exemple la distance professionnelle. Cette distance professionnelle, utilisée dans d'autres milieux pour cadrer les rôles de chacun, est appliquée différemment en pédiatrie sociale. Par exemple, certains échanges avec les parents et les enfants se font dans un contexte informel, avant ou après la séance, autour d'un café ou lors de l'accueil des familles. La musicothérapeute, dans ce contexte informel, peut utiliser la divulgation de soi par souci de transparence et de réciprocité, ou avoir une relation informelle avec les enfants et les parents, parce qu'elle fait partie de leur « village ». Cette relation informelle peut s'exprimer par la participation de la musicothérapeute à des activités familiales telles des sorties, où elle tient un rôle «d'adulte du village», davantage que de musicothérapeute. Une approche sans jugement est aussi importante dans leur travail. Elles expliquent qu'en connaissant bien l'enfant et en évitant les préjugés, elles sont mieux outillées pour l'accompagner dans l'atteinte de ses objectifs et pour lui proposer des défis à sa hauteur.

L'humilité culturelle est une notion importante du savoir-être décrit par les musicothérapeutes interrogées. L'humilité culturelle se définit en deux dimensions : une intrapersonnelle, et l'autre interpersonnelle (Hook, 2014). La dimension intrapersonnelle implique une conscientisation de l'effet de notre propre culture sur nos attentes et notre façon de comprendre le monde, y compris celui des familles avec lesquelles nous travaillons (Hook, 2014). Les musicothérapeutes participantes rapportent utiliser cette notion par une forme de démarche réflexive constante. Une d'elles a par exemple relaté avoir eu une réflexion par rapport à ce que sa culture influence dans la perception de l'attachement. Elle a ainsi réalisé qu'elle avait certaines attentes qui n'étaient peut-être pas partagées par une famille d'un autre milieu culturel. La dimension interpersonnelle de l'humilité culturelle amène les musicothérapeutes à adopter une posture ouverte par rapport à des perspectives différentes et un respect de ces perspectives (Hook, 2014). De plus, elles ont à cœur d'exposer les enfants à une diversité d'expériences musicales pour encourager la réciprocité de cette humilité culturelle.

Les avantages de la musique comme outil d'intervention thérapeutique

Les musicothérapeutes en pédiatrie sociale nomment plusieurs qualités de la musique qu'elles utilisent à différents niveaux dans leurs interventions. Premièrement, certaines qualités semblent favoriser la création d'un lien de confiance : l'aspect esthétique de la musique, l'intérêt que les enfants y portent, et la croyance spontanée des parents que la musique peut faire du bien. Par ces trois caractéristiques, la musique semble avoir la capacité de motiver les familles à participer régulièrement aux séances. La musique, permet de travailler les objectifs thérapeutiques dans le plaisir, sans mettre l'accent sur les problèmes, dans une approche non menaçante, non didactique et non paternaliste. Finalement, même si les musicothérapeutes disent s'appuyer sur les données probantes de la musique et de son utilisation en musicothérapie pour appuyer leurs interventions auprès des familles et de leur équipe de travail (données liées aux qualités stimulantes de la musique et à ses effets sur le cerveau et sur les connexions neuronales), elles parlent davantage des effets observables de la musicothérapie. Elles observent des retombées concrètes, des succès réels tels que l'atteinte des objectifs ciblés pour un enfant en

particulier. L'atteinte des objectifs est également observée par les parents et l'équipe multidisciplinaire, lorsque ceux-ci assistent à la séance. Autrement, ces observations sont rapportées de façon informelle ou lors de rencontres d'évaluation-orientation. Les musicothérapeutes rapportent que c'est lorsqu'ils peuvent observer ces effets directement que les membres de l'équipe comprennent les qualités de la musique comme outil d'intervention.

En tant que musicothérapeute qui exerce dans un nouveau milieu, autant il est rassurant de savoir que la musicothérapie est appuyée par des écrits scientifiques valides, autant, une fois sur le terrain, ce ne sont pas ces écrits qui déterminent la qualité de l'intervention. Ce que je découvre ici est que les meilleures données probantes sont celles observées sur le terrain, dans l'intervention. La musicothérapie donne des résultats qui s'observent, autant par les parents que par l'équipe multidisciplinaire. Il semble donc important d'ouvrir les séances aux observateurs de façon à faire mieux connaître la musicothérapie. Il y a, selon moi, un équilibre à trouver entre la validité scientifique de la musicothérapie et la compréhension par l'exemple.

Participation des parents

Les participantes mentionnent qu'en pédiatrie sociale, le parent fait souvent partie du plan d'action, en accord avec la prise en compte du contexte dans l'évaluation des besoins de l'enfant. Celui-ci peut donc être invité à la séance de musicothérapie, particulièrement dans les groupes de 0-5 ans. Le parent qui est présent au sein du groupe a un rôle à jouer à deux niveaux selon les musicothérapeutes. Premièrement le parent est témoin des réussites de son enfant, de ses forces et de ses améliorations. Tel que mentionné dans la section précédente, l'observation directe semble être la meilleure façon de constater ce qui est atteint à travers l'intervention musicothérapeutique. Le parent peut ainsi constater les impacts positifs de la musique sur son enfant et certains parents cherchent à maintenir ces impacts tout au long de la semaine. En effet, les musicothérapeutes participantes expliquent qu'elles ont observé une forme de prise en charge de soi (*empowerment*) par les parents suite aux séances de musicothérapie : le parent devient graduellement un participant actif au sein des groupes en participant à l'élaboration des objectifs thérapeutiques, en développant des techniques de stimulations appropriées à son enfant à travers le modèle suggéré par la musicothérapeute, en étant encouragé dans ses forces parentales et en

ayant l'occasion d'exercer une forme de responsabilisation. Le parent, en plus d'être un observateur des réussites de son enfant, développe des outils pour favoriser ces réussites. Cependant, les musicothérapeutes mentionnent que cet aspect du travail représente un défi : certains parents ne sont pas prêts, ne sont pas disponibles, ou ont de la difficulté à tenir un rôle actif tel que décrit ci-haut. D'autres s'attendent à ce que la musicothérapeute 'guérisse' leur enfant, ou veulent que leur enfant 'performe' bien. Les musicothérapeutes doivent donc expliquer au parent ce que la musicothérapie peut apporter à leur enfant

Comment intégrer le parent dans la thérapie de son enfant était un questionnement que j'avais en débutant cette recherche et qui émergeait de ma pratique clinique. Pour plusieurs problématiques adressées en thérapie, travailler avec l'enfant seulement me semblait souvent vain. Le paragraphe précédent m'aide à rationaliser ce qui ne me semblait jusqu'à maintenant qu'une intuition. J'en retiens une compréhension de l'importance de laisser le parent prendre un rôle à deux facettes; une d'observateur et l'autre de participant actif.

Si la participation des parents aux séances semble leur être bénéfique, les résultats des entretiens indiquent que leur rôle actif au sein de cette séance est parfois difficile à définir. Il semble que la participation des parents représente un défi dans la pratique des musicothérapeutes interrogées. Oldfield (2011) mentionne que l'inclusion des parents dans la séance n'est pas complètement intuitive, autant pour le parent que pour la musicothérapeute, ce qui est en accord avec les résultats obtenus. D'autres musicothérapeutes semblent aussi constater la difficulté d'impliquer les parents dans la séance. Certains attribuent cette difficulté aux attentes des parents par rapport au comportement de leur enfant dans la séance, ou au fait que la relation parent-enfant soit endommagée par des circonstances passées (Achenbach, 2011). Par contre, tous maintiennent qu'il est important d'intégrer le parent aux séances lorsqu'indiqué par les objectifs d'interventions. Pour faciliter cette implication, il est recommandé d'expliquer clairement les rôles et les attentes de chacun en début de suivi (Davies & Rosscornes, 2011; Oldfield, 2011).

Je découvre ainsi toute une facette implicite du travail auprès des enfants; le travail auprès de leur parent. En cohérence avec les résultats ci-haut rapportés, si l'on considère le parent comme partie prenante du contexte de l'enfant, de son environnement; en travaillant avec le parent, on pourrait influencer le développement de l'enfant. Comment communiquer de façon

efficace avec le parent? Les résultats de la présente recherche semblent indiquer un équilibre entre transparence, non-jugement, accompagnement, éducation et renforcement. Il me semble cependant qu'il reste beaucoup à découvrir de ce côté.

Implications et recherche future

La prise en compte du contexte, l'arrimage de l'intervention en fonction des besoins et le continuum d'interventions laissent transparaître la complexité du travail des musicothérapeutes qui travaillent en pédiatrie sociale. Ce travail est en constante évolution et il est à prévoir que dans quelques années, il s'exprimera d'une façon différente, puisque les contextes et les besoins des familles évoluent. Le thème de la participation des parents me semble une avenue à explorer davantage et il serait intéressant de s'y attarder lors de recherches futures.

Il est intéressant de constater que même si la recension des écrits laissait présager une forte connexion entre la musicothérapie, l'attachement et la pédiatrie sociale, ce thème n'a pas émergé lors des entrevues. Abad (2011) rapporte qu'en 2003, les musicothérapeutes travaillant avec les parents et les enfants représentaient une pratique marginale par rapport aux autres domaines de pratique. Les écrits en musicothérapie et les interactions parents-enfants, bien qu'assez volumineux, sont toutefois relativement récents. Le programme *Sing and Grow* (Abad, 2011), en Australie, nous laisse entrevoir les bénéfices d'une telle approche, mais ces pratiques sont encore rares au Québec. Peut-être verrons-nous émerger de tels programmes dans un contexte de pédiatrie sociale au cours des prochaines années?

Conclusion

Il y a un parallèle entre la démarche herméneutique de l'auteure et la démarche clinique des participantes : l'auteure a pris un moment de recul pour observer l'influence du contexte de la pédiatrie sociale sur sa pratique en musicothérapie, tout comme les musicothérapeutes en début de suivi, prennent un moment pour observer comment le contexte de l'enfant influence ses besoins. L'auteure, plus au fait de l'apport de la musicothérapie à la pédiatrie sociale est plus à même d'en partager les bénéfices, avec son équipe professionnelle d'une part, et avec les

familles, de l'autre part. De cette façon, le dialogue entre les professionnels de la santé et les professionnels en musique, dont la musicothérapie, tel que décrit par DeVelder (2012) et MacDonald (2013), est amorcé. Il est à souhaiter que les résultats d'une telle démarche éclaireront la pratique et contribueront à enrichir les contextes où elle se déroule, tels les centres de pédiatrie sociale en communauté.

L'approche de pédiatrie sociale est une approche relativement récente. Elle est en plein essor au Québec. La Fondation Dr Julien génère un savoir-faire depuis plus de vingt ans, par contre peu d'écrits en témoignent. Les connaissances sur la pratique ont récemment été décrites dans un premier document de codification de l'approche (Fondation Dr Julien 2013). « La présence sur le terrain et les échanges avec les praticiens de l'approche restent une des meilleures façons d'étudier la pédiatrie sociale en communauté » (Fondation Dr Julien, 2013, p. 11).

La démarche herméneutique a permis de tracer des parallèles entre les concepts de pédiatrie sociale et leur application en musicothérapie et d'amorcer une compréhension du travail des musicothérapeutes en pédiatrie sociale. Il est espéré que cette recherche servira de point de départ pour approfondir certains concepts propres à cette pratique, par exemple la musicothérapie et la question de l'attachement au Québec; le rôle des parents dans l'intervention en musicothérapie en pédiatrie sociale; et le rôle des musicothérapeutes auprès des parents. Dans la visée d'un tel projet, la notion d'immersion et l'application d'une méthodologie qualitative telle l'herméneutique ou l'ethnographie est hautement recommandée de manière à préserver la richesse de l'expérience directe.

Références

- Abad, V. S. A. (2011). The effectiveness of a short-term group music therapy intervention for young parents and their children. (Master's thesis, Queensland University of Technology, Brisbane, Queensland, Australia).
http://eprints.qut.edu.au/46954/1/Vicky_Abad_Thesis.pdf
- Achenbach, C. (2011). Nordoff-Robbins Music Therapy in a Nursery Setting. In A. Oldfield, J. Tomlinson, & P. Derrington (Eds.). *Music Therapy in Schools*, (pp. 47-59). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Aigen, K. (2005). Writing the qualitative research report. In B. L. Wheeler (Ed.), *Music Therapy Research, Second Edition* (pp.201- 225), Gilsum, NH: Barcelona.
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American psychologist*,44(4), 709.
- Ansdell, G. (2002). Community music therapy & the winds of change. *Voices: A World Forum for Music Therapy* 2 (2). <https://normt.uib.no/index.php/voices/article/view/83/65>
- Appleyard, K., Egeland, B., Dulmen, M. H., & Alan Sroufe, L. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 235-245.
- Assemblée générale annuelle de l'AMC, Vancouver, C.-B., 6 mai 1994. Association de musicothérapie du Canada, accédé par l'adresse :
<http://www.musictherapy.ca/fr/information/musicotherapie.html>
- Ausloos, G. (2010). *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*. Toulouse : Erès.
- Ayache, M., & Dumez, H. (2011). Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective? *Le Libellio d'Aegis*, 7(2), 33-46.
- Bittman, B. B., Berk, L. S., Felten, D. L., Westengard, J., Simonton, O. C., Pappas, J., & Ninehouser, M. (2001). Composite effects of group drumming music therapy on modulation of neuroendocrine-immune parameters in normal subjects. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 7(1), 38-47.

- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blanchard, D., Lavoie, S., Comeau, M., Quesnel, J.-P., Guay, D. (2014). *Portrait montréalais du développement des enfants à la maternelle*. <http://www.avenirdefants.org/pdf/rapport-egdem-2012.pdf>
- Brandt, A., Gebrian, M., & Slevc, L. R. (2012). Music and early language acquisition. *Frontiers in Psychology*, 3. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00327
- Bouchet, G., Blicharski, T., Duthu, S., & Bourdet-Loubère, S. (2011). Transmission intergénérationnelle de l'insécurité de l'attachement chez les familles d'enfants âgés entre 23 et 33 mois. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59(3), 140-148.
- Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolescent psychiatry*.
- Bruffee, K. A. (1999). *Collaborative learning: Higher education, interdependence, and the authority of knowledge* (2nd ed.). Baltimore, John Hopkins University.
- Bruscia, K. (2005). Data analysis in qualitative research. In B. L. Wheeler (Ed.), *Music Therapy Research, Second Edition* (pp.179- 186), Gilsum, NH: Barcelona.
- Cloutier, D. (2009). L'application de l'approche humaniste en musicothérapie avec une clientèle présentant des troubles envahissants du développement. *Revue de musicothérapie du Canada/Canadian Journal of Music Therapy*, 15(1), 72-83.
- Culture. Octobre 2012. Accédé par: <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/dossiers-complets/fr/culture.pdf>
- Curtis, S.L. (2013). Women's issues and music therapists: A look forward. *Journal of Arts in Psychotherapy* 40 (3), 386-393. doi: 10.1016/j.aip.2013.05.016
- Curtis, S., & Vaillancourt, G. (2012). The Children's Right to Music Project. *Voices: A World Forum for Music Therapy* 12(3). <https://voices.no/index.php/voices/article/view/676/565>
- Davies, E., & Rosscornes, C. (2011). Setting up and Developing Music Theray at a Children's Centre, for Pre-scool Chlidren and their Families and Carers. In A. Oldfield, J. Tomlinson,

- & P. Derrington (Eds.). *Music Therapy in Schools*, (pp. 19-32). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Daykin, N., De Viggiani, N., Pilkington, P., & Moriarty, Y. (2013). Music making for health, well-being and behaviour change in youth justice settings: A systematic review. *Health Promotion International*, 28(2), 197-210.
- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur: Un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, 3, 28-43.
- DeVelder, D. (2012). The Santa Fe model: Music, the brain, medicine, and wellness - A scientific dialogue exemplifying integrative forums for critical topics. *Music and Medicine*, 4(3), 188-191.
- Edwards, J. (2011). The use of music therapy to promote attachment between parents and infants. *The Arts in Psychotherapy*, 38(3), 190-195.
- Fondation Dr Julien (2013). *Document de codification, Pédiatrie sociale en communauté*, inédit. Montréal, Canada.
- Gold, C., Voracek, M., & Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1054-1063.
- Goodyer, I. M. (1995). Risk and resilience processes in childhood. Dans Lindström, B. & Spencer, N. *Social Paediatrics* (p. 433-455). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Gorman-Smith, D., Tolan, P. H., & Henry, D. B. (2000). A developmental-ecological model of the relation of family functioning to patterns of delinquency. *Journal of Quantitative Criminology*, 16(2), 169-198.
- Guyda, H., Razack, S., & Steinmetz, N. (2006). Social paediatrics. *Paediatrics & Child Health*, 11(10), 643.
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Traduit de l'allemand par E. Martineau en 1985. Paris. Authentica.

- Hirsch, S., & Meckes, D. (2000). Treatment of the whole person: Incorporating emergent perspectives in collaborative medicine, empowerment, and music therapy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18(2), 65-77. doi:10.1300/J077v18n02_04
- Historique de la fondation. (n.d.) Accédé par:
<http://www.fondationdrjulien.org/qui-sommes-nous/historique.aspx>
- Ho, P., Tsao, J. C., Bloch, L., & Zeltzer, L. K. (2011). The impact of group drumming on social-emotional behavior in low-income children. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2011.
- Hook, J. N. (2014). Engaging clients with cultural humility. *Journal Of Psychology And Christianity*, 33(3), 277-280.
- Julien, G. (2004). *Soigner différemment les enfants: Méthodes et approches*. Outremont, Québec : Éditions Logiques.
- Julien, G. (2007). Une pédiatrie équitable. *Pediatrics and Child Health*, 12(8), 709.
- Kenny, C., Jahn-Langenberg, M. & Loewy, J. (2005). Hermeneutic inquiry. In B. L. Wheeler (Ed.), *Music Therapy Research, Second Edition*. (pp.335- 351), Gilsum, NH: Barcelona.
- Labbé, E., Schmidt, N., Babin, J., & Pharr, M. (2007). Coping with stress: The effectiveness of different types of music. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 32(3-4), 163-168. doi:10.1007/s10484-007-9043-9
- Lamarre, A. M. (2004). *Étude de l'expérience de la première année d'enseignement au primaire dans une perspective phénoménologico-herméneutique*. Montréal: Université du Québec à Rimouski.
- Langston, T. W., & Barrett, M. S. (2008). Capitalizing on community music: A case study of the manifestation of social capital in a community choir. *Research Studies in Music Education*, 30(2), 118-138.
- Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*, 126(2), 309-337. doi:10.1037/0033-2909.126.2.309

Lindström, B. & Spencer, N. (1995). *Social Paediatrics*. Oxford, New York: Oxford University Press.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

MacDonald, R., Kreutz, G., Mitchell, L. (2012). What is *Music, health and wellbeing*, and why is it important? Dans MacDonald, R., Kreutz, G., Mitchell, L. (Eds). *Music, Health and Wellbeing* (pp. 3-24). Oxford: Oxford University.

MacDonald, R. A. (2013). Music, health, and well-being: A review. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8.

Magee, W. L., Brumfitt, S. M., Freeman, M., & Davidson, J. W. (2006). The role of music therapy in an interdisciplinary approach to address functional communication in complex neuro-communication disorders: A case report. *Disability and Rehabilitation*, 28(19), 1221-1229.

McFerran, K.S. (2013). How musical engagement promotes well-being in education context: The case of a young man with profound and multiple disabilities. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-Being*, 8 (20570), doi:10.3402/qhw.v8i0.20570.

Le Modèle de pédiatrie sociale en communauté. (n.d.) Accédé par :

www.fondationdrjulien.org/la-pédiatrie-sociale-en-communauté.aspx

Nations Unies. (1991). *Convention relative aux droits de l'enfant*. Multiculturalisme et citoyenneté Canada.

Nicholson, J. M., Berthelsen, D., Abad, V., Williams, K., & Bradley, J. (2008). Impact of music therapy to promote positive parenting and child development. *Journal of Health Psychology*, 13(2), 226-238. doi:10.1177/1359105307086705

O'Donnell, L., O'Donnell, C., Wardlaw, D. M., & Stueve, A. (2004). Risk and resiliency factors influencing suicidality among urban African American and Latino youth. *American Journal of Community Psychology*, 33(1-2), 37-49.

- Oldfield, A., (1991). Preverbal communication through music to overcome a child's language disorder. Dans K. Bruscia (Ed.), *Case Studies in Music Therapy*, (pp. 163-174). Gilsum: Barcelona.
- Oldfield, A. (1995). Communicating through music: The balance between following and initiating. Dans T. Wigram, R. West & B. Saperston (Eds.) *The Art and Science of Music Therapy: A Handbook*, (pp.226-237). New York, NY: Routledge.
- Oldfield, A. (2011). Parents' perceptions of being in music therapy sessions with their children: What is our role as music therapists with parents? J. Edwards (Ed.) *Music Therapy and Parent-Infant Bonding*, (pp. 58-72). New York, NY: Oxford University.
- Olofsson, A., & Fossum, B. (2009). Perspectives on music therapy in adult cancer care: a hermeneutic study. *Oncology Nursing Forum*, 36(4).
- Pasiali, V. (2012a). Resilience, music therapy, and human adaptation: Nurturing young children and families. *Nordic Journal of Music Therapy*, 21(1), 36-56.
- Pasiali, V. (2012b). Supporting parent-child interactions: music therapy as an intervention for promoting mutually responsive orientation. *Journal of Music Therapy*, 49(3), 303-334.
- Pavel, R. (2011). Social entrepreneurship and vulnerable groups. *Journal of Community Positive Practices*, 2, 59-77.
- Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, (1946, Juin). Conférence internationale sur la Santé, New York.
- Ricoeur, P. (1974). Phénoménologie et herméneutique. *Man and World*, 7(3), 223-253.
- Robarts, J. (2006). Music therapy with sexually abused children. *Clinical Child Psychology And Psychiatry*, 11(2), 249-269. doi:10.1177/1359104506061418
- Rolvjord, R. (2004). Therapy as empowerment: Clinical and political implications of empowerment philosophy in mental health practises of music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13(2), 99-111.
- Ruud, E. (1997). Music and identity. *Nordic Journal of Music Therapy*, 6(1), 3-13.

- Ruud, E. (2005). *Community Music Therapy*, inédit, repéré à:
<http://www.hf.uio.no/imv/personer/vit/evenru/even.artikler/CMTherapy.pdf>
- Schwandt, T. A. (2000). Three epistemological stances for qualitative inquiry. *Handbook of qualitative research*, 2, 189-213.
- Skandland, M. (2013). Music, Health and Well-Being. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-Being*, 8 (21780).
- Small, C. (2011). *Musicking: The meanings of performing and listening*. Wesleyan University Press.
- Smith, E. J. (2006). The strength-based counseling model. *The Counseling Psychologist*, 34(1), 13-79.
- Smythe, E. A., Ironside, P. M., Sims, S.L., Swenson, M.M. & Spence, D.G. (2008). Doing Heideggerian hermeneutic research : A discussion paper. *International Journal of Nursing studies*, 45, 1389-1397.
- Stige, B. (2002). The relentless roots of community music therapy. *Voices: A World Forum for Music Therapy* 2(3). <https://voices.no/index.php/voices/article/viewArticle/98/75>
- Stige, B., Ansdell, G., Elefant, C. & Pavlicevic, M. (2010). *Where music helps: Community music therapy in action and reflection*. Burlington, USA: Ashgate Publishing Ltd.
- Stige, B., & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to community music therapy*. New York, NY: Routledge.
- Strange, J., Achenbach, C., Nicolette, O., O'Neill, N., Brackley, J., Williams, F., ... & McTier, I. (2011). *Music therapy in schools: Working with children of all ages in mainstream and special education*. A. Oldfield, J. Tomlinson, & P. Derrington (Eds.). Jessica Kingsley Publishers.
- Trevarthen, C., & Malloch, S. N. (2000). The dance of wellbeing: Defining the musical therapeutic effect. *Nordic Journal of Music Therapy*, 9(2), 3-17.

- Vaillancourt, G. (2012). Music therapy: A community approach to social justice. *The Arts in Psychotherapy, 39*(3), 173-178.
- Vanderbilt-Adriance, E., & Shaw, D. S. (2008). Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical Child and Family Psychology Review, 11*(1-2), 30-58. doi:10.1007/s10567-008-0031-2
- Veenema, T. G. (2001). Children's exposure to community violence. *Journal of Nursing Scholarship, 33*(2), 167-173.
- Vuille, J.-C., & Sundelin, C. (1995). Growth and development. Dans Lindström, B. & Spencer, N. (Eds). *Social Paediatrics* (p.210-224). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Yehuda, N. (2011). Music and stress. *Journal of Adult Development, 18*(2), 85-94. doi:10.1007/s10804-010-9117-4
- Zuckerman, B. (2012). Medicine and law: New opportunities to close the disparity gap. *Pediatrics, 130*(5), 943-944.

ANNEXE A

Lettre de recrutement

Bonjour,

Si vous recevez ce courriel, c'est parce que vous travaillez comme musicothérapeute dans un centre de pédiatrie sociale en communauté (CPSC). J'ai obtenu votre nom en passant par le Transfert des Connaissances de la Fondation du Dr Julien. J'effectue présentement ma maîtrise en musicothérapie à l'Université Concordia et sollicite votre participation à mon projet de recherche. Le but de mon projet est de dresser un portrait de la musicothérapie dans un contexte de pédiatrie sociale. J'ai moi-même été embauchée dans un CPSC il y a bientôt trois ans, et mon désir de faire cette recherche vient du fait que j'ai trouvé très peu de références précises au modèle de pédiatrie sociale et à l'application de la musicothérapie au sein d'un tel modèle.

Nous sommes maintenant plusieurs musicothérapeutes à pratiquer en pédiatrie sociale, et j'espère pouvoir intégrer votre savoir et votre expérience à ma recherche. J'ai le souhait que les résultats de cette recherche encourageront et inspireront d'autres musicothérapeutes et d'autres CPSC à continuer à développer la musicothérapie en pédiatrie sociale.

Je vous invite à communiquer avec moi si vous êtes intéressée à participer à cette recherche. Nous prendrons alors rendez-vous pour un entretien d'une heure qui sera enregistré. Je joins à ce courriel le formulaire de consentement que nous signerons ensemble si vous acceptez.

Merci de votre temps et de votre considération,

Musicalement,

Sandrine Zuyderhoff

ANNEXE B
Lettre d'appui



* Centres de services, d'expertise et de formation de la Fondation du Dr Julien

Montréal, le 04 avril 2014

Objet : lettre de soutien au projet de recherche *Un continuum d'intervention de musicothérapie dans un contexte de pédiatrie sociale en communauté*

À qui de droit,

La présente est pour confirmer notre soutien à Sandrine Zuyderhoff, étudiante à la maîtrise en musicothérapie de l'université Concordia, qui désire mener son projet de recherche sur l'intervention de musicothérapie dans le contexte de la pédiatrie sociale en communauté. Cette recherche est conduite dans le cadre des études de Sandrine Zuyderhoff. L'étudiante est autonome et ne perçoit pas de rémunération à cet effet de la part de la Fondation du Dr Julien. Cependant il est espéré que les résultats contribueront à la mobilisation des connaissances et au développement des nouvelles interventions, à forte valeur ajoutée, au sein de la pédiatrie sociale en communauté.

Suite à la présentation du projet de recherche, le comité de contenu de la Fondation du Dr Julien autorise les démarches nécessaires telles que détaillées dans les protocoles de recherche soumis par Sandrine Zuyderhoff à l'université Concordia.

Nous sommes enthousiasmés de cette contribution et nous attendons vivement les retombées de cette recherche auprès du mouvement de la pédiatrie sociale en communauté.

Cordialement,

Dr Gilles Julien, C. M., O. Q.
Pédiatre social
Président et chef de la direction

Me Hélène (Sioui) Trudel,
Avocate médiatrice,
Directrice Fondatrice Alliance
Droit et Santé

Julie Desharnais,
Travailleuse sociale,
Directrice des centres de
pédiatrie sociale en
communauté d'Hochelaga-
Maisonnette et Côte-des-
Neiges

☐ Centre de pédiatrie sociale
Assistance d'enfants en difficulté (AED)
1600, rue Aylwin
Montréal (QC) H1W 3B8
Tél. : 514-528-8488 Téléc. : 514-528-7552

☐ Siège social
1601, rue Aylwin
Montréal (Québec) H1W 3B9
Tél. : 514-527-3777 Téléc. : 514-527-4323
fondation@pediatriesociale.org
www.fondationdrjulien.org

☐ Centre de pédiatrie sociale
Centre des services préventifs à l'enfance (CSPE)
6555, chemin de la Côte-des-Neiges, suite 300
Montréal (QC) H3S 2A6
Tél. : 514-341-2220 Téléc. : 514-541-7574

ANNEXE C

Formulaire de consentement

Université Concordia Protocole # 30003076

Un continuum d'intervention en musicothérapie dans une pratique en Pédiatrie sociale en communauté: une étude de cas

Je comprends qu'on m'a invité à participer à un projet de recherche mené par Sandrine Zuyderhoff, MTA, étudiante à la maîtrise au Département des thérapies par les arts de l'Université Concordia, musicothérapie. Celle-ci peut être rejointe par courriel à l'adresse szuyderhoff@pediatriesociale.org

Le projet est supervisé par Dr. Guylaine Vaillancourt du Département des thérapies par les arts de l'Université Concordia. Celle-ci peut être rejointe au 514-848-2424 ext. 5670, et par courriel à l'adresse g.vaillancourt@concordia.ca.

A. BUT

On m'a informé que le but de cette recherche est de dresser un portrait de la musicothérapie dans un contexte de pédiatrie sociale en communauté.

B. PROCÉDURES

- Je comprends que cette recherche implique que j'accepte de participer à un entretien individuel d'une heure. Lors de cet entretien, la chercheuse me demandera de donner de l'information sur mon travail comme musicothérapeute dans mon centre de pédiatrie sociale, sur mes approches théoriques et cliniques et sur les concepts de pédiatrie sociale et leur application en musicothérapie.
- Je comprends que cet entretien sera enregistré sur support audio et ne sera accessible qu'à la chercheuse et à sa superviseuse de recherche pour les fins de recherche, de collecte et d'analyse des données en vue de créer un portrait de musicothérapie en pédiatrie sociale en communauté.
- Je comprends que toutes les données d'enregistrement audio seront immédiatement conservées grâce à un mot de passe protégé dans un ordinateur qui sera lui-même protégé par un mot de passe et ne seront accessibles qu'à la chercheuse et à sa superviseuse de recherche jusqu'à ce que la recherche soit complétée.
- Je comprends que les enregistrements audio ne seront pas publiés ou présentés à quelque endroit que ce soit.

- Je comprends que les résultats pourraient être présentés dans des contextes académiques, des publications ou des présentations scientifiques lors de congrès, et que la chercheuse s'assurera qu'aucune information sur l'identité des participants ne sera divulguée, dans la mesure du possible.

ANNEXE D

Guide d'entretien

Concepts clés en pédiatrie sociale

1. Pouvez-vous commenter sur les concepts suivants et indiquer s'ils sont adressés dans vos interventions en musicothérapie, si oui, comment :

1. Histoire éco-bio-développementale de l'enfant
2. Identification des besoins de l'enfant
3. Identification des droits bafoués
4. Stress toxiques
5. Forces de l'enfant, de la famille et du milieu
6. Motivation et résilience
7. Compréhension des attentes, de la culture et de l'identité
8. Attachement
9. Trajectoire de vie et bien-être

Influence de la théorie

10. Quelles sont les approches théoriques de musicothérapie qui sous-tendent vos interventions?

11. Y a-t-il des éléments de l'approche de musicothérapie communautaire qui influencent votre travail, si oui, lesquels et comment?

12. Y a-t-il des éléments de la théorie de l'attachement qui influencent votre travail, si oui, comment?

13. Quelles seraient vos suggestions pour le développement futur de la musicothérapie en pédiatrie sociale?

Autres commentaires?