

Volume 23 | 2017

**Official journal of the Canadian Association of Music Therapists
Revue officielle de l'Association canadienne des musicothérapeutes**

Musicothérapie et santé mentale : l'expérience de musicothérapeutes québécois

Music Therapy and Mental Health: The Experience of Music Therapists in Quebec

Guylaine Vaillancourt, Ph. D., MTA, FAMI
Université Concordia, Montréal, Québec, Canada

Résumé

Cette recherche phénoménologique vise à documenter l'expérience de musicothérapeutes pratiquant en santé mentale auprès d'adultes au Québec. Le nombre de musicothérapeutes travaillant principalement dans ce domaine est malheureusement restreint. On en connaît peu sur leur expérience de travail, leur approche, leur motivation, leur intérêt, leurs défis et les réflexions qui les sous-tendent. Les modèles de réadaptation psychosociale, de rétablissement et de programmes centrés sur les clients gagneraient à être davantage connus. De fait, les écrits en français sont quasi inexistantes pour témoigner de l'expérience et des bénéfices qu'en retirent les musicothérapeutes praticiens et les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale. En conséquence, la rareté des services de musicothérapie en santé mentale au Québec prive de cette approche innovatrice et créative des adultes fréquentant des milieux communautaires et hospitaliers. Des réflexions, des recommandations, des idées de recherche et les résultats des entretiens sont présentés ici. Il est à espérer que cette démarche contribuera à stimuler la pratique de la musicothérapie en santé mentale.

Mots clés : musicothérapie, santé mentale, musique, chorale, communauté, Québec

Abstract

The objective of this phenomenological investigation was to document the experience of music therapists practising in mental health with adults in Quebec. Unfortunately, the number of music therapists who primarily work in this area is limited. Little is known about their work experience, approach, inspiration, interests, challenges, or the underlying thinking behind their practice. The models of psychosocial rehabilitation, recovery, and client-centred programs would benefit from being more extensively known. In fact, materials written in French that share the experiences and benefits derived both by practising music therapists and persons with mental health problems are virtually nonexistent. Consequently, the scarcity of music therapy services in mental health in Quebec denies this creative and innovative approach to adults who use community and hospital services. The results of interviews, reflections, recommendations, and research ideas are presented here. It is hoped that that this work will help to foster the use of music therapy practices in mental health.

Keywords: music therapy, mental health, music, choir, community, Quebec

La musicothérapie pratiquée en santé mentale auprès d'adultes est plutôt méconnue au Québec; seulement quelques musicothérapeutes s'y consacrent à temps plein. Ces professionnels ont peu de possibilités de publier et de partager leurs connaissances et leur expertise en santé mentale, faute de ressources en recherche. Ce constat a motivé l'auteure de la présente étude à mieux saisir leur travail et à le documenter dans l'espoir de voir se développer davantage de services dans ce domaine.

La musicothérapie se développe depuis près de 60 ans au Québec et au Canada. En santé mentale, la pratique de la musicothérapie s'est fait connaître en psychiatrie adulte avec Thérèse Pageau (Laurier, 1978). Celle-ci fut la première musicothérapeute canadienne-française à offrir ce service à Montréal, entre 1964 et 1977, alors qu'elle pratiquait à l'hospice Saint-Jean-de-Dieu, rebaptisé Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine et, depuis peu, Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

En 1995, la musicothérapeute Lillian Eyre a ouvert un service de musicothérapie au département de psychiatrie de l'Hôpital général de Montréal du Centre universitaire de santé McGill et y a travaillé jusqu'en 2006. Depuis, ce service poursuit ses activités dans les différentes unités de soins et à la clinique externe (L. Eyre, communication personnelle, 28 février 2016). Cependant, entre le travail de Thérèse Pageau et celui qui suivra plus tard avec Lillian Eyre, on ignore comment cette spécialisation a évolué, dans quel contexte le nombre toujours limité de musicothérapeutes la pratiquent et ce qu'ils retirent de leur travail. Des musicothérapeutes ont certes travaillé en santé mentale auprès d'adultes, mais le plus souvent dans des emplois contractuels ou à temps partiel. Hunt (2013) rapporte également que la musicothérapie est trop peu utilisée par les cliniques externes et les centres communautaires en santé mentale et que, conséquemment, il est important que les musicothérapeutes exerçant leur profession dans un contexte communautaire puissent mesurer et publier le fruit de leur travail afin que de nouveaux programmes voient le jour.

Le nombre limité de musicothérapeutes qui pratiquent en santé mentale est déplorable compte tenu de la recherche qui démontre ses bénéfices, qui sont nombreux; elle agit en effet sur le stress, la dépression, la schizophrénie et d'autres troubles mentaux (Bodner *et al.*, 2007; Eyre, 2013a; Gold, Heldal, Dahle et Wigram,

2005; Pelletier, 2004; Ulrich, Houtmans et Gold, 2007) en diminuant les symptômes chez les personnes vivant avec un problème de santé mentale et en améliorant leur qualité de vie.

Recension des écrits

Ressources en santé mentale

Une personne sur cinq est susceptible d'être atteinte d'un trouble mental au cours de sa vie, ce qui se répercute également sur l'entourage et la société (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012). Les troubles principaux dont souffrent les personnes hospitalisées ou qui fréquentent un organisme communautaire en santé mentale sont la schizophrénie, la dépression, les troubles anxieux et les troubles bipolaires. L'anxiété qui accompagne souvent les troubles de santé mentale peut se traduire par un sentiment de peur et d'inquiétude, des comportements d'évitement et de compulsion, ainsi que des manifestations physiologiques invalidantes (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2015).

Peu de ressources communautaires sont disponibles pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale sévère et persistant (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012). Pourtant, un nombre considérable de bénéficiaires de services et leurs familles mentionnent l'importance des ressources communautaires qui leur permettent de retrouver l'espoir et un sens à la vie. Ils aimeraient avoir davantage accès à des services qu'ils qualifient de « complémentaires ». On s'inquiète d'ailleurs du traitement pharmaceutique privilégié au détriment d'approches non médicales, selon le rapport du Commissaire.

En plus de l'importance du soutien communautaire, les recherches récentes en neuropsychologie démontrent que la notion de plaisir est un facteur non négligeable qui peut contribuer à la réadaptation pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale.

Santé mentale, plaisir et musique

La neuropsychologie s'intéresse de plus en plus aux notions complexes de plaisir et de bonheur, et à leur interaction dans le cerveau. Morten, Kringelbach et Berridge (2010) observent que la notion de bonheur est malheureusement souvent absente lors de troubles

d'anxiété et de dépression. Ils notent également que le mécanisme de récompense qui déclenche la libération de dopamine serait en lien étroit avec le sentiment de plaisir. Morten, Kringelbach, Phil et Berridge (2010) relie le concept de bonheur à deux aspects : l'hédonie (plaisir) et l'eudaimonie (bonne santé, bien-être), et, depuis quelques années, la psychologie positive, ont ajouté le sentiment d'engagement et de participation dans la vie (Seligman, Steen, Park et Petersen, 2005); tous les types de plaisir (drogues, sexe, musique, etc.) semblent provenir des mêmes systèmes du cerveau hédonique. La dépression, la schizophrénie et autres troubles de santé mentale ont comme symptôme commun l'anhédonie, soit la perte de la capacité à ressentir le plaisir. La recherche sur l'anhédonie pourrait donc contribuer à améliorer les interventions auprès de personnes souffrant de ces troubles (Gaillard, Gourion et Llorca, 2013).

Une étude des perspectives hédoniste et eudémoniste sur deux chorales a démontré que le soutien social perçu par les participants a apporté une augmentation significative de l'affect positif, de l'épanouissement personnel et de la vitalité (Busch et Gick, 2012, traduction libre). Par contre, selon ces chercheuses, ces résultats ne peuvent être généralisés à cause des limites méthodologiques qui ne permettent pas d'inférer avec certitude le phénomène de cause à effet voulant que « chanter augmente le bien-être ». De plus, cette recherche n'a pas mesuré l'influence des variables telles que la personnalité, le temps de répétition ou le support social.

La musique aurait également une influence positive sur le sentiment de plaisir; effectivement, le flot sanguin cérébral s'activerait dans les régions du cerveau impliquées dans les systèmes de récompense, de motivation, de l'émotion et de l'éveil lors de l'écoute de musiques qui procurent des « frissons » (Blood et Zatorre, 2001). Salimpoor, Benovoy, Longo, Cooperstock et Zatorre (2009) se sont, de leur côté, intéressés aux aspects du plaisir dans l'écoute musicale et aux changements sur le plan de l'excitation émotionnelle. Les résultats ont révélé une corrélation fortement positive entre les niveaux de plaisir et l'excitation émotionnelle. La musique semble agir auprès des mêmes circuits reliés aux systèmes de récompense et aux émotions impliqués dans la production de dopamine (Salimpoor, Benovoy, Larcher,

Dagher et Zatorre, 2011); ainsi, chaque fois que nous désirons retrouver l'expérience musicale gratifiante, il y a sécrétion de dopamine, ce qui expliquerait pourquoi la musique a tant de valeur. Leur recherche a noté une augmentation de la sécrétion de dopamine de 6 à 9 % chez des participants exposés à une de leurs pièces de musique leur procurant des « frissons ». Salimpoor *et al.* (2013) ont découvert que la sécrétion de dopamine apparaît non seulement au moment où la musique fait ressentir un pic émotionnel, mais aussi lors de la phase d'anticipation. Selon cette étude, il se pourrait que les circuits corticaux nous permettent d'accumuler de l'information musicale tout au long de notre vie et que cette représentation mentale de la musique puisse redevenir disponible plus tard. L'acte d'écouter de la musique agirait sur deux niveaux temporels, soit une récapitulation du passé et une prédiction du futur; quand nous écoutons de la musique, les circuits neuronaux créeraient donc des attentes basées sur la musique que nous avons conservée en mémoire.

Musicothérapie et santé mentale

Peu de recherche en musicothérapie traite spécifiquement de la dépression et de l'anxiété (Jackson, 2013). Pourtant ces difficultés psychologiques peuvent avoir des effets dévastateurs dans la vie des clients et de leurs proches. La musique peut jouer un rôle important dans le traitement de ces troubles en permettant aux patients de sortir de l'état d'inertie et d'agitation dans lequel ils se trouvent parfois et en leur permettant d'entrer en relation avec d'autres personnes qui les aident à retrouver un sens à la vie (Jackson, 2013, traduction libre).

Lillian Eyre, directrice de l'ouvrage collectif *Guidelines for Music Therapy Practice in Mental Health* (2013a), propose une définition de la musicothérapie en santé mentale inspirée de Bruscia (1998) :

La musicothérapie en santé mentale est un processus d'intervention systématique qui utilise la musique dans le cadre d'une relation thérapeutique répondant à un large éventail de besoins intrapersonnels et interpersonnels reliés à la croissance de la personne. Ce processus vise à favoriser chez elle le développement de son potentiel, dans un contexte individuel ou de

groupe, de même qu'à améliorer sa qualité de vie. (Eyre, 2013a, traduction libre)

Une des méthodes d'intervention utilisées en santé mentale est la composition de chansons qui favorise l'expression, la communication et la relation (Vander Kooij, 2009). L'écriture de chansons en groupe peut aussi améliorer la qualité de vie et les interactions sociales de manière créative (Grocke *et al.*, 2014). Cette dernière étude présente par contre des limites du point de vue quantitatif qui sont dues, selon les auteurs, au problème de recrutement, au nombre restreint de participants et à l'absence de données longitudinales. Par ailleurs, l'enregistrement des compositions contribuerait à améliorer l'estime de soi et à enrichir les relations entre les pairs et les thérapeutes (Grocke, Bloch et Castle, 2008). Chanter ou jouer des chansons familières peut également développer des habiletés relationnelles chez des individus qui ont un faible niveau de motivation (Mössler, Assmus, Heldal, Fuchs et Gold, 2012).

De même, pendant les dernières décennies, un nombre croissant de recherches en musicothérapie, en psychologie et en sociologie de la musique témoignent de l'intérêt pour le chant et les chorales, dont le rôle et l'impact social sont reconnus (Bailey et Davidson, 2003, 2007; Batt-Rawden, Trythall et De Nora, 2007; Belgrave, 2012; Fogg et Talmage, 2012; Sattler, 2013; Stacy, Brittain et Kerr, 2002; Talmage, Ludlam, Leão, Fogg-Rogers, et Purdy, 2013). Un sondage mené auprès de 16 adultes vivant avec un trouble chronique de santé mentale a démontré que la participation à une chorale thérapeutique bilingue a influencé positivement l'estime de soi, l'expression émotionnelle, l'humeur, la gestion du stress, le niveau de confort avec le groupe et l'établissement d'une routine régulière (Eyre, 2011, traduction libre).

Certains musicothérapeutes travaillant en santé mentale combinent leur approche à la réadaptation psychosociale (Chhina, 2004), au rétablissement (McCaffrey, Edwards et Fannon, 2011), au modèle orienté sur les ressources personnelles (Solli, Rolvsjord et Borg, 2013) et à un programme de partenariat communautaire centré sur les bénéficiaires (*Consumer-Directed and Partnered Community Mental Health Music Therapy Program*) qui privilégie un groupe ouvert

(Baines, 2000). Ce dernier programme permet aux bénéficiaires de socialiser, de retrouver le plaisir et de participer selon leur désir et leur niveau de confort dans le groupe. Les principes définissant les approches en réadaptation psychosociale et de rétablissement s'apparentent aux principes centraux de la musicothérapie, dont celui de la relation thérapeutique, qui offre un potentiel de changement et de croissance (McCaffrey *et al.*, 2011). L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) définit ce domaine de la façon suivante :

La réadaptation psychosociale répond aux besoins particuliers des personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale. Elle a pour mission de soutenir ces personnes, d'améliorer leur qualité de vie, leurs relations interpersonnelles et leur insertion dans un milieu de leur choix. Les personnes ainsi soutenues peuvent enfin savourer le succès, le plaisir de vivre et la satisfaction de leurs aspirations. (AQRP)

Ces approches psychosociales, combinées à la musicothérapie, permettent de voir la personne qui se cache derrière la détresse psychologique (Chhina, 2004).

Musicothérapie communautaire

La musicothérapie communautaire se développe depuis les dernières décennies sur tous les continents dans des pays qui voient l'émergence d'initiatives au service de groupes souvent marginalisés (Curtis, 2015; Curtis et Mercado, 2004; O'Grady et McFerran, 2007; Oosthuizen, Fouché et Torrance, 2007; Pavlicevic et Ansdell, 2004; Snow, Snow et D'Amico, 2008; Stewart, 2004; Stige, 2003; Stige, Ansdell, Elefant et Pavlicevic, 2010; Stige et Aarø, 2012; Vaillancourt, 2012; Zharinova-Sanderson, 2004). Le bien-être global, le sentiment d'appartenance et l'inclusion sociale sont des éléments clés de la musicothérapie communautaire (Ansdell, 2002; Curtis, 2015; Pavlicevic et Ansdell, 2004; Stige *et al.*, 2010; Stige et Aarø, 2012; Vaillancourt, 2012). L'appellation « musicothérapie communautaire » n'est pas systématiquement appliquée, puisqu'une définition précise et « fixe » irait à l'encontre de sa

nature culturelle et contextuelle (Pavlicevic et Ansdell, 2004; Stige et Aarø, 2012). Cette approche redéfinit le concept de thérapie, qui va au-delà des frontières de la thérapie conventionnelle; en effet, l'accent est mis sur la relation entre la musique, la santé, le développement humain et le changement social (Stige *et al.*, 2010).

Stige *et al.* (2010) rapportent que la musique permet de se donner une attention mutuelle et de prendre soin l'un de l'autre (*mutual care*). Ils ont étudié une chorale dont les participants décrivent leur relation avec la musique, la participation à une chorale et le chant comme une expérience émotionnelle positive, de collectivité et de collaboration. La musicothérapie communautaire permet de donner une attention particulière aux voix que l'on n'entend pas; un concept qui permet aux individus de faire entendre leur expérience, de partager leur vécu, leurs joies et leurs souffrances (Stige et Aarø, 2012).

En résumé, les ressources en santé mentale restent limitées et les écrits sur la diversité des pratiques de musicothérapie sont plutôt restreints, et quasi inexistantes en français. Les milieux hospitalier et communautaire bénéficieraient grandement d'une meilleure connaissance de la musicothérapie qui propose des interventions en contextes de réadaptation psychosociale et de rétablissement. Ces pratiques s'inscrivent dans un continuum de soins, lesquelles se distancient du modèle médical et, pour certaines, proposent une perspective de musicothérapie communautaire. De même, les études récentes en neuropsychologie de la musique ouvrent des avenues intéressantes sur la notion de plaisir, qui joue un rôle important dans le rétablissement. La présente étude vise donc à documenter la pratique et l'expérience de musicothérapeutes œuvrant en santé mentale auprès d'adultes au Québec en espérant qu'elle stimulera d'autres musicothérapeutes à adopter cette spécialisation. Elle vise également à sensibiliser les professionnels alliés. Ces derniers pratiquent dans des domaines connexes à la musicothérapie ou avec la même clientèle que les musicothérapeutes.

Méthodologie

Une recherche qualitative phénoménologique (Moustakas, 1994) a été privilégiée parce que cette méthodologie a été jugée la plus appropriée pour traduire l'essence de l'expérience et du vécu des

musicothérapeutes interrogés dans le cadre de leur travail en santé mentale. Ce type d'étude requiert de la chercheuse une présence ouverte et transparente lors des entretiens et non un ton neutre ou distant (Creswell, 2007) afin d'installer un climat de confiance.

Participants

Les participants à cette étude ont été recrutés selon les critères de sélection suivants : ils devaient être des musicothérapeutes accrédités (MTA) par l'Association canadienne des musicothérapeutes et travailler principalement en santé mentale auprès d'adultes au Québec depuis au moins cinq ans. La question de recherche était la suivante : « Quelle est l'expérience de musicothérapeutes québécois travaillant auprès d'adultes en santé mentale? » À la suite de l'obtention du certificat d'éthique, la chercheuse a recruté les participants par l'entremise de l'Association québécoise de musicothérapie (AQM), qui tient un registre des membres et des catégories d'emploi. La chercheuse a ciblé les participants potentiels qui répondaient aux critères de sélection. Elle les a invités par courriel à participer à la recherche. Elle connaissait déjà le travail de ces musicothérapeutes, ce qui correspond aux critères de Creswell (2007), pour qui il est important de connaître raisonnablement les participants et de s'assurer de bien comprendre l'univers dans lequel ils évoluent.

Seulement deux participants musicothérapeutes accrédités se sont qualifiés pour l'étude. Au moment de la recherche, ils travaillaient dans des milieux hospitalier et communautaire depuis au moins dix ans auprès d'adultes vivant avec des problèmes de santé mentale. Le premier participant (A) est une musicothérapeute qui travaille en milieu communautaire, et le deuxième participant (B) est un musicothérapeute qui partage son travail entre les départements de psychiatrie interne et externe d'un centre hospitalier universitaire et un organisme communautaire. Dans cette recherche, les genres féminin et masculin sont utilisés pour refléter respectivement le genre du participant (A) et celui du participant (B).

Collecte et analyse de données

Les données ont été recueillies par le biais d'un entretien verbal semi-structuré d'environ une heure

avec chacun des participants et à l'endroit de leur choix. Le questionnaire d'entretien et le formulaire de consentement leur ont été envoyés au préalable par courriel. Lors de la rencontre, le formulaire de consentement a été lu conjointement, la chercheuse a clarifié les questions des participants et tous ont signé le document. L'entretien verbal a été enregistré sur support audio et retranscrit par la chercheuse. Le verbatim a été retourné aux participants pour modifications, ajouts ou retractions de propos.

Les données des entretiens ont été analysées selon un système de codage (Neuman, 2011) ouvert, axial et sélectif pour déterminer les thèmes principaux. Les phases de codage ont consisté à réécouter les entretiens et à relire les verbatim pour identifier des mots clés ou thèmes récurrents (unités de codage), qui ont été catégorisés et analysés. Les résultats de cette analyse thématique ont été intégrés au manuscrit, lequel a été retourné aux participants pour s'assurer que la chercheuse a bien saisi leurs propos, tout en leur donnant la possibilité d'ajouter ou de modifier leurs réponses.

La recherche qualitative phénoménologique implique que la chercheuse est partie prenante de l'étude et qu'elle reconnaît sa position privilégiée comme chercheuse qui pourrait influencer la relation avec les participants et les résultats de l'étude.

Épochè

En tant que chercheuse, je suis consciente que mon regard et mes expériences personnelles et antérieures quant au sujet traité ont une influence sur la recherche, ayant moi-même grandi avec un parent atteint d'un problème sévère de santé mentale. Au départ, mes études en soins infirmiers et un stage en psychiatrie ont créé chez moi une certaine réticence à travailler avec cette population. Je me suis redirigée en musicothérapie quelques années plus tard et j'ai commencé à travailler dans une ressource en santé mentale, malgré mes craintes personnelles. Ce travail m'a permis d'appivoiser mes appréhensions face à la santé mentale et d'en apprécier toute la complexité aux points de vue émotionnel et social.

La chercheuse doit également être consciente des enjeux éthiques (Aigen, 2008), dans ce cas-ci, la double relation avec les participants — même si elle

remonte à plus de dix ans —, comme professeure-étudiants, puis comme collègues professionnels depuis. Ces liens, antérieurs et actuels, ont été discutés avec les participants afin qu'ils se sentent libres de leurs propos. La chercheuse a aussi maintenu une posture de réceptivité à ses propres réactions en utilisant un journal personnel et l'épochè, qui permettent de reconnaître ses réactions et de les mettre de côté lors des entretiens de recherche.

Résultats

Les résultats des entretiens avec les musicothérapeutes participant à la recherche témoignent d'un ensemble de facteurs contribuant à nourrir leur passion pour le travail en santé mentale. Les principaux thèmes touchent à la décision de travailler ou non en santé mentale comme nouveau musicothérapeute; à l'importance de la collaboration interprofessionnelle; aux besoins complexes des personnes vivant avec un problème de santé mentale; à l'approche et aux méthodes utilisées; à la place de la chorale en santé mentale; et au volet « musicothérapie communautaire ». La musique, le lien, la relation et le plaisir sont des éléments essentiels qui sont au centre de leur pratique et qui contribuent à la réadaptation et au rétablissement.

Travailler en santé mentale

Pour les participants, la décision de travailler en santé mentale est plutôt polarisée. La musicothérapeute (A) avait des hésitations, des craintes et un sentiment de ne pas avoir ce qu'il fallait pour travailler avec cette clientèle. Elle anticipait les réactions des personnes vivant avec un problème de santé mentale, souvent très médicamenteuses. Son impression de départ était que de travailler en santé mentale pouvait être « lourd ». Elle était consciente de l'impact considérable de la musique au niveau émotionnel et de l'importance de l'utiliser avec précaution. Elle rapporte : « Je n'avais pas d'indices et je n'avais pas d'idées dans mon ignorance. La santé mentale, c'est tellement large, ce n'est pas juste la psychiatrie. Mes peurs se sont estompées avec le temps [...] maintenant je ne voudrais pas être ailleurs. »

Le musicothérapeute (B), pour sa part, s'est dirigé en musicothérapie pour travailler expressément en santé mentale. Son premier contact en psychiatrie

s'est fait par l'entremise d'un stage durant sa formation universitaire en musicothérapie dans un hôpital. Par la suite, il a été embauché par l'hôpital et il y travaille maintenant depuis plus de dix ans. Ce musicothérapeute, musicien professionnel, fait, depuis son adolescence, des enregistrements, de la composition, des tournées et des albums. Il est attiré par les aspects techniques de la production audio. Il savait qu'en psychiatrie, il pourrait conserver l'aspect composition musicale avec les patients :

(B) Je suis musicien au départ et j'ai toujours été intéressé par la santé mentale. Ce sont la psychologie et la musique qui m'ont amené à la musicothérapie et à travailler en santé mentale adulte. En psychiatrie, garder l'aspect de la composition était essentiel; ne pas composer dans mon travail n'aurait eu aucun sens. J'allais pouvoir avoir des échanges intéressants et des retours verbaux avec les patients.

Contextes communautaire, hospitalier, et interdisciplinaire

Selon les participants à la recherche, le milieu communautaire est tout à fait indiqué pour accompagner les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale. Ils croient en l'importance de créer un environnement ouvert et bienveillant pour une clientèle souvent marginalisée :

(A) Les gens viennent de leur propre gré dans le milieu communautaire, contrairement au milieu hospitalier, où ils s'y présentent souvent en crise. Nous avons dans le groupe de musicothérapie un noyau [d'individus] qui viennent depuis trois ans. Ils sont souffrants depuis plusieurs années, ils ne sont plus suivis dans le système de santé et n'ont aucun accompagnement ailleurs qu'au centre. Ce n'est pas la personne qui doit s'adapter.

En effet, l'organisme ne pénalise ou n'exclut pas la personne qui manque un rendez-vous. La musicothérapeute rencontre des personnes très isolées et coupées de l'extérieur, mais qui ne manquent jamais un groupe de musicothérapie. Elle rapporte

que les personnes qui fréquentent le centre ont aussi la possibilité de venir dîner et de participer aux rencontres chorales.

En plus de pratiquer en milieu hospitalier, l'autre participant à la recherche (B) travaille lui aussi en milieu communautaire axé sur les arts. Il rapporte qu'on n'utilise pas le terme « thérapie » dans ce dernier contexte, puisque ce n'est pas le mandat de l'organisme, même s'il reconnaît que « [...] c'est là qu'il se passe le plus de choses. Le but est d'offrir des ateliers d'art gratuitement. On n'a pas les mêmes objectifs qu'à l'hôpital. Avec le continuum de groupes, le travail se fait en profondeur. »

Ces musicothérapeutes trouvent le travail interdisciplinaire essentiel. Un partenariat s'est installé graduellement avec les milieux hospitaliers et les ressources communautaires. La musicothérapeute rapporte que les participants aux séances de groupes leur sont majoritairement référés par des travailleurs sociaux, psychologues, psychiatres, médecins généralistes et hôpital local, alors que plusieurs participants viennent d'eux-mêmes. Elle ajoute que des médecins « prescrivent » la musicothérapie pour son approche globale. La musicothérapie est perçue comme un atout par les professionnels qui reconnaissent que les clients expérimentent des aspects d'eux-mêmes non accessibles autrement. Pour le musicothérapeute, les enregistrements audio de compositions de chansons originales lui permettent de partager de manière concrète avec l'équipe soignante le progrès des patients grâce aux productions musicales résultant de la composition de chansons.

Répondre aux besoins complexes des personnes vivant avec un problème de santé mentale

La complexité des besoins des personnes qui vivent avec une problématique de santé mentale a des répercussions sur la santé globale. Celles-ci présentent des problèmes de sommeil, d'anxiété, vivent avec les effets secondaires de la médication et ont parfois de la douleur. La musicothérapeute indique qu'elle peut les accompagner au niveau émotionnel, ce qui, par ricochet, peut influencer positivement leur bien-être physique.

Elle note également que la chorale contribue à diminuer le niveau d'anxiété. La perception d'eux-

mêmes et des autres est souvent source d'anxiété chez ces personnes. (A) « [...] L'anxiété est intimement reliée au regard des autres. Ils ont souvent l'impression que tout le monde les regarde [...] » Les interventions musicales répondent particulièrement bien à l'expression émotionnelle, car les approches verbales ne sont pas toujours indiquées : (A) « Si on entre trop dans le verbal, ils repartent avec plus de lourdeur que de légèreté. Il y a une place pour exprimer ce qu'ils vivent dans la musique; le plaisir, le sérieux aussi. » (B) « En musique, tu parles de ton mal-être, tu le chantes, tu ventiles parfois dans un cercle de percussions, l'affect s'exprime de différentes façons au niveau musical, que ce soit mélodique ou rythmique. »

En milieu hospitalier, l'équipe soignante travaille à stabiliser l'état du patient, à restaurer et consolider des habiletés. La première hospitalisation est difficile; le musicothérapeute doit ajuster son approche, tout particulièrement avec des grands groupes de patients :

(B) Les patients traversent quatre phases, et souvent tous les niveaux de fonctionnement se retrouvent dans le même groupe de musicothérapie, de la phase d'admission à la phase de transition vers la clinique externe. Durant la phase 1, à l'admission, la personne est en situation de crise aiguë : cognitivement, elle n'a pas de concentration, tout est trop intense pour travailler sur les émotions. On travaille à un niveau de soutien. Le patient commence à se replacer un peu plus à la phase 2. La phase 3 permet au patient d'aller faire un tour dehors, puis le congé de l'hôpital est signé et c'est un retour à la maison, et possiblement un suivi à la clinique externe à la phase 4.

Les patients que le musicothérapeute rencontre présentent dans environ 75 % des cas de schizophrénie, souvent accompagnée d'hallucinations, surtout auditives. Les troubles de l'humeur tels que la dépression comptent pour 15 %, et les troubles anxieux pour 10 %, ce qui inclut le syndrome post-traumatique et les troubles obsessionnels compulsifs. Pratiquement tous les patients souffrent d'anxiété et sont médicamenteux. Le musicothérapeute est préoccupé par l'état mental des patients et ignore parfois à quel point ses interventions

touchent la cible, à savoir leur perception et leur traitement de l'information. Il est conscient de ses limites et utilise la métaphore de la maison :

(B) La santé mentale est un équilibre fragile et il faut avoir un minimum de fondation pour soutenir le reste de la maison. Refaire les fondations demande une expertise que je n'ai pas présentement. Je peux colmater des fissures, mais non refaire une fondation. Je m'ajuste, je vais selon les limites et les forces de chacun. Je n'essaie pas de guérir au sens précis du terme [...] on me demande souvent « ça marche-tu? ». Moi, je ne peux pas prétendre que je vais guérir une dépression majeure. Je suis un des facteurs favorisant un rétablissement.

La présence continue des intervenants en milieu communautaire permet aux personnes vivant avec un problème de santé mentale de s'investir personnellement et émotionnellement et de maintenir des relations interpersonnelles. Il y a dix ans, le musicothérapeute a créé des groupes qui utilisent principalement l'improvisation et la composition et dont le noyau de participants est toujours actif. Il se voit davantage comme un facilitateur des groupes pour les soutenir dans leurs échanges musicaux et verbaux : (B) « Ils se connaissent bien, personnellement et musicalement. Chacun propose son idée et prend sa place au cours de la séance de deux heures. Un 'band' a été créé. Ils n'ont jamais appris la musique. C'est incroyable! »

Développer et adapter son approche

Les deux musicothérapeutes ont adopté une approche éclectique à orientation humaniste centrée sur l'acceptation inconditionnelle, la mise en valeur du potentiel créateur et la réalisation de soi. Le musicothérapeute met l'accent sur l'empathie dans la relation et considère que, comme êtres humains, « [...] nous sommes tous dans le même bateau », car nous traversons tous des périodes plus difficiles dans nos vies.

Les groupes d'improvisation en musicothérapie occupent une place importante dans les milieux communautaires. Ces expériences aident les participants à s'exprimer à leur propre rythme et selon leur

disponibilité émotionnelle. La musicothérapie installe un « côté ludique » qui contribue à créer une dynamique de groupe qui, graduellement, amène les participants à l'introspection. Ils ressentent un besoin d'explorer et d'exprimer ce qu'ils vivent en lien avec le bonheur et la souffrance, ce que l'improvisation et la composition permettent. Selon le musicothérapeute, le fait qu'il y ait un début et une fin est une structure sécurisante pour les clients.

La composition musicale est une expérience qui se développe avec le temps. Elle fait écho au processus thérapeutique. La composition demande un temps d'arrêt, une réflexion, une perspective personnelle, un rapport au vécu. Les clients expriment ainsi ce qui n'aurait jamais été dit autrement : (B) « L'affect s'exprime, la cicatrice est toujours présente, mais plus maîtrisée. Tu l'as partagée, elle n'a plus la même emprise sur toi [qu']avant. » Le participant à la recherche privilégie l'enregistrement des compositions de chansons originales :

(B) C'est un outil fantastique, car si tu n'enregistres rien, tu perds tout. C'est l'équivalent d'une « toile » musicale artistique qui va rester [...] J'enregistre les mélodies vocales et les paroles du patient, j'ajoute des pistes dans le style de musique approprié et lui remet l'enregistrement.

Par ailleurs, le travail du musicothérapeute dans les unités de psychiatrie en contexte hospitalier demande une attention particulière. Il rejoint des patients qui sont en grande souffrance, tout en respectant les étapes qui mènent vers une stabilisation et une réadaptation progressive à la vie de tous les jours. Il utilise principalement un livre de chansons connues et il ajuste son approche pour ne pas trop en demander cognitivement aux patients :

(B) Je mets la table en début de séance; je leur propose trois raisons pour choisir une chanson qu'ils connaissent. Premièrement, pour vous changer les idées, vous rendre de bonne humeur, vous apporter de l'énergie, avec une chanson que vous aimez. Deuxièmement, pour ventiler : vous vivez des choses difficiles; au lieu de les dire, une chanson peut [les] exprimer, et pour

que vous partagiez une partie de vous avec le groupe à travers la chanson, « let the music do the talking ». Troisièmement, vous voulez avoir accès à une partie de votre vie, exemple : telle chanson vous ramène à tel souvenir, j'appelle ça la prescription musicale. Vous vous servez d'une chanson pour aller jouer dans votre banque de souvenirs, vous ramenez des beaux moments de vie dans ce temps présent difficile. Je veux que vous partagiez une partie de vous avec le groupe à travers la chanson.

Le participant utilise parfois l'improvisation dans les groupes à l'interne et la composition en séances individuelles, composition qu'il travaille en groupe par la suite. Les patients avancent musicalement à leur propre rythme, et pour certains, être présents et écouter est déjà une étape importante qui les amène à rester durant toute la séance : (B) « [...] si je fais quelque chose de trop cognitif ou si j'amène une chanson avec un thème pour travailler l'introspection, beaucoup de patients sortent du groupe. C'est la réalité de l'unité interne. » Pendant environ de deux à six semaines, le musicothérapeute a la possibilité de poursuivre en clinique externe le travail commencé à l'interne, assurant un continuum de soins qui lui permet de consolider les acquis. Ce contexte le rapproche davantage du travail type en musicothérapie : (B) « [...] improvisation de tous genres, cercle de percussions, création de paroles sur chansons connues, composition avec thèmes appropriés, 'toning', introspection des émotions par la musique, etc. ».

Une des expériences que la musicothérapeute a développées se nomme « la ligne de vie en musique »; elle trace une ligne chronologique sur un mur avec les moments musicaux marquants de la personne. Ce parcours de vie sert de départ à une improvisation. C'est une manière pour les participants de se dévoiler aux autres, d'échanger à l'intérieur d'une création artistique.

La place de la musique

Les musicothérapeutes interrogés utilisent principalement la musique sur les plans du soutien et de la réadaptation afin de répondre à des objectifs en lien avec les besoins des clients. La musique est utilisée « en » et « comme » thérapie, selon la terminologie définie par Bruscia (2014). Lors des séances individuelles, la

musicothérapeute utilise plus souvent des interventions verbales et la musique « en » thérapie, alors que, pendant les séances de groupe, elle utilise la musique « comme » thérapie :

(A) Je vois la musique comme un outil qui n'est pas nécessairement toujours à l'avant-plan; elle accompagne ce qui est présent et agit comme support en séance individuelle [...] Dans le groupe, la musique est centrale, beaucoup de musique et d'improvisation.

Le musicothérapeute, pour sa part, dose l'utilisation de la musique selon le contexte et les besoins des patients. Les projets d'enregistrement musical comme médium d'expression et de communication lui permettent de mettre sa passion au service des patients. Il a réalisé des projets de disques compacts et des concerts, ce qui permet entre autres de déstigmatiser les problèmes de santé mentale :

(B) Le fait de rendre au bout leurs idées musicales, c'est de nourrir et de faire grandir les inspirations et la beauté de chacun, de pouvoir un jour savourer le fruit de la créativité. C'est également, en tant que thérapeute, une excellente façon de s'investir dans la relation patient-thérapeute, ce que le patient ressent de façon très concrète [...].

Il est témoin de changements dans la vie de certains patients à la suite de la production d'albums :

(B) Il y a des patients qui écoutent le CD auquel ils ont contribué, tous les jours depuis des années, « écoute, c'est moi! [...] Tu veux me connaître? Ça, c'est moi! » Les processus de validation, de l'estime de soi, d'aller vers les autres, de partager ce qu'on ressent, ce qu'on vit, ce qu'on accomplit, sont super importants.

Comme musicien, il a envie de leur faire vivre pleinement cette expérience collective d'enregistrement, c'est-à-dire bâtir à partir d'une idée embryonnaire jusqu'à un produit musical final personnalisé : (B) « On s'assoit avec leurs idées, le choix d'instrumentation, les styles qu'ils aiment et n'aiment pas. À mesure que je compose, je leur fais entendre, je consulte; comme s'ils

le composaient eux-mêmes. » Cela lui prend un certain temps pour faire un album, mais il est essentiel pour lui que cette réalisation soit entièrement intégrée dans l'approche thérapeutique. Il mentionne que les patients sont très impressionnés lorsqu'ils écoutent la chanson avec les arrangements pour la première fois :

(B) [...] ça vaut de l'or, ça n'a pas de prix. Ils ne s'imaginaient pas que cela allait devenir une vraie chanson. Ce moment-là, le « mix », c'est du pur bonheur! La production musicale, c'est comme si tu transposais ton monde intérieur à l'extérieur.

Les deux musicothérapeutes dirigent une chorale dans leurs milieux respectifs, communautaires et hospitalier. Cette activité répond à des objectifs thérapeutiques bien précis, tels que développer un sentiment d'accomplissement et d'appartenance, qui vont au-delà du simple fait de chanter en groupe. La musicothérapeute rapporte qu'environ 40 % des personnes qui fréquentent le centre participent à la chorale, dont l'objectif principal est de « trouver sa juste place ». Plusieurs ont intériorisé l'idée qu'ils ne savent pas chanter parce qu'ils se faisaient dire qu'ils « chantaient mal » :

(A) Ils ont souvent vécu un traumatisme avec la voix et racontent : « J'ai pensé toute ma vie que je ne pouvais pas chanter; là, je sais que je peux chanter, au contraire [...] je me suis tu; là, je veux prendre une place ».

La chorale est une façon de s'affirmer et de rectifier la perception personnelle et celle de l'entourage. Grâce à des prestations publiques, certains se disent intérieurement :

(A) « Je vais te montrer; tiens, toi! », « Toi, tu penses que je ne chante pas; viens voir! » Ils sont remplis de fierté, vraiment. Cela rectifie le tir : « non seulement je peux chanter, en plus je fais partie d'un ensemble qui chante en public » [...] cela guérit la partie blessée. La chorale est devenue une façon de nous représenter [...] c'est le seul grand groupe ouvert, inclusif en tout temps, idée que j'ai proposée.

Les membres peuvent se joindre à la chorale selon leurs disponibilités. Celle-ci permet de développer la cohésion du groupe et d'être dans le plaisir. La musicothérapeute structure le groupe de manière à éviter que l'expérience ravive des blessures du passé, des craintes ou des jugements. Elle réitère aux participants qu'ils peuvent la rencontrer individuellement pour des préoccupations personnelles, car le contexte de groupe ne lui permet pas de les adresser spécifiquement. Elle est soucieuse de la gestion du groupe, laquelle présente de grands défis à cause de la fragilité émotionnelle et des habiletés interpersonnelles de ses membres, ce qui cause parfois de la tension et de l'inconfort. Elle étudie judicieusement les demandes de prestations publiques, par exemple dans des centres d'hébergement, afin de mesurer l'impact de l'aspect performance, lequel peut créer une pression pour certains et un grand plaisir pour d'autres.

Les chorales sont parfois identifiées à la musicothérapie communautaire, mais les musicothérapeutes interrogés, malgré qu'ils travaillent avec une chorale, ne qualifient pas automatiquement leur approche de « musicothérapie communautaire ». Ils croient au potentiel thérapeutique de la chorale comme une expérience de transformation pour plusieurs des personnes vivant avec un problème de santé mentale :

(A) Oui, c'est une chorale thérapeutique; est-ce que ça rentre dans la musicothérapie communautaire? Sûrement. Je ne sais pas trop comment la définir. J'ai eu et j'ai encore à redéfinir la chorale. Je la vois comme une chorale fondamentalement thérapeutique [...] le but principal est d'avoir du plaisir et de trouver sa juste place [...] c'est une occasion de travailler son rapport à soi et aux autres, sa voix.

Le musicothérapeute qui travaille en milieu hospitalier, quant à lui, croit profondément que la chorale permet aux patients de s'ouvrir aux autres. Son groupe chante plus de compositions que de chansons connues. La chorale a aussi obtenu du soutien financier pour enregistrer un album qui a amené ses membres en tournée en Europe, où ils ont créé des liens avec des chorales similaires.

Être dans le plaisir et la créativité

Le thème du plaisir revient régulièrement durant les entretiens. Le plaisir est un ressenti dont les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale se sont éloignées. Goûter au plaisir fait vivre des moments de joie, de rire, de satisfaction, de solidarité. Le plaisir et la créativité sont intimement liés au travail des musicothérapeutes, la chorale en est un exemple :

(A) Le fait de se sentir bien permet un rétablissement. La créativité permet ça. On offre toutes sortes de façons de s'épanouir par les arts. Pour moi, c'est fondamental. La musique est géniale [...] Les gens sortent de la chorale, portés pendant plusieurs jours, avec un sentiment de légèreté, de plaisir, ils fredonnent les chansons. Ils se sentent bien.

La musicothérapeute est soucieuse de bien remplir le mandat de la chorale et de maintenir le cadre dans lequel elle le remplit :

(A) [...] si leur plaisir n'est pas là, je me demande ce qui peut être modifié. Quand je présente la chorale, je leur dis : « L'objectif principal de la chorale, c'est le plaisir. Ce qui vous éloigne de votre plaisir, c'est important de l'aborder. Vous, vous êtes responsable de votre bien-être individuel. Moi, je suis responsable du bien-être collectif. Si ces deux aspects ne vont pas ensemble, par exemple avec une chanson, si tout le groupe l'aime et que le bien-être collectif ne résonne pas bien avec toi, que toi, tu ne l'aimes vraiment pas parce qu'elle éveille quelque chose en toi, bien, viens m'en parler. Ma porte est toujours ouverte. »

Les dernières avancées en neurosciences sur la musique, le cerveau, les émotions sont bien connues des musicothérapeutes, qui sont témoins quotidiennement de l'action de la musique sur l'humeur générale des personnes vivant avec un problème de santé mentale. Le plaisir est un aspect de leur vie plutôt limité et, en musicothérapie, il peut devenir un facteur de rétablissement :

(A) Le plaisir est relié à la sécrétion de sérotonine, d'endorphines, cela parle aux gens. Souvent, je leur dis : « Chez toi, fredonne, siffle, cela change ton état. » On me dit la semaine suivante, « c'est vrai, ça fait du bien ». Ce sont des outils efficaces qui ont un impact direct dans la vie des gens.

Selon la musicothérapeute, le plaisir est d'autant plus important que le quotidien des personnes vivant avec un problème de santé mentale est parfois alourdi par la pensée envahissante de scénarios dramatiques qui nourrissent la peur. Elle cite un moment où, à la fin de l'année, les participants ont chanté en groupe leurs compositions, lesquelles reflètent le plaisir de se réaliser à travers la créativité :

(A) [...] la réaction a été une espèce d'apogée, un sentiment d'appartenance et de cohésion, les gens étaient bouche bée, comme si on venait de réaliser quelque chose qui répondait à la créativité commune, le fait de ressentir et de créer ce dont tu es vraiment fier.

Pour le musicothérapeute, le plaisir fait partie intégrante de son approche pour ses bienfaits thérapeutiques et est l'élément central de son travail : (B) « C'est toujours par le plaisir que j'approche tout. Je commence avec une chanson connue, un 'warm up', principalement en clinique externe. [...] approcher la séance comme une découverte [...] dans le plaisir, j'appelle ça la créativité. » En improvisation, il propose un ostinato et invite chaque participant à faire de même à son propre rythme. Puis il crée différents agencements musicaux pour mettre à l'avant-plan la créativité de chacun. En encourageant ses patients à reconnaître leur créativité, il leur permet d'éprouver un sentiment de contrôle sur leur vie et une sensation de plaisir qui aide à équilibrer les moments plus difficiles : (B) « [...] retrouver le plaisir, réhabituer le corps à ressentir les émotions plaisantes, se donner la permission et le droit d'être heureux demandent un travail de fond. »

L'essence du travail : la musique, l'être humain, le lien

L'essence du travail des musicothérapeutes est profondément rattachée à ce qu'ils ressentent intuiti-

vement depuis leur rencontre avec la musique; le lien profond que crée la musique avec soi-même et avec l'autre.

Pour la musicothérapeute, la musique a toujours été un moyen d'expression et de communication :

A) [...] depuis que je suis enfant, la manière dont je faisais de la musique rendait les contacts positifs. J'aimais l'improvisation [...], le lien avec les gens, l'expression des émotions [...] La conjoncture entre la psychologie, la musique et l'être humain m'a naturellement amenée vers la musicothérapie. Avec du recul, la raison pour laquelle je travaille avec la musique est [de] créer des liens. La relation est importante. La musique sort ce qu'on a à l'intérieur vers l'extérieur [...] Un peu comme des ondes de deux personnes qui chantent ensemble et qui se rencontrent. C'est un aspect d'ouverture, particulier à la musique.

En contexte communautaire, la relation se développe à travers divers rôles, selon la musicothérapeute, qui dit « porter plusieurs chapeaux » : elle est à la direction chorale, qui n'est pas un groupe de thérapie en tant que tel; elle dîne avec les membres du chœur; elle intervient ponctuellement lors de crises; et elle est thérapeute. Elle mentionne que : (A) « [...] le plus important est de s'adapter et de 'mettre le bon chapeau au bon moment' pour que la personne reçoive ce dont elle a besoin. »

De même, pour le musicothérapeute, la dimension humaine est très importante dans son travail; même enfant, il était attiré par la philosophie, par la perception des émotions, par les concepts de bonheur et de souffrance. L'essentiel pour lui est d'établir un lien avec le patient à travers la musique afin de développer la relation thérapeutique :

(B) Il n'y a pas d'analyse, [il y a] un espace où on est juste vivants, tous ensemble, une fraternité très palpable. Quand ça arrive, on finit les séances, « wow », cela a vraiment nourri tout le monde, ça recharge efficacement les batteries.

La dernière question de l'entretien de recherche visait à transmettre un message aux musicothérapeutes

novices et expérimentés.

Se préparer à travailler en santé mentale : transmettre le savoir-être

Les participants à la recherche ont tous deux le désir de transmettre leur passion et leur expertise auprès de musicothérapeutes intéressés à travailler en santé mentale. Avec un certain recul, la musicothérapeute travaillant en milieu communautaire aurait aimé être davantage consciente de la capacité des clients en santé mentale à se prendre en main :

(A) [...] c'est une clientèle variée, avec des besoins variés. Comme musicienne et thérapeute, c'est stimulant. Contrairement à d'autres milieux, on ne peut pas élaborer un plan pour les 10 séances à venir, cela ne marche pas. Les personnes arrivent dans des états différents qui requièrent une flexibilité. Il faut avoir une grande capacité d'adaptation. La santé mentale fait beaucoup de vagues chez ces clients; il y a de bonnes périodes, ils sont très investis; ou les effets de la médication varient, ou le temps de l'année influence leur état.

Les stagiaires ou collègues musicothérapeutes leur demandent parfois comment ils se distancient de la détresse des clients/patients et ce qui les amène à travailler avec des gens qui vivent de grandes souffrances. Pour la musicothérapeute, la nature même de la profession fait la différence :

(A) Je considère que la musicothérapeute fait partie de la solution, je ne vois pas cela comme : « il faut sauver cette personne! ». Le poids ne me revient pas. La personne vient pour cheminer, et moi, j'ai la chance et le privilège de l'accompagner, en plus de le faire avec la musique. Ce n'est pas lourd et difficile, c'est inspirant, ils viennent se livrer. Ils me donnent accès à leur beauté intérieure, je les aide à la mettre à l'avant-plan.

La musicothérapeute oriente sa pratique sur le principe du « Music Child » énoncé dans l'approche humaniste en musicothérapie de Nordoff-Robbins, qui l'aide à se centrer sur l'individu et à rejoindre

le potentiel créateur. La majorité de ses clients ont vécu beaucoup d'échecs, avant, pendant et après leur maladie :

(A) Souvent, on voit moins la beauté, mais elle existe. La musique la met en valeur; quand la personne touche à la créativité intérieure, on la sent se propulser [...] La musique agit comme une énergie régénératrice à chaque fois qu'on crée ou [qu'on] touche au noyau sain de l'intérieur. Je ne vois pas seulement la souffrance, je vois la personne dans son entièreté. [...] La souffrance ne devrait pas définir quelqu'un ou sa maladie, c'est un état, un moment.

Elle conclut avec ce témoignage d'une participante du centre qui, après qu'ils eurent chanté une composition, s'exclame :

(A) « Tu es vraiment bonne, tu devrais aller à l'émission de télévision 'La Voix', pourquoi tu ne fais pas un métier de ta musique? ». Dans le fond, elle voulait dire « pourquoi tu ne maximises pas ce potentiel pour devenir une star? » Je lui ai répondu très sincèrement qu'il n'y a nulle part au monde où je voulais être à ce moment-là. Je n'ai pas ce désir-là, le mieux à faire est d'être là avec eux, de leur permettre de croire en leur talent, de leur permettre de partager [leur vécu et leur quotidien] grâce à mes connaissances de la musique et du lien qu'on a ensemble.

L'autre musicothérapeute abonde dans le même sens quand on lui dit qu'il est « confronté tous les jours à la souffrance » : « Le patient a encore des zones de lumière, de plaisir, on doit lui faire prendre conscience de cela; premièrement, les consolider, et ensuite, approcher ce qui est difficile, à partir de ses forces. »

Il a le goût de dire aux musicothérapeutes qui désirent travailler en santé mentale qu'il est important de trouver une approche qui correspond à leurs valeurs, appropriée évidemment aux contextes relationnel et thérapeutique. Il mentionne qu'en début de carrière, le musicothérapeute novice veut être en contrôle et s'en remet à des plans de séance. Mais, en tant que thérapeute expérimenté, il privilégie maintenant une approche où l'on bâtit les séances sur les thèmes qui se

présentent et qui donnent plus de contrôle aux patients/clients. Il arrive que des séances soient plus intenses et chaotiques, particulièrement dans les unités de soins; dans ces moments, il se recentre en utilisant des techniques de « pleine conscience » et de respiration.

La richesse de ces témoignages nous éclaire sur le travail quotidien en santé mentale, la particularité des contextes communautaire et hospitalier, la collaboration interdisciplinaire, la diversité des approches en musicothérapie et l'essence du travail, qui se retrouve dans la musique et dans la relation. Les thèmes abordés par chaque participant sont teintés de leur histoire personnelle, de leur passion pour la musique et de ce qu'ils sont comme êtres humains. On ressent bien la qualité de leur engagement envers les personnes vivant avec un problème de santé mentale.

La section suivante aborde les thèmes de l'entretien et des problématiques identifiés et les met en parallèle avec les écrits existants tout en offrant des stratégies pour augmenter l'offre de services en musicothérapie dans le contexte de la santé mentale auprès d'adultes.

Discussion

Contextes et pratiques en musicothérapie

Les musicothérapeutes interrogés démontrent une grande capacité à voir l'être humain derrière la condition de la personne, tel qu'exprimé par Chhina (2004), en les aidant à retrouver l'espoir, à se réapproprier leur pouvoir d'agir (« empowerment ») et à s'entraider. C'est en effet la musicothérapie, combinée à la réadaptation psychosociale, qui leur permet de voir la personne qui se cache derrière la détresse psychologique. L'un et l'autre utilisent des approches diversifiées et adaptées à chacun. La musique *en* et *comme* thérapie telle que définie par Bruscia (2014) est utilisée selon sa pertinence et les besoins des clients. Par exemple, la musique peut jouer un rôle central dans une improvisation clinique (*comme* thérapie), tandis que, dans un autre contexte, la musique peut agir comme soutien à une intervention verbale (*en* thérapie).

Eyre (2013a) et Chhina (2004) notent également que l'approche thérapeutique demande un ajustement de tous les instants, car les patients/clients

ne fonctionnent pas tous au même niveau et qu'ils sont issus de cultures différentes, ce qui demande aux musicothérapeutes interrogés de constamment adapter leurs interventions. Selon Chhina (2004), la fluctuation des états d'introspection, de cognition, de communication, d'énergie et d'affect est imprévisible. Le thérapeute doit soutenir la personne tout en sollicitant sa capacité à se mobiliser selon la phase de rétablissement où elle se trouve. Cela demande d'être très flexible dans la manière de donner les services tout en respectant les valeurs de l'individu (traduction libre).

Les praticiens participant à l'étude travaillent principalement sur les plans du soutien et de la réadaptation, car la clientèle qu'ils côtoient connaît des besoins diversifiés et a atteint différents stades de rétablissement. Wheeler (1987) classe la pratique en musicothérapie sur trois niveaux, soit les niveaux : (1) de soutien, en tant qu'activité thérapeutique qui permet à la personne de stabiliser son état; (2) de réadaptation, qui exige une capacité d'introspection aidant à retrouver et à développer des habiletés pour composer avec la maladie; et (3) de reconstruction, qui demande une capacité d'introspection et un travail en profondeur à long terme qui mènent vers une plus grande intégration des aspects émotionnels et psychologiques. Selon les musicothérapeutes interrogés, des facteurs tels que les contextes hospitalier et communautaire, les suivis à court et à long terme ainsi que la condition des patients/clients influencent grandement le niveau d'intervention et l'approche à privilégier pour s'assurer de la sécurité affective du client. Autrement dit, il serait possible d'offrir un travail de thérapie de reconstruction en santé mentale à condition que les clients aient la capacité de s'engager dans un processus d'introspection sur le court ou le long terme, que le milieu supporte ce travail et offre de la supervision, et que les musicothérapeutes aient les compétences avancées requises. La thérapie de reconstruction exige des compétences et des connaissances de niveau maîtrise ou une formation avancée en musicothérapie, comme la méthode Bonny de musique et imagerie guidée (GIM), ou en psychothérapie musicale. Il semble à cet effet que les deux programmes canadiens de maîtrise en musicothérapie et la formation en GIM offerte au Canada, entre autres, seraient propices à développer ces compétences.

Musicothérapie communautaire et santé mentale

Les participants à la recherche ne définissent pas systématiquement leur pratique comme étant de la « musicothérapie communautaire », même si des principes décrits par Stige et Aarø (2012) s’y retrouvent, comme la démocratisation, l’accès aux ressources, la participation et la contribution sociale. Par exemple, la chorale qu’ils dirigent les amène parfois à livrer des prestations publiques, sans que ce soit toutefois une condition pour qualifier cette pratique de musicothérapie communautaire. On vise aussi à déstigmatiser la santé mentale, à changer son propre regard et le regard de l’autre sur soi, et à entendre ces voix qui restent silencieuses (Stige et Aarø, 2012). Ces visées sociétales font partie intégrante de la musicothérapie communautaire.

Dans une perspective communautaire et de rapports réciproques, les participants à la recherche partagent avec les clients des moments autres que musicothérapeutiques, comme les repas et autres activités offertes par leur milieu de travail. Ainsi, ils ne mettent pas une distance entre eux et les clients et ils n’hésitent pas à reconnaître qu’ils ne sont pas si différents de ces derniers. Un des participants à la recherche mentionne « nous sommes tous dans le même bateau ». Il ajoute que nous vivons tous des moments d’anxiété et que personne n’est à l’abri de souffrir de problèmes de santé mentale ou d’y être confronté dans son entourage. Bruscia (1998) discute également de cette métaphore, mais sur le plan de la musique, quand nous partageons le même « espace musical », pour reprendre les termes de Carolyn Kenny (2006) :

It is like « being in the same boat. » That is, I hear what the client hears as he is hearing it, and in immediate relation to the sensations, feelings, images, and thoughts that the client is experiencing. Thus, it literally synchronizes our experiences so that we are « musically entrained » with one another as we proceed through the [music] experience. The music therefore builds immediate rapport, facilitates deep empathy, leads to a special intimacy between client and therapist, and brings insights into the client’s experiences that cannot be gained otherwise. (Bruscia, 1998)

Cette proximité requiert de la part des musicothérapeutes une conscience de soi et de ses limites

pour s’assurer que l’espace relationnel reste confortable et enrichissant de part et d’autre. L’importance du lien à travers la musique est un thème qui est ressorti fortement durant l’étude de Eyre (2013b), laquelle mentionne que les personnes présentant un trouble de santé mentale sévère et persistant ont besoin de se sentir acceptées et que les musicothérapeutes ont un avantage en utilisant la musique pour établir et développer des relations significatives. Les clients découvrent des points communs musicaux entre eux en partageant les émotions, souvenirs, etc., que fait naître la musique tout en se découvrant des habiletés musicales et expressives (Eyre [2013b], traduction libre).

Musicothérapie et plaisir

L’aspect plaisir relié aux expériences de musicothérapie pourrait également contribuer au facteur de rétablissement et au changement de l’humeur. En effet, selon les participants à l’étude, certains clients semblent vivre moins de lourdeur dans leur quotidien quand ils ont l’occasion de retrouver un sentiment de plaisir et de liberté. Ces observations se rapprochent de la recherche en neuropsychologie de la musique qui étudie le lien entre la musique et le plaisir (Blood et Zatorre, 2001; Salimpoor *et al.*, 2009; Salimpoor *et al.*, 2011; Salimpoor *et al.*, 2013). D’autres facteurs entrent possiblement en ligne de compte, tels la présence du thérapeute, la relation, la cohésion du groupe et le sentiment d’appartenance, qui gagneraient à être étudiés. La recherche pure et la recherche appliquée, portant respectivement sur la neuropsychologie de la musique et sur la musicothérapie, gagneraient à être faites de manière interdisciplinaire afin de mieux comprendre les mécanismes du plaisir et de la récompense en lien avec l’utilisation de la musique à des fins thérapeutiques. La neuropsychologie de la musique étudie principalement l’effet de l’écoute musicale sur des populations non cliniques et s’attarde peu à la recherche auprès des patients/clients qui utilisent activement la musique. Des études conjointes en musicothérapie et en neuroscience permettraient l’application de stratégies simples et accessibles pour les patients/clients qui ont souvent perdu la notion de plaisir dans leur vie.

Promouvoir, éduquer, travailler avec les instances décisionnelles

Les musicothérapeutes réalisent rapidement en début de carrière qu'ils ont à promouvoir la profession, à éduquer les professionnels alliés, les familles et les bénéficiaires des soins. Les instances gouvernementales doivent aussi être rejointes pour établir des politiques qui donneraient davantage accès aux services en musicothérapie aux personnes vivant avec un problème de santé mentale. Malheureusement, il existe toujours un manque d'arrimage et de reconnaissance entre les milieux communautaire et institutionnel, malgré des rapports du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005, 1989) qui recommandent des changements dans la manière d'approcher la santé mentale. Les associations professionnelles provinciales et canadienne en musicothérapie jouent un rôle important dans la promotion de la profession dans la mesure de leurs ressources humaines et financières. Les participants à la recherche contribuent à leur manière à cet effort par le biais de prestations musicales de la chorale, de conférences et de participations à des événements spéciaux pour la défense des droits en santé mentale.

Un des obstacles à la reconnaissance est qu'on associe encore la musicothérapie à une « médecine douce » (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012), ce qui induit souvent en erreur les professionnels de la santé et la population en général. En la qualifiant ainsi, on sous-estime son impact thérapeutique et on suppose qu'elle est sans conséquence. En réalité, l'utilisation de la musique à des fins thérapeutiques par des personnes n'ayant pas la formation nécessaire et les compétences cliniques peut entraîner un risque psychologique pour les patients en situation de fragilité.

Augmenter les services dans la collectivité

Présentement, au Québec, il n'y a qu'un département hospitalier en psychiatrie adulte, interne et externe, et deux centres communautaires en santé mentale qui engagent des musicothérapeutes accrédités à temps plein, tandis qu'un très petit nombre de musicothérapeutes travaillent à temps partiel ou comme contractuels dans ce domaine (AQM, 2017). Pourtant, le commissaire à la santé et

au bien-être du Québec note dans son rapport de 2012 que la collectivité désire développer davantage de services auprès de personnes vivant avec un problème de santé mentale, ce qui en fait un argument fort pour les musicothérapeutes québécois. En effet, ce rapport conclut que

[...] le suivi dans la communauté constitue une réponse plus humaine et plus personnalisée aux besoins de l'individu. Dans le secteur de la santé mentale, d'une part, des services de qualité et, d'autre part, des services stables dans la communauté sont essentiels. (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012, p. 97)

Les musicothérapeutes interrogés sont témoins quotidiennement de l'impact positif d'une approche moins médicalisée, une fois que la personne est stabilisée. Ils sont également d'avis que, sans le travail d'arrimage interdisciplinaire et une reconnaissance mutuelle des expertises, les clients seraient privés d'approches globales qui s'adressent à toutes les sphères de leur vie. De plus, un suivi soutenu et la réadaptation en musicothérapie combinés à une approche multidisciplinaire permettraient possiblement de réduire les coûts élevés liés à la fréquentation des urgences et aux admissions récurrentes en psychiatrie (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1997).

Travailler en santé mentale

Aucune étude n'existe sur la pratique actuelle des musicothérapeutes et sur les raisons pour lesquelles, au Québec, si peu consacrent leur pratique à la santé mentale. Nous pouvons avancer quelques questions et hypothèses qui mériteraient d'être étudiées lors de projets de recherche subséquents :

- Comment la formation universitaire prépare-t-elle les futurs musicothérapeutes à travailler en santé mentale?
- Quelles sont les compétences et connaissances nécessaires à cette pratique?
- Quelles seraient les conditions nécessaires à la pratique : supervision par les pairs, thérapie personnelle, maturité et expérience de vie du thérapeute?

- Quelles sont les barrières auxquelles les musicothérapeutes novices font face : la méconnaissance ou les craintes vis-à-vis la santé mentale, le manque de connaissances, etc.?
- Quel est le degré de connaissance de la musicothérapie des professionnels de la santé ainsi que des milieux communautaires et hospitaliers?
- Quelles sont les ressources financières nécessaires pour développer des services en musicothérapie dans le système de santé?

La présente étude permet déjà d'élaborer des stratégies concrètes pour les musicothérapeutes qui désireraient travailler en santé mentale, telles que : (a) se documenter sur le travail en santé mentale, sur les besoins des clients et sur la recherche existante dans ce domaine; (b) suivre une formation continue et développer des connaissances et des compétences en santé mentale; (c) se familiariser avec le réseau de ressources communautaires en santé mentale en participant à des activités associatives et professionnelles; (d) cibler des organismes et identifier des personnes clés ou professionnels alliés pour présenter un projet; (e) faire des demandes de subventions auprès de fondations qui touchent à la santé mentale, aux arts, au mieux-être de la société, etc.; (f) s'impliquer dans la collectivité, faire du réseautage et approcher les organismes qui ont des pouvoirs décisionnels aux niveaux local, municipal, provincial et fédéral afin de les sensibiliser à l'apport de la musicothérapie dans la société; (g) militer en faveur de l'accès aux services en santé mentale; (h) une fois devenu musicothérapeute en santé mentale, recevoir une formation continue, s'assurer d'être supervisé et bénéficier des conseils d'un mentor.

Limites de l'étude

Cette étude comporte des limites et des biais qui peuvent avoir influencé les résultats. Au Québec, la communauté de musicothérapeutes est restreinte et la chercheuse connaît les musicothérapeutes participant à l'étude, soit en tant qu'anciens étudiants ou en tant que collègues professionnels. Ces doubles rôles et la nature de l'entretien, qui demandait aux musicothérapeutes participant à l'étude un certain niveau de dévoilement à propos de leur travail et de leurs défis, pourraient avoir

teinté leurs réponses. Il est également possible que l'identité des musicothérapeutes participant à l'étude soit reconnue, puisqu'ils sont très peu à travailler en santé mentale, même si l'auteure a veillé à ne pas la divulguer. Le nombre restreint de participants ne permet pas de généraliser les résultats, même s'ils nous apportent un regard en profondeur de leur pratique.

Conclusion

L'expérience de musicothérapeutes québécois nous aide à mieux saisir en quoi consiste leur travail en santé mentale dans les milieux communautaire et hospitalier. Ils nous transmettent avec simplicité l'essence même de leur travail : une grande capacité d'adaptation combinée à une approche humaniste authentique sont des éléments fondamentaux pour rejoindre les personnes vivant avec un problème de santé mentale. Tous deux sont passionnés de musique et de créativité, passions qu'ils mettent au service de la relation thérapeutique en offrant des occasions de se réaliser à travers l'improvisation, la chanson, la composition et l'enregistrement d'albums. La chorale occupe également une place importante; elle répond à des objectifs précis d'expression émotionnelle, d'affirmation de soi et de socialisation, en plus d'apporter un élément de déstigmatisation de la santé mentale. La musicothérapie est l'occasion pour les clients de « trouver leur juste place », tel que mentionné par la musicothérapeute travaillant dans le milieu communautaire. Dans cette optique, la musicothérapie ne doit pas être un « dernier recours », comme on l'entend parfois, mais pourquoi pas un « premier recours », comme la chercheuse l'a déjà entendu de la bouche d'une directrice d'école qui accueille des stagiaires en musicothérapie auprès de jeunes élèves réfugiés.

Cette étude a permis d'entendre de l'intérieur l'expérience de musicothérapeutes qui, autrement, restent dans l'ombre malgré leur travail essentiel au mieux-être de notre société. Il est à espérer que cette recherche profitera au champ de la musicothérapie en santé mentale. Le transfert des connaissances auprès des musicothérapeutes et professionnels alliés sur diverses pratiques en milieux hospitalier et communautaire pourrait attirer davantage de musicothérapeutes, et par le fait même, augmenter les services auprès des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale.

Dans la tradition phénoménologique, la chercheuse aimerait conclure en proposant sa perception de l'essence du récit des musicothérapeutes qui ont participé à cette recherche : Être musicothérapeute en santé mentale est une expérience unique. La musique nous amène au cœur de la condition humaine que nous partageons tous : nos joies, nos souffrances et nos défis au quotidien. La musique est une passion que l'on met au service de l'autre pour qu'il ou elle retrouve et partage sa propre beauté intérieure.

Références

- Aigen, K. (2008). An analysis of qualitative music therapy research reports 1987-2006: Articles and book chapters. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 251-261.
- Ansdell, G. (2002). Community music therapy and the winds of change. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2 (2). Récupéré de <https://www.voices.no/index.php/voices/article/view/83/65>
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP). Récupéré de <http://aqrp-sm.org/documentation-et-references/readaptation-psychosociale>
- Association québécoise de musicothérapie (AQM). (2017). Bottin des membres MTA. Document pour les membres seulement. Montréal, QC.
- Baines, S. (2000). A consumer-directed and partnered community mental health music therapy program: program development and evaluation. *Canadian Journal of Music Therapy*, 7 (1), 51-70.
- Bailey, A. et Davidson, J. (2007). Psychological and physical benefits of participation in vocal performance. Dans J. Edwards (dir.), *Music: Promoting health and creating community in healthcare contexts* (p. 52-63). Newcastle, UK : Cambridge Scholars.
- Bailey, B. A. et Davison, J. W. (2003). Amateur group singing as a therapeutic instrument. *The Nordic Journal of Music Therapy*, 12 (1), 18-33.
- Batt-Rawden, K., Trythall, S. et De Nora, T. (2007). Health musicking as cultural inclusion. Dans J. Edwards (dir.), *Music: Promoting health and creating community in healthcare contexts* (p. 64-82) Newcastle, UK : Cambridge Scholars.
- Belgrave, M. (2012). Implementing music therapy-based intergenerational programs in the community. *The International Journal of the Arts in Society*, 6 (6), 1-10.
- Blood, A. J. et Zatorre, R. J. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98, 11818-11823.
- Bodner, E., Iancu, J., Gilboa, A., Sarel, A., Mazor, A. et Amir, D. (2007). Finding words for emotions: The reactions of patients with major depressive disorder towards various musical excerpts. *The Arts in Psychotherapy*, 34 (2), 142-150.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3^e éd.). Gilsum, NH : Barcelona.
- Bruscia, K. E. (1998). *The dynamics of music psychotherapy*. University Park, IL : Barcelona.
- Busch, S. L. et Gick, M. (2012). A quantitative study of choral singing and psychological well-being. *Canadian Journal of Music Therapy*, 18 (1), 45-61.
- Chhina, C. (2004). Music therapy and psychosocial rehabilitation: Towards a person-centered music therapy model. *Canadian Journal of Music Therapy*, 11 (1), 8-30.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *Rapports d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Gouvernement du Québec, Québec. Récupéré de http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Curtis, S. L. (2015). Profile of community music therapists in North America: A survey. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, (15) 1. Récupéré de <https://www.voices.no/index.php/voices/article/view/811/679>
- Curtis, S. L. et Mercado, C. S. (2004). Community music therapy for citizens with developmental disabilities. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 4 (3). Récupéré de <https://www.voices.no/index.php/voices/article/view/811>

- Eyre, L. (2013a). *Guidelines for music therapy practice in mental health care*. Gilsum, NH : Barcelona.
- Eyre, L. (2013b). Adults in a recovery model setting. Dans L. Eyre (dir.), *Guidelines for music therapy practice in mental health* (p. 115-167). Gilsum, NH : Barcelona.
- Eyre, L. (2011). Therapeutic chorale for persons with chronic mental illness: A descriptive survey of participant experiences. *Journal of Music Therapy*, 2 (48), 149-168.
- Fogg, L. et Talmage, A. (2011). The CeleBRation choir: Establishing community group choral singing for people living with neurological conditions. *Psychomusicology: Music, Mind and Brain*, 21 (1 et 2), 264-267.
- Gaillard, R., Gourion, D. et Llorca, P.M. (2013). L'anhédonie dans la dépression. *L'Encéphale*, 39 (4), 296-305.
- Gold, C. (2007). Music therapy improves symptoms in adults hospitalised with schizophrenia. *Evidence-Based Mental Health*, 10 (3), 77.
- Gold, C., Heldal, T. O., Dahle, T. et Wigram, T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- Grocke, D., Bloch, S., Castle, D., Thompson, G., Newton, R., Stewart, S., et Gold, C. (2014). Group music therapy for severe mental illness: A randomized embedded-experimental mixed methods study. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 130, 144-153.
- Grocke, D., Bloch, S. et Castle, D. (2008). Is there a role for music therapy in the care of severely mentally ill? *Australasian Psychiatry. Bulletin of The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 16 (6), 442-445.
- Hunt, A. (2013). Adults with schizophrenia and psychotic disorders. Dans L. Eyre (dir.), *Guidelines for music therapy practice in mental health* (chap. 2). Gilsum, NH : Barcelona.
- Jackson, N. (2013). Adults with depressions and/or anxiety. Dans L. Eyre (dir.), *Guidelines for music therapy practice in mental health* (chap. 11). Gilsum, NH : Barcelona.
- Institut universitaire en santé mentale Douglas (2015). *Santé mentale de A à Z*. Récupéré le 2 janvier 2016 du site de l'institut : http://www.douglas.qc.ca/info_sante/troubles
- Kenny, C. (2006). *Music and life in the field of play: An anthology*. Gilsum, NH : Barcelona.
- Laurier, M. (1978, 10 février). Thérèse Pageau. La musique au service de la psychiatrie. *Le Devoir*. Récupéré de https://news.google.com/newspapers?nid=Qh5Z_vBjo80C&dat=19780210&printsec=frontpage&hl=fr
- McCaffrey, T., Edwards, J. et Fannon, D. (2011). Is there a role for music therapy in the recovery approach in mental health? *The Arts in Psychotherapy*, 38 (3), 185-189.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Récupéré du site du ministère : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1997). *Alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie : efficacité et efficience. Défis de la reconfiguration des services de santé mentale* (Annexe 2). Récupéré du site du ministère : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1989). *Politique de santé mentale*. Publications du Québec. Gouvernement du Québec : Québec, Canada.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research method*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Morten, L., Kringelbach, M. L. et Berridge, K. C. (2010). The neuroscience of happiness and pleasure. *Social Research*, 77 (2), 659-678.
- Morten, L., Kringelbach, M. L., Phil, D., et Berridge, K. C. (2010). The functional neuroanatomy of pleasure and happiness. *Discovery Medicine*, 9 (49), 579-587.
- Mössler, K., Assmus, J., Heldal, T. O., Fuchs, K. et Gold, C. (2012). Music therapy techniques as predictors of change in mental health care. *The Arts in Psychotherapy*, 39, 333-341.
- Neuman, W. L. (2006). Analyzing qualitative data. Dans W.L. Neuman, *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches* (6^e éd.) 457-489. Needham Heights, MA : Allyn & Bacon.

- O'Grady, L. et McFerran, K. (2007). Community music therapy and its relationship to community music: Where does it end? *Nordic Journal of Music Therapy*, 16 (1), 14-26.
- Oosthuizen, H., Fouché, S. et Torrance, K. (2007). Collaborative work: Negotiations between music therapists and community musicians in the development of a South African community music therapy project. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 7 (3). Récupéré de <https://voices.no/index.php/voices/article/view/546/407>
- Pavlicevic, M., et Ansdell, G. (2004). *Community music therapy*. London, England : Jessica Kingsley.
- Pelletier, C. L. (2004). The effect of music on decreasing arousal due to stress: A meta-analysis. *Journal of Music Therapy*, 42, 192-214.
- Sattler, G. (2013). Playing outside the generational square: The intergenerational impact of adult group music learning activities on the broader community. *International Journal of Community Music*, 6 (3), 311-320.
- Salimpoor, V. N., Van den Bosch, I., Kovacevic, N., McIntosh, A. R., Dagher, A. et Zatorre, R. J. (2013). Interactions between nucleus accumbens and auditory cortices predict music reward value. *Science*, 340 (6129), 216-219.
- Salimpoor, V. N., Benovoy, M., Larcher, K., Dagher, A. et Zatorre, R. J. (2011). Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music. *Nature Neuroscience*, 14, 257-262.
- Salimpoor, V. N., Benovoy, M., Longo, G., Cooperstock, J.R., et Zatorre, R.J. (2009). The rewarding aspects of music listening are related to degree of emotional arousal. *PLoS ONE* 4 (10): e7487. doi:10.1371/journal.pone.0007487
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N. et Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60 (5), 410-421.
- Stacy, R., Brittain, K. et Kerr, S. (2002). Singing for health: An exploration of the issues. *Health Education*, 102 (4), 156-162.
- Solli, H. P., Rolvsjord, R. et Borg, M. (2013). Toward understanding music therapy as a recovery-oriented practice within mental health care: A meta-synthesis of service users' experiences. *Journal of Music Therapy*, 50 (4), 244-273.
- Snow, S. [Shelley], Snow, S. [Stephen] et D'Amico, M. (2008). Interdisciplinary research through Community music therapy and performance ethnography. *Canadian Journal of Music Therapy*, 14 (1), 30-46.
- Stewart, D. (2004). Narratives in a new key: Transformational contexts in music therapy. Dans M. Pavlicevic et G. Ansdell (dir.), *Community music therapy*, (p. 281-297). London : Jessica Kingsley.
- Stige, B. (2003). *Elaborations toward a notion of community music therapy* (thèse de doctorat, Université d'Oslo, Oslo, Norvège). Oslo : Unipub.
- Stige, B., et Aarø, L. E. (2012). *Invitation to community music therapy*. New York, NY : Routledge.
- Stige, B., Ansdell, G., Elefant, C. et Pavlicevic, M. (2010). *Where music helps: Community music therapy in action and reflection*. London : Ashgate.
- Talmage, A., Ludlam, S., Leão, S. H. S., Fogg-Rogers, L., et Purdy, S. C. (2013). Leading the CeleBRation choir: The choral singing therapy protocol and the role of the music therapist in a social singing group for adults with neurological conditions. *New Zealand Journal of Music Therapy*, 11, 7-50.
- Ulrich, G., Houtmans, T., et Gold C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 116 (5), 362-370.
- Vaillancourt, G. (2012). Music therapy: A community approach to social justice. *The Arts in Psychotherapy*, 39 (1), 173-178.
- Vander Kooij, C. (2009). Recovery themes in songs written by adults living with serious mental illnesses. *Canadian Journal of Music Therapy*, 15 (1), 37-58.
- Wheeler, B. (1987). Levels of therapy: The classification of music therapy goals. *Music Therapy*, 6 (2), 39-49.
- Zharinova-Sanderson, O. (2004). Promoting integration and socio-cultural change: Community music therapy with traumatised refugees in Berlin. Dans M. Pavlicevic et G. Ansdell (dir.), *Community music therapy*, (p. 233-248). Philadelphia: Jessica Kingsley.

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement les musicothérapeutes participant à la recherche pour leur générosité et leur authenticité et pour avoir partagé leur passion avec leurs pairs et autres collègues professionnels.

Note sur l'auteur

Guylaine Vaillancourt est professeure agrégée au Département de thérapies par les arts de l'Université Concordia. Depuis 1990, elle a travaillé comme musicothérapeute en oncologie, soins palliatifs et santé mentale. Elle pratique la Méthode Bonny en musique et imagerie guidée et forme d'autres praticiens à cette approche.

Guylaine
Vaillancourt,
Ph. D., MTA
Professeure
agrégée en
musicothérapie
Université
Concordia
g.vaillancourt@concordia.ca