



**HAL**  
open science

# Les représentations de la musicothérapie dans les dispositifs d'information et de communication des politiques de santé publique : discours et contextes

Nathalie Verdier

► **To cite this version:**

Nathalie Verdier. Les représentations de la musicothérapie dans les dispositifs d'information et de communication des politiques de santé publique : discours et contextes. Sciences de l'information et de la communication. Université Paul Valéry - Montpellier III, 2019. Français. NNT : 2019MON30059 . tel-02935383

**HAL Id: tel-02935383**

**<https://theses.hal.science/tel-02935383>**

Submitted on 10 Sep 2020

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

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



# THÈSE

Pour obtenir le grade de  
Docteur

Délivré par **l'UNIVERSITÉ PAUL-VALÉRY  
MONTPELLIER 3**

Préparée au sein de l'école doctorale 60  
Et de l'unité de recherche LERASS-CERIC (EA 827)

Spécialité :  
**Sciences de l'information et de la communication**

Présentée par **Nathalie VERDIER**

**LES REPRÉSENTATIONS DE LA  
MUSICOTHÉRAPIE DANS LES  
DISPOSITIFS D'INFORMATION ET DE  
COMMUNICATION DES POLITIQUES  
DE SANTÉ PUBLIQUE : DISCOURS ET  
CONTEXTES**

Soutenue le 29 novembre 2019 devant le jury composé de

Mme Pina LALLI, professeure des universités, Université de Bologne, Italie.	Rapporteure
M. Vincent LIQUÈTE, professeur des universités, Université de Bordeaux.	Membre
Mme Caroline OLLIVIER-YANIV, professeur des Universités, Université Paris-Est Créteil.	Membre
Mme Céline Paganelli, professeure des universités, Université Paul-Valéry Montpellier 3.	Membre
M. Gérard RÉGIMBEAU, professeur des universités, Université Paul-Valéry Montpellier 3.	Directeur
M. Adrian STALL, professeur des universités, Université Jean Moulin Lyon 3.	Rapporteur



## REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à mon directeur de thèse, Gérard Régimbeau, pour sa formation intellectuelle, sa sensibilité à la culture et tout particulièrement à la musique.

Merci également aux personnes qui ont accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Ma gratitude se porte aussi vers l'équipe du LERASS-CERIC et celle du département Info-com de l'université Paul-Valéry Montpellier 3 qui m'ont encouragée et ont accompagné mon évolution pendant ces dernières années.

Merci aussi à toutes les personnes qui m'ont aidée à réaliser ce projet : anciens enseignants, anciens collègues, anciens patients et à toutes celles qui ont contribué à cette recherche de près ou loin.

Et un remerciement tout particulier à ma famille et à mes amis qui se sont montrés particulièrement compréhensifs et patients dans les moments les plus difficiles et ont toujours cherché à m'assurer de leur soutien : ma mère, Freddy, Roger, Julian, Paulina, Marie, Sophie et les autres.

## SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	1
SOMMAIRE.....	2
AVANT PROPOS.....	3
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE.....</b>	<b>4</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : FONDEMENTS DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>14</b>
CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	15
CHAPITRE 2 : LA MUSICOTHÉRAPIE. ÉLÉMENTS DE DÉFINITION POUR UNE APPROCHE PAR LES REPRÉSENTATIONS.....	25
CHAPITRE 3 : NOTIONS ET CONCEPTS.....	63
<b>DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>120</b>
CHAPITRE 1 : POSITIONNEMENT ÉPISTÉMOLOGIE.....	122
CHAPITRE 2 : TERRAIN, ACTEURS ET CORPUS DE LA RECHERCHE.....	136
CHAPITRE 3 : MÉTHODES ET TECHNIQUES DE RECUEIL DE DONNÉES ET D'ANALYSE DU CORPUS DE LA RECHERCHE.....	184
<b>TROISIÈME PARTIE : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>225</b>
CHAPITRE 1 : L'APPROCHE COMPRÉHENSIVE DES RELATIONS ENTRE LES ACTEURS CIBLÉS POUR LA RECHERCHE.....	227
CHAPITRE 2 : LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE POUVANT ÊTRE VÉHICULÉES OU PORTÉES PAR LES ACTEURS.....	261
CHAPITRE 3 : DE LA DYNAMIQUE COMMUNICATIONNELLE DES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE.....	304
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>327</b>
BIBLIOGRAPHIE.....	332
NETOGRAPHIE.....	357
TABLE DES MATIÈRES.....	358
GLOSSAIRE DES SIGLES.....	363
RÉSUMÉ EN FRANÇAIS.....	4 <sup>ème</sup> de couverture
RÉSUMÉ EN ANGLAIS.....	4 <sup>ème</sup> de couverture

## AVANT PROPOS

**Pour des raisons pratiques, les annexes de la thèse ne figurent pas à la fin de ce document. Elles sont regroupées dans un document joint à la thèse et sous-titré « ANNEXES DE LA THÈSE ».**

**La thèse repose sur un corpus constitué par différentes catégories de matériaux (documents PDF, document Excel, enregistrements audio) que nous avons réunis dans un dossier numérique et mis à disposition des membres du jury, via un Google Drive, dont le lien leur a été adressé par mail. Ce corpus contient des données sensibles que nous ne souhaitons pas rendre publiques, pour des raisons éthiques.**

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'intitulé de la thèse, *Les représentations de la musicothérapie dans les dispositifs d'information et de communication des politiques de santé publique : discours et contextes*, traduit la mise en relation de différents champs permettant de relever d'emblée la complexité de l'objet de la recherche. En effet, notre approche en Sciences de l'information et de la communication (SIC) de la musicothérapie sous l'angle des représentations interroge à la fois :

- la façon dont la musicothérapie se présente ou est représentée dans différents types de dispositifs ;
- les aspects de ces dispositifs pouvant servir d'outils de médiation de cette spécialité ;
- les contextes discursifs auxquels ils renvoient et dans lesquels la musicothérapie peut être mise en jeu et en représentation ;
- les processus info-communicationnels à l'œuvre via ces dispositifs ;
- les relations entre les acteurs qui contribuent à l'expression des représentations de la musicothérapie.

Selon la Fédération Française de Musicothérapie (FFM)<sup>1</sup>, la musicothérapie est « *une pratique de soin de relation d'aide, d'accompagnement, de soutien ou de rééducation, utilisant le son et la musique, sous toutes leurs formes, comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation* »<sup>2</sup>. Elle peut aussi renvoyer à un *métier* encore peu connu et reconnu dans le système de santé français et sur la scène des politiques publiques. En effet, depuis 1977, l'université forme au *métier de musicothérapeute*<sup>3</sup>, selon un cursus de trois

---

<sup>1</sup> La FFM est une association (loi 1901) créée en 2003 à l'initiative de François-Xavier Vrait qui en a été le président jusqu'en janvier 2019. Son site web permet l'identification d'organismes de formation qu'elle reconnaît et de nombreux adhérents à titre individuel. Ayant pour objectif de promouvoir la musicothérapie en France, la FFM déclare être « *l'interlocuteur privilégié auprès des pouvoirs publics et des organismes de tutelle* » pour faire « *aboutir la mise en place d'un véritable statut des musicothérapeutes en tant que professionnels de santé* ». En ce sens, elle a élaboré un *Référentiel métier* et un *Code déontologique* de la profession disponibles sur son site web. Source : Page d'accueil du site web de la FFM, [consulté le 30 mai 2017], URL : <http://www.musicotherapie-federationfrancaise.com/>.

NB : le site de la FFM a fait l'objet d'une refonte depuis la fin de l'année 2018. Le contenu textuel auquel nous faisons référence entre guillemets concernant son positionnement vis-à-vis des pouvoirs publics n'est plus accessible en ligne. En revanche, dans sa rubrique « Actualité », se trouve un contenu témoignant de démarches effectuées en 2018 auprès du Ministère des Solidarités et de la Santé « *pour évoquer la question de la reconnaissance et réglementation du métier de musicothérapeute* ».

<sup>2</sup> Fédération Française de Musicothérapie, *Référentiel métier*, 2016. [En ligne], [consulté le 30 mai 2017], URL : [https://www.musicotherapie-federationfrancaise.com/wp-content/uploads/2018/02/Référentiel\\_Métier\\_Musicothérapeute.pdf](https://www.musicotherapie-federationfrancaise.com/wp-content/uploads/2018/02/Référentiel_Métier_Musicothérapeute.pdf)

<sup>3</sup> Voir annexe 1 : contenu textuel de l'image qui était diffusée sur le site du DU de musicothérapie de l'université Paul-Valéry Montpellier 3 en 2015, p. 3 des annexes de la thèse.

ans visant un diplôme universitaire (DU) qu'au premier abord on pourrait comparer à d'autres diplômes de professions de santé, tel que le diplôme d'État (DE) d'ergothérapeute ou celui, plus récent, de psychomotricien<sup>4</sup>. Après quarante ans d'existence à l'université Paul-Valéry Montpellier 3, ce DU a fait l'objet, en octobre 2016, d'un enregistrement sur le répertoire national des certifications professionnelles (RNCP). Ce qui n'est pas le cas des DU de musicothérapie proposés par d'autres universités<sup>5</sup>. En revanche, il ne figure pas, au même titre que les DE que nous venons de citer, sur le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Si l'État accorde certaines prérogatives aux universités qui leur permettent la création et, localement, le fonctionnement de nombreux DU, ces diplômes peuvent être relativement onéreux pour les apprenants, d'autant qu'ils entrent dans le cadre d'accords régionaux et nationaux concernant la formation continue. Ils permettent aussi une forme de financement pour les universités, même si celui-ci reste relatif. Chaque année, ils exposent aussi un nombre croissant de *musicothérapeutes* diplômés aux règles d'un système de santé dans lequel la musicothérapie n'est pas reconnue en tant que profession, si l'on se réfère à certains documents produits par le ministère de la santé ou d'autres, parlementaires. Pourtant dans le discours politique, elle est clairement identifiée en tant que pratique de soins, depuis plusieurs années : « *La musicothérapie consiste à utiliser la musique comme support de médiation dans le cadre d'une prise en charge orientée vers le mieux-être de la personne dans son environnement* »<sup>6</sup>. Et, le recours à la musicothérapie est énoncé en tant que « *réalité, notamment en psychiatrie et en gériatrie* »<sup>7</sup>. Cette situation paradoxale dénote un problème qui interroge le cadre de référence des acteurs des politiques publiques impliquant ici *a minima* le ministère de l'Enseignement supérieur, le ministère de la Santé et celui du Travail, de l'Emploi et du Dialogue social. Elle questionne aussi le comportement info-communicationnel des acteurs qui produisent et diffusent des contenus sur la musicothérapie.

Dans le contexte français contemporain, les dispositifs d'information et de communication sont multiples. Ils peuvent se matérialiser sous différentes formes. Ils existent en tant qu'instances, regroupements et réseaux pluridisciplinaires à différents niveaux de localisation impliquant de

---

<sup>4</sup> Cf. : *Décret n° 85-188 du 7 février 1985, portant création du diplôme d'Etat de psychomotricien.*

<sup>5</sup> Source : site de la Commission Nationale des Certifications Professionnelles (CNCP), recherche à partir du mot *musicothérapeute*, résultat : « *1 fiche(s) trouvée(s)* », [consulté le 23 mai 2017]. URL : <http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/resultat>

NB: cette information est toujours d'actualité au 09 août 2019.

<sup>6</sup> Source : Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé, « Question écrite n° 17383 », texte de la réponse publié au *Journal Officiel* le 15 mars 2011, [en ligne], site de l'Assemblée Nationale, [consulté le 23 mai 2017], URL : <http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-17383QE.htm>

<sup>7</sup> Ibid.

nombreux actants<sup>8</sup> et acteurs susceptibles de participer à l'élaboration des politiques de santé publique : institutionnels, médicaux, paramédicaux, représentants professionnels, scientifiques, experts, élus, organismes de formation, usagers du système de santé, etc. Au cœur des établissements de soins ou autres structures pouvant être associées, des réunions d'équipe permettent aux professionnels d'échanger autour de l'évolution clinique d'un patient, d'interroger leurs pratiques ou encore de produire des documents servant l'activité professionnelle : projet d'établissement, projet médical, protocoles de soin, etc. Ces documents peuvent également être utilisés pour la communication externe, notamment avec les Agences Régionales de Santé (ARS) ou la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>9</sup>. Sur un plan régional, les ARS proposent des conférences de territoire réunissant les acteurs de la santé pour discuter l'organisation sanitaire de nos régions<sup>10</sup>, produire des schémas sanitaires régionaux et fixer des contrats d'objectifs et de moyens avec les structures hospitalières. À une échelle plus nationale, la HAS organise des groupes pour travailler, entre autres, à la définition de référentiels de bonnes pratiques qu'elle diffuse auprès des professionnels, des usagers du système de santé et dans lesquels la musicothérapie peut être impliquée. Des débats participant à l'élaboration des politiques de santé publique ont également lieu à l'Assemblée nationale et trouvent un prolongement dans certains documents parlementaires : rapports, projets de loi, textes de loi, questions écrites au gouvernement, etc.

Avec le développement des technologies de l'information et de la communication (TIC) et du réseau internet depuis les années 1990, ces dispositifs définis comme des agencements de lieu de l'activité des acteurs, des structures organisationnelles et des configurations techniques intègrent également les technologies numériques (Routier, D'Arripe, 2010). Facilitant l'accès à l'information médicale, professionnelle, et à la communication, les dispositifs numériques contribuent à un changement organisationnel des établissements de soins visant l'amélioration continue des pratiques et de la sécurité du patient. On les utilise en tant qu'outils de l'information-communication médicale et professionnelle : consultation-renseignement du

---

<sup>8</sup> Nous employons ici le terme *actant* au sens devenu commun pouvant désigner une entité ou une chose qui participe au procès d'une action, par exemple, les institutions dans lesquelles se déroulent des débats participant à l'élaboration des politiques publiques.

<sup>9</sup> La Haute Autorité de Santé (HAS) est une *Autorité Publique indépendante (API) à caractère scientifique, dotée de la personnalité morale*. Créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, elle est devenue un actant clé des politiques de santé publique. Source : site de la Haute Autorité de Santé, page composition du collège de la HAS, [consulté le 18 avril 2017], URL : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_434776/fr/composition-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434776/fr/composition-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante)

<sup>10</sup> Source : *Décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 relatif à la composition et au mode de fonctionnement des conférences de territoire*, [en ligne], site Légifrance.gouv, [consulté le 10 juin 2016]. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022042498&categorieLien=id>



dossier patient informatisé, consultation-production de protocoles de soins, de procédures d'urgence et de sécurité, dans le cadre d'une communication hiérarchique et/ou transversale. Ils permettent également des usages davantage orientés vers la communication externe : recherches documentaires d'ordre médical, juridique, et on les emploie aussi pour des correspondances diverses. Dans les administrations et les institutions publiques en lien avec le secteur de la santé, ils servent le même type de truchement, visant la « modernisation » de l'État par un déplacement des pratiques info-communicationnelles traditionnelles vers le numérique. Cette tendance à la généralisation des TIC, énoncée comme porteuse d'enjeux sociétaux cruciaux dans le discours des gouvernements et de la plupart des organisations internationales, dépend à la fois de la prédilection accordée à la technologie dans les sociétés occidentales et des valeurs sociétales véhiculées autour de ces technologies (Miège, 2007). Plusieurs chercheurs en SIC se sont intéressés à l'ancrage social des TIC et aux différents usages auxquels ces nouvelles pratiques donnent lieu aussi bien dans le domaine de la santé que dans celui du politique. Par exemple, en 2008, un numéro de la revue *Tic&société*<sup>11</sup> réunit les travaux d'Hélène Romeyer, de Christian Bourret ou encore de Marius-André Tine qui interrogent les incidences de l'innovation technologique sur les pratiques info-communicationnelles et organisationnelles des professionnels du soin, ainsi que les usages plus profanes de certains internautes. En effet, les TIC ouvrent à des situations info-communicationnelles complexes autour des questions de la santé publique qui constitue une thématique récurrente de l'espace public sociétal, désormais élargi à internet : publicisation de la santé, réseaux documentaires à l'intention des professionnels, transmissions de données médicales, information du public, forums de discussion des usagers, etc. Ces travaux conduisent à une distinction entre l'information-communication médicale, qui introduit des notions de confidentialité et de scientificité, et celle de santé, pouvant faire l'objet d'un plus vaste public (Romeyer, 2008 ; Clavier *et al.*, 2010).

Par ailleurs, l'importance prise par la communication dans les politiques de santé publique, via le développement des TIC, incite l'action publique à diffuser certaines valeurs, qui deviennent dominantes dans nos sociétés contemporaines. Des expressions telles que *droit à la santé*<sup>12</sup> ou encore *lutter contre les stigmatisations*<sup>13</sup> se retrouvent aussi bien dans les textes des institutions

---

<sup>11</sup> *Tic&société*, vol. 2, n° 1, 2008.

<sup>12</sup> Il suffit, à partir de la locution « *droit à la santé* » de lancer une recherche sur n'importe quel moteur pour arriver sur une page de liens vers les différents sites institutionnels de l'OMS, de La Documentation Française, du Ministère de la santé, etc.

<sup>13</sup> *Ibid.*

françaises que des organisations internationales. Ce type de redondance donne lieu à une forme d’embrayage discursif du texte d’une institution à une autre. Ce qui renvoie à l’idée d’homogénéisation du discours institutionnel, ainsi qu’à une volonté d’ancrage idéologique véhiculée par les politiques qui se prolonge sur internet et peut influencer nos représentations sociales. Pour Alice Krieg-Planque, « *l’analyse des discours politiques sous l’angle de ce qu’ils présupposent (à la fois au sens linguistique et au sens courant) est d’ailleurs, intuitivement, l’un des terrains privilégiés de la critique politique elle-même. La présupposition est fréquemment sollicitée pour tenter d’imposer, de manière indirecte, certaines idées ou conceptions [...] extraire les présupposés d’un discours, c’est faire apparaître les thèses que ses auteurs voudraient faire apparaître comme des évidences soustraites à la discussion.* »<sup>14</sup>.

Des organisations administratives, telle la HAS à laquelle nous avons déjà fait référence, exercent un droit de regard et d’expertise sur le fonctionnement des établissements de soins et des professionnels de ce secteur : personnel médical, paramédical, mais aussi administratif, technique et chefs d’entreprise. Ou encore, l’Agence des Systèmes d’Information Partagés de Santé (ASIP Santé) a pour mission de gouverner les systèmes d’information de santé. Elle contribue aussi à la constitution d’un répertoire de données concernant les identités et les informations relatives aux professionnels de santé, aux structures d’accueil et aux établissements publics et privés en lien avec les secteurs médical et médico-social, afin d’en assurer la certification et la gestion. Le cadrage que proposent ces institutions permet aussi une forme de surveillance des établissements de soins, de l’autorité médicale et des professionnels de santé en général. Il fait également tendre l’ensemble des professionnels de ce secteur d’activité vers une homogénéisation des pratiques. Toutefois, alors que les établissements de soins et le corps médical sont aux prises avec les liens d’interdépendance qu’ils entretiennent avec l’administration et les nombreux enjeux d’ordre économique qui en résultent, dans quel sens l’influence des autorités administratives normalise-t-elle les comportements des acteurs de ce secteur ? Et alors que les instances se multiplient pour assurer la gouvernance du système de santé, qu’en est-il de la place la musicothérapie et de ses praticiens dans ce système ?

Précisons dans cette introduction générale, que notre recherche autour des représentations de la musicothérapie résulte d’une expérience professionnelle de *musicothérapeute*<sup>15</sup> dans un établissement de soins privé. Évoluant sur ce terrain, nous en sommes venue à des fonctions de

---

<sup>14</sup> Krieg-Planque A., *Analyser les discours institutionnels*. Paris : Armand Colin, 2012, p. 139-140.

<sup>15</sup> L’intitulé exact de notre poste sur notre lieu de travail était « technicien médical : musicothérapeute ».

communicante, contribuant à divers projets avec les équipes soignantes, puis à une reprise d'étude progressive, jusqu'à l'obtention d'un Master 2 mention Information-communication et à une inscription en thèse. Ayant exercé pendant plus de dix ans dans le secteur de la santé mentale, en psychiatrie adulte, nous avons pu être interpellée par de nombreuses questions touchant à la place de la musicothérapie. Sur le terrain professionnel, la musicothérapie s'intègre dans un dispositif de soins plus global, impliquant d'autres catégories professionnelles. Et c'est dans ce cadre<sup>16</sup> qu'elle prend, en partie, une valeur thérapeutique pour le patient hospitalisé. Elle implique aussi des situations multiples de communication dans lesquelles différents acteurs du soin, voire d'autres professionnels, plus administratifs ou techniques, participent à la prise en charge globale du patient. Ces situations peuvent déjà donner lieu à quelques interrogations sur la place et le rôle de musicothérapie de la part de certains soignants et de nombreux patients<sup>17</sup>. Et la musicothérapie a pu aussi intriguer d'autres acteurs de la santé pouvant être extérieurs à l'établissement, tels que certains visiteurs-experts de la HAS. En effet, notre expérience de musicothérapeute a coïncidé, au début des années 2000, avec la mise en œuvre de la démarche qualité des établissements de soins et les procédures d'accréditation<sup>18</sup> insufflées par les politiques de santé publique. Ces processus d'amélioration-continue de la qualité ont donné lieu au changement organisationnel de nombreuses structures sanitaires. Incitant dans un premier temps au décloisonnement des personnels pour mettre en place des groupes pluridisciplinaires, ils ont conduit à interroger différents niveaux d'organisation interne : politique et qualité du management, hostellerie, organisation de la prise en charge du patient, gestion des risques et du système d'information médicale. Nous nous sommes alors particulièrement investie dans le groupe « Organisation de la prise en charge du patient ». Dans une configuration de groupe où chaque catégorie professionnelle pouvait être

---

<sup>16</sup> La notion de *cadre* est ici mise en avant en tant que composante fondamentale à l'exercice de toute profession d'ordre thérapeutique. Pour autant, elle ne définit pas en soi la valeur thérapeutique de la musicothérapie qui tient, en toute aussi grande partie à la typologie du dispositif par lequel elle est mise en œuvre et à l'art du thérapeute de savoir utiliser la musique à des fins thérapeutiques en s'interrogeant sur la dimension musicothérapeutique de ses pratiques.

<sup>17</sup> En effet notre expérience professionnelle a pu nous confrontée à des questions de la part de certains collègues sur le travail effectué avec les patients en musicothérapie, voire à des rivalités, alors que d'autres au contraire s'intéressaient favorablement à cette activité thérapeutique, assistant parfois même à des séances en groupe. Quant aux patients reçus en musicothérapie, généralement en individuel la première fois, bon nombre d'entre eux ont pu exprimer qu'ils n'avaient aucune idée de ce que pouvait être la musicothérapie avant d'accepter d'en faire l'expérience.

<sup>18</sup> La première procédure d'accréditation date de juin 1999. Elle visait à promouvoir la mise en œuvre de démarches d'amélioration-continue de la qualité des soins dans les établissements de santé. Avec la création de la HAS par la *loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie*, le terme *accréditation* est remplacé par celui de *certification*. Il s'agit d'une procédure renouvelable tous les quatre ans, en constante évolution, et qui s'adapte en permanence aux exigences de qualité et de sécurité des soins. Source : site de la HAS, [consulté le 02 avril 2017]. URL : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_978601/fr/historique-de-la-certification](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978601/fr/historique-de-la-certification).

représentée, l'auto-évaluation était menée selon des procédés semi-directifs, guidée par un manuel d'accréditation fourni par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)<sup>19</sup>. Un médecin généraliste directeur de l'information médicale (DIM) et un médecin psychiatre étaient référents du groupe. Dans la pratique, celui-ci s'est ouvert à la participation d'autres acteurs, pouvant être extérieurs à l'établissement. Notamment, des représentants d'usagers de la psychiatrie, avec lesquels il s'agissait de discuter des conditions d'hospitalisation des patients et de leurs droits, et des visiteurs-experts ayant en charge d'évaluer le déroulement de la procédure et le fonctionnement de l'établissement. Ces transformations ont été concomitantes à la vague d'informatisation des institutions françaises. Ainsi avec les procédures de certification qui encourageaient l'informatisation des systèmes d'information, les dispositifs d'information et de communication se sont multipliés pour prendre une place non négligeable, au cœur même des pratiques professionnelles de l'ensemble du personnel. Par exemple, nous avons pu assister à la mise en place des premiers dossiers patients informatisés, à la généralisation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)<sup>20</sup> dont la musicothérapie a toujours été tenue à l'écart. En revanche nous avons contribué à la mise en place d'une base documentaire numérisée interne<sup>21</sup> et expérimenté certains aspects de l'accès à l'information professionnelle, notamment en accédant à des sites institutionnels, tel celui de la HAS, pour pouvoir nous référer à certaines recommandations de bonnes pratiques afin d'élaborer des documents servant l'échange avec les équipes et les experts.

Dans cette recherche, nous nous trouvons donc dans la position relativement complexe de *praticien-chercheur* ou plutôt *praticien-jeune-chercheur*. Une posture qui a été interrogée en SIC et qui cristallise un ensemble de questionnements : « *L'expression "praticien-chercheur" ne signifie pas seulement que le chercheur est engagé sur un autre terrain professionnel que*

---

<sup>19</sup> L'ANAES est antérieure à la HAS. Créée par décision ministérielle, conformément aux Ordonnances du 26 avril 1996, puis au Décret n° 97-311 publié au *Journal Officiel* du 8 avril 1997 elle transforme déjà une autre agence d'évaluation : l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM). Source : site de la HAS, [consulté le 02 avril 2017], URL : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/andem\\_anaes.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/andem_anaes.pdf)

<sup>20</sup> Dans le cadre de la réforme du système de santé, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), rendu obligatoire en 1996, cherche à définir l'activité des unités du service public hospitalier pour calculer leurs allocations budgétaires. Le PMSI vise également une standardisation des données pour le service public hospitalier et les établissements de soins privés. Source : site de la Fédération Hospitalière de France (FHF), [consulté le 14 mars 2017], URL : <http://www.fhf.fr/gestion-hospitaliere/pmsi.html>

<sup>21</sup> Les ressources documentaires internes peuvent être de l'ordre d'un règlement, d'une procédure ou d'un protocole de soins particulier facilitant l'exercice des professionnels. Et dans le cadre des certifications nous avons pu contribuer, entre autres, à l'élaboration de quelques procédures.

*celui de la recherche. Elle 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* »<sup>22</sup>. Dans un tel contexte, il émerge des formes d'implications croisées que Jean-Louis Legrand nomme en termes d'*implexité* ce qui suppose, pour le mentionner rapidement ici, une sollicitation multiple en situation de recherche (Legrand, 1993). Au cœur de cette *implexité* se mêlent des questions d'engagement et d'éthique liées au statut de l'apprenti-chercheur. En effet cette *implexité* donne une dimension politique à sa démarche et l'oblige à une vigilance, quasi permanente, vis-à-vis des risques interprétatifs que pourrait entraîner sa connaissance empirique de l'objet d'étude. Quoi qu'il en soit, cette posture initiale nous a conduite à prendre de la distance avec notre expérience de musicothérapeute pour investir une pratique d'enseignant-jeune-chercheur, qui nous a permis de nous familiariser davantage avec le contexte de la recherche scientifique en SIC, ses enjeux, ses méthodes, et d'évoluer sur d'autres terrains.

En SHS, la recherche scientifique est un processus qui se met en œuvre selon différentes étapes, considérant le choix d'un sujet et d'un questionnement initial pour permettre d'orienter la recherche dans une discipline donnée. Et, si notre recherche, de type exploratoire, contient une dimension politique pouvant être relative à notre parcours personnel, en abordant la question de la musicothérapie sous l'angle des représentations, nous nous intéresserons plus particulièrement :

- aux acteurs qui contribuent à l'expression des représentations de la musicothérapie ;
- à leurs positionnements respectifs par rapport à la question de la musicothérapie ;
- aux processus info-communicationnels qu'ils mettent en œuvre à travers différentes catégories de dispositifs et qui donnent lieu aux représentations de la musicothérapie.

En ce sens, dès le chapitre 1 de la première partie, nous présenterons la problématique de recherche qui permettra de mieux comprendre l'origine du sujet de la thèse et la façon dont nous l'avons problématisé pour mener cette recherche en SIC. Nous y préciserons aussi la

---

<sup>22</sup> De Lavergne, C., La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches Qualitatives*, [en ligne], Hors-Série n°3 : Actes du colloque Bilan et perspectives de la recherche qualitative, 2007, p. 29. [Consulté le 20 avril 2014]. URL : <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/les-collections/hors-serie-les-actes/>

manière dont nous avons envisagé d’appréhender les représentations de la musicothérapie pour la thèse :

- par une présentation de la musicothérapie dans la perspective d’une approche par les représentations ;
- par des typologies de représentations et de dispositifs que nous définirons et qui poseront des points de repère pour la thèse ;
- par les acteurs qui diffusent sur internet des contenus se rapportant à la musicothérapie ;
- par une enquête que nous avons menée auprès de cent quinze praticiens.

A la suite de ce balisage sommaire, nous ferons une présentation de la musicothérapie, permettant d’en saisir des éléments de définition d’ordre socio-culturel, historique ou contextuel. Cette approche conduira à mieux appréhender les représentations de la musicothérapie que nous avons étudiées dans le contexte de la recherche.

Toujours dans cette première partie, nous préciserons les notions de représentation et de dispositif que nous mobilisons dans la thèse.

La deuxième partie de la thèse sera consacrée à la méthodologie de la recherche, qui s’inscrit dans le sillon des recherches qualitatives. Dans un premier temps, nous y préciserons notre positionnement constructiviste. Cette partie permettra également une description du terrain que nous avons construit pour la recherche et une présentation des acteurs que nous avons pris en considération et qui nous a conduite à cibler parmi eux un ensemble représentatif et significatif pour l’étude des représentations de la musicothérapie. En effet, après un temps d’observation en ligne des sites web de nombreux acteurs (ou actants) qui diffusent des contenus sur la musicothérapie, nous avons mené une autre forme d’enquête en ligne, auprès des praticiens de la musicothérapie. Les contacts que nous avons pu établir via internet ont également permis d’interviewer quelques acteurs locaux, habitant Montpellier ou ses alentours directs, particulièrement concernés par la musicothérapie : des membres de la FFM et un responsable de formation, avec qui nous avons pu échanger autour de nos premiers éléments d’analyse. Nous présenterons ensuite le corpus que nous avons élaboré avec différentes catégories de matériaux, sur lequel s’appuient les résultats de la recherche. Après avoir précisé le corpus, nous reviendrons sur les méthodes et les techniques de recueil et d’analyse des données que

nous avons mises en œuvre pour approcher en compréhension les représentations de la musicothérapie.

Dans la troisième partie, nous présenterons les résultats de la recherche, en commençant par poser un schéma de la représentativité des acteurs qui diffusent sur internet des contenus se rapportant à la musicothérapie et que nous considérons pour comprendre le positionnement des acteurs vis-à-vis de la musicothérapie. Ce schéma conduira à une modélisation des acteurs plus particulièrement ciblés pour la thèse, situant le positionnement des uns par rapport aux autres et leurs attentes que nous avons précisées via une méthode actionniste. Ce point nous conduira à livrer une interprétation située des représentations de la musicothérapie qu'ils véhiculent ou dont ils peuvent être porteurs. Et nous commenterons la façon dont l'information-communication et différents types de dispositifs sociotechniques exercent des effets sur la formation, la circulation, et la transformation des représentations de la musicothérapie.

Dans cette thèse nous passerons donc par des phases descriptives, explicatives et d'autres plus analytiques pour livrer une interprétation des représentations de la musicothérapie, que nous espérons enrichissante pour la connaissance en SIC.

## PREMIÈRE PARTIE : FONDEMENTS DE LA RECHERCHE

Cette première partie vise à préciser les fondements de la thèse qui prennent appui sur la problématique de recherche que nous avons élaborée à partir d'un problème identifié sur le terrain professionnel, concernant la musicothérapie. Dans un premier chapitre, nous présenterons donc la construction de cette problématique qui a guidé notre approche des représentations de la musicothérapie et permet de situer la complexité de notre objet. Précisons déjà ici que nous avons dû nous distancier de notre expérience professionnelle pour mener cette recherche doctorale, évoluant peu à peu entre théorie et pratique de la recherche en SIC, pour construire notre objet. Et, la problématique inscrit cette recherche dans une démarche empirico-inductive que nous préciserons dans la deuxième partie de la thèse.

Dans un second chapitre, à l'appui de différentes ressources documentaires, nous poserons des éléments de définition de la musicothérapie prévalant dans notre approche communicationnelle de cet objet par les représentations. En effet, comment appréhender les représentations de la musicothérapie sans faire quelques détours par son histoire et le contexte socioculturel dans lequel cette spécialité a pu émerger en France ? Nous définirons aussi la musicothérapie à partir des notions qu'elle véhicule (musique, thérapie) et de l'intérêt qu'elle peut représenter dans les champs socio-professionnel et scientifique. Ce chapitre permettra déjà d'établir des liens avec la recherche dans la discipline.

Dans un troisième chapitre, nous nous intéresserons aux notions de *représentation* et de *dispositif* que nous mobilisons dans la thèse en adoptant un point de vue communicationnel afin de rendre ces concepts opérationnels pour la recherche. Ainsi la notion de représentation nous conduira à identifier différentes typologies de représentation en observant leur dynamique communicationnelle et les formes de communication auxquelles elles renvoient. En définissant le concept de dispositif, nous préciserons également quelques typologies de dispositifs qui donneront des points de repère pour notre étude des représentations de la musicothérapie à travers différentes catégories de dispositifs sociotechniques, censés faciliter l'information et la communication entre des acteurs sociaux pouvant être impliqués dans des formes de représentation de la musicothérapie.



## CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Si au départ d'une recherche, la question qui se pose peut être en rapport avec une préoccupation pouvant faire écho à l'intuition ou à l'expérience d'un individu, au fur et à mesure de sa confrontation avec le terrain et les matériaux qu'elle requiert, celui-ci évolue dans un champ disciplinaire balisé par des théories et des méthodes qui viennent complexifier l'objet d'étude initial et le transfigurer en objet de recherche (Mucchielli (dir), 1996). L'apprenti-chercheur doit alors dépasser les problématiques linéaires pour approcher en compréhension son objet et mieux en percevoir la complexité, selon un angle précis. Et, chaque discipline a son point de vue sur la « réalité ».

En SIC, c'est bien l'étude des objets, des phénomènes et des processus informationnels et/ou communicationnels qui nous intéressent, information-communication étant intrinsèquement liées. Et ce, même si nous sommes parfois amenée à faire référence à des théories pouvant être empruntées à d'autres disciplines. En effet, la question de l'interdisciplinarité qui peut soulever encore certains débats scientifiques d'ordre politique et éthique n'exclut pas que « [...] *les savoirs pratiques, dans la mesure où ils sont prélevés sur le champ de la culture pour être reconfigurés par le dispositif de la discipline sont, par définition, des savoirs communs. Mais elle [l'interdisciplinarité] est aussi la logique qui confère un sens et un but à cette élaboration : les savoirs passés au crible des connaissances viennent, en s'axiomatisant, élargir et approfondir le champ de la culture.* »<sup>23</sup>. Il en ressort que l'interdisciplinarité consiste en une prise de risque paradoxale pouvant faire obstacle à la discipline mais aussi lui permettre de se développer, en réinterprétant les paradigmes épistémologiques par rapport aux hypothèses et aux développements qu'elle partage.

La formulation d'une problématique vient alors orienter la recherche vers une méthodologie et des ressources pouvant être d'ordre théorique, méthodologique, observationnel, logique, etc. afin de permettre au chercheur de tendre un « fil rouge » autour duquel s'articulera la recherche (Gosselin, 1994). Il s'agit à partir d'un problème identifié que l'on aura problématisé d'interroger le réel de façon à la fois inductive et déductive, par un ajustement progressif entre outils conceptuels et données empiriques (Le Bohec, 2007). Bien sûr, il n'y a pas de problématique standard permettant de couvrir tous les champs d'une discipline ni de répondre

---

<sup>23</sup> Resweber J.-P., « Les enjeux de l'interdisciplinarité ». *Questions de communication*, vol. 19, n° 1, 2011, p. 174.

à l'ensemble des questions qu'elle continue de se poser. Une problématique de recherche est aussi une construction. Dans ce chapitre nous proposons de revenir sur les étapes de l'élaboration de la problématique de recherche et de préciser les pistes de réflexion qu'elle ouvre en SIC et qui permettront d'envisager la façon d'appréhender les représentations de la musicothérapie.

## **1. CONSTRUCTION DE LA PROBLÉMATIQUE**

Ce premier paragraphe permettra de mieux comprendre l'origine du sujet de la thèse et la construction de la problématique de recherche qui nous a fait évoluer vers celle de l'objet de recherche.

### **1.1 De l'identification d'un problème concernant la musicothérapie**

Comme énoncé dès l'introduction de la thèse, c'est sur le terrain professionnel qu'a pu germer un questionnement autour de la musicothérapie. Précisons d'emblée ici que dans cette thèse nous nous intéresserons au rôle de l'information et de la communication dans les significations que la musicothérapie peut prendre pour les acteurs que nous considérerons pour la recherche, dont certains contribuent à l'élaboration des politiques publiques. Et, nous pensons que notre approche par les représentations peut amener un éclairage sur la place qu'occupe aujourd'hui la musicothérapie dans le système de santé.

C'est donc à partir d'un problème que nous avons rencontré au cours de notre expérience professionnelle de musicothérapeute que se situe l'origine du sujet de la thèse. En effet, dans le cadre de la version 1 (V1) de la certification de l'établissement où nous exerçons, nous avons été amenée à une fonction de communicante qui s'est articulée à notre activité de musicothérapeute. Et alors que nous avons déjà pu discuter et initier différents projets dans cette clinique<sup>24</sup>, nous avons évolué peu à peu vers d'autres pratiques relatives aux besoins de

---

<sup>24</sup> Par exemple la mise en place d'un groupe visant l'organisation de la prise en charge de jeunes patients souffrant de troubles psychotiques et impliquant différents intervenants extérieurs à l'unité de soins dans laquelle ces patients étaient hospitalisés. Ce projet impliquant l'équipe du service concerné et les médecins psychiatres de la clinique a pu être discuté avec l'ensemble des parties prenantes et s'organiser sous la responsabilité d'un médecin psychiatre. Dans ce groupe, nous nous sommes retrouvée à une place de coordinatrice dont la légitimité tenait à notre proposition initiale. Ce groupe « ouvert » en fonction des arrivées et des départs des patients a fonctionné pendant plusieurs années jusqu'à notre départ de la clinique. Par ailleurs confrontée à la difficulté de la prise en charge de nombreux patients souffrant de maladie d'alcool, nous avons proposé la mise en place d'un groupe de réflexion sur ce type de pathologie impliquant des soignants selon un principe de volontariat pouvant être relatif à leur

l'entreprise : travail d'écriture collaborative pour l'élaboration de protocoles, de procédures ainsi que d'un chapitre du document concernant l'auto-évaluation de l'établissement destiné aux experts de la HAS. Dans ce cadre et porté par notre hiérarchie, s'est construit un projet de reprise d'étude en alternance visant l'obtention d'un diplôme universitaire (DU) de qualité des soins, option : analyse et évaluation de pratique. Suite à l'obtention du diplôme visé, nous avons souhaité évoluer dans cette clinique vers un statut plus conforme à nos nouvelles compétences. Nous nous sommes alors retrouvée en difficulté par rapport aux évolutions de la politique de management de la clinique, impulsées par les procédures de certification. Une cellule « qualité » a été mise en place sur les recommandations des experts, impliquant les professionnels de santé, dont les statuts juridiques coïncident aux classifications des métiers de la fonction publique hospitalière. Notre formation initiale de musicothérapeute n'entraîne donc pas ce cadre.

Face à cette situation, nous avons entrepris d'effectuer un bilan de compétences qui nous a conduit à une reprise d'étude en Master 2 mention « Information-communication ». En effet, le DU de musicothérapeute est classé diplôme de niveau II-6 dans les nomenclatures en vigueur, équivalent à une licence. Et le cumul de ce DU à notre expérience professionnelle nous a permis d'intégrer directement la deuxième année de Master. Ce qui témoigne d'une certaine souplesse du système universitaire. Dans ce nouveau cadre, nous avons réalisé un mémoire de recherche sur la question de la santé mentale. Ce travail, éclairé par une connaissance empirique du système de santé et de ses institutions, nous a permis de mieux situer le contexte actuel de la psychiatrie par rapport à son évolution d'un point de vue historique et systémique, en lien avec la politique européenne de santé publique. Il nous a également amenée à une inscription en thèse. La rencontre avec notre directeur de thèse nous a alors permis de préciser notre objet autour des représentations de la musicothérapie pour en étudier le phénomène, que nous mettons en lien avec de nombreux faits communicationnels.

Par ailleurs, le problème que nous avons identifié à partir de notre expérience professionnelle nous a paru pouvoir concerner d'autres praticiens de la musicothérapie. Et les premières explorations des représentations de la musicothérapie que nous avons menées via internet ont permis de repérer qu'il renvoie à une demande sociale, portée notamment par la Fédération

---

disponibilité au moment des réunions. L'idée de ce groupe animé par le médecin gastroentérologue spécialisé dans les troubles de l'addiction a été acceptée par de nombreux soignants eux-mêmes en difficulté vis-à-vis de ce type de patients.

Française de Musicothérapie (FFM), dont les objectifs visent à préciser le *métier de musicothérapeute* et son statut, notamment si l'on s'en tient au discours de la FFM que nous avons déjà évoqué en introduction de la thèse<sup>25</sup>. Notons ici au passage que parmi les acteurs de la santé, dont la plupart bénéficient d'une appartenance corporatiste très prégnante représentée par un Ordre professionnel, les praticiens de la musicothérapie sont, pour certains, représentés par diverses associations<sup>26</sup>. Ces formes de représentation peuvent avoir des conséquences dans les situations de communication rencontrées par les acteurs et sur la place des individus dans les établissements où ils pratiquent la musicothérapie. Et comme nous en avons fait l'expérience, les possibilités d'évolution ou de mutation de certaines catégories de praticiens sont relativement limitées dans le milieu médical, parfois même inexistantes.

Ainsi, de l'identification d'un problème concernant la musicothérapie sur le terrain professionnel qui nous a conduite à une reprise d'étude en SIC et à une réorientation professionnelle, nous en sommes venue à explorer internet pour y trouver de nombreux contenus se rapportant à cette spécialité. Notamment différents sites institutionnels auxquels nous avons déjà pu faire référence, tels que ceux de l'Assemblée Nationale ou de la HAS, diffusent des documents en ligne dont les contenus véhiculent des représentations sur la musicothérapie. Et, à ce stade exploratoire, nous avons alors pu formuler un début de problématique : comment se manifestent les représentations de la musicothérapie dans les dispositifs d'information et de communication des politiques de santé publique ?

## **1.2 Premières hypothèses de travail**

Partant de ce début de problématique, nous avons posé les deux hypothèses de travail suivantes :

Hypothèse n° 1 : Diverses formes de représentations sont portées ou véhiculées par les acteurs et contribuent à définir la place de la musicothérapie dans le système de santé ainsi que son champ thérapeutique.

---

<sup>25</sup> Cf. : note de bas de page n° 1 à la toute première page de l'introduction.

<sup>26</sup> Dans l'introduction générale nous avons déjà fait référence à la FFM créée en 2003. Nous pouvons citer ici, entre autres, l'Association Française de Musicothérapie (AFM) fondée en 1980 qui est aussi une référence pour la FFM.

Hypothèse n° 2 : Les dispositifs d'information et de communication utilisés par les acteurs interviennent dans la formation et la transformation des représentations de la musicothérapie.

Ces premières hypothèses de travail nous ont conduite à nous intéresser davantage aux acteurs pouvant être impliqués dans l'expression des représentations de la musicothérapie et à investir de façon plus théorique les notions de *représentation*, de *dispositif* et d'*acteur*. Nous reviendrons sur ces concepts dans le troisième chapitre de cette première partie. Par ailleurs elles nous ont conduite à situer différents champs de la discipline dans lesquels pourrait s'inscrire cette recherche. Par exemple :

- *la communication institutionnelle*, notamment pour interroger le jeu des acteurs vis-à-vis des formes de communication qu'ils mettent en œuvre dans différents dispositifs sociotechniques et qui donnent lieu à des formes de représentations de la musicothérapie pouvant influencer d'autres acteurs ainsi que l'opinion publique ;
- *la communication politique*, qui tient un rôle dans la définition du champ de pratique de la musicothérapie et par conséquent dans la catégorisation de ses praticiens ;
- *l'information-communication de santé*, concernant les pratiques info-communicationnelles des acteurs de la santé sur le sujet de la musicothérapie et qui implique aussi des acteurs politiques ;
- *les usages des dispositifs sociotechniques et numériques* dans le secteur de la santé, pouvant tendre à normaliser les pratiques professionnelles et le fonctionnement des établissements de santé, parfois au détriment de certaines catégories de praticiens de la musicothérapie ;
- *la communication-médiation*, notamment par rapport au rôle des représentations dans les pratiques communicationnelles entre les praticiens de la musicothérapie, les professionnels du secteur médical, les pouvoirs publics et les usagers du système de santé ;
- *l'information-documentation*, dans la mesure où la documentation est aussi un outil de médiation entre les acteurs.

### 1.3 Problématisation

Au fil de notre exploration des représentations de la musicothérapie sur internet, le terrain de la recherche s'est construit entre différents sites web permettant des formes de mises en lien avec les acteurs de la musicothérapie, l'information-documentation circulant sur leurs sites web respectifs, internet conditionnant une autre forme d'enquête en ligne auprès de nombreux praticiens, et des lieux plus « matériels », dans lesquels nous avons rencontré physiquement des acteurs particulièrement concernés par cette spécialité<sup>27</sup>. Évoluant par de nombreux allers-retours entre ce terrain, la théorie et la pratique de la recherche, notre problématique a progressé vers la formulation suivante :

**Comment se manifestent les représentations de la musicothérapie à travers différents types de dispositifs info-communicationnels pouvant être mobilisés par les acteurs dont certains sont susceptibles de contribuer à l'élaboration des politiques de santé publique ? Comment ces représentations, lorsqu'elles sont médiées par le numérique, interviennent-elles pour poser ou reposer la question de l'identité professionnelle des praticiens de la musicothérapie et de la place que cette dernière occupe dans le système de santé français ?**

La première partie de notre problématique interroge d'emblée la notion de *représentation* par rapport aux formes et aux significations que peuvent prendre les représentations de la musicothérapie selon des contextes et des réseaux configurés par les acteurs à travers la mise en place et l'utilisation de divers dispositifs sociotechniques. Elle questionne aussi les typologies de ces *dispositifs* ainsi que la place ou le rôle de l'acteur dans les usages auxquels ils donnent lieu et qui permettent l'expression de ces représentations. En effet, nous pensons que les dispositifs sont susceptibles d'induire de nombreuses incidences socio-sémiotechniques contribuant à la formation, la perception et la co-construction de sens des représentations que nous étudierons. Celles-ci peuvent être également relatives aux réseaux sociaux dans lesquels les acteurs évoluent. La formulation de notre problématique de recherche permet également d'investiguer la place et le rôle des acteurs de la musicothérapie dans l'élaboration des politiques publiques qui définissent à la fois son champ de pratiques et les limites de sa dimension thérapeutique, dans un système de santé catégorisant les identités professionnelles. Par là-même, elle pose la question des formes de communication et de

---

<sup>27</sup> Nous précisons la particularité de ce terrain dans la deuxième partie de la thèse concernant la méthodologie de la recherche.

médiation rendues possibles par les différents types de dispositifs dans lesquels la musicothérapie peut être mise en jeu, en débat et en représentation.

La seconde partie de notre problématique interroge les effets du déplacement de certaines situations de communication entre les acteurs vers le numérique et leurs incidences sur les représentations de la musicothérapie. Dans un contexte numérique sensé faciliter les pratiques info-communicationnelles et la médiation entre les acteurs, dans quel sens le numérique contribue-t-il à influencer ces représentations ? Ainsi, notre problématique invite également à observer la manière dont les acteurs s’emparent des technologies numériques pour s’informer ou communiquer sur la musicothérapie. Elle conduit aussi à étudier les formes de communication qu’instaure le numérique entre médiatisation et médiation pour (re)-poser la question de l’identité professionnelle des praticiens de cette spécialité et (ré)-interroger sa place, en observant aussi comment les technologies numériques contribuent à la gouvernance du système de santé et l’orientent. A travers la diversité des représentations de la musicothérapie qui circulent sur internet, quelle dynamique communicationnelle le numérique met-il en œuvre ? Par ailleurs, prendre en compte la dimension technique des dispositifs dans l’approche des représentations de la musicothérapie, c’est aussi comprendre que celles-ci résultent d’un complexe hétérogène de pratiques sociales, de savoirs, d’organisations, de machines qui mettent en œuvre de nombreux processus de communication contribuant à leurs émergences.

## **2. COMMENT APPRÉHENDER LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE ?**

L’explicitation de la problématique de recherche permet de mieux situer la complexité de notre objet par rapport à l’enchevêtrement de différents champs et notions qui conduisent à la question : comment appréhender les représentations de la musicothérapie ? Cette question invite déjà à présenter la musicothérapie pour préciser notre approche par les représentations de cet objet. Elle appelle aussi à éclaircir les notions de *représentation* et de *dispositif* et à en dégager un intérêt pour la thèse. Elle demande également de s’intéresser aux acteurs impliqués dans les représentations de la musicothérapie et à leur discours.

## **2.1 Par une présentation de la musicothérapie dans la perspective d'une approche par les représentations**

A l'appui de l'information-documentation existant sur la musicothérapie, dès le prochain chapitre, nous présenterons la musicothérapie en posant des éléments de définition qui permettront de la situer d'un point de vue diachronique visant à comprendre son émergence et son développement en France. Nous en préciserons également la dimension professionnelle et thérapeutique en tant que dispositif de médiation pouvant jouer un rôle dans la prise en charge globale de nombreux patients. Cette contextualisation sera menée en lien avec des travaux réalisés en SIC et nous permettra de mieux appréhender les représentations de la musicothérapie sur le terrain de la recherche. Sur ce terrain, que nous avons construit en grande partie grâce à internet, la documentation existant sur le sujet de la musicothérapie nous a également permis de recueillir de nombreux matériaux pour la thèse. Notamment, nous avons trouvé sur les sites web des acteurs que nous considérerons pour la recherche différents types de contenus (documents PDF, contenus de pages web) dont nous avons extrait des données (textuelles, visuelles) qui ont contribué à l'élaboration du corpus. Ainsi, nous distinguons ici la documentation nécessaire à toute recherche pour permettre de présenter l'objet d'étude de celle qui participe de la construction du terrain de la recherche sur lequel nous avons collecté de nombreuses données.

## **2.2 Par des typologies de représentation et de dispositif que nous définirons et qui poseront des points de repère pour la thèse**

En précisant la notion de *représentation*, nous identifierons des typologies de représentation que nous utiliserons pour la recherche. Cette classification permettra de mieux comprendre comment les représentations émergent du discours des acteurs ou de situations de communication impliquant les acteurs de la musicothérapie selon différents positionnements possibles. Et, en nous référant à des travaux de la discipline, nous verrons comment ces formes de représentation permettent la mise en œuvre de logiques de communication participant, elles-mêmes, au renforcement ou à la faiblesse de certaines catégories de représentation.

Nous préciserons aussi des typologies de dispositif, en nous penchant sur leurs dimensions technique, sociale et stratégique, qui contribuent à l'instauration de formes de communication entre les acteurs de la musicothérapie et peuvent en influencer les représentations. Cet éclairage conduira à mieux situer les contextes discursifs dans lesquels les représentations de la



musicothérapie se manifestent ou sont mises en jeu, renvoyant aussi au positionnement des acteurs et à leurs réseaux.

### **2.3 Par les acteurs qui diffusent sur internet des contenus se rapportant à la musicothérapie**

Pour la recherche, nous avons mené une enquête en ligne sur les sites web des acteurs qui diffusent sur internet, des contenus se rapportant à la musicothérapie. Nous précisons la façon dont nous l'avons menée dans la deuxième partie de la thèse concernant la méthodologie de la recherche. Relevons déjà ici que cette enquête a permis de repérer différents réseaux d'acteurs qui, via internet, apparaissent en lien pour constituer un plus vaste réseau d'acteurs de la musicothérapie. Nos observations en ligne nous ont aussi conduite à cibler une partie de la recherche sur des acteurs clés, que nous comprendrons à travers les relations qu'ils entretiennent avec l'ensemble du réseau des acteurs de la musicothérapie. A partir de ce ciblage, nous avons extrait des sites des acteurs, des documents PDF et des contenus web qui ont contribué à la construction du corpus de la recherche. Ces éléments du corpus ont permis de saisir de nombreuses données discursives véhiculant des formes de représentations de la musicothérapie. Les sites des acteurs qui diffusent sur internet des contenus se rapportant à la musicothérapie constituent donc, pour la thèse, une entrée pour l'approche compréhensive des représentations de la musicothérapie.

### **2.4 Par une enquête auprès de nombreux praticiens de la musicothérapie**

Pour compléter nos données, nous avons mis en œuvre une enquête auprès des praticiens de la musicothérapie. Cette enquête s'est opérée par différents moyens techniques : questionnaires en ligne et entretiens. Elle a permis une participation relativement importante de cent quinze praticiens et le recueil d'autres données qui viennent enrichir le corpus et permettre une mise en dialogue du discours des acteurs s'exprimant sur internet avec celui de personnes particulièrement impliquées dans la musicothérapie, à différents titres. Elle a également conduit à rencontrer physiquement des représentants de la Fédération Française de Musicothérapie (FFM), des formateurs, quelques autres praticiens de la musicothérapie.

Bien entendu, ces différents points concernant la façon dont nous appréhenderons les représentations de la musicothérapie appellent à de nombreuses précisions d'ordre théorique

que nous développerons dans la thèse, notamment dans le troisième chapitre de cette première partie et dans la deuxième partie concernant la méthodologie de la recherche.

## CHAPITRE 2 : LA MUSICOTHÉRAPIE. ÉLÉMENTS DE DÉFINITION POUR UNE APPROCHE PAR LES REPRÉSENTATIONS

La littérature ancienne est riche d'exemples se référant à des personnages plus ou moins imaginaires usant d'un don musical particulier pour toucher les êtres vivants et en influencer la *psyché* et le comportement. Dans la mythologie grecque, l'Odyssée d'Homère (VIII<sup>e</sup> siècle av. J. C.) évoque le chant des sirènes comme une arme de séduction fatale à laquelle Ulysse tente de résister. Mais c'est aussi par le pouvoir incantatoire de voix psalmodiées ou chantées que le héros de cette épopée est sauvé. Déjà au IV<sup>e</sup> siècle avant notre ère, Aristote reconnaît dans la musique la possibilité d'un usage autre que celui d'un simple divertissement : « (...) *on peut se demander, tout en l'approuvant, si la musique est véritablement si secondaire et si on ne peut pas lui assigner un plus noble objet que ce vulgaire emploi* »<sup>28</sup>. Et, les textes sacrés qui participent également du fondement de notre culture occidentale racontent les tourments du roi Saül que seul David jouant de la harpe pouvait calmer (*La Bible, Second 21*, 2015). Bien sûr, la genèse de la musique et de ses effets sur les êtres vivants ne peut être réduite à une question de datation. Pour autant son histoire est marquée de mythes anciens ou de légendes lui attribuant volontiers une origine divine pouvant être salvatrice. Par ailleurs, les différentes formes qui ont marqué son histoire ont pu entraîner quelques tensions entre musique savante et populaire dont la distinction peut aujourd'hui encore tendre à se renforcer. Du Chant Grégorien qui s'inscrit dans les pratiques rituelles de l'Église dès le Moyen-Age, en passant par les chansons parfois satiriques des troubadours et des trouvères ou encore la musique de cour et les marches militaires, la musique nous rappelle qu'elle a toujours plus ou moins entretenu des liens avec les institutions et le pouvoir politique quel qu'il fut.

Ces quelques éléments socioculturels offrent déjà un point d'ancrage aux représentations de la musicothérapie. Mais comment préciser notre objet d'étude afin de pouvoir mieux l'approcher dans la suite de la thèse et étudier les formes de représentations auxquelles la musicothérapie donnent actuellement lieu ? Dans un premier temps, nous l'aborderons d'un point de vue socioculturel et historique qui nous permettra de mieux comprendre l'émergence de la *musicothérapie* dans les milieux hospitaliers du XIX<sup>e</sup> siècle, avançant de la sorte vers des formes de représentations héritées de la musicothérapie. De là, nous évoluerons en nous intéressant à son processus de professionnalisation amorcé au cours des années 1960 et qui a

---

<sup>28</sup> Aristote, [384-322 av. J.-C.], *Politique d'Aristote*. Traduit par Barthélémy-Saint-Hilaire J., Paris : Ladrance, 1874, p. 227.

permis le développement de cette pratique en France. Ceci étant posé, dans un second paragraphe, nous précisons les notions de *musique* et de *thérapie* que nous mettrons en lien avec des travaux développés en SIC visant à préciser les représentations de la musicothérapie.

## **1. LA MUSICOTHÉRAPIE : ENTRE REPRÉSENTATIONS HÉRITÉES ET REPRÉSENTATIONS VISÉES**

Dans ce premier paragraphe, nous aborderons la musicothérapie du point de vue de l'évolution de notre société occidentale qui a permis l'émergence de cette pratique dans les milieux hospitaliers du XIXe siècle et son inscription dans le milieu médical. De ces formes de représentations héritées, nous précisons le processus de professionnalisation qu'elle a amorcé depuis la moitié du XXe siècle.

### **1.1 Des représentations ancrées dans un héritage socioculturel et historique**

Comme nous le relevons dès l'introduction de ce chapitre, la musique entretient des liens quasi mystérieux avec la médecine depuis l'Antiquité, y compris dans les parties du monde où se pratiquent encore le chamanisme et le vaudou (Rouget, 1980). Et si l'Église et les différentes formes de pouvoir, y compris celui de la Science<sup>29</sup> ont compris assez vite que la musique pouvait servir leurs intérêts dans une logique démonstrative, de faire-valoir ou de régulation sociale, l'idée d'utiliser la musique à des fins thérapeutiques ne semble pas moins ancestrale. En France et en Europe, du Moyen âge au XVe siècle, dans un contexte sociétal mêlant encore théologie, philosophie, médecine, magie et astrologie on utilise déjà la musique à des fins curatives pour réjouir l'âme des *insensés* et tenter de les arracher à leurs folles préoccupations. Et, la médecine s'exerce à des tentatives de théorisation sur le prétendu pouvoir thérapeutique de la musique, notamment dans le traitement des accès mélancoliques qui marquent aussi l'histoire de grands hommes depuis l'Antiquité. A partir du XVIIe siècle, avec la pensée

---

<sup>29</sup> En effet, avec la Renaissance qui trouve son inspiration dans la redécouverte de la Grèce Antique (Pythagore, etc.) vont naître plusieurs personnalités qui ont marqué l'évolution de la pensée occidentale et dont les travaux ont eu quelques répercussions sur la conception du monde : à la suite de Copernic et de Galilée, Kepler établit un lien entre les mathématiques, l'astronomie et la musique pour fonder l'hypothèse d'une harmonie universelle qui serait régie par les lois d'une harmonie céleste. Cette conception qui préexiste depuis la Haute Antiquité guidera l'évolution des représentations du monde jusqu'à la moitié du XVIIe siècle où « *ce sont les mathématiques qui dominant, car l'harmonie des nombres régit l'ensemble de l'univers et de ses phénomènes. L'harmonie des sphères est musique et toute musique symbolise en même temps l'ordre universel* ». Cf. : Michels U., *Guide illustré de la musique*. Traduit de l'allemand par Gribenski J. et Léothaud G., vol. 1, Paris : Fayard, 1993, p. 301.

cartésienne naissante, d'autres auteurs<sup>30</sup> tentent de préciser, parfois en le critiquant, le potentiel thérapeutique de la musique (Arveiller, 1980).

En France, le XVII<sup>e</sup> siècle voit naître une nouvelle institution : l'Hôpital Général qui marque le début d'une sombre période, celle du *Grand Enfermement*. A cette époque, l'Hôpital ne dispose encore d'aucun projet médical : il est géré par des congrégations religieuses et l'on y pratique la contention physique et les châtements corporels. Le temps de la guérison s'assimile souvent à celui du repentir ou de la conversion religieuse, même si, comme nous venons de le voir, la musique peut parfois être utilisée dans le traitement de la *folie*. Près d'un siècle plus tard, l'Hôpital général est devenu l'asile des mendiants, des prostituées, des pervers et autres *insensés* où tous cohabitent dans des conditions de plus en plus aliénantes. En contrepoint de cette lente évolution depuis le Moyen Age, la Révolution Française de 1789 se prépare. Ses acteurs prônent le droit des citoyens et dénoncent les abus de séquestration (Foucault, 1961). Dans cette mouvance, on voit peu à peu naître un intérêt médical à l'égard de la *folie*. Et si l'asile peut être considéré comme un espace d'exclusion sociale, il rend désormais possible l'observation « clinique » des aliénés et des pratiques à leur égard. Dans ce contexte devenu hospitalier et investi par la médecine, le *fou social* se permute en *fou médical*<sup>31</sup> et signe les prémices de la psychiatrie. Les médecins continuent de s'intéresser aux effets de la musique sur le traitement de certaines maladies, notamment Tissot et Esquirol<sup>32</sup>. Par ailleurs, En 1801, Philippe Pinel rédige un traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale dans lequel il préconise un *traitement moral* envisageant l'amélioration de l'état de l'aliéné entre temps d'isolement et de resocialisation, marqués par le rythme du travail, des repas et des loisirs dans la vie quotidienne de l'institution (Hochmann, 2015 : 7). En ce début siècle, si la musique persiste à entretenir des

---

<sup>30</sup> Comme par exemple Robert Burton, (1577-1640) ecclésiastique et universitaire anglais, qui met en évidence la fonction de l'art et de la sociabilité dans le traitement des mélancoliques ou encore à la même époque en France, Jacques Ferrand, médecin, qui préconise la musique comme complément thérapeutique des médicaments dans le traitement de la mélancolie. Cités par Arveiller (1980 : 45).

<sup>31</sup> Expression empruntée à Landron G., « Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés ». *Déviance et société*, vol. 19, n° 1, 1995, p. 3-21.

<sup>32</sup> Citons ici à titre de référence les écrits de Tissot et Esquirol, qui en tant que médecins de la fin du XVIII<sup>e</sup> et début du XIX<sup>e</sup> siècles se sont intéressés aux effets de la musique :

- Tissot C.-J., *De l'influence des passions des passions de l'âme dans les maladies, et des moyens d'en corriger les mauvais effets*. Paris-Strasbourg : A. Koenig, 1798.
- Esquirol J.-É., *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*. Thèse de médecine n° 574, Faculté de médecine de Paris, 1805.

N.B. : Ce type de références documentaires que nous utiliserons à titre d'exemple en notes de bas de page pour appuyer notre propos ne sera pas repris dans la bibliographie générale que nous limiterons aux ouvrages plus directement en lien avec la thèse, pour des raisons de volume. Ces références précisées dans nos notes font partie de la documentation que nous avons pu trouver sur le sujet de la musicothérapie notamment via le catalogue en ligne Gallica. URL : <https://gallica.bnf.fr/accueil/fr/content/accueil-fr?mode=desktop>

liens avec la médecine, celle-ci n'est toujours pas nommée en termes de *musicothérapie*. En revanche, nous pouvons repérer une sorte d'alliance entre différents acteurs, *a minima* entre malades, musiciens et médecins, souvent mélomanes ou musiciens eux-mêmes, qui sera déterminante de la place des « *pratiques musicales* »<sup>33</sup> à l'hôpital public tout au long du XIXe (Arveiller, 1980).

Avec ces évolutions, de nouveaux enjeux sociétaux certes humanistes, mais aussi économiques et politiques, naissent autour de la prise en charge des aliénés. Des établissements plus ou moins éphémères, au fonctionnement onéreux et dont les responsabilités juridique et financière ne sont pas clairement définies, voient le jour. Et alors qu'avec la Révolution française le pauvre recouvre peu à peu ses droits, le « fou », quant à lui, en reste dépossédé. Cette situation conduit à de nombreux scandales relayés par la presse de l'époque et à un grand débat parlementaire auquel des médecins participent, qui aboutira à la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés<sup>34</sup>. Les institutions se multiplient, l'intérêt des médecins pour la psychiatrie augmente (Landron, 1995). Sous l'influence d'Esquirol cité plus haut, d'autres médecins introduisent des « *pratiques musicales* » dans les lieux hospitaliers. De nouvelles expérimentations sont menées pour interroger la dimension thérapeutique de la musique<sup>35</sup>. Avec le développement de la neurophysiologie et de la reconnaissance des troubles mentaux en tant que maladie, la place de la musique dans les asiles est soumise à de nombreuses controverses et questions d'éthique. En cette fin de siècle, le terme *musicothérapie* circule déjà dans le discours médiatique de la presse parisienne, relayant et/ou renforçant les tensions déjà existantes autour de cette pratique et tendant à la marginaliser auprès de l'opinion publique<sup>36</sup>.

---

<sup>33</sup> Cette terminologie est celle que l'on peut retrouver dans plusieurs écrits de cette époque, notamment dans les ouvrages des médecins auxquels nous avons fait référence à la page précédente.

<sup>34</sup> Cette loi prévoit, entre autres, l'obligation d'un établissement d'aliénés par département, la mise sous autorité du Ministère de l'Intérieur de tous les établissements publics et privés accueillant des aliénés et la distinction entre les notions de placement « libre » et placement « d'office ».

<sup>35</sup> Citons ici à titre de référence documentaire les travaux de Jacques-Joseph Moreau de Tour conservés par la Bibliothèque Nationale de France (BNF). Cf. : Moreau de Tour J.-J., *Du hachisch et e l'aliénation mentale : études psychologiques*. Paris : Fortin, Masson, 1845.

<sup>36</sup> Quelques articles de presse de l'année 1893, également conservés par la BNF, permettent de repérer une polémique autour de la *musicothérapie*, notamment à propos d'un certain Dr Blackman qui suggère la création d'un service de « *musicothérapie* » dans les hôpitaux pour le traitement des maladies nerveuses. On retrouve ces articles dans la *Gazette anecdotique, littéraire, artistique, et bibliographique*, n° 3 du 15 février 1893 ; *La Presse*, numéro du 26 janvier 1893 de Paris ou encore le journal hebdomadaire *Le Monde illustré* de janvier 1893. Notons aussi le discours très virulent du numéro du 06 mars 1898 de la revue *La semaine vétérinaire*, dans lequel la *musicothérapie* est clairement ridiculisée : « (...) *musicothérapie* (...) mais quel est l'Orphée ou quel est le Wagner qui charmera les microbes et les empêchera de pulluler grâce à ses incantations ! ». Cf. : *La semaine vétérinaire*, numéro du 06 mars 1898, p. 422.

## 1.2 Des représentations évoluant dans le milieu médical

Au début du XXe siècle, née de la construction sociale que nous venons de décrire et encouragée par une tendance à de grands changements sociétaux, la psychiatrie s'affirme en tant que spécialité disciplinaire de la médecine alors que d'autres approches telles que la psychanalyse et la psychologie se développent<sup>37</sup>. En 1902 on voit apparaître la première loi *relative à la protection de la santé publique* (loi du 15 février 1902). Trois ans plus tard, l'État renforce son autonomie par la loi du 09 décembre 1905 *concernant la séparation des Églises et de l'État*, ce qui aura des répercussions sur la gestion des asiles d'aliénés. En 1920, la santé publique, jusque-là administrée par le ministère de l'Intérieur, dispose désormais de son propre ministère par la création du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance (Murard, Zylberman, 2003). Malgré des controverses persistantes, le tout début du siècle marque un intérêt grandissant de la médecine vis-à-vis de la *musicothérapie* qui s'affirme en tant que telle dans le discours médical. Les revues et les journaux spécialisés publient les articles de médecins<sup>38</sup> qui mettent en avant son potentiel thérapeutique sur certains cas d'*hypocondrie*, d'*hystérie*, d'*épilepsie*, dans le traitement de la *douleur* ou encore des *troubles du sommeil* chez l'enfant. En odontologie, on la qualifie aussi d'*adjuvant favorable* dans les anesthésies opératoires. Cette publicisation de la musicothérapie est également relayée par quelques médias spécialisés dans

---

<sup>37</sup> Freud (1856-1939) invente la psychanalyse à partir de son hypothèse révolutionnaire sur *l'étiologie sexuelle des névroses*. Son approche des névroses en permettra les premières classifications laissant à d'autres médecins celles des psychoses. En effet, c'est Emil Kraepelin (1856-1926) qui établit entre 1889 et 1915 les premiers tableaux nosographiques de la psychose. Ces travaux seront enrichis par ceux d'Eugen Bleuler (1857-1931) qui étudiera les mécanismes à l'origine des symptômes de la psychose et inventera le terme de *schizophrénie*.

La Psychologie quant à elle se détache de la philosophie vers la fin du XIXe siècle pour aborder de façon sensiblement différente l'étude de la *psyché* et se constituer en tant que discipline autonome. Ce n'est que dans le courant du siècle suivant qu'elle développera une série de spécialités parmi lesquelles : la psychologie cognitive, la neuropsychologie, la psychopathologie et la psychologie clinique s'inspirant, entre autres, des théories freudiennes et entretenant certains liens avec la psychanalyse. Cf. : Demont É., *La psychologie : histoire, concepts, méthodes, expériences*. Auxerre : Éditions Sciences Humaines, 2009.

<sup>38</sup> Citons ici à titre d'exemple les publications suivantes :

- La *Revue universelle : recueil documentaire universel et illustré* de 1901, dans laquelle figure un article de l'Académie de Médecine intitulé « La Musicothérapie » qui fait référence à un certain Dr Laborde qui utilise *son talent sur le violon pour calmer les fous furieux de son service*. (P. 693).
- Un article du Dr Destouches de 1902 issu des publications de l'Union dentaire à Paris, intitulé « *De la musicothérapie. La Musique associée à l'anesthésie générale et appliquée à l'art dentaire* » et qui fait référence à d'autres publications où le Dr Laborde est également cité, notamment dans la *Presse médicale* du 15 mai 1901 et la *Revue médicale* du 22 mai 1901.
- Les numéros 10 et 11 du journal mensuel *Médecine internationale* de 1907, dans lesquels le Dr Rondelet dresse un panorama historique de la *musicothérapie* et met en avant les potentialités de la musicothérapie. Cf. : *Médecine internationale*, n° 10, p. 660-671 ; *Médecine internationale* n° 11, p.690-699.

d'autres domaines<sup>39</sup>. On en parle aussi dans des journaux plus populaires<sup>40</sup> qui entretiennent une polémique concernant non seulement la *musicothérapie* mais aussi la médecine.

Avec la Grande Guerre de 1914-1918, la psychiatrie française prend de la distance avec la *musicothérapie*. Conditionnés par un manque de moyens matériels et humains, les hôpitaux deviennent des lieux de concentration d'indigents et opèrent un retour à des méthodes coercitives. Dans le contexte économique et politique encore tendu d'après-guerre, des conflits d'intérêt surgissent entre partisans de l'organogénèse et ceux en faveur d'un *traitement moral* inspiré par les précurseurs Pinel et Esquirol. La presse humoristique parisienne se moque de la *musicothérapie*, notamment vis-à-vis de sa réputation internationale<sup>41</sup>. La psychiatrie est peu à peu montrée du doigt par de nombreux intellectuels, dont des artistes tels qu'André Breton ou Antonin Artaud qui revendiquent une *Révolution surréaliste* incluant l'art des fous<sup>42</sup>. La Seconde Guerre mondiale met à nouveau en suspens le débat sur la *musicothérapie*. A la fin de ce conflit international, en réaction à l'horreur de la ségrégation meurtrière appliquée dans les camps de concentration et les nombreuses formes de traumatismes générés par ce conflit mondial, la société française, portée par une nouvelle conscience collective, évolue. En 1945, l'État crée la Sécurité Sociale<sup>43</sup>. Et, suite à une nouvelle phase de décadence du système hospitalier depuis le début de la Seconde Guerre, la psychiatrie prend un caractère plus social

---

<sup>39</sup> Citons à titre d'exemples de média spécialisé :

- *Le Ménestrel : journal de musique* de 1919 ainsi que le n° 35 du 31 août 1923 de ce même média qui fait référence à la dimension internationale de la *musicothérapie* en citant les travaux d'un médecin suédois, ou encore le n° 20 du 20 mai 1934 de ce même journal qui accorde un article de plus d'une page à la *musicothérapie*, faisant état de ses bienfaits en citant des références médicales ou avançant des règles d'indication relatives aux prétendues vertus de chaque instrument de musique (p.185-186).
- L'édition du 21 septembre 1902 de l'hebdomadaire *Le Monde artiste illustré*, qui projette sur la *musicothérapie* l'espoir qu'elle puisse être substituée à « *certaines médications terribles, trop en vogue aujourd'hui* » (p. 605).

<sup>40</sup> Citons à titre d'exemples de média plus populaires :

- L'édition du 26 octobre 1901 du *Journal amusant* qui inclut la *musicothérapie* dans une « *foule d'autres " thérapies" plus ou moins bizarres* » en ironisant sur les guérisons miraculeuses auxquelles prétendent certains médecins (p. 5).
- Le mensuel marseillais *La Sorte : organe typographique incolore et mensuel : satirique, antilittéraire, peu artistique et quelquefois illustré*, n° 153 d'août 1904 dans lequel figure à la page 3 une satire sur la *musicothérapie*, mais aussi sur les médecins.

<sup>41</sup> Voir le bas de la planche BD du journal humoristique parisien *Le rire*, édition du 04 octobre 1919. URL : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k64856942/f15.image.r=musicotherapie>

<sup>42</sup> En référence au *Manifeste du surréalisme* de 1924 d'André Breton ou encore à sa contribution à la « Lettre aux Médecins-Chefs des Asiles de fous » publiée dans le n° 3 de *La Révolution surréaliste* en 1925 et à la contribution d'Antonin Artaud au tout premier numéro de cette même revue en 1925.

<sup>43</sup> Ce système de prise en charge du coût de la santé, sous couvert d'un « payeur aveugle » cautionné par l'État, a pu soulever de nombreuses questions d'éthique. En effet, son équilibre budgétaire est particulièrement menacé par de nombreux actes de fraude aussi bien de la part des assurés sociaux que des employeurs et même, en majeure partie, par les abus de nombreux professionnels de la santé. Source : <https://www.capital.fr/economie-politique/les-professionnels-de-sante-rois-de-la-fraude-a-l-assurance-maladie-1082090> [consulté le 19 octobre 2016].



(Hochmann, 2015). Les apports de la phénoménologie<sup>44</sup>, de la pharmacologie<sup>45</sup> ainsi que de la psychanalyse et de la psychologie qui continuent d'évoluer permettent d'envisager l'institution autrement. Un mouvement inspiré de psychiatres étrangers et porté par Georges Daumezon s'intéresse aux conditions d'hospitalisation des malades et introduit en France la psychiatrie institutionnelle qui vise à lutter contre l'inaction des aliénés, l'ambiance de l'hôpital et les stéréotypies à l'égard des malades (Oury, 2007 : 113). Dans cette nouvelle dynamique des années 1950, des *clubs thérapeutiques* à dimension culturelle sont mis en place dans les hôpitaux psychiatriques amorçant d'autres types de relation entre les soignants et les soignés. Et, pour les adeptes de la psychiatrie institutionnelle, cette implication du patient dans l'activité de l'institution n'est pas occupationnelle : « *elle fait partie du soin lui-même : le malade dans sa production, introduit quelque chose de lui-même, il devient "un soignant de lui-même"* »<sup>46</sup>. D'un point de vue tout autant politique, la société avance aussi vers la psychiatrie de secteur<sup>47</sup> qui, dès les années 1960, envisage un vaste projet de déploiement de structures intermédiaires et la création du secteur médico-social (Moreau-Ricaud, 2004 ; Oury, 2007). Dans cette progression qui intègre aussi la psychiatrie de l'enfant, les institutions se multiplient. Elles font place à des ateliers en tout genre pouvant être fondés sur de nouveaux apports de la psychanalyse<sup>48</sup> et de la sociothérapie pour composer des dispositifs thérapeutiques multidisciplinaires incluant, entre autres, l'ergothérapie, la musicothérapie et l'art thérapie.

A travers ce premier long paragraphe, nous pouvons saisir des éléments du contexte évolutif dans lequel la *musicothérapie* a pu émerger en tant que pratique de soins dans les milieux hospitaliers à la fin du XIXe siècle. Nous repérons aussi un lien synchronique entre l'institutionnalisation de la psychiatrie et l'histoire de la musicothérapie. Et, depuis les pratiques coutumières ancestrales jusqu'au XXe siècle, la musique tient une place privilégiée dans les

---

<sup>44</sup> Notamment en référence aux travaux de Karl Jasper (1883-1969), philosophe et psychiatre allemand qui dès 1910 remet en question la façon d'observer les malades. Dans son approche phénoménologique, Jasper s'intéresse plus particulièrement à la forme des symptômes psychotiques, à leurs manifestations, plutôt qu'à leurs contenus, de l'ordre des discours explicatifs donnés à entendre par les malades.

<sup>45</sup> Au début des années 1950, Henri Laborit découvre, quasiment par inadvertance, le premier neuroleptique. Utilisé dès 1951 sur les malades souffrant de psychose, ce médicament classé parmi les sédatifs et les anti-délirants aura des incidences majeures sur le comportement des malades et sur l'atmosphère des institutions.

<sup>46</sup> Mornet J., « Psychothérapie de groupe et psychose ». *Vie sociale et traitement*, n° 95, 2007, p. 38.

<sup>47</sup> La *Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales* envisage déjà la mise en place de la psychiatrie de secteur qui consiste en un vaste projet de déploiement de structures intermédiaires assurant, entre autres, la continuité des soins entre l'hôpital et le retour à domicile des patients.

<sup>48</sup> Notamment avec les travaux de Donald Woods Winnicott à partir des années 1960 sur les processus de développement de l'enfant dans l'environnement familial et social, puis sur la définition des concepts d'*objet transitionnel* et d'*aire transitionnelle*. Cf. Winnicott D.-W., *Les objets transitionnels*. Paris : Payot & Rivages, 2010, [1951].

organisations sanitaires, bien antérieure à celle des autres médiations utilisées en thérapie. En effet, si le XIXe siècle est marquée par l'internement de quelques personnalités telles que le Marquis de Sade ou Vincent Van Gogh qui introduisent le théâtre et la peinture à l'asile, ce n'est qu'au XXe siècle que l'on utilise les autres arts en tant que médiation dans les pratiques thérapeutiques des hôpitaux psychiatriques (Klein, 1997 ; Evers, 2015). Ce bref historique de la musicothérapie montre aussi que si les « pratiques musicales » des lieux hospitaliers ont permis d'y introduire quelques musiciens, elles ont aussi fait l'objet d'une appropriation de la part de plusieurs médecins qui en ont porté une forme de représentation professionnelle parfois dénoncée par les médias comme étant également « pseudo-scientifique » et que nous pouvons associer à une époque de l'histoire de la médecine. Par ailleurs, l'évolution du système de santé depuis le début du XXe siècle a généré la professionnalisation de nombreux personnels intervenant dans les milieux hospitaliers<sup>49</sup> dont les spécialités relèvent aujourd'hui du cadre des métiers de la fonction publique hospitalière élargi aux champs médico-social et médico-pédagogique. Les formations en musicothérapie, quant à elles, se sont mises en place de façon sensiblement différente depuis le début des années 1970.

### 1.3 Des représentations émergent d'un processus de professionnalisation complexe

Plusieurs auteurs<sup>50</sup> s'accordent à attribuer aux travaux de Jacques Jost, ingénieur du son, le point d'ancrage d'une réflexion française sur la musicothérapie qu'il met en œuvre dès 1954, en rassemblant autour de lui un collectif d'acteurs constitué de médecins, de psychologues, de psychanalystes, de pédagogues et d'artistes musiciens. Cette collaboration, réalisée en partie dans le Laboratoire d'Etudes des Communications Interpersonnelles rattaché à l'École Pratique des Hautes Etudes à Paris, donne lieu à une série de publications entre 1964 et 1973. Elle

---

<sup>49</sup> En effet les métiers d'infirmier.e., assistant.e social.e, ergothérapeute, psychomotricien.n.e et psychologue ont pu évoluer, notamment à travers les décrets de lois suivants fixant leur statut professionnel, leur droit d'exercice et d'usage de titre :

- *Décret du 11 juillet 1942 instituant le Diplôme d'État d'assistante ou assistant social.*
- *Décret du 10 août 1942 instituant le Diplôme d'État d'infirmière ou infirmier hospitalier.*
- *Décret n° 70-1042 du 6 novembre 1970 portant création du diplôme d'Etat d'ergothérapeute.*
- *Décret n° 85-188 du 7 février 1985, portant création du diplôme d'Etat de psychomotricien*
- *Décret n° 90-255 du 22 mars 1990 fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue.*

<sup>50</sup> Citons ici quelques auteurs de monographie sur le sujet :

- Lecourt E., *La pratique de la musicothérapie*. Paris : ESF, 3<sup>ème</sup> édition, 1986, [1977].
- Arveiller J., *Des musicothérapies*. Issy-les-Moulineaux : E.A.P., coll. Psychologie et Pédagogie de la Musique, 1980.
- Assabgui J., *La musicothérapie*. Paris : Grancher, 1990.
- Vrait F.-X., *La musicothérapie*. Paris : PUF, 2018.

conduit aussi à la création de l'Association de Recherches et d'Application des Techniques Psychomusicales (ARATP) en 1972 qui constitue un premier centre français de musicothérapie. Ce groupe de recherche met en œuvre des études sur les effets de la musique, dans la conception d'une musicothérapie « réceptive » en lien avec les techniques de relaxation. Influencés par des travaux menés à l'étranger, Jean et Marie-Aimée Guillot, respectivement médecin-psychiatre et psychologue introduisent dans leurs pratiques en alcoologie le chant et la danse, s'orientant vers des techniques « actives » mais tout autant comportementalistes. Édith Lecourt<sup>51</sup> alors étudiante en psychologie fait partie de ce collectif et participe à certaines expériences. En 1974, l'ARAPT organise un premier congrès mondial qui introduit en France d'autres approches et conduit à l'émergence de différents courants. Par exemple, Jacqueline Verdeau-Paillès, neuropsychiatre élabore une technique de musicothérapie basée sur l'écoute musicale (Vrait, 2018). Dans une collaboration avec Jean-Marie Guiraud-Caladou qui en tant qu'enseignant dans un Conservatoire est inspiré de la pédagogie musicale, elle s'intéresse aussi à des pratiques « actives ». Gérard Ducourneau<sup>52</sup> évolue en lien avec un psychiatre argentin, Rolando Benenzon, qui depuis 1974 travaille à une tentative de théorisation de la musicothérapie<sup>53</sup>. Ces évolutions conduisent à la mise en place de différentes formations et mènent à une scission au sein même de l'ARATP au début des années 1980.

Dès 1977 la musicothérapie s'inscrit dans l'offre de formation universitaire, notamment à l'université Paul-Valéry de Montpellier. Ce projet initié par Jean-Marie Guiraud-Caladou et soutenu par le professeur Régis Pouget, neuropsychiatre et chef de service à l'Hôpital de la Colombière de Montpellier, prend forme par un arrêté d'André Martel, alors président de l'université. Cette formation a pu évoluer au fil des années. Elle propose aujourd'hui deux types de Diplôme Universitaire (DU) : un DU de Musicothérapie réalisable en deux ans et un DU de Musicothérapeute clinicien qui demande une année supplémentaire. Cet organisme qui a pu

---

<sup>51</sup> Nous reviendrons sur cette personnalité qui a fortement contribué au développement d'un courant de la musicothérapie « réceptive » en France.

<sup>52</sup> Autre personnalité qui marque un courant de la musicothérapie « active ».

<sup>53</sup> Pour Rolando Benenzon inspiré de l'école de Palo Alto, « *La musicothérapie est une psychothérapie non verbale qui utilise les expressions corporo-sonoro-non verbales pour développer une relation entre le musicothérapeute et ceux qui ont besoin d'un soutien pour améliorer la qualité de leur vie et se réintégrer à la société* ». De ses recherches sur la musicothérapie « active », il élabore le concept d'Identité SONore (ISO) auquel il se consacre toute sa vie. Celui-ci situe cette identité à différents niveaux de la personnalité et de ses relations avec le sonore. Ses théories sont relativement controversées, notamment par Édith Lecourt. Cf. : Benenzon R.- O., *La musicothérapie. La part oubliée de la personnalité*. Bruxelles : De Boeck, 2004.

revendiquer un certain temps une forme d'indépendance au sein de l'université<sup>54</sup> est aujourd'hui rattachée au Département Musique et musicologie de l'UFR1. Il accueille, entre autres, des étudiants en formation initiale. Depuis le début des années 2000, il propose aussi des *modules professionnels* qui visent le perfectionnement ou la supervision des pratiques et qui s'adressent aux *musicothérapeutes*, voire aux praticiens formés<sup>55</sup>. Parallèlement à son investissement dans le développement de cette formation universitaire, Jean-Marie Guiraud-Caladou développe des liens avec l'Institut National de Formation des Infirmiers et des Personnels travaillant en Psychiatrie (INFIPP)<sup>56</sup>. Dans cet organisme associatif, il intervient dans la formation continue des personnels soignants en proposant des formations courtes de sensibilisation à la musicothérapie (Vrait, 2018).

Au début des années 1980, né de la scission dont nous parlions au sein de l'ARATP, un autre collectif se regroupe autour d'Édith Lecourt devenue psychologue. Cette collaboration donne lieu à la création de l'Association Française de Musicothérapie (AFM)<sup>57</sup>. Et, Édith Lecourt met en place un Certificat Universitaire (CU) d'Art-thérapie à l'université Paris-Diderot, dans lequel elle propose une approche des pratiques psychothérapeutiques utilisant différentes médiations dont la musicothérapie. En 1988, devenue professeure des universités, elle initie un nouveau DU d'Art-thérapie selon le même principe à l'université Paris-Descartes<sup>58</sup>.

En 1981, l'ARATP dans laquelle Jacques Jost est toujours impliqué crée, le Centre International de Musicothérapie (CIM) toujours en activité. Celui-ci propose deux types de certificat : un Certificat d'aptitude aux techniques psychomusicales et un Certificat de formation à la musicothérapie. Ces formations se déroulent sur deux ans. Elles s'adressent à des publics exerçant déjà une profession médicale, paramédicale, socio-éducative, pédagogique ou encore

---

<sup>54</sup> En référence au discours que nous avons pu entendre de la part de Jean-Marie Guiraud-Caladou, responsable pédagogique de ce DU lorsque nous étions étudiante en musicothérapie dans les années 1990.

<sup>55</sup> Source : site du DU de Musicothérapie de l'université Paul-Valéry Montpellier 3, [consulté le 21 juillet 2018]. URL : <http://musicotherapie.upv.univ-montp3.fr/modules-professionnels/>

<sup>56</sup> Depuis sa création en 1975, l'INFIPP a évolué vers le statut d'une société coopérative (SCOOP) proposant aujourd'hui encore des formations de quelques jours en musicothérapie.

<sup>57</sup> Source : site de l'Association Française de Musicothérapie, [consulté le 16 mai 2016], URL : <https://www.afm-musicotherapie.org/l-association>

<sup>58</sup> NB : en 2018 nous ne trouvons plus trace de ces créations sur les sites de ces universités. Nos informations ont pu être recueillies sur une ancienne page concernant l'appartenance d'Édith Lecourt au Laboratoire Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse (PCPP) de l'université Paris-Descartes. Cette page circule toujours sur internet, [consultée le 08 juillet 2019], URL : <http://recherche.parisdescartes.fr/pcpp/Membres/Permanents/LECOURT-Edith>

sur examen de dossier et entretien, selon le projet professionnel<sup>59</sup>. Le CIM, toujours en lien avec l'ARATP dont les membres se sont renouvelés, dispose ainsi d'une valeur historique dans le développement de la musicothérapie en France.

Toujours dans les années 1980, d'autres formations voient le jour. Gérard Ducourneau crée l'Atelier de Musicothérapie de Bordeaux (AMBx). Cet organisme associatif délivre aussi un Certificat de formation à la musicothérapie selon une série de sessions de deux à quatre jours, pouvant être cumulées sur une période d'un à trois ans. Suite à cette première initiative d'autres ateliers de musicothérapie voient le jour : en Ile de France, à Toulouse, en Bourgogne, à La Réunion, à Liège en Belgique, etc., donnant lieu à une sorte de réseau dont la visibilité tend à se renforcer<sup>60</sup> avec internet, notamment via le site du Pôle International de Recherche en Musicothérapie (Pirem.org) créé en 2012. Une autre association se met en place à Metz avec François Jacquemot qui crée l'Institut européen de musicothérapie. Cet organisme disparaît au début des années 2000 (Vrait, 2018).

En 1988, François-Xavier Vrait, musicothérapeute, formé à Paris-Descartes en Art-thérapie et en Psychopédagogie (DU) fonde une nouvelle association qui donne lieu à la création de l'Institut de musicothérapie de Nantes. Ayant instauré depuis, un partenariat avec la Faculté de Médecine de l'université de Nantes, cet institut propose différents types de formation allant du stage de sensibilisation à l'obtention d'un DU Musicothérapie réalisable en trois ans. L'accès à ce DU nécessite un prérequis de Bac + 3. Depuis 2003, l'Institut de Musicothérapie de Nantes a mis en place le Laboratoire de recherche en Musicothérapie Institut de Nantes (LabMin) dont la direction a été confiée au Professeur Olivier Bonnot, pédopsychiatre au CHU de Nantes. Le LabMin fait l'objet de différents partenariats institutionnels. Son équipe se compose essentiellement de musicothérapeutes-chercheurs, de psychologues associés et d'étudiants<sup>61</sup>. Par ailleurs, François-Xavier Vrait est à l'origine de la création de la FFM en 2003.

---

<sup>59</sup> Source : site du Centre International de Musicothérapie, *Plaquette de présentation de la formation*, [consulté le 30 juillet 2016], URL : <http://musicotherapie.info/le-centre/le-cim/>

N.B. : Depuis juillet 2016, le site du CIM a fait l'objet d'une actualisation. Toutefois les informations ci-dessus concernant les certificats proposés et leurs conditions d'accès sont toujours d'actualité au 07 août 2019.

<sup>60</sup> Nous pouvons observer une mise en visibilité de ce réseau, notamment sur le site du Pôle International de Recherche en Musicothérapie (Pirem.org) créé en 2012, dans la rubrique *Adhérents*, [re-consulté le 07 août 2019], URL : <http://pirem.org/adherents/organismes/>

<sup>61</sup> Source : site de l'Institut de Musicothérapie de Nantes, [consulté le 13 août 2016], URL : <http://musicotherapie-nantes.e-monsite.com/pages/laboratoire-de-recherche-en-musicotherapie-institut-de-nantes.html>

Toujours passionnée par la musicothérapie, en 2011, Édith Lecourt crée le master Arts-thérapies dans une co-habilitation entre les universités de Paris-Descartes et Sorbonne-nouvelle. Ce master comprend quatre « spécialités » : *dramathérapie*, *dansethérapie*, *arts-plastiques-thérapie* et *musicothérapie*. En 2016, il change d'intitulé et devient le master Création artistique, proposant les mêmes « spécialités » que le précédent. Rendu possible par la création des Pôles de Recherche de l'Enseignement Supérieur (PRES), ce master permet l'accès à la recherche sur la musicothérapie à quelques étudiants notamment dans deux disciplines distinctes : en Sciences et Techniques des Activités Sportives (STAPS) et en Psychologie. En 2015 Edith Lecourt devient professeure émérite. En 2018-2019 le master Création Artistique est suspendu. A la prochaine rentrée 2019-2020, il accueillera à nouveau des étudiants<sup>62</sup>.

Par ailleurs, il existe d'autres organismes qui forment à l'art-thérapie et/ou à la musicothérapie. Le site internet de la Cité de la musique de Paris en donne un vaste panorama, se référant à plus de vingt offres<sup>63</sup>. Par exemple, l'Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine (AFRATAPEM) implantée à Tours, Grenoble et Lille propose un parcours donnant accès à un Certificat d'Art-thérapeute qui permet d'accéder au DU Art-thérapie des Facultés de médecine de ces mêmes villes<sup>64</sup>. Ces DU sont enregistrés au RNCP déclarant, dès 2016, des compétences associées de *musicothérapeute*<sup>65</sup>. Et il est à noter que cet organisme propose en 2018 des cursus plus spécialisés, notamment en musicothérapie<sup>66</sup>. Relevons au passage que toutes les formations d'art-thérapie ne revendiquent pas obligatoirement cette spécialité.

Ainsi, cette liste que nous savons non-exhaustive rend compte du développement des formations en musicothérapie depuis la fin des années 1970 ainsi que d'une grande diversité de

---

<sup>62</sup> Source : site de l'université Paris-Descartes, consulté régulièrement depuis le début de la recherche et dont les pages web ont fait l'objet d'une mise à jour qui ne permet pas de retrouver aujourd'hui ces informations. URL : <https://odf.parisdescartes.fr/fr/formations/feuilleter-le-catalogue/sciences-humaines-et-sociales-SHS/master-lmd-XB/master-creation-artistique-program-program1-m1-creation-artistique-fr.html#programContentf1102c4b-e878-4676-80d0-d39b22e05bb5-1>

<sup>63</sup> Source : site de la Cité de la Musique, [consulté le 31 juillet 2016], URL : <http://www.citedelamusique.fr/francais/>

<sup>64</sup> Source : document PDF de présentation de la formation, site de l'AFRATAPEM, [consulté le 1er août 2016], URL : [http://www.art-therapie-tours.net/img/img\\_ formations/pkt\\_complete.pdf](http://www.art-therapie-tours.net/img/img_ formations/pkt_complete.pdf)

<sup>65</sup> Source : site de la Commission Nationale des Certifications Professionnelles, [consulté le 01 août 2016], URL : <http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=fr&fiche=15255>

<sup>66</sup> Source : site de l'AFRATAPEM, école d'art-thérapie de Tours, [consulté le 30 mai 2018], URL : <http://art-therapie-tours.net/specialisations-musicotherapie/>

parcours possibles<sup>67</sup>. Et nous observons que si les « pratiques musicales » et la *musicothérapie* ont été investies surtout par des médecins jusqu'au début du XXe siècle, la professionnalisation de cette pratique a permis son déplacement vers d'autres catégories de praticiens, notamment des personnels soignants, des infirmiers, des psychologues ainsi que des pédagogues, des musiciens, etc. Nous relevons aussi que la progression de la musicothérapie est marquée par les stratégies d'évolution individuelle de certains acteurs dont quelques-uns ont contribué à l'insertion de la musicothérapie dans l'offre de la formation universitaire, renforçant ainsi son processus de professionnalisation. Toutefois, avec la diversité de ces formations, la musicothérapie renvoie à quelques incertitudes qui viennent comme brouiller ses représentations, notamment celles visées par ce processus de professionnalisation relativement complexe. Et, nous pouvons déjà nous demander ici quelles sont les répercussions de la diversité des formations sur l'identité et la représentation professionnelles des praticiens de la musicothérapie ?

## **2. MUSIQUE ET THÉRAPIE : DEUX NOTIONS CLÉS DES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE**

Considérant la *musique* et la *thérapie* comme deux notions clés des représentations de la musicothérapie, dans ce qui suit, nous en proposerons des éléments de définition. Au fur et à mesure de notre propos nous apporterons un éclairage sur ces deux notions en nous référant aussi à des recherches menées en SIC.

### **2.1 La Musique: médium, médiation et objet de médiation**

Comme l'énonce le compositeur Dominique Bertrand, même si toutes les musiques ont au moins un point commun que nous pouvons situer par rapport aux lois de la physique acoustique et de la résonance, définir la musique reste une entreprise délicate. La diversité des genres qui composent son histoire en témoigne : depuis l'évolution de la musique modale en passant par l'apogée du système tonal dont Jean-Sébastien Bach incarne l'impression de perfection, nous assistons à un bouleversement des règles de l'harmonie qui perdure à travers les courants plus contemporains de la musique du XXe siècle (musique atonale, jazz et rock and roll aussi bien

---

<sup>67</sup> Il est à noter ici que la plupart de ces formations engagent l'apprenant à effectuer un stage pratique conventionné dont la durée peut être variable, par ce biais la musicothérapie continue d'investir les milieux hospitaliers et institutionnels du soin.

que musique électronique, musique du monde, etc.). Et, il est difficile de la faire entrer dans les catégories de la pensée sans que la pensée soit prise dans la dynamique même de la musique (Bertrand, 2005). La musique ouvre alors un champ de possibles à l'expression de différents ordres idéiques et musicaux qu'atteste la diversité des pratiques sociales auxquelles elle donne lieu : « *les rites et les pratiques sociales disent la vérité de la musique contre tous les objets musicaux, instruments, médias, écrits ; tout ce qui fixe la musique pour en faire un objet isolé est condamné comme trahison.* »<sup>68</sup>. Pour le sémiologue Jean Molino qui approche la musique d'un point de vue également anthropologique, le *fait musical* peut s'appréhender selon différents modes d'existence et renvoie à une infinité de signes qui se rejoignent et s'enchevêtrent dans le symbolique : « *La musique est bien un fait anthropologique total.* »<sup>69</sup>. Qu'elle provienne d'une écriture passée ou qu'elle soit improvisée, jouée, dansée et/ou écoutée, elle est à la fois médium ou canal d'expression, processus de création, de construction, de transformation et traduction pouvant également trouver sens dans un moment de partage ou d'échange. Elle renvoie à cette figure complexe de la communication qu'est la *médiation*. Et en tant que telle, nous pouvons la *comprendre comme un fait d'alternance constructiviste et connexionniste*, par lequel avec la musique il est toujours possible de faire société (Régimbeau, 2011 : 95).

Pourtant, si la France est la première nation européenne à avoir instauré un régime spécifique à l'attention des artistes musiciens<sup>70</sup>, il persiste une certaine ambiguïté des pouvoirs publics à l'égard de ceux-ci qui se prolonge dans les mentalités entre deux conceptions paradoxales de la culture. A la fois, l'art est considéré comme une forme de pouvoir émancipateur qui oriente l'évolution de nos sociétés contemporaines vers un principe collectivement libérateur et il conduit à une hiérarchisation des productions artistiques faisant émerger une problématique relationnelle entre l'artiste et son public dont se nourrissent les politiques et l'industrie culturelle (Menger, 2001 ; Régimbeau, 2013). Et, comme en réponse à cette problématique qui crée des inégalités au cœur même du monde des musiciens, la musique et l'art en général s'introduisent de plus en plus dans différents cadres sociaux, y compris au cœur des hôpitaux, selon différents types de dispositifs<sup>71</sup> et de projets.

---

<sup>68</sup> Hennion A., *La passion musicale. Une sociologie de la médiation*. Paris : Métailié, 1993, p. 311.

<sup>69</sup> Molino J., *Le singe musicien. Sémiologie et anthropologie de la musique*. Précédé de : *Introduction à l'œuvre musicologique de Jean Molino* par Jean-Jacques Nattiez. Paris : Actes Sud / INA, 2009, p. 95.

<sup>70</sup> Source : Site du média alternatif « *myeurop.info* », [consulté le 03 juillet 2016], URL : <http://fr.myeurop.info/2014/06/11/statut-intermittent-spectacle-exception-francaise-14000>

<sup>71</sup> Précisons déjà ici qu'il existe, en effet, différents types de dispositifs utilisant l'art comme moyen de communication, de socialisation ou de prise en charge thérapeutique du patient hospitalisé. Si la musicothérapie



En SIC, la musique inspire différentes recherches dont témoignent plusieurs articles de revues de la discipline. Par exemple, David Vandiedonck rappelle que la musique se constitue dans l'action et la mise en relation de ses médiateurs, dont l'interprète n'est qu'une figure (Vandiedonck, 1998). Il précise le rôle de l'interprétation en tant que médiation : la fois au niveau du rapport à une tradition – à une mémoire localement inscrite – et au niveau matériel de la représentation scénique (Da Lage-Py, Vandiedonck, 2001). Dans un autre registre, Pierre Van Braekel considère la figure du manager de rock. Pour lui, le manager possède une autonomie de fonctionnement tout en procédant d'une logique de développement d'un monde musical qu'il contribue à faire éclore (Van Braekel, 1998). La musique s'introduit également dans des recherches concernant les industries culturelles, notamment via les mutations de ce secteur d'activité vers le numérique qui offre d'autres possibilités de médiation de la musique (Saint-Amand, Pronovost, 2001 ; Pucheu, Jacob, 2006). Et dans des travaux plus récents, Alix Bénistant étudie la construction de l'industrie musicale de la ville de Miami et le processus d'intégration des pratiques émergentes qu'elle amorce dès les années 1970, notamment dans le registre de la musique latino. Ses recherches amènent à considérer la ville de Miami comme un acteur à la fois politique et territorial de la médiation de la musique latino (Bénistant, 2017 ; Bénistant 2018). Ces différentes figures d'acteurs constituent les maillons potentiels d'une chaîne de médiation de la musique et font écho à la position du praticien de la musicothérapie et à son choix musical situant une dimension culturelle au cœur même de sa pratique professionnelle auprès de « publics » pouvant être qualifiés de « fragilisés » ou « empêchés ».

Sur d'autres terrains de recherche en SIC, la musique se révèle comme un facteur de construction de l'identité sociale, rejoignant de façon implicite l'idée de médiation. Par exemple, Katia Roquais-Bielak étudie des communautés numériques constituées autour d'un intérêt commun pour l'art lyrique. Elle observe que les individus impliqués dans ces échanges construisent leur identité, non seulement en participant à des activités en relation avec leur passion pour la musique, mais aussi en discutant avec les membres de ces communautés (Roquais-Bielak, 2004). Pour Thibault Christophe qui s'intéresse aux adolescents et considère les phénomènes de cette construction à la fois sur les plans individuels, sociaux et intergénérationnels, la *musicalisation* est un processus qui se met en œuvre dans différentes

---

est l'un de ces dispositifs, l'État développe également une politique culturelle à l'hôpital, notamment initiée par la convention du 04 mai 1999 entre le Ministère de la Santé et le Ministère de la Culture et de la Communication qui fixe le cadre d'un partenariat entre les Directions Régionales des Affaires Culturelles (DRAC) et les Agences Régionales de Santé (ARS). Source : site Hopital.fr, [consulté le 03 septembre 2018], URL : <https://www.hopital.fr/Droits-demarches/La-vie-a-l-hopital/La-culture-a-l-hopital#60887>

situations d'écoute musicale. Elle dépend non seulement des pratiques sociales et des ergonomies des équipements qu'utilisent les jeunes mais aussi des situations d'échange et de partage favorisant la transmission de valeurs et positionnant la musique en tant qu'objet de médiation (Christophe, 2014). Le thème de l'influence de la musique sur l'identité revient par le biais d'un article publié dans la *Revue française des sciences de l'information et de la communication* en 2016 dans lequel il est mis en évidence que la musique, avec son contenu et ses personnages mis en scène via les chroniques musicales télévisées au Congo, constitue une source d'inspiration pour la jeunesse de Kinshasa. La musique aurait deux fonctions : l'une *manifeste* tendrait au divertissement, l'autre plus *latente*, drainerait les imaginaires et les ambitions de réussite sociale à travers les processus d'identification mis en œuvre à partir de *modèles* vivants médiatisés via ces chroniques télévisées. La musique serait ainsi un moyen d'exister et de se projeter dans un microcosme social (Nzeza Bunketi Buse, 2016).

Comme en écho à ces travaux qui mettent en évidence le rôle de la musique dans la construction de l'identité, nous trouvons dans un numéro de 2017 de la revue *Études de communication* un article sur la *recommandation musicale* (Micheau, Desprès-Lonnet, Cotte, 2017). À partir d'une enquête sur les pratiques numériques de partage et d'écoute, les auteurs de cet article s'intéressent aux mécanismes de la recommandation musicale. Leur analyse met en évidence que les logiques industrielles et commerciales persistent en contexte numérique. Toutefois, c'est aussi dans le partage d'expériences – *parcours musicaux, situations d'écoute, rencontres entre auditeurs ou entre auditeurs et médiateurs* – que la recommandation musicale est vécue avec confiance. Ainsi, si cette enquête conduit à reconnaître le rôle prescripteur de certaines institutions, elle montre également que c'est dans l'échange, selon les conseils de ses pairs, de sa famille, de ses professeurs de musique ou encore de la part de critiques musicales que l'on continue de découvrir la musique en y associant certaines valeurs. Une recherche qui résonne aussi vis-à-vis du positionnement des praticiens de la musicothérapie par rapport aux institutions et qui pose question sur les formes de médiation également institutionnelles susceptibles d'émerger de ce rapport.

Par ailleurs, la revue interdisciplinaire *Culture et Musées* consacre tout un dossier (n° 25, 2015) au développement de la recherche ethnographique sur l'écoute musicale. Dans ce numéro, François Debruyne publie un article se rapportant à une enquête centrée sur l'expérience musicale publique. À partir de situations qu'il a pu observer dans différents espaces, il met en évidence plusieurs régimes d'écoute pouvant être variables selon les lieux et qui renvoient à

l'idée d'un « *potentiel collectif incertain* » de l'écoute musicale. Pour lui, les qualités publique et musicale de l'expérience d'écoute ne sont pas des dimensions intrinsèques ni invariables de l'écoute musicale. Elles dépendent du degré d'engagement possible dans les pratiques d'écoute en public. L'institution d'un monde social commun par l'écoute se révèle alors à la fois conditionnelle et contrastée (Debruyne, 2015). Une réflexion qui interroge la forme d'écoute musicale que peut expérimenter un patient dans le cadre d'une séance de musicothérapie et qui peut être relative à plusieurs paramètres : aux conditions posées par l'environnement créé par la séance, au choix musical du thérapeute ainsi qu'à la disponibilité du patient à pouvoir ou pas s'engager dans l'écoute.

Dans un numéro plus ancien de la revue *Études de communication* (35 | 2010) Céline Lambeau<sup>72</sup> interroge les formes de communication que génèrent les pratiques musicales. Elle en définit différentes formes de *communication musicale* en confrontant les situations de pratique musicale à trois façons de penser la communication. S'inspirant des modèles de la *communication-transmission*<sup>73</sup> qu'elle rapporte à une situation de performance musicale dans sa forme « concert » et de la *communication-participation*<sup>74</sup> relative à une approche interactionnelle de la communication, elle propose l'idée d'une *communication-médiation* qui offrirait une troisième voie pour questionner l'expérience musicale dans toute sa complexité. Dans cette optique, elle accorde à la musique une place de tiers dans le processus de communication autour duquel la rencontre s'organise. Elle précise que ce concept de *communication-médiation* permet aussi de prendre en considération les interdépendances existant entre les deux autres formes de communication (Lambeau, 2010). En ce sens reprenons ici une définition de la médiation proposée par Jean Davallon :

« *La notion de médiation apparaît chaque fois qu'il y a besoin de décrire une action impliquant une transformation de la situation et du dispositif communicationnel, et non une simple interaction entre éléments, et encore moins une circulation d'un élément d'un pôle à un autre. J'avancerais l'hypothèse qu'il y a recours à la médiation lorsqu'il y a mise en défaut ou*

---

<sup>72</sup> La référence auteur de l'article de la revue *Études de communication* que nous citons mentionne que Céline Lambeau menait une thèse en Sciences de l'Information et de la Communication au sein de l'Unité de recherche en médiation des savoirs et de la culture de l'Université de Liège en 2010. N'ayant pas trouvé trace de cette thèse, nous avons pu repérer qu'en 2019, elle est toujours doctorante et assistante au Département Médias, Culture et Communication de l'université de Liège. Source : site de l'Université de Liège, [consulté le 05 mars 2019]. URL : [http://www.infocom.uliege.be/?page\\_id=2349](http://www.infocom.uliege.be/?page_id=2349)

<sup>73</sup> Selon le modèle initial de Shannon : « émetteur – canal – récepteur ».

<sup>74</sup> Relevant de la métaphore de la *communication orchestrale* développée par les membres du « Collège Invisible » et reprise par Yves Winkin (1981 : 21-25).

*inadaptation des conceptions habituelles de la communication : la communication comme transfert d'information et la communication comme interaction entre deux sujets sociaux. Avec ce recours, l'origine de l'action se déplace de l'actant destinataire ou des interactants vers un actant tiers : il y a communication par l'opération du tiers »<sup>75</sup>.*

Cette proposition renvoie aussi à la place qu'occupe la musique dans la relation triangulaire configurée par le principe même des séances de musicothérapie. Nous reviendrons sur ce point dans un prochain paragraphe où nous ferons part de certains aspects théoriques de la musicothérapie en lien avec notre expérience de praticienne.

## **2.2 Du soin à la thérapie : les diverses composantes d'un processus engageant une grande diversité d'acteurs**

La notion de *thérapie* recouvre plusieurs acceptions qui ont pu évoluer avec le temps pour désigner de façon générale un traitement médical ou un ensemble de moyens mis en œuvre pour lutter contre la maladie. Dans les *Thésaurus tess* du ministère des Affaires sociales<sup>76</sup>, on retrouve le vocable *thérapie* en lien avec trois champs de pratiques : la médecine, la psychologie et la psychanalyse. Pour autant, dans l'univers de la santé il existe toute une palette de nuances allant de la notion de *soin* à celle de *thérapie*. Du *nursing* qui désigne des soins d'hygiène et de confort au principe de *total care* qui replace le patient dans une dimension également citoyenne, la recherche infirmière continue d'interroger les modèles conceptuels du soin (Lecoq *et al.*, 2017). Elle précise ces modèles selon différentes notions empruntées aux anglo-saxons : *care*, *caring* et *cure*. Jean-Manuel Morvillers, infirmier, docteur en Sciences de l'éducation et cadre supérieur de santé, prend en considération les aspects anthropologiques, étymologiques, temporels et sociaux de ces notions pour les préciser en tant que composantes de tout processus thérapeutique. Il relève l'ambiguïté du mot *care* qui en anglais propose deux acceptions, l'une signifiant *souci, inquiétude* – c'est-à-dire étant ancrée sur les affects et le ressenti –, l'autre *soin et attention* – de *take care* –. Selon lui, le terme *care* renvoie à quelque chose de l'ordre de la sensibilité de l'individu exprimant soit un sentiment, soit une action (*caring*) qui appelle un état affectif. Le *caring* se définirait alors par rapport au *care* comme une sorte de *care* en acte porté

---

<sup>75</sup> Davallon J., « La médiation : la communication en procès ? ». *MEI*, n° 19, 2004, p. 43.

<sup>76</sup> Ministère des Affaires sociales et des Droits de la Femme, *Thésaurus tess. Travail, Emploi, Santé, Solidarité. Liste hiérarchique*, Paris : Réseau Documentation Archive, juin 2014, p. 22. (Voir aussi la version « Liste alphabétique »).

par une attention-intention positive, néanmoins connoté sur le plan des affects. Il distingue ces deux notions de celle de *cure* qui correspondrait à un aspect plus technique du soin, notamment dans la prise en charge de la phase aiguë des personnes malades pour lesquelles le *care* serait relayé à un temps ultérieur. Il précise que ces distinctions peuvent conduire à penser l'humanisation des soins – le *care* et le *caring* – par rapport aux soins infirmiers et le *cure*, plus technique, par rapport au médical qui laisserait moins de place à la nature relationnelle du soin. Toutefois, il rappelle avec prudence que parmi les spécialités de la médecine, la psychiatrie s'est justement développée grâce à une approche plus sensible du patient qui a permis d'observer les effets du *care* sur l'amélioration de l'état clinique des personnes atteintes de troubles psychiques. Et ce, notamment à travers le courant de la psychiatrie institutionnelle<sup>77</sup> qui a donné une dimension systémique aux possibilités d'expression du *caring* à l'échelle d'une unité de soins tout autant que d'une institution (Morvillers, 2015). Notons ici que la psychiatrie institutionnelle qui a évolué avec la psychanalyse tout en subissant les critiques de l'antipsychiatrie<sup>78</sup> a cherché à interroger dès ses fondements en France, la réalité sociale et le fonctionnement des institutions « soignantes » (Oury, 2007).

Par ailleurs, depuis plusieurs décennies le système de santé est remis en question, notamment par rapport à ses carences et à son coût. Selon Laurent Sauze<sup>79</sup>, on assiste à un changement de paradigme dans la prise en charge de la santé qui est marqué par une *transition thérapeutique* (ou un retour ?) vers la *médecine globale*. Une orientation qui semble répondre à l'influence de l'OMS pour qui la santé est associée à : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »<sup>80</sup>. Pour Sauze, ces évolutions se situent en rupture avec une conception individualiste et essentiellement curative des pratiques médicales qui tendent à devoir prendre en charge des pathologies d'ordre relativement chronique pouvant être en lien avec certains facteurs démographiques tel le vieillissement de la population. Cette transition entraîne de nombreuses transformations aussi bien en termes d'organisation que de responsabilité ou encore de financement. En ce sens, la

---

<sup>77</sup> Dont nous avons déjà parlé plus haut.

<sup>78</sup> Mouvement porté notamment par les contributions du philosophe Michel Foucault et du sociologue Erving Goffman qui dénoncent les conditions de vie, les privations de liberté et les méthodes de la psychiatrie et des institutions. En référence à :

- Foucault M., *Folie et déraison : histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Plon, 1961.
- Goffman E., *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Éditions de Minuit, 1968 [1961].

<sup>79</sup> Laurent Sauze est médecin conseil régional de la caisse Provence-Alpes du Régime social des indépendants, depuis le début des années 2000.

<sup>80</sup> Source : Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé.

médecine est continuellement contrainte de s'adapter à la fois aux progrès médicaux et scientifiques, au contexte économique et aux mutations de la société (Sauze, 2010). La médecine tend à devenir *pluridisciplinaire* pour réunir un ensemble de moyens thérapeutiques (Berche, 2012).

Au cœur des hôpitaux, cette pluridisciplinarité de la médecine ne saurait exister sans l'interdisciplinarité qui siège au sein des équipes de soins. Et, dès lors que l'on prend en considération la fonction soignante d'une structure hospitalière dans sa globalité, la notion de *caring* définie plus haut apparaît aussi comme une activité productrice de soins susceptible d'impliquer différentes catégories de personnels soignants, voire administratifs et techniques. Par exemple, la place prise dans les équipes par les psychologues, les ergothérapeutes, les praticiens de la musicothérapie, les travailleurs sociaux, etc. élargit la notion de *thérapie* à d'autres approches possibles du patient et de son symptôme. Sans compter que les prises en charge thérapeutiques évoluent vers différentes formes d'alliance et de partenariat aussi bien au cœur des établissements de santé que par la mise en réseau des acteurs pour assurer la continuité des soins du patient après son hospitalisation. Cet élargissement de la prise en charge thérapeutique questionne la définition du professionnel de santé. Selon Céline Roynier<sup>81</sup>, en France, les sciences politiques ont souvent abordé cette question sous l'angle de la profession médicale fondant leur démarche sur l'idée d'un *processus historico-politique de professionnalisation des métiers de la santé*, contrôlé par le corps médical. Elle rappelle que le professionnel de santé se définit selon trois logiques : *formelle*, qui renvoie à l'obligation d'être diplômé ; *matérielle*, se rapportant à une catégorie d'actes autorisés par l'obtention d'un diplôme spécifique ; de *mission professionnelle*, définie par le domaine d'activité et en lien avec la profession de l'acteur. Son approche par le droit comparé relève l'importance de la notion de *mission du système de santé* qui couvre désormais différentes dimensions de la santé : physique, mentale et sociale. Selon elle, c'est cette dernière composante qui rend possible la formulation d'une définition de la profession de santé. En ce sens, elle précise que face à l'aspect réglementé de ces professions, l'OMS préfère la notion plus large de *personnels de santé* qui renvoie à une finalité politique plus globale des missions du système de santé (Roynier, 2015).

---

<sup>81</sup> Céline Roynier est professeure de droit public à l'université de Rouen et ancienne post-doctorante à l'Institut Droit et Santé de l'université Paris-Descartes. Elle est l'auteure de l'article intitulé « Les professionnels de santé en Europe : contribution à une définition unitaire » paru dans la revue *Les tribunes de la santé*, n° 48, (3) 2015, p. 33-38.

Avec cette diversité de *personnels*, les notions de *soin* et de *thérapie* posent aussi de nombreuses questions d'éthique, non seulement en termes de confidentialité mais aussi d'éthique professionnelle et de fonctionnement des institutions. Frédéric Gros, philosophe, pense la relation de soin et d'accompagnement en rapport avec les notions de *respect* et de *sollicitude* qu'il définit comme des *devoirs* et qu'il articule à la notion d'*élan de responsabilité pour autrui* en continuité de la pensée de Lévinas (Gros, 2007). Toutefois, l'anthropologue Éric Chauvier relève que l'éthique du soin ne peut être pensée uniquement dans le registre de la *positivité éthique du rapport à l'autre* ce qui censurerait toute expression de la négativité comme expérience *in situ* de la vie ordinaire des soignants. Pour lui, il faudrait justement que ces derniers s'interrogent sur les raisons qui les poussent parfois à sortir du sillon de la *conformité théorico-morale* pour se retrouver dans la souffrance des autres, déstabilisés mais *disponibles de façon inédite pour analyser cette souffrance et agir sur elle* (Chauvier, 2015). Des ressentis qui peuvent aussi s'analyser en termes de *transfert* et de *contre-transfert* selon le vocabulaire de la psychanalyse<sup>82</sup> (Laplanche, Pontalis, Lagache, 2007). Pour Philippe Svandra, docteur en philosophie et cadre de santé, le fonctionnement d'une organisation peut aussi perturber, voire nuire à la mise en œuvre d'une démarche de soin. Et la relation de *sollicitude* ne paraît pas non plus suffisante pour fonder une éthique du soin. A cette forme de *responsabilité pour autrui*, il propose d'ajouter une *responsabilité juridique* qui resitue le soin entre la sollicitude du soignant et l'organisation sociale qui coordonne le système de soins. Selon lui, le *care* doit être pensé de manière globale comme une éthique professionnelle qui pose aussi à la société des questions éminemment politiques, l'obligeant à reconnaître les valeurs morales qui sous-tendent cet agir avec et pour autrui. Une responsabilité impliquant également une réflexivité sur les pratiques qui contribue à la construction de la professionnalité des soignants (Svandra, 2015). Ainsi, les processus communicationnels qui s'imbriquent dans la relation soignant-soigné et qui

---

<sup>82</sup> Dans le vocabulaire de la psychanalyse, le transfert désigne « *le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique (...) Le transfert est classiquement reconnu comme le terrain où se joue la problématique d'une cure psychanalytique, son installation, ses modalités, son interprétation et sa résolution caractérisant celle-ci* ». Le contretransfert quant à lui est l' « *ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci (...) du point de vue de la délimitation du concept, de larges variations se rencontrent, certains auteurs entendant par contre-transfert tout ce qui de la personnalité de l'analyste peut intervenir dans la cure, d'autres limitant le contre-transfert aux processus inconscients que le transfert de l'analysé induit chez l'analyste* ». Cf. : Laplanche J., Pontalis J.-B., Lagache D., *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 2007, [1967], p. 492 et p. 103.

Ces deux notions que la psychanalyse rapporte à des manifestations de l'Inconscient se sont relativement vulgarisées pour intégrer le vocabulaire de nombreux professionnels de santé, notamment en psychiatrie. Et si la psychanalyse les ramène à ce qui caractérise la communication intersubjective entre *analysé* et *analyste* dans la cure psychanalytique, cette terminologie peut s'entendre également pour parler des phénomènes transférentiels pouvant exister entre patient et institution, voire soignant et institution.

impliquent une pluralité de relations (soignant-soignant, patient-patient, patient-institution, soignant-institution et institution-système de santé, voire système de santé-société) complexifient la notion de *thérapie* qui appelle à être située. Elle peut s'appréhender par rapport à un métier, une profession, un cadre institutionnel (ou aux expressions polymorphes que peut prendre ce cadre), aux relations d'interdépendance des systèmes organisationnels avec le système de santé qui est plus englobant, et en relation avec un projet sociétal.

Face à la complexité du système de santé, qui de surcroît se trouve confronté à des évolutions structurelles soumises à des logiques sociales, économiques et politiques, Dominique Carré relève que les Sciences de l'information et de la communication sont tout indiquées pour étudier les changements à l'œuvre. Selon lui, ces transformations sont portées par des processus communicationnels qui agissent comme des leviers pour *repenser la mise en relation, les formes de médiations et les pratiques informationnelles et communicantes* qui ont aussi vocation d'instaurer une nouvelle régulation sociale dans le champ de la santé (Carré, 2010). Envisagées comme pouvant faire l'objet de différents usages dans le secteur de la santé depuis le milieu des années 1990<sup>83</sup>, les TIC sont devenues un outil de médiation pour l'ensemble des professionnels de santé. Plusieurs chercheurs en SIC se sont intéressés aux différents usages auxquels elles donnent lieu dans ce domaine. Par exemple, ils interrogent les incidences de l'innovation technologique sur les pratiques info-communicationnelles et organisationnelles de ces professionnels (Cordelier, 2013 ; Paganelli, 2017). D'autres recherches font ressortir l'intention d'un procès normatif prétendant à une meilleure organisation sanitaire qui vise aussi à résoudre les tensions pouvant exister entre différents acteurs de ce secteur (Staii, 2012 ; Ollivier-Yaniv, 2013). La recherche s'actualise aussi en observant le développement de la « santé connectée » dont les enjeux impliquent différents acteurs aux points de vue et aux intérêts pouvant être différents et dont les logiques outrepassent le champ médical (Staii, 2018). Au-delà de ces transformations nous pouvons nous demander comment resituer le soin dans un processus thérapeutique entre techniques, savoir-faire, savoir-être, systèmes d'information et technologies autour de la prise en charge du patient ? Dans quelle chaîne ou dans quel cadre de médiation(s) ?

Jérôme Thomas, Maître de conférences en SIC à l'université de Reims, reprend l'idée de la fonction médiatrice du cadre institutionnel en proposant une approche communicationnelle des

---

<sup>83</sup> Cf. : Théry G., *Les autoroutes de l'information*, Paris : La documentation française, 1994, p. 56-57.



lieux de l'urgence psychiatrique pour expliquer le processus thérapeutique dans ce secteur d'activité. Les observations qu'il a pu mener au cœur du service d'un hôpital lyonnais l'ont conduit à distinguer différents lieux de communication selon 3 niveaux d'analyse qui s'imbriquent les uns aux autres. Selon lui, l'activité de la psychiatrie d'urgence s'organise dans une activité de communication permanente – *circulation d'informations, de discours et de signes* – dans laquelle les gestes ou décisions extrêmes (suicide, contention) rendent justement compte de l'échec de la communication. Cette dernière se met en œuvre de différentes manières : via le dossier médical, les échanges entre soignants ou encore dans les relations soignant-patient, patient-patient et soignant-institution. Thomas précise que chaque lieu de l'urgence psychiatrique permet une forme de communication particulière, offrant différents cadres d'énonciation et d'interprétation à l'expression du symptôme du patient. Empruntant à Lacan le modèle de la tripartition – réel, symbolique, imaginaire – qui pour lui permet de définir toute structure de communication et de médiation, il pose l'hypothèse de la dimension fondamentalement symbolique et communicationnelle du soin. Ainsi, les urgences psychiatriques permettent d'articuler le réel de l'urgence du patient à la nécessité d'une reconnaissance sociale – *pouvoir dire son symptôme et le traiter dans le symbolique* – que le cadre hospitalier permet de mettre en œuvre dans différents lieux. Dans ce processus, il existe aussi une dimension imaginaire importante qui permet de saisir l'efficacité symbolique des urgences psychiatriques : d'une part les soignants peuvent utiliser l'image de l'hôpital pour amener le patient à exprimer son symptôme, d'un autre, le cadre de l'urgence psychiatrique peut permettre au patient de théâtraliser sa souffrance (Thomas, 2010). Et, « *la psychiatrie aux urgences préserve, dans l'espace de l'hôpital, ce qui fait le cœur anthropologique de la médecine. Sans modifier le réel, elle retisse des médiations entre des subjectivités et l'institution... Il s'agit de donner, grâce à des processus de communication et d'échange langagier, un équivalent symbolique de processus psychiques ou organiques "informulés et informulables autrement" et qui sont à la source de la souffrance.* »<sup>84</sup>. Mais comment ces médiations s'organisent-elles pour permettre au patient d'entrer dans un processus thérapeutique ?

En ce sens, les recherches de Chantal Laurens ou encore de Sylvie Grosjean nous invitent à penser le rôle de la communication et de sa complexité dans la coordination des soins à différents niveaux de dispositifs sociotechniques. Chantal Laurens, docteur en SIC et cadre de

---

<sup>84</sup> Thomas J., « Les lieux de communication dans l'urgence psychiatrique ». In D'Arripe A. et Routier C. (dir.), *Communication et santé : enjeux contemporains*. Lille : Presses du Septentrion, 2010, p. 203.

santé, étudie les interactions soignantes au moment de la relève des équipes interdisciplinaires. Elle examine entre autres des discours et des comportements qui révèlent des collaborations et des coopérations mais aussi des incertitudes, des tensions et des rivalités (Laurens, 2014). Son analyse nous renvoie à des questions en lien avec la mixité des catégories professionnelles dans ce type de réunion. Notamment les praticiens de la musicothérapie ne sont-ils pas susceptibles d'être présents au moment des transmissions dans les salles de soins et de rajouter de la diversité dans les équipes ? Mais aussi, comment ces échanges pouvant générer des tensions ou au contraire des alliances, souvent perceptibles par les patients qui observent les discussions à travers des parois ou des portes vitrées, contribuent-ils à la prise en charge du patient ? Sylvie Grosjean, qui s'intéresse par ailleurs à la part des connaissances sensorielles dans la prise de décision clinique (recherche en cours), a pu étudier avec Anne Mayère la complexité de la communication dans le contexte d'implantation d'un système d'information médicale au sein d'un service d'oncologie d'un hôpital français. Leur approche ethnographique leur a permis de comprendre cette complexité entre conversations, écrits, objets et technologies contribuant aux soins et à leur organisation (Mayère, Grosjean, 2016). Dans un autre article co-écrit avec Luc Bonneville, elle rebondit sur les contraintes gestionnaires des infirmières, notamment concernant l'aspect multitâches de leur travail que ces dernières ressentent en lien avec leur utilisation chronophage et envahissante des technologies numériques (Bonneville, Grosjean, 2016).

Par ailleurs dans sa thèse soutenue en 2004, Philippe Viard, docteur en SIC, cadre de santé et formateur en soins infirmiers revient sur la notion de *soin* en le situant par rapport à l'espace de médiation dans lequel il se déroule, notamment au cœur de la relation soignant-soigné où se mettent en œuvre des processus communicationnels qui font de la communication un élément essentiel du soin. Il interroge le cadre de ces processus par rapport aux logiques qui l'organisent susceptibles de faire émerger et de mettre en jeu des valeurs, des représentations, des productions identitaires et des problématiques liées aux échanges de significations des objectifs et de la pratique du soin. Dans son propos, il évolue vers une définition du soin en tant que modèle d'une interrelation dynamique, basée sur une co-construction du sens par les acteurs en situation de soin, pour en venir au concept de *soin-communicant* qui permet une compréhension différente du soin, de sa pratique et des logiques portées par ses acteurs. Dans son approche, le *soin* engage aussi la dimension corporelle des acteurs concernés. A partir du concept de *corps communicant* précisé en SIC par Béatrice Méléneec et Fabienne Martin-Juchat auxquelles il fait référence, Philippe Viard questionne le concept de *corps* en tant que *réalité vivante, perçue à*

*la fois chez le soigné et le soignant et aux différents espaces qu'il permet d'articuler, aux rencontres ainsi qu'aux distances représentationnelles qu'il convoque aussi bien chez le soignant que chez le patient. Pour lui, le corps est à la fois source, lieu et objet de la communication pouvant permettre à la relation soignant-soigné de prendre un sens qui dépasse la relation, impliquant « l'ensemble des acteurs de la relation, acteurs engagés dans un système de significations »<sup>85</sup>. Par rapport à la musicothérapie nous pouvons noter ici que l'expérience musicale, sous toutes ses formes, implique la dimension corporelle du praticien tout autant que celle du patient dans un cadre thérapeutique où s'enchevêtrent également des significations qui dépassent celui des séances. Dans cette expérience sensible « il est clair que le sens commence avec la sensation, soit au niveau de ce qui touche indiciellement le corps. Avant de relever du jugement de la re-présentation, le sens est d'abord sensible, organique, il s'enracine dans le pacte inextricable du moi et du monde, du dedans et du dehors, de l'observateur et de l'observé. »<sup>86</sup>. Ainsi, la co-construction de sens évoquée plus haut par Philippe Viard n'est-elle pas rendue possible lorsque la musicothérapie s'inscrit dans les pratiques d'une institution soignante ?*

### **2.3 De l'association de la musique à la notion de thérapie**

A travers ces deux sous-paragraphes qui nous ont déjà permis d'associer la musique à la notion de thérapie, nous pouvons envisager la musicothérapie comme un maillon de la chaîne de médiations inhérente à tout processus thérapeutique.

En effet la musique se présente comme un médium susceptible de favoriser l'expression du patient. Particulièrement en psychiatrie<sup>87</sup>, la musicothérapie active qui passe par la pratique ou le jeu musical(e) peut permettre au patient de s'engager dans une *communication-médiation* pouvant l'aider à donner forme à l'expression de son malaise. Et cette catharsis peut déjà être considérée comme un moyen thérapeutique, offrant au patient une première possibilité de mise à distance de son symptôme. Mais pour que la musique prenne une valeur thérapeutique, cet objet médiateur qu'est la musique ne renvoie-t-il pas aussi à la médiation thérapeutique

---

<sup>85</sup>Viard P., « Le soin-communicant. Un espace de médiation en vue de la construction d'une professionnalité soignante ». *Communication & Organisations*, 2017/1, n° 51, p. 151.

<sup>86</sup> Bougnoux D., *Introduction aux sciences de la communication*, Paris : La Découverte, 1998, p. 238.

<sup>87</sup> Et rappelons ici que dans le discours du Ministère de la Santé, la musicothérapie est *une réalité, notamment en psychiatrie et en gériatrie*.

constituée par le cadre et la présence du thérapeute ? C'est bien parce que la musicothérapie permet ce type d'expression en dehors de tout jugement esthétique ou de valeur que le patient peut faire l'expérience de cette catharsis qui constitue souvent une étape du processus thérapeutique. Mais c'est aussi par l'accompagnement du musicothérapeute que celui-ci éprouvera d'autres formes d'expression musicale susceptibles de le faire évoluer vers un sentiment de mieux-être et de favoriser sa (re)-socialisation.

Par ailleurs les potentialités médiatrices de la musique que nous avons précisées font écho à notre conception et à notre expérience de la musicothérapie. En effet, la musique y est utilisée en tant que médiation, pouvant opérer comme un tiers en fonction de la réceptivité des sujets. Et nous préciserons la façon dont ce tiers peut agir sur le patient dans le troisième paragraphe de ce chapitre, qui fait de la musicothérapie une pratique spécifique parmi les autres pratiques d'art-thérapie. En ce sens, les travaux de François Debruyne sur les formes d'écoute pouvant être expérimentées par les individus dans divers lieux nous renvoient au cadre particulier posé par les séances de musicothérapie qui créent les conditions d'une écoute singulière pour le patient. Et, durant notre expérience de musicothérapeute il n'a pas été rare d'entendre : « *je n'avais jamais entendu la musique comme ça avant !* » ou encore de voir le patient se laisser prendre par le rythme musical, dans une forme d'écoute spécifique l'entraînant de façon manifeste dans une modalité d'existence autre que celle qui le lie à son symptôme.

Relevons également ici la figure de médiation qu'incarne le praticien de la musicothérapie en tant qu'*interprète*, c'est-à-dire de par ses propres potentialités musicales tout autant que par l'approche à laquelle il est formé pour utiliser la musique sous toutes ses formes, comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation, visant à accompagner le patient dans son évolution. Une relation qui peut aussi s'envisager du point de vue du processus de *musicalisation* du patient dans une situation obligatoirement transférentielle définie par le cadre des séances et la présence du musicothérapeute et pouvant contribuer au regain narcissique, à la (re)-construction de l'identité ou encore à la (re)-socialisation du patient.

Considérons à présent les dimensions de la notion de *thérapie* que nous avons précisées selon différentes approches pour comprendre la thérapie en tant que processus impliquant de multiples médiations. De sa place dans les équipes de soins et de par l'outil qu'il utilise le praticien de la musicothérapie ne se trouve-t-il pas dans une posture de médiateur à la fois

culturel et thérapeutique, voire de « passeur » ? Dans ce positionnement n'est-il pas aussi en relation avec le cadre institutionnel dans lequel il exerce ? Et dans ce contexte, celui-ci ne contribue-t-il pas à la chaîne de médiations thérapeutiques qui prend en compte *l'ensemble des acteurs de la relation, des acteurs engagés dans un système de significations* lui-même en relation d'interdépendance avec le système de santé et la société ? Dans cette dialectique entre patient / professionnels de santé / musicothérapeutes / institutions / système de santé / société, à partir de l'expérience sensible qu'elle propose et lorsqu'elle s'inscrit dans un cadre soignant porté par les institutions, la musicothérapie n'apparaît-elle pas comme un micro-dispositif dans la chaîne de médiations qui participent du processus thérapeutique du patient ?

### **3. AUTRES ÉLÉMENTS DE REPRÉSENTATION DE LA MUSICOTHÉRAPIE**

Dans le dernier paragraphe de ce chapitre, nous ferons référence, dans un premier temps, à notre expérience professionnelle de musicothérapeute qui proposera de nouveaux éléments de représentation de la musicothérapie. Dans un second temps, nous nous référerons à quelques recherches menées sur la musicothérapie dans différentes disciplines, impliquant aussi les SIC pour voir émerger d'autres formes de représentations de la musicothérapie.

#### **3.1 Des représentations émergent du récit d'une musicothérapeute sur son expérience de praticienne**

La clinique neuropsychiatrique dans laquelle nous avons exercé pendant plus de dix ans est l'un des établissements pionniers de la Région Occitanie, en matière d'employabilité des musicothérapeutes. Avec l'ouverture de la formation universitaire de Montpellier en 1977, elle est aussi devenue un lieu de stage pour les étudiants et certains formateurs y ont même travaillé. Aussi, dès notre arrivée, nous avons été présentée aux médecins-psychiatres et aux équipes soignantes par une infirmière-cadre en tant que *musicothérapeute*. Et, les pratiques de musicothérapie « réceptives » et « actives » y étaient relativement bien connues, à la fois des personnels et de certains patients hospitalisés pour des séjours parfois itératifs ou relativement longs, comme cela peut être le cas avec des personnes souffrant d'une pathologie chronique. Cet établissement organisé en cinq services de soins pour une capacité d'accueil d'environ deux cents lits disposait de deux services sécurisés<sup>88</sup>, l'un accueillant des patients dans le cadre de la

---

<sup>88</sup> Les services sécurisés sont des unités de soins dont l'accès est contrôlé par les soignants. Ils accueillent des patients présentant un risque lié à leur état clinique : risque de chute, risque suicidaire ou autre, dus à des états de

semi-urgence<sup>89</sup>, l'autre étant réservé à des personnes souffrant de maladies plus chroniques, souvent plus âgées et présentant des troubles associés (somatiques, dépressifs ou des troubles de la parole et du comportement). Dans cet établissement, une salle extérieure aux unités de soins était destinée à la musicothérapie, comprenant du matériel d'écoute et un ensemble d'instruments : xylophones, lames sonores, tambours et autres petites percussions.

Commençant cette activité professionnelle dans le cadre d'un remplacement qui a débouché sur une création de poste, notre mission a d'abord consisté à maintenir les activités de musicothérapie existantes. En ce sens, la musicothérapie était clairement inscrite sur un planning d'*activités thérapeutiques*<sup>90</sup> que les médecins-psychiatres utilisaient pour indiquer leurs patients à une équipe d'intervenants. Cette équipe comprenait deux psychologues, deux ergothérapeutes, un médecin gastroentérologue-addictologue, une infirmière-sophrologue et une musicothérapeute. Ce planning d'activités pouvait être complété par d'autres rendez-vous médicaux avec des médecins spécialistes (neurologue, endocrinologue, gastroentérologue), un kinésithérapeute ou encore une équipe d'animation qui proposait d'autres types d'activités (salle de jeu, bibliothèque, sorties, etc.). Permettant l'individualisation des prises en charge, il servait aussi l'organisation du séjour du patient, lui offrant des repères spatio-temporels et humains<sup>91</sup>.

La plupart des indications médicales en musicothérapie commençaient par un rendez-vous individuel laissant une certaine liberté d'action quant aux modalités des prises en charge. Généralement, le premier contact avec le patient s'établissait dans le service où il était hospitalisé, pour négocier<sup>92</sup> avec lui un premier rendez-vous individuel. Dans le cadre d'une

---

confusion, désorientation, démence, etc. Leur fonctionnement est réglementé dans les établissements de soins psychiatriques où les mesures restrictives concernant les patients sont régulièrement évaluées et ajustées. Malgré les représentations auxquelles peut donner lieu ce type de traitement, il arrive que certains patients soient rassurés par ce mode d'hospitalisation qui offre aussi une plus grande proximité avec les équipes soignantes.

<sup>89</sup> Les établissements privés de soins psychiatriques ne traitent pas l'urgence psychiatrique telle qu'elle peut l'être dans le public ouvert au tout venant et prenant en charge les Hospitalisations d'Office (HO). Les admissions des patients sont obligatoirement planifiées suite à l'indication d'un médecin ou d'un médecin spécialiste.

<sup>90</sup> Intitulé figurant sur le planning dont nous parlons.

<sup>91</sup> Chaque intervenant était désigné à la fois en nom propre et par rapport à sa fonction sur ce planning présenté sous forme de tableau-agenda.

<sup>92</sup> En effet, certains patients ne connaissant pas la musicothérapie peuvent être réticents à ce type de prise en charge dans un premier temps. L'indication du médecin psychiatre peut alors servir de support de discussion pour proposer au patient de faire l'expérience d'une première séance avant de prendre une décision. Par ailleurs, l'état clinique d'un patient lors de son admission ne lui permet pas toujours de pouvoir s'impliquer directement dans une activité thérapeutique quelle qu'elle soit. Certains ont besoin d'un temps d'adaptation, voire d'un temps d'acceptation de leur hospitalisation. Rester à l'écoute de leur évolution clinique peut alors permettre de saisir le moment opportun à un début de prise charge.

séance initiale, nous approchions le patient par le biais d'une sorte de *bilan psychomusical*<sup>93</sup> que nous avons adapté pour évaluer la relation du patient au sonore et à la musique, tout en laissant place à d'autres formes d'échange avec ce dernier. En effet, en psychiatrie certains patients ne sont pas obligatoirement disponibles pour suivre le protocole d'écoute que prévoit le bilan *psychomusical* tel que nous l'avons défini en note de bas de page. Nombre d'entre eux arrivent dans une première séance avec un besoin d'évacuer verbalement certains ressentis ou en se précipitant vers les instruments de musique pour les utiliser comme un moyen de catharsis. Par exemple, une patiente qui était très désinhibée dans les lieux communs de la clinique a pu nous être indiquée par l'équipe soignante du service où elle était hospitalisée. En arrivant en musicothérapie, elle s'est directement dirigée vers un djembé sur lequel elle a déversé une certaine énergie avant d'explorer les xylophones avec des mailloches. Suite à ce premier contact avec les instruments de musique elle s'est assise sur un fauteuil et en est venue à parler de son jeu musical relativement bruyant et chaotique qui a fini par la mettre mal à l'aise. Ses verbalisations l'ont conduite à dire « *si en psychiatrie je ne peux pas être folle, alors où est-ce que je peux l'être !* ». En effet, les propos de cette patiente peuvent se révéler relativement légitime. Mais ce commentaire de sa part l'a aussi amenée à interroger son comportement dans la clinique et lui a permis de regagner le service de soins dans lequel elle était hospitalisée dans une toute autre attitude.

Un établissement de soins psychiatriques constitue aussi un terrain sur lequel se rencontrent de nombreuses situations de communication interpersonnelle et sociale. Ce type d'institution, inscrit dans un plus vaste système qui en définit les normes de fonctionnement, se révèle déjà, par lui-même, comme un tout interactif : « *Les origines de l'ordre institutionnel se trouvent dans la typification par l'individu de ses propres actions et de celles des autres. Ceci implique qu'on partage avec d'autres des buts spécifiques et des phases entremêlées d'actions, et ultérieurement, non seulement des actions spécifiques mais des formes d'action non typifiées* »<sup>94</sup>. Chacun occupe une place à la fois réelle et symbolique, plus ou moins pris au jeu de l'ambiance souvent effervescente des unités de soins, voire de l'institution tout entière,

---

<sup>93</sup> Le *bilan psycho-musical* est un outil qui a pu être défini par Jacqueline Verdeau-Paillès, neuropsychiatre et musicothérapeute qui a contribué à faire évoluer la musicothérapie en France, notamment en étant chargée de cours dans les premières formations universitaires d'Art-thérapie à l'université Paris-Descartes. Tel qu'il est proposé par cette musicothérapeute, il consiste à faire écouter une série de 10 extraits musicaux catégorisés en types de musique, suite à des expérimentations dans plusieurs groupes d'auditeurs : descriptive, pesante, affective, chaleureuse ou favorisant la communication, insolite (par rapport aux autres extraits choisis), etc. Selon elle, les verbalisations recueillies et analysées permettent alors d'évaluer la relation que le patient peut avoir avec la musique. Cf. : Verdeau-Paillès, *Le bilan psycho-musical et la personnalité*. Courlay : J.M. Fuzeau, cop., 1981.

<sup>94</sup> Berger P., Luckman T., *La construction sociale de la réalité*, Paris : Broché, 1997, p.110.

comme cela peut être souvent le cas en psychiatrie<sup>95</sup>. Et, le climat d'excitation diurne qui caractérise souvent les services sécurisés, le manque d'espace d'intimité qui leur est propre, le matériel parfois défectueux des lieux communs qu'ils proposent (canapés usés, mauvaises odeurs, poste de télévision en panne, etc.), la familiarité de certains soignants qui usent du tutoiement avec certains patients, peuvent interférer sur les manières d'être, de penser et d'agir. Alors que le retour au calme dans ces mêmes espaces peut instaurer un climat plus serein propice à l'échange et au dialogue, l'effervescence peut donner lieu à des interactions relativement virulentes, voire à des agressions physiques. Ainsi, dans l'agitation d'une unité de soins, quelle signification peut prendre le comportement du patient ? Le cadre proposé par les séances de musicothérapie peut alors parfois permettre une forme de médiation institutionnelle qui peut conduire le patient à prendre du recul sur son comportement, voire à « soulager » une équipe.

Ainsi, la première rencontre avec le patient peut être déterminante ou pas de son accroche à la musicothérapie qui, selon les configurations du dispositif, autorise la libre expression de celui-ci. Parfois, c'est aussi une occasion pour le musicothérapeute de présenter ses pratiques et de préciser avec le patient un projet : en individuel, en groupe, de l'individuel vers le groupe, en musicothérapie réceptive ou active, définir le rythme des séances, etc. Et à partir du discours de certains patients sur la musique, le choix d'un extrait peut aussi, le temps d'une écoute musicale, permettre d'amorcer une relation de confiance avec le patient, pour l'amener à pouvoir entendre d'autres musiques et lui permettre d'évoluer par cette relation. Bien sûr, il arrive que certains patients ne soient pas particulièrement sensibles à la musicothérapie. Le musicothérapeute peut alors en venir à interroger la pertinence d'une indication et en discuter avec une équipe afin, éventuellement, d'orienter le patient vers d'autres thérapies susceptibles de mieux lui correspondre (entretien avec une psychologue, atelier d'ergothérapie, etc.).

Par ailleurs, touchée par l'ambiance des services « sécurisés » où nous allons souvent chercher des patients nécessitant un accompagnement, nous avons pu y mettre en place des séances de groupe s'adressant à ceux plus fragilisés, souvent davantage isolés. Nous intervenons dans l'un de ces services une fois par semaine, ayant en charge un groupe de patients souffrant de pathologies très lourdes (démences, pathologies de l'involution, psychoses). L'activité de ce

---

<sup>95</sup> En effet l'admission d'un ou plusieurs patients en même temps dans un service, la décompensation d'un patient en particulier, une fugue, un décès, etc. sont autant d'événements qui peuvent provoquer de l'agitation dans une unité de soins.



groupe se déroulait dans un salon communiquant par une grande porte vitrée avec le hall de l'unité de soins. Soignants, patients, personnels techniques et administratifs extérieurs au service ainsi que visiteurs pouvaient ainsi plus ou moins voir ou regarder ce qui se passait en musicothérapie. Parfois accompagnée par l'équipe du service, nous allions jusqu'au lit du patient pour l'aider à se lever s'il souhaitait participer à l'activité, alors que d'autres, plus autonomes, attendaient avec impatience la séance. Dans ce service, nous avons sollicité plusieurs fois une patiente, mais en vain. Un jour, celle-ci décide d'elle-même de se joindre au groupe tout en restant en retrait, ne répondant pas aux consignes de jeux musicaux lancées<sup>96</sup> par la musicothérapeute. Pendant la séance, nous l'observons sans insistance du regard. Elle reste plutôt figée. Son attitude donne une impression de bizarrerie que nous pouvons aussi mettre en lien avec sa pathologie ou les effets de son traitement médicamenteux. Puis, de façon inattendue, elle quitte la séance sans un mot. Quelques jours plus tard, alors que son état clinique lui permet une certaine liberté d'aller et venir dans l'établissement, elle vient jusque dans notre bureau situé à l'autre bout de la clinique. Elle frappe à la porte puis entre, tenant en main une carte postale qu'elle nous tend en s'approchant : « *c'est pour vous* ». Sur cette carte, elle avait écrit d'une main maladroite « *Merci pour tous ces gens... Ils ne peuvent pas vous le dire* ». Ainsi son expérience de la musicothérapie l'avait mise suffisamment en confiance pour qu'elle ose venir d'elle-même en séance et qu'elle revienne nous voir. Par la suite, de manière très ponctuelle, elle a tenté de revenir dans le groupe, sans pouvoir y rester. Malgré ses efforts, elle n'a jamais pu s'impliquer dans un suivi en musicothérapie. Mais une autre forme de relation, peut-être tout autant thérapeutique pour elle, a pu continuer avec cette patiente. Au gré de nos rencontres dans l'établissement, elle s'approchait souvent pour échanger un bonjour ou un sourire. Souvent, la communication verbale ou non verbale, interpersonnelle et sociale en musicothérapie, qu'elle soit de l'ordre de la parole, d'un geste ou d'un ressenti génère du sens pour les patients, y compris pour ceux qui sont les plus enkystés dans leur symptôme. En effet,

---

<sup>96</sup> Avec ce groupe, nous avons mis en place un protocole définissant plusieurs temps de la séance et permettant de stimuler les patients sur différents plans :

- Sur celui de la psychomotricité, en les invitant, en position assise, à utiliser leurs mains ou leurs pieds pour une sorte de mime relevant d'un jeu d'imitation et suivant le rythme musical qui donnait lieu à une forme de danse.
- Sur celui de la mémoire, en diffusant des musiques : chansons à texte de différentes époques qui provoquaient souvent l'émotion ou la participation active du patient qui se mettait à chanter, mais aussi musiques du monde et d'autres styles qui pouvaient venir surprendre le patient et stimuler son attention.

En fin de séance et dans la mesure de leurs possibilités, les patients s'exprimaient verbalement dans le groupe cherchant à situer leurs émotions par rapport à une période de vie, à se rassurer entre eux, à faire part de leur découverte de telle ou telle musique, etc. Les plus démunis retrouvaient parfois la force d'un regard, d'un sourire ou d'un geste permettant de repérer que leur participation bien que peu démonstrative était tout de même active. Dans ce type de séance, le musicothérapeute peut aussi être à l'écoute du groupe et saisir la dynamique qui s'y met en œuvre pour l'utiliser afin de renforcer les échanges et de favoriser ainsi la socialisation du patient.

la psychiatrie propose un univers de conditions et de pratiques où se révèle une part importante des réalités qui coexistent à l'ombre des rationalités politiques, technoscientifiques, ou institutionnelles ainsi que des modèles identitaires qui se définissent les uns par rapport aux autres, malgré la marginalisation par le système de santé, de certaines identités professionnelles. Et si l'hospitalisation dans ce secteur produit souvent un clivage entre le corps du malade (son aspect pathologique appréhendé dans ses dimensions organiques, chimiques et économico-fonctionnelle) et sa personne subjective souvent en demande d'amour et de reconnaissance, le principe éthique du soin vise, quant à lui, la création de liens là où précisément ils sont rompus ou risquent de l'être (Saillant, 2000).

Selon le type de prise en charge, le déroulement des séances peut être variable. Mais quel qu'en soit le protocole, celui-ci prévoit un temps d'accueil, un temps musical dans lequel l'écoute tient également une place importante pour le patient et un temps de parole pendant lequel il peut s'exprimer verbalement sur son expérience musicale. Communication verbale et non verbale s'articulent autour de la musique. La musique devient un objet intermédiaire ou *transitionnel*<sup>97</sup> dans la situation de communication proposée par le cadre des séances et pouvant impliquer musicothérapeute-patient-groupe, voire parfois d'autres soignants ou des étudiants<sup>98</sup>. Elle occupe la place d'un tiers symbolique. Dans ce dispositif de médiation à la fois culturel et thérapeutique, la musique joue un rôle spécifique que le psychiatre et psychanalyste Alain Didier-Weill traduit ainsi : « *la musique, l'art en général, agit au point où l'homme est divisé entre ce qui le touche et ce qu'il pense* »<sup>99</sup>. Souvent le patient se laisse prendre par le rythme musical : « *Ainsi la musique déniaise-t-elle le moi, en l'arrachant à l'innocence qui lui faisait méconnaître la poussée intime intimant à un sujet d'exister. Elle instruit le moi de ce que cette poussée n'est donc pas étrangère à cet étranger, radicalement extérieur qu'est l'Autre* »<sup>100</sup>. Le

---

<sup>97</sup> Au sens de Winnicott, *l'objet transitionnel* désigne un phénomène universel qui renvoie aux premières expériences relationnelles du sujet humain avec un objet du monde extérieur : un doudou, un morceau de tissu, etc. L'objet n'étant pas en lui-même transitionnel, c'est l'utilisation qui en est faite par le nourrisson qui lui permet de supporter l'épreuve de la séparation (avec sa mère). Celui-ci opèrerait un transfert affectif sur l'objet. Cette expérience serait fondatrice de sa relation aux objets du monde extérieur et aux autres. Dans la suite de son développement, d'autres objets se substitueraient à cet objet initial en permettant à l'enfant, puis plus tard à l'individu de se construire un monde d'objets dans lequel le champ de la culture peut prendre valeur d'aire d'expérience. Cf. : Winnicott D.-W., *Les objets transitionnels*. Paris : Payot, Rivages, 2010, [1951].

<sup>98</sup> En effet, nous avons eu l'occasion de recevoir de nombreux étudiants relevant de différentes formations pendant notre expérience professionnelle : des étudiants en musicothérapie, en art-thérapie, mais aussi des élèves infirmiers souvent surpris du comportement des patients dans les séances. Ces rencontres en dehors du cadre de l'unité de soins dans laquelle ils effectuaient leur stage pouvaient les conduire à exercer un autre regard sur le patient reconnaissant des potentialités créatives, esthétiques et sociales qui avaient pu être mises en œuvre dans les séances.

<sup>99</sup> Didier-Weill A., *Les trois temps de la loi*. Paris : Seuil, 1995, p. 19.

<sup>100</sup> Ibid., p. 247

patient devient alors acteur du dispositif, répondant à la « *pulsion invoquante* » de la musique par une « *transmutation subjective qui renverse, et chaque fois de façon aussi renversante, [sa] position de sujet entendu en sujet entendant* »<sup>101</sup>. Par l'idée de cette *transmutation subjective*, la question de la musicothérapie porte autant sur le pouvoir agissant de la musique que sur ce que le patient fait de la musique et qui implique une réflexion sur ce que le musicothérapeute fait dans cette relation. Un questionnement qui est à resituer bien entendu par rapport à la conception d'un processus thérapeutique impliquant la grande diversité d'acteurs dont nous parlions plus haut.

### 3.2 Des représentations émergent de la recherche sur la musicothérapie

Nous avons déjà pu voir que les effets de la musique et des *pratiques musicales* puis de la *musicothérapie* ont pu être interrogés de manière très relative par plusieurs médecins jusqu'au début du XXe siècle. Rappelons-nous ici des critiques de la presse populaire parisienne relayant la polémique existant sur la *musicothérapie* et l'aspect pseudo-scientifique de la médecine jusqu'à la fin du XIXe siècle qui témoigne aussi de l'état des connaissances et de la Science de cette époque. Avec le collectif regroupé autour de Jacques Jost au milieu des années 1954 et la création de l'ARATP en 1972, nous avons observé une interdisciplinarité grandissante concernant la recherche sur la musicothérapie ainsi que la dimension internationale du regard que l'on pouvait porter sur cette pratique. La mise en place des formations de musicothérapie qui signe l'amorce de son processus de professionnalisation nous a aussi permis de repérer que quelques musicothérapeutes peuvent être associés à des recherches institutionnelles. Le LabMin de l'Institut de Musicothérapie de Nantes dirigé par un pédopsychiatre nous en donne un exemple. En 2011, la mise en place du Master Arts-thérapie proposant une spécialité en musicothérapie en est un autre exemple, dans la mesure où il a peut-être permis à quelques étudiants d'accéder à la recherche. Notamment nous pouvons faire référence à une thèse soutenue en 2017 portant sur *l'évaluation clinique des processus de symbolisation dans un groupe thérapeutique à médiation sonore et musicale en psychiatrie adulte*<sup>102</sup>, menée en Sciences du mouvement humain et codirigée par Édith Lecourt.<sup>103</sup>

---

<sup>101</sup> Ibid., p. 448.

<sup>102</sup> Cf. : Falquet-Clin C., *Du son... Des sens : l'évaluation clinique des processus de symbolisation dans un groupe thérapeutique à médiation sonore et musicale en psychiatrie adulte*. Thèse de doctorat en Sciences du mouvement humain, Université Sorbonne Paris Cité, 2017.

<sup>103</sup> La page web concernant Édith Lecourt sur le site these.fr montre qu'elle a dirigé ou codirigé ces thèses soutenues en 2017. Leur année de soutenance et la discipline scientifique dans laquelle elle s'inscrit nous renvoient au partenariat entre Paris-Descartes et Paris-Diderot par lequel a été créé le Master Création Artistique.

Par ailleurs, la musicothérapie est un objet d'étude pouvant être investi par différentes disciplines scientifiques<sup>104</sup>. Citons à titre d'exemple ici la Médecine, la Chirurgie dentaire, l'Imagerie et physique médicale, la Psychologie, la Psychologie Clinique<sup>105</sup> et les Neurosciences. Ces disciplines mettent en valeur l'intérêt de la musicothérapie selon différents angles en mobilisant aussi bien des méthodes quantitatives que qualitatives ou mixtes. En effet ces recherches s'intéressent à l'évaluation de la musicothérapie à travers des études randomisées et des études de cas pour mettre en évidence les effets de la musique et la pertinence de certains dispositifs. Par exemple en médecine, la musicothérapie présente un intérêt dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire, l'approche de certaines symptomatologies anxieuses, la prise en charge de certaines formes d'autisme ou encore de certains patients en psychiatrie. En psychologie, la médiation musicale favorise l'approche des enfants présentant des troubles psychotiques, des troubles du comportement, etc. En neurosciences, une étude montre que l'apprentissage de la musique dans une approche musicothérapeutique peut être utilisé comme une aide à la remédiation de la dyslexie. Ce bref aperçu nous livre déjà des éléments sur l'évolution de la Science et de ses méthodes, renvoyant à des différences d'approches et d'utilisation de la musicothérapie et peut-être aussi à une complémentarité des méthodes pour avancer vers certains niveaux de preuve de l'efficacité de la musicothérapie.

En SIC, il existe peu de travaux sur la musicothérapie bien que celle-ci puisse inspirer quelques recherches, notamment en sémiotique de la communication. Par exemple, le numéro 193 de la revue *Communication & Langages* (2017) coordonné par Gérard Chandès est consacré à la

---

Ces établissements font aujourd'hui l'objet d'un plus vaste regroupement au sein de l'université Sorbonne Paris Cité (USPC). Source : site de these.fr, [consulté le 01 juillet 2019], URL : <https://www.theses.fr/026977540>

<sup>104</sup> Le site these.fr en donne un aperçu, notamment concernant des thèses soutenues entre 1989 et 2017 ainsi que d'autres en préparation. URL : [http://www.theses.fr/?q=musicotherapie&fq=dateSoutenance:\[1965-01-01T23:59:59Z%2BTO%2B2019-12-31T23:59:59Z\]&checkedfacets=&start=0&sort=none&status=&access=&prevision=&filtrepersonne=&zone1=titreRAs&val1=&op1=AND&zone2=auteurs&val2=&op2=AND&zone3=etabSoutenances&val3=&op3=AND&zone4=dateSoutenance&val4a=&val4b=&type=](http://www.theses.fr/?q=musicotherapie&fq=dateSoutenance:[1965-01-01T23:59:59Z%2BTO%2B2019-12-31T23:59:59Z]&checkedfacets=&start=0&sort=none&status=&access=&prevision=&filtrepersonne=&zone1=titreRAs&val1=&op1=AND&zone2=auteurs&val2=&op2=AND&zone3=etabSoutenances&val3=&op3=AND&zone4=dateSoutenance&val4a=&val4b=&type=) . [Consulté le 08 juillet 2018].

<sup>105</sup> Par exemple la thèse de Stéphane Guétin qu'il a réalisé sous la direction d'Édith Lecourt : Guétin S., *Évaluation de l'effet de la musicothérapie sur les manifestations anxieuses et psycho-comportementales chez des personnes atteintes de démence de type Alzheimer au stade léger à modéré*. Thèse de doctorat : Psychologie clinique et Psychopathologie. Université Paris-Descartes, 2009.

Et notons au passage que Stéphane Guétin est aussi une figure de la musicothérapie française. Notamment il est connu pour avoir conçu le dispositif « Music Care » auquel il a formé de nombreux soignants. Ce dispositif vise une utilisation dans le traitement de la douleur ou de l'anxiété dans certaines situations cliniques. Il a pu être évalué par quelques études randomisées auxquelles Stéphane Guétin a participé dans le cadre de projets de recherche institutionnels, notamment dans le service du Professeur Touchon, neurologue spécialiste de la maladie d'Alzheimer au CHU de Montpellier jusqu'en 2014.

sémiologie des environnements sonores. Dans ce dossier, Gérard Chandès propose un texte d'introduction où il fait référence à la musicothérapie pour illustrer son propos sur « *Ce que le son nous fait* ». Notamment, il se rapporte à des études menées en neurosciences pour relever : « *La résonance acoustique engendre une résonance empathique, principe exploité dans les ateliers thérapeutiques destinés à l'amélioration des facultés de communication sociale de personnes affectées de déficits cognitifs, innés ou acquis, avec ou sans traits autistiques.* »<sup>106</sup>. En ce sens, la sémiotique de la communication apparaît comme une voie possible d'étude de la réception de la musique par les patients pris en charge en musicothérapie. Gérard Chandès va plus loin dans une contribution à un article publié en 2017 dans la revue *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie* intitulé « Efficacité de la musicothérapie sur la résilience dans la maladie d'Alzheimer ». Dans cet écrit qui fait référence à plusieurs méta-analyses mettant en évidence les effets positifs de la musicothérapie sur un grand nombre de patients, il propose de reconnaître les suites de sons comme des icônes ou des signes susceptibles de faire sens chez les sujets souffrant de la maladie d'Alzheimer : « *La musique restaure une symbolique complexe, renvoyant à une ambiance ou à des événements rattachés jusque-là enfouis ou séquestrés dans la mémoire.* »<sup>107</sup>.

Nous trouvons aussi des travaux sur l'art-thérapie que nous pouvons mettre en lien avec la musicothérapie. Notamment, Élise Vandeninden qui a publié plusieurs articles dans des revues de la discipline s'intéresse aux usages professionnels de la *médiation* dans les pratiques de l'art-thérapie en psychiatrie. Ses travaux relèvent la malléabilité de la médiation en art-thérapie. En effet, le dispositif art-thérapeutique permet l'enchevêtrement de différentes médiations favorisant à la fois la traduction des maux du patient et jouant le rôle d'un intermédiaire dans la relation thérapeutique, qui engage une altérité plurielle (thérapeute, équipe soignante, autres patients) pouvant se prolonger à l'extérieur de l'institution. Avec cette « plasticité » du dispositif qui fait écho à celle éprouvée en musicothérapie, le processus art-thérapeutique se met en œuvre dans de multiples situations de communication où l'art-thérapeute occupe une position intermédiaire également vis à vis des équipes avec lesquelles il travaille. Selon elle, cette posture de l'art-thérapeute renvoie aussi à la marginalité de l'artiste, valeur essentielle de sa profession qui peut jouer un rôle dans le processus thérapeutique. Vandeninden prend aussi en considération la question de la réception des dispositifs par les patients. Ce qui lui permet de

---

<sup>106</sup> Chandès G., « Introduction. Ce que le son nous fait ». *Communication & Langages*, n° 193, 2017/3, p. 31.

<sup>107</sup> Thomas P., Chandès G., Hazif-Thomas C., « Efficacité de la musicothérapie sur la résilience dans la maladie d'Alzheimer », *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 2017, p. 303.

leur attribuer trois finalités : thérapeutique, artistique et institutionnelle, pouvant aussi être relatives aux espaces traversés par le patient dans l'institution pour se rendre dans un atelier, qui agissent comme des *marqueurs*<sup>108</sup> du cadre de l'art-thérapie. Cette notion d'espace nous permet de souligner ici l'intérêt de celui qui se crée dans l'intimité du patient pendant l'écoute musicale et qui nous rappelle ici la spécificité de la musicothérapie, par rapport à la *pulsion invoquante* de la musique dont parle Alain Didier-Weill. Par ailleurs, Vandeningen observe aussi une diversité de pratiques en art-thérapie pouvant être en lien non seulement avec le parcours de formation suivi par l'art-thérapeute mais aussi avec l'obédience dont il se réclame (psychanalyse, systémique, psychothérapie institutionnelle, etc.) et qui peut poser différemment la question du sens attribué aux pratiques et générer une réflexivité manquant parfois de références théoriques (Vandeningen, 2009 ; 2010 ; 2015). Une diversité qui fait écho à celle pouvant être rencontrée parmi les praticiens de la musicothérapie.

D'autres travaux, par exemple ceux de Mylène Costes portent sur le *dispositif de médiation culturelle au sein du programme « Culture à l'hôpital »*<sup>109</sup> et nous ramènent à notre questionnement sur les représentations de la musicothérapie<sup>110</sup>. Pour elle, ce type de dispositif positionne *l'artiste comme « passeur »* investi d'une *mission citoyenne* qui n'empièterait pas sur des territoires déjà institués, l'accent étant mis sur l'aspect culturel de ses interventions et non pas sur le soin (Costes, 2010). Ce dispositif favoriserait la médiation institutionnelle aussi bien vis-à-vis des personnels soignants que des personnes soignées, pour qui le cadre du dispositif modifierait *les traditionnels rapports de pouvoir établis par le cadre hospitalier*. Selon elle, en art-thérapie *« dans la majorité des cas c'est un infirmier diplômé en art-thérapie qui assure l'atelier. Le comportement et les productions des patients y sont systématiquement soumis à l'analyse car leur participation est intégrée dans un protocole de soin »*<sup>111</sup>. Une assertion qui questionne plusieurs choses : 1) quelle est l'origine socio-professionnelle des praticiens de la musicothérapie et/ou des art-thérapeutes sur le terrain professionnel ? 2) En

---

<sup>108</sup> Terme emprunté à Erving Goffman. Cf. : Goffman E, *Les cadres de l'expérience*. Paris : Éditions de Minuit, 1991, [1974].

<sup>109</sup> Cf. : Costes M., *Atelier culturel et hôpital psychiatrique : enjeux et retombées d'un dispositif de médiation culturelle au sein du programme « Culture à l'hôpital »*. Thèse de doctorat en Sciences de l'Information et de la Communication, Université d'Avignon et des pays de Vaucluse, 2010.

<sup>110</sup> Rappelons ici que nous avons déjà fait référence au dispositif « Culture à l'hôpital » dans le paragraphe 1.1 de ce chapitre pour expliquer la forme de partenariat dont il résulte entre Ministère de la Culture et de la Communication et Ministère de la Santé.

<sup>111</sup> Costes M., « L'atelier culturel en hôpital psychiatrique : un « cadre modalisé », objet de détournements par le personnel soignant ». *Études de communication*, 39 | 2012, p. 204.

fonction de son origine socio-professionnelle que devient la position intermédiaire de l'art-thérapeute (ou du musicothérapeute) vis-à-vis des équipes avec lesquelles il travaille et de la forme de « marginalité » qu'il véhicule, pouvant jouer un rôle dans le processus thérapeutique ? Par ailleurs, Mylène Costes précise que le dispositif « Culture à l'hôpital » peut faire l'objet d'un détournement d'usage par les soignants qui reconnaissent l'utiliser pour leurs propres projets, d'ordre thérapeutique ou socio-thérapeutique, précisant aussi l'avantage qu'il présente pour l'obtention de financement (Costes, 2015). Aussi, avec ce type de dispositif qui semble fragiliser quand même les frontières du soin, quel territoire investir pour les musicothérapeutes ou les art-thérapeutes ?

Ce deuxième chapitre de la thèse, nous a permis de préciser notre objet d'étude, à savoir les représentations de la musicothérapie, en le situant par rapport à des éléments socioculturels et historiques qui conduisent à repérer l'introduction des *pratiques musicales* dans les milieux hospitaliers depuis le Moyen-Age et à l'émergence de la *musicothérapie* dans le milieu médical de la fin du XIXe siècle. Avec notre paragraphe sur le processus de professionnalisation de la musicothérapie, les représentations de la musicothérapie renvoient à une grande diversité de parcours et de praticiens que nous aurons à explorer dans la recherche pour mieux comprendre la façon dont ces représentations s'actualisent dans notre société contemporaine. Et nous pouvons déjà relever ici que la musicothérapie prend plutôt la forme d'une spécialité ou d'un objet d'étude relatif à un parcours de formation ou une discipline scientifique que d'une discipline en soi : « *Construire un objet scientifique, c'est, d'abord et avant tout, rompre avec le sens commun, c'est-à-dire avec des représentations partagées par tous, qu'il s'agisse des simples lieux communs de l'existence ordinaire ou des représentations officielles, souvent inscrites dans des institutions, donc à la fois dans l'objectivité des représentations sociales et dans les cerveaux. Le préconstruit est partout* »<sup>112</sup>.

Avec la *musique* et la notion de *thérapie*, nous avons pu établir des liens avec la recherche en SIC qui contribuent à la construction de notre objet de recherche en posant des points de repères théoriques notamment par rapport à la notion de *médiation* et à sa complexité. En effet, l'approche communicationnelle de cette notion, que nous avons précisée avec la recherche sur l'art-thérapie a pu permettre de situer différentes utilisations possibles de la musique et de comprendre la musicothérapie en tant que dispositif permettant l'enchevêtrement de différentes

---

<sup>112</sup> Bourdieu P., *Réponses : pour une anthropologie réflexive*. Paris : Seuil, 1992, p. 207.

médiations incluant la médiation artistique, thérapeutique et institutionnelle et convoquant la présence de praticiens formés à cette pratique spécifique.

Par ailleurs, si notre expérience de musicothérapeute nous met dans une posture particulière de « *praticien-chercheur* »<sup>113</sup> que nous avons évoquée dès l'introduction de cette thèse, elle nous a également permis de développer dans l'action une mémoire spécifique imprégnée de souvenirs sensibles pouvant servir la recherche (Blondeau, 2002). Et, le récit que nous en avons fait qui peut conduire à des formes de représentations de la musicothérapie a été également un moyen de mise à distance du terrain professionnel qui nous permettra de mieux orienter notre thèse. En ce sens, nous distinguons notre objet de recherche de celui d'autres recherches menées dans différentes disciplines sur la musicothérapie et qui donnent lieu à d'autres représentations de cette spécialité.

---

<sup>113</sup> Une position qui, rappelons-le, présente un risque de glissement vers trop de subjectivité pour la recherche scientifique.



## CHAPITRE 3 : NOTIONS ET CONCEPTS

Dans ce chapitre nous développerons les notions et concepts que nous mobilisons et que nous avons déjà pu énoncer depuis le début de la thèse, notamment dans le chapitre 1 de cette première partie concernant l'explicitation de notre problématique de recherche. Ainsi, nous précisons les notions de *représentation* et de *dispositif* qui sont des notions transversales en Sciences Humaines et Sociales (SHS) mais également des concepts cruciaux en SIC. Avec le concept de dispositif, nous reviendrons aussi sur la notion d'*acteur*, afin de clarifier l'usage que nous en ferons dans la thèse.

### 1. LA NOTION DE REPRÉSENTATION

Si la notion de *représentation* est une notion transversale en Sciences humaines et Sociales (SHS) qui renvoie à une grande diversité de définitions, les SIC considère qu'elle apparaît intrinsèquement liée à celle de communication : « *sur le plan historique, la représentation et la communication se fondent ensemble, car c'est la représentation qui instaure l'espace social au sein duquel se déroulera la communication (...). Sur le plan logique, (...) c'est la loi de la représentation qui fonde la nécessité de structures logiques pour la communication. C'est dire l'importance d'une théorie de la représentation dans une théorie de la communication* »<sup>114</sup>. Pour autant, elles s'appuient sur les approches pouvant être menées dans différentes disciplines, notamment en Psychologie cognitive, en Sociologie et en Psychologie sociale ou encore en Histoire de l'art, pour identifier différentes formes de représentations (Lamizet, Silem (dir), 1997). Ces approches rendent manifeste la complexité du paradigme représentationnel et nous met face à la nécessité d'utiliser les ressources de disciplines voisines en SHS pour clarifier la notion de représentation et pouvoir l'utiliser dans la thèse. A partir de ces éléments de définition, nous précisons différentes formes de représentation, leurs aspects formels et dynamiques, qui serviront notre approche communicationnelle des représentations de la musicothérapie.

---

<sup>114</sup> Lamizet B., Silem A. (dir), *Dictionnaire encyclopédique des sciences de l'information et de la communication*. Paris : Ellipses, édition marketing S.A, 1997, p. 476

## 1.1 Regard sur la notion de représentation en SHS : aspects formels et dimension communicationnelle

La polysémie du terme *représentation* renvoie à une diversité de signifiés, pouvant être relatifs aux différents champs disciplinaires dans lesquels ce concept a été précisé et où il trouve une légitimité pouvant être historique quant à son utilisation. Ces différentes acceptions présentent un point commun relevant toutes l'aspect dynamique, processuel ou communicationnel des représentations. Dépendantes d'approches et de conventions variables selon les systèmes d'expression, de signes et de culture, différentes formes de représentation sont mises en jeu dans de nombreuses situations de communication. Les représentations sont le produit de processus cognitifs en lien avec l'activité humaine dans sa dimension sociale et communicationnelle. Elles se définissent aussi selon différentes catégories individuelles, collectives et sociales, dont l'approche a pu être particulièrement développée dans d'autres disciplines en SHS.

### 1.1.1 De la notion de représentation en Histoire de l'art

Le *Dictionnaire de l'image* dirigé par Françoise Juhel, nous oriente vers trois acceptions du terme représentation : 1) *la représentation théâtrale ou cinématographique de l'ordre de la performance*, qui renvoie au caractère de monstration du dispositif dans lequel s'organise la communication entre des acteurs et un public ; 2) *les représentations psychiques*, de l'ordre de la perception-cognition et qui constituent un « *ensemble d'images, d'opinions et d'idées qu'on se fait du monde et de soi-même dont la nature et la structure sont déterminées par l'expérience plus des facteurs socio-culturels* »<sup>115</sup> ; 3) *les représentations de reproduction*, qui renvoient au dessin, à la peinture, à la photographie, etc. pouvant représenter des aspects du monde sensible y compris des objets qui n'existent pas : des entités abstraites ou des figures mythiques. (Juhel, 2006 : 307). En Histoire de l'art, la notion de représentation interroge toujours celles « *de vérité, de fidélité, d'authenticité, de fausseté de représentation d'un objet* »<sup>116</sup> qui conduisent à la mettre en relation avec l'idée d'interprétation. Par exemple, sur une toile de maître telle que *la Nef des fous* de Jérôme Bosch (XVI<sup>e</sup> siècle), les représentations de la folie s'organisent à partir des représentations psychiques de l'artiste, en relation avec son époque, qu'il met en scène en utilisant des éléments graphiques et des codes picturaux pour donner forme à un tableau. Sa

---

<sup>115</sup> Juhel F. (dir), *Dictionnaire de l'image*. Paris : Éd. Vuibert, 2006, p. 307.

<sup>116</sup> Ibid.

représentation de la folie produit alors, chez le spectateur, un « *ensemble de perceptions, de sentiments et d'idée qui se mue en formes visuelles* »<sup>117</sup> et qui entraînent une dialectique entre les représentations de l'artiste et les représentations de ses publics pour donner lieu à de nouvelles représentations de l'objet représenté. Les représentations opèrent comme des signes, renvoyant toujours à quelque chose d'autre, un objet réel ou imaginaire. Ce statut leur octroie une fonction de doublement ou d'interprétation de la réalité qui se traduit aussi, en histoire de l'art, par l'allégorie ou encore la métaphore. Ainsi, « *la représentation dédouble le monde par la coupure sémiotique ou la distance représentative* » qui en rend possible son interprétation, dans un espace de communication sociale structuré par les codes et les conventions inhérents au contexte socio-culturel dans lequel les représentations circulent. (Gervereau, 2006).

### **1.1.2 De la notion de représentation en Psychologie cognitive**

Les caractéristiques des représentations individuelles ont été largement explorées par la psychologie cognitive. Dans cette discipline, deux courants théoriques se distinguent. L'un dans la perspective de Jean Piaget, s'intéresse aux liens existants entre les aspects formels et la nature dynamique des représentations. L'autre, inspiré par des analogies avec le fonctionnement des systèmes informatiques, met en rapport la notion de représentation avec les théories du traitement de l'information et conduit la psychologie cognitive à réduire les représentations à des *unités minimales de représentation* (Denis, Dubois, 1976). Toutefois, influencée par la psychologie contemporaine depuis les années 1970, la psychologie cognitive tend vers une unification théorique autour du concept de *représentation*. Cette théorie s'intéresse aussi à l'activité symbolique des représentations individuelles et en définit deux formes : sensori-motrices et mentales, ces dernières pouvant être imagées ou pas (Piaget, 1926 ; Denis, Dubois, 1976 ; Gibello, 2006).

Ainsi, les chercheurs en psychologie, toutes spécialités confondues, s'accordent à l'idée de représentations individuelles initiales fondées sur les premières interactions du sujet humain avec son environnement. Ces formes élémentaires de représentation naîtraient, chez le nourrisson, de sensations proprioceptives résultant de perceptions sensori-motrices empreintes d'affects. Elles s'inscriraient dans la mémoire à court terme et agiraient sur le développement de sa structure mentale. Leur nature fondamentalement non imagée et non verbale

---

<sup>117</sup> Ibid.

s'accompagnerait « *d'émotions, de plaisir si la curiosité du nourrisson est satisfaite, de déplaisir s'il souffre ou s'il est affamé ou assoiffé, etc.* »<sup>118</sup>. A ce stade du développement du sujet humain, elles feraient l'objet des premières expériences de médiation entre un « moi » non entièrement constitué et un monde extérieur non encore radicalement autre. Permettant au sujet humain d'appréhender le réel et d'interagir avec son environnement, elles tiendraient aussi lieu de référent à la production de nouvelles représentations (Denis, Dubois, 1976). Et selon le psychiatre et psychanalyste Guy Rosolato, il serait possible d'appréhender une sorte de *trajet anthropologique* des représentations (Rosolato, 1979).

Le processus de formation de ce type de représentation semble impliquer à la fois la psychomotricité, les affects et des attributs liés à la fonction imaginaire. Il renvoie aussi à une nature dynamique des représentations qui nous apparaît, ici, nécessairement imbriquée aux processus communicationnels existant entre le sujet humain et son environnement et mettant en œuvre des formes de communication non-verbale. Ces processus joueraient un rôle littéralement « in-formant »<sup>119</sup> du développement du sujet humain. Et de par l'action qu'elles engagent pour donner lieu à leur propre création, ces premières formes de représentation sont déjà le produit d'une interprétation (un *interprétant*) qui à ce stade d'élaboration renvoie à une première forme de symbolisation.

Avec le développement du système visuel, les premières expériences de découverte du monde, de socialisation et l'acquisition du langage, de nouvelles formes de représentation, individuelles, sont produites : les représentations mentales pouvant être imagées ou pas. Celles-ci se réfèrent à un objet concret de la réalité et jouent avec la présence-absence des objets. Leur caractère individuel conduit à l'idée d'une nature interprétative des représentations, coïncidant plutôt à *l'ensemble des acquisitions d'un individu, traduites au plan de ses structures mentales* qu'à une vérité absolue de *reproduction* des objets (Denis, Dubois, 1979). Cette observation introduit la notion de relativité ou de variable dans la nature même des représentations. Considérant les opérations d'abstraction qu'elles permettent et qui introduisent le sujet humain au monde des idées, les représentations individuelles permettent une sorte de mise en scène ou de mise en récit du réel. Et, précisons ici que chaque catégorie de représentation individuelle

---

<sup>118</sup> Gibello B., « La question du fond et de la forme des représentations mentales ». *Le journal des psychologues*, n° 234, 2006, p. 46.

<sup>119</sup> C'est-à-dire intervenant dans le processus de formation de sa structure mentale.

peut faire l'objet d'une possibilité d'existence propre tout en n'excluant pas leur fonctionnement en faisceau.

Leur caractère individuel peut renvoyer à un contexte d'émergence que l'on aurait tendance à réduire à l'intimité du sujet. Mais qu'en est-il de cette notion d'intimité ? Selon le psychiatre et psychanalyste Serge Leclaire, « *L'intime n'est pas l'image que l'on se fait de l'intérieur, la métaphore que l'on peut en déduire. Il n'est pas de cet ordre, il n'est pas dans des lieux réservés, reclus (...) l'intime se situe dans l'entre deux, au minimum l'entre deux corps. Donc ce n'est pas ce qui se passe à l'intérieur, mais c'est exactement ce qui constitue le rapport à l'autre.* »<sup>120</sup>. Cette conception de l'intimité renvoie aux multiples situations de communication dans lesquelles se construit le sujet humain. Et, la communication n'est-elle pas le canal par lequel s'établit la relation entre le « moi » et le monde extérieur, servant à la fois la formation et l'élaboration des représentations individuelles et leurs projections dans les activités discursives du sujet ?

En effet, elles contiennent une composante dénotative de la signification des discours qui s'articule aux enjeux évaluatifs et affectifs connotant les productions verbales et non-verbales du sujet communicant (Denis, Dubois, 1976 : 545-546). Ainsi, qu'elles soient de l'ordre d'un éprouvé « brut », imagées ou mentales, les représentations individuelles sont mises en jeu dans les échanges sociaux. Dans ces contextes de communication, la nature « in-formante », interprétative et variable des représentations individuelles peut conduire le sujet à remettre en question sa perception et sa compréhension des objets du monde. En ce sens, à quelles formes de représentation relativement archaïques peut renvoyer l'expérience musicale lorsqu'elle est menée dans le cadre d'une séance de musicothérapie ? Quoi qu'il en soit, c'est dans un monde résolument ouvert à l'altérité qu'émerge le sens, un sens transcendant les significations personnelles. Un monde dans lequel les représentations individuelles se forment, se confrontent et se transforment à l'articulation même de l'individuel et du social, dans divers cadres ou situations de communication (Laplantine, 2003).

---

<sup>120</sup> Leclaire S., [post mortem], *Écrits pour la psychanalyse. 2. Diableries*. Paris : Seuil : [Strasbourg] : Arcanes, 1998, p. 273

### 1.1.3 De la notion de représentation en sociologie

La Sociologie qui affirme son projet scientifique dès la fin du XIXe siècle développe le concept de *représentations collectives*, notamment à partir des travaux d'Émile Durkheim, pour qui celles-ci désignent le produit de *transactions* impliquant les contenus de représentations individuelles mis en jeu dans la communication sociale. Ces *transactions* combinent l'activité discursive et l'action des individus dans le sens d'une participation à la construction des idées, des savoirs collectifs et de la réalité des groupes sociaux (Durkheim, 1898). Le groupe permet alors la confrontation des idées, des affects et la mise en question des savoirs individuels. Les objets de représentation deviennent des objets sociaux et les représentations individuelles engagées dans les rapports sociaux permettent l'émergence de représentations collectives, porteuses d'un sens commun qui propose un modèle de stabilité et d'objectivité (Moscovici, 2003).

Face à ces modèles de *stabilité* des représentations collectives, on distingue différents modes de participation des individus à la vie en groupe parmi lesquels : 1) l'*adhésion*, fondée sur la croyance et la pensée naturelle ou *naïve* ; 2) la *coopération*, que l'on retrouve dans le fonctionnement des sociétés démocratiques et qui permet aussi la critique ; 3) la *défiance* confrontant l'individu à de nombreux aller-retours entre subjectivité et objectivité (Doise, 2003). Le groupe exerce alors une contrainte sur l'individu, pouvant l'entraîner dans une forme de *perlaboration*<sup>121</sup> où s'entremêlent résistances et transformation progressive de son savoir, par approximations et approches successives. La sociologie situe ainsi la formation des représentations collectives au cœur de processus info-communicationnels participant de la construction sociale de la réalité et agissant sur la pensée et le comportement des individus tout autant que des groupes, marquant aussi l'emprise de la société sur l'individu (Danic, 2006 : 29).

Les représentations collectives sont aussi des composantes à l'origine de la constitution de toutes formes de sociétés, d'institutions et de communautés, y compris des communautés scientifiques. Elles pourraient être comparées à « *un système d'interprétations destiné à produire du sens. Sens que le groupe donne à la réalité pour, en même temps, se signifier lui-*

---

<sup>121</sup> Ce mot est un néologisme emprunté au vocabulaire de la psychanalyse. Il désigne un processus psychique par lequel le sujet humain intègre une interprétation en surmontant les résistances qu'elle peut susciter. Dans la cure psychanalytique, l'analyste, agissant comme tiers, peut en favoriser le processus. Cf. : Laplanche J., Pontalis J.-B., Lagache D., *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1981, [1967].

même dans la mesure où la perception de la réalité est simultanément une perception d'existence. Il garantit aussi une certaine stabilité de l'objet collectif d'investissement groupal, et, ce faisant, il acquiert un statut d'objectivité. »<sup>122</sup>. En ce sens les représentations collectives contiennent une dimension imaginaire. Dans leur logique de production d'objectivité, elles peuvent être mêlées de croyances et d'activité consensuelle. Elles sont empreintes d'imaginaires individuels entrelacés donnant parfois lieu à l'institutionnalisation d'une *illusion partagée*. Elles proposent ainsi un modèle de stabilité pouvant être erroné, par rapport auquel les individus sont susceptibles d'articuler leurs propres problématiques. Pouvant être favorisé par certains contextes ou circonstances, l'*imaginaire collectif* peut donner à un groupe social une force déterminante de son propre fonctionnement, de son organisation et de son existence (Giust-Desprairies, 2002 : 248). Face au risque d'un imaginaire collectif qui peut entretenir le groupe dans l'illusion, Anne Sauvageot précise qu'un univers partagé est également soumis aux stimulations de *péripéties culturelles* pouvant entraîner le collectif dans une dynamique à la fois projective et réursive, susceptible de se nourrir de nouvelles références culturelles ou scientifiques. Cette possibilité n'exclut pas certains risques interprétatifs mais présente aussi une possibilité d'évolution pour le groupe (Sauvageot, 1987).

Pour la sociologie, les représentations collectives exercent une contrainte sur les individus, notamment par le biais des institutions : « *l'institution est un acte de magie sociale qui peut créer la différence ex nihilo, ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, exploiter en quelque sorte des différences préexistantes* »<sup>123</sup>. Quelle que soit leur nature (religieuse, corporatiste, politique, etc.), les institutions véhiculent des représentations collectives qui forment des systèmes positifs de valeurs morales qu'elles assument au titre de valeurs collectives ayant une fonction essentielle de socialisation. Ainsi, par l'action conjuguée de nombreux acteurs en présence, les institutions surgissent du réel de la société et des communautés et trouvent leur légitimité en activant un imaginaire social qui instaure également des relations symboliques de pouvoir et d'autorité entre les individus tout autant qu'entre les groupes (Sauvêtre, 2009). Elles peuvent devenir des instruments politiques, instaurant aussi des rapports de force entre des communautés. Dans ces rapports de force, les institutions s'affirment par la voie d'une intégration sociale qui les rend légitimes : leur domination durable nécessite « *l'identification*

---

<sup>122</sup> Giust-Desprairies F., « Représentation et imaginaire ». In Barus-Michel J., Enriquez E., Lévy A., *Vocabulaire de psychosociologie*. Ramonville-Saint-Agne : ERES, « Hors collection », 2002, p. 248.

<sup>123</sup> Bourdieu P. « Les rites comme actes d'institution ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 43, « Rites et fétiches », 1982, p. 59.

de chacun à un ensemble de symboles et d'interprétation qui la justifie et la rend tolérable »<sup>124</sup>. Cette logique instituante apparaît au fondement de toutes formes d'institution, dans lesquelles les processus et les stratégies de légitimation jouent un rôle crucial et décisif (Jobert, Muller, 1987).

De la notion de *représentations collectives* à celle d'*institution*<sup>125</sup> qui renvoie à des modèles différenciés d'institutions plus ou moins légitimes, nous pouvons distinguer différentes formes de représentations collectives : professionnelles<sup>126</sup>, institutionnelles, scientifiques et politiques qui peuvent donner lieu à des sous-catégories de représentations, par exemple en lien avec une vision hiérarchique des normes juridiques et sociétales. Et, précisons ici que les représentations collectives sont des construits sociaux dans lesquels persiste une dimension imaginaire pouvant renvoyer à quelque chose de l'ordre de la pensée *naïve* tout autant que des idéologies politiques et des théories scientifiques. Elles peuvent donner lieu à des formes de représentation plus ou moins dominantes, créatrices d'inégalités ou de hiérarchie sociale. Pour Daniel Bougnoux, les représentations (collectives) contiennent un risque d'endoctrinement pouvant résulter d'une interprétation du réel qui vise également à toucher le plus grand nombre d'individus, notamment lorsqu'elles sont médiatisées<sup>127</sup>. En ce sens, il prône une éthique de la représentation, l'envisageant comme un objet qui ne s'impose pas, mais s'oppose, se discute et se confronte (Bougnoux, 2006).

#### 1.1.4 De la notion de représentation en Psychologie sociale

La psychologie sociale précise la notion de *représentation* à travers le concept de *représentations sociales* que Serge Moscovici définit en tant qu'*entités presque tangibles* dans la communication interpersonnelle et sociale : « Elles circulent, se croisent et se cristallisent sans cesse à travers une parole, un geste, une rencontre, dans notre univers quotidien. La plupart des rapports sociaux noués, des objets produits ou consommés, des communications échangées en sont imprégnées. »<sup>128</sup>. Pour lui, cette catégorie de représentations comprend trois

---

<sup>124</sup> Jobert B., Muller P., *L'État en action : politiques publiques et coporatismes*. Paris : PUF, 1987, p. 23.

<sup>125</sup> Nous reviendrons sur cette notion, notamment dans le paragraphe concernant la notion de dispositif, p. 85-118 de la thèse.

<sup>126</sup> Nous reviendrons sur cette forme de représentation dans le paragraphe « Regards croisés sur la notion de représentation professionnelle » de ce chapitre, p. 74-79 de la thèse.

<sup>127</sup> Nous reviendrons sur ce point dans le paragraphe « Représentations, média, médiations » de ce chapitre où nous enrichissons notre approche de la notion de représentation par rapport à quelques développements menés en SIC. Voir p. 79-84 de la thèse.

<sup>128</sup> Moscovici S., *La psychanalyse, son image et son public*. Paris : PUF, 2004, [1961], p. 39.



dimensions : 1) l'*attitude* du sujet social par rapport à l'univers du groupe auquel il appartient et dont il porte le discours ; 2) l'*information* ou le contenu du savoir qui peut être organisé selon différents degrés de cohérence ; 3) le *champ de la représentation* ou son *image* qui présente une unité hiérarchisée des éléments de la représentation pouvant inclure des affects et des jugements de valeurs. S'exprimant dans les diverses situations de communication rencontrées par le sujet social, elles tiennent non seulement lieu d'objet de référence mais aussi de valeur d'échange, produisant alors des logiques discursives et comportementales qui tendent à normaliser les relations intra groupes et à définir le champ des relations possibles entre les communautés (Moscovici, 2004).

En prolongement de ces travaux, Denise Jodelet reprend la notion de *représentation sociale* pour la préciser en tant que forme de *savoir naïf* qu'elle distingue de la *connaissance scientifique* (Jodelet, 2003 : 53). Pour elle, cette forme de représentation participe de la construction de la réalité sociale dans une perspective de double construction de sens, personnel et commun. A un premier niveau de réalité propre à l'individu, elles permettent de s'adapter à un environnement tout en contribuant à la construction de l'identité et au développement personnel. Selon un second palier de réalité propre aux groupes sociaux, elles acquièrent une valeur socialisée (partagée par un grand nombre) qui participe de l'élaboration des objets de connaissance, de la construction identitaire, du développement d'une communauté et qui caractérise les enjeux pouvant être investis dans la communication inter groupes. Les représentations sociales outrepassent ainsi le cadre de l'individu et de son groupe d'appartenance en proposant une forme de connaissance tacite du monde social dans les échanges où les savoirs individuels et collectifs sont mis en tension et contribuent à la transformation d'un savoir sociétal pouvant orienter l'action politique (Jodelet, 2003 ; Mannoni, 2010). En ce sens, Élisabeth Gardère précise que les représentations sociales remplissent une double fonction : « *en amont de l'action, celles du savoir (appréhender et comprendre la réalité), de l'orientation des conduites et enfin de construction identitaire ; en aval, elles vont permettre de remplir la fonction de justification de l'action.* »<sup>129</sup>. L'étude des représentations sociales posent alors la question des situations de communication et des contextes discursifs dans lesquelles elles sont mises en jeu : par qui ? Par rapport à quel objet ?

---

<sup>129</sup> Gardère É. *et al.*, « Co-construction d'un réseau de partenaires en recherche-action : prévention et promotion de la santé mentale des personnes en insertion socio-économique ». In Routier C., D'Arripe A. (éds.), *Communication & Santé : enjeux contemporains*. Villeneuve-d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2010, p. 56.

Dans quelle dynamique inter-groupe ? Selon quelle forme de savoir et quelle motivation individuelle ou sociale ? Dans quel but ?

Dès 1965, la psychologie sociale s'intéresse à la dimension communicationnelle des représentations sociales, en interrogeant le rôle des *réseaux de communication* dans la *fabrication* des opinions de groupe (Flament, 1965). Le contexte de communication peut aussi être déterminant du contenu d'une représentation sociale, par exemple lorsqu'il implique des catégories d'individus ayant des intérêts respectifs différents. Et, ces situations font elles-mêmes l'objet de représentations véhiculant des significations qui déterminent le positionnement des individus (Abric, 1987 : 195). Les représentations sociales peuvent également se fixer sur des objets de médiation : « *Elles circulent dans les discours, sont portées par des mots, véhiculées dans des messages et images médiatiques, cristallisées dans les conduites et les agencements matériels et spatiaux* »<sup>130</sup>. La psychologie sociale rend compte de la nécessité d'interroger la dimension communicationnelle des représentations qui ouvre aussi à la compréhension de leur dimension symbolique (Jovchelovitch, Orfali, 2005). Et les situations de communication sont autant de lieux de formation, de circulation et de transformation des représentations sociales qui en font des *phénomènes sociaux de communication* (Lalli, 2005). Ainsi l'étude des représentations sociales apparaît difficilement dissociable d'une approche communicationnelle permettant d'appréhender les situations de communication dans lesquelles elles se forment, circulent et se transforment.

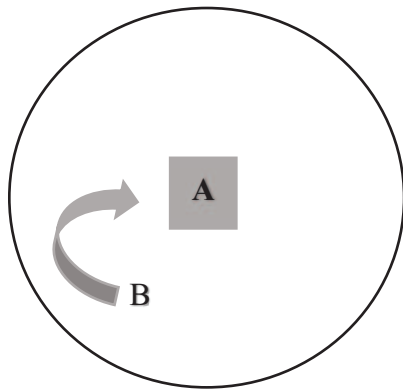
Dans une approche relativement structuraliste, la psychologie sociale s'intéresse aussi aux contenus des représentations sociales : « *il importe si l'on veut connaître, comprendre et agir sur une représentation de repérer son organisation, c'est-à-dire la hiérarchie des éléments qui la constitue et les relations que ces éléments entretiennent entre eux* »<sup>131</sup>. Dans cette logique, Jean-Claude Abric postule l'existence d'un *noyau central* de la représentation pouvant être partagé par les membres d'un même groupe social. Ce *noyau* aurait une fonction primordiale *organisante* du savoir et des valeurs se rapportant à l'objet de la représentation et serait déterminant de la signification de son contenu global (Abric, 2003). Cette approche permet ainsi d'établir une distinction entre les différents univers symboliques des groupes sociaux dont

---

<sup>130</sup> Jodelet D., « Représentations sociales : un domaine en expansion ». In Jodelet D. (dir.), *Les représentations sociales*. Paris : PUF, 2003, [1989], p. 48.

<sup>131</sup> Abric J.-C., « La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales ». In Abric J.-C. (dir), *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville-Saint-Agne : ERES, 2003, p. 59.

la rencontre autour d'un objet de représentation peut conduire à des situations complexes de communication. Pour Claude Flament, elle conduit aussi à repérer des possibilités de variables dans la dynamique des représentations sociales circulant dans un même groupe : « *des études empiriques montrent que l'on peut observer des éléments de centralité (très forte) égale quantitativement, mais qui se différencient qualitativement, certains faisant partie du noyau central, les autres non* »<sup>132</sup>. (Cf. : Fig. 1)<sup>133</sup>.



**FIG. 1.** : « *La flèche symbolise la centralité quantitative, croissant de la périphérie vers le centre ; le carré symbolise le noyau central. Les éléments A et B ont même centralité quantitative, mais A est dans le noyau et B non.* »

Ces *éléments périphériques* seraient moins stables que le *noyau central*, étant plus dépendants du contexte socio-environnemental dans lequel évoluent les individus et les groupes. Ainsi, les représentations sociales fonctionneraient de façon économique autour du noyau central. La représentation présente alors un caractère paradoxal. Sa stabilité tiendrait à une composante d'ordre quantitatif qui serait déterminante de l'organisation et de la signification de la représentation par rapport à l'idéologie et la culture d'un groupe social. Ses éléments périphériques seraient davantage en lien avec le principe de réalité expérimenté par les individus dans les situations de communication sociale où l'objet de la représentation est mis en jeu (Moliner, Vidal, 2003 ; Flament, 2003).

Si le noyau central tient lieu de *valeur sociale* qui fait tendre l'individu à privilégier une présentation de soi positive visant à valoriser son groupe d'appartenance et à préserver son identité sociale, le système périphérique, plus influençable, autorise les contradictions et les incertitudes. Ces dernières peuvent se manifester à deux niveaux possibles de communication, à l'intérieur du groupe d'appartenance ou dans les relations extra groupes, pouvant créer une faille dans le système central. Selon les contextes, cette faille permettrait la saisie d'éléments

<sup>132</sup> Flament C., « Structure et dynamique des représentations sociales ». In Jodelet D. (dir), *Les représentations sociales*, Paris : PUF, 2003, [1989], p. 227.

<sup>133</sup> Schéma et légende : *ibid.*

représentationnels étrangers et *contre-normatifs* entraînant les individus à taire cette contradiction, car elle marquerait un écart du sujet vis-à-vis des normes de son propre groupe d'appartenance, pouvant faire l'effet d'une défiance ou d'une déviance. Jean-Claude Abric nomme ces silences en termes de *zone muette* du champ de la représentation (Abric, 2003 : 75). Mis en jeu dans différents contextes de communication dans lesquels s'exprime la représentation, les éléments constitutifs de cette *zone muette* relèveraient de deux ordres distincts. L'un serait relatif à un critère de pertinence, pas obligatoirement mobilisé en toutes circonstances parce qu'en rapport avec le contexte donné, l'autre, plus insidieux, de l'ordre de l'impertinence, consistant à cacher un élément de représentation inavouable constituerait la réelle zone muette du champ de la représentation (Abric, 2003). Ainsi, si l'on peut comprendre l'occurrence *musicothérapie* comme signifiant d'une « pratique de soins », ne serait-ce que par la valeur sémantique accordée au mot, elle peut prendre diverses significations dès lors qu'elle est mise en jeu dans une situation de communication impliquant différents groupes sociaux. En effet, que signifie-t-elle en fonction de la catégorie de l'acteur et de son groupe d'appartenance ? Et à quoi renvoie l'expression « pratique de soins » ?

## **1.2 Regards croisés sur la notion de représentation professionnelle**

La notion de représentation professionnelle renvoie d'emblée à celle d'identité professionnelle. Et si à une échelle micro-méso, la présence d'un individu formé à un métier sur son lieu de travail est déjà une forme de représentation professionnelle *in situ*, cette notion est également à situer par rapport à son appartenance à un groupe professionnel ou socio-professionnel et à aux relations de ce groupe à d'autres collectifs pouvant évoluer dans le même secteur d'activité.

En effet, pour la sociologie des professions, les identités professionnelles sont des construits sociaux qui résultent de nombreuses interactions entre les trajectoires des individus et les systèmes d'emploi, de travail et de formation qu'ils traversent. Ces constructions renvoient à deux processus concourant à la production des identités socio-professionnelles : l'un biographique, relatif à l'individu, à son parcours et à sa relation au travail ; l'autre relationnel, communicationnel ou systémique, résultant des interactions entre les individus en contexte professionnel, c'est-à-dire impliquant différents groupes professionnels en situation de travail. Le contexte professionnel permet alors la mise en œuvre de processus d'identification et de différenciation qui fondent les identités professionnelles et collectives, ces dernières pouvant se rapporter à une organisation ou un secteur d'activité. Les trajectoires des individus reposent

ainsi sur les stratégies identitaires qu'ils déploient dans les institutions et que leur action contribue à transformer (Dubar, 1991).

Déjà en amont de son appartenance à une catégorie socio-professionnelle, choisir une formation et entrer dans un processus de professionnalisation confrontent l'individu à un système de représentations sociales et professionnelles préexistant qui peut être déterminant de son choix. Ce choix se définit à la fois par rapport à des critères endogènes concernant l'individu, son origine sociale (voire ethnique), son sexe, le contexte socio-culturel dans lequel il évolue, sa biographie, ses méthodes d'apprentissage et de travail, son niveau d'étude, le poids social de ce niveau, etc., et de critères plus exogènes tels les systèmes de références personnelles et sociales que convoquent les représentations professionnelles. (Vonthron *et al.*, 2011). La construction de l'identité professionnelle se met alors en œuvre dans une double perspective de sens personnel et commun dans laquelle les représentations sociales jouent aussi un rôle important. C'est à partir de ses propres représentations que l'individu se transforme au fur et à mesure, par sa rencontre avec les représentations professionnelles pour les remettre en jeu dans ses interactions avec les acteurs d'un champ professionnel donné et devenir lui-même un *représentant* de sa profession : « *L'identité est à la fois élaboration et processus en mouvement* »<sup>134</sup>. En ce sens, nous pouvons déjà nous demander ici comment le temps de présence d'un individu sur son lieu de travail contribue-t-il à l'affirmer dans son identité professionnelle et à renforcer ou pas la représentation professionnelle de la catégorie d'acteur qu'il incarne ?

La notion de *profession* appelle ici à être précisée. Selon les auteurs, elle présente des caractéristiques qui la distinguent de celle de *pratique* ou de *métier*. En effet, la logique de la pratique peut sembler exclusivement orientée vers l'agir et en ce sens elle constituerait une forme de savoir « pratique » pouvant être détaché de tout aspect théorique (Bourdieu, 1980). Mais cette distinction tend à poser question dès lors que l'on prend en considération que « *savoir c'est toujours savoir-faire et faire-savoir* » (Latour, 1996 : 134). Et les chercheurs en SIC relèvent l'intérêt de prendre en considération *l'épaisseur sociale de la pratique en construction* pour comprendre les pratiques *comme des phénomènes de signification dans des lieux sociaux spécifiques* où les individus investissent des enjeux à la fois personnels, sociaux et professionnels qui les mettent en relation avec des systèmes normés (Souchier, Jeanneret, Le

---

<sup>134</sup> Cardu H., 2008, Construction identitaire professionnelle et interaction en contexte de transition culturelle : l'étude d'un cas. *Connexions*, n° 89, 2008, p. 171.

Marec, 2003). Par conséquent, les pratiques professionnelles peuvent donner lieu à des analyses visant à objectiver l'expérience pour permettre l'émergence et l'élaboration de savoirs théoriques à partir de savoirs pratiques. Et l'analyse des pratiques professionnelles semble ne pas pouvoir se concevoir sans prendre en considération les identités en jeu et les représentations des professionnels exerçant un même métier parce qu'elles en sont des composantes qui orientent la réflexion (Gardiès, 2006).

Par ailleurs, la sociologie précise aussi quelques nuances entre les notions de *métier* et de *profession*, bien que celles-ci aient un même modèle d'origine basé sur celui des corporations qui signe l'appartenance de l'individu à une communauté et son attachement à un savoir-faire, des valeurs et des croyances. Le *métier* se définirait par l'apprentissage et la transmission d'un savoir pratique, alors que la *profession* s'appuierait sur un savoir pratique ayant fait l'objet d'une rationalisation universitaire pour être renforcé par un savoir théorique. La notion de *profession* donnerait ainsi du prestige à celle de *métier* (Bourdoncle, 2000). Selon Claude Dubar, la particularité d'une *profession* relève également de l'existence d'un mandat confié au groupe professionnel qui la représente, c'est-à-dire en lien avec une identité collective dont les membres sont identifiés par un statut leur permettant d'exercer cette activité professionnelle (Dubar, 1991).

En SIC, Cécile Gardiès note que l'aspect professionnel d'un groupe se distingue non seulement par rapport aux activités qu'il pratique et à la qualité de la formation qu'il a reçue, mais aussi par la mise en perspective de son identité collective, la recherche d'une reconnaissance à travers l'exercice professionnel, l'élaboration d'un code déontologique et une éventuelle compétition avec des groupes exerçant des activités proches (Gardiès, 2006).

Ces éléments de définition conduisent à penser la distinction entre *métier* et *profession* également du point de vue du processus de professionnalisation que mettrait en œuvre le passage du statut d'un métier à celui d'une profession : « *La professionnalisation est un processus qui affecte le plus souvent en même temps la plupart des objets. On ne peut examiner la formation sans évoquer la nature des savoirs professionnels ou les modalités de la socialisation mises en œuvre, ni évoquer l'évolution de l'activité elle-même, sans toucher aux*

*changements de statut du groupe professionnel* »<sup>135</sup>. Elle affecte à la fois, les activités, les savoirs, les personnes, les groupes ainsi que les représentations sociales et professionnelles des acteurs concernés, ce qui n'exclut pas certains conflits générationnels à l'intérieur du groupe professionnel ni des rivalités avec d'autres groupes professionnels. D'autant qu'il arrive qu'un individu puisse être porteur de plusieurs identités professionnelles (Gardiès, 2006), comme nous avons pu le voir au travers du paragraphe concernant l'amorce du processus de professionnalisation de la musicothérapie<sup>136</sup>.

Ceci étant posé, la notion de représentation professionnelle renvoie aussi aux acteurs représentant les membres d'une profession qui se posent en tant que médiateurs dans les échanges inter-groupaux pouvant participer à l'élaboration des projets sociétaux. Dans ces rapports sociaux qui dépassent le cadre des groupes professionnels, les représentations sociales des acteurs se heurtent à celles d'autres groupes pouvant être concurrents. Les échanges peuvent alors instaurer des relations de pouvoir d'où émergent des représentations sociales et professionnelles dominantes. Et, à un niveau plus global, l'action politique est elle-même influencée par ces formes de représentations dominantes. En effet ces dernières font l'objet de cadres de références qui définissent les valeurs et les savoirs de la société : « *Le référentiel d'une politique est la représentation que l'on se fait du secteur concerné ainsi que de sa place et de son rôle dans la société* »<sup>137</sup>. Les groupes sociaux concurrents sont alors susceptibles de mettre en place des stratégies organisationnelles et intentionnelles pour donner lieu, ou pas, à certaines alliances et pouvoir contribuer, voire affirmer leur participation à un système sociétal plus complexe, dans lequel se jouent leurs intérêts respectifs d'ordre socio-économique et politique.

De ce jeu entre les acteurs, il ressort une hiérarchisation sociale des représentations qui se répercute dans la structure de la société et que nous pouvons aussi situer par rapport aux différentes formes juridiques de représentations professionnelles. Par exemple, les Ordres professionnels sont des organismes uniques, de droit privé, qui disposent de prérogatives étatiques pour garantir les compétences et les principes déontologiques de l'exercice légal d'une profession. Ils la représentent auprès de l'ensemble de la société française : pouvoirs publics,

---

<sup>135</sup> Bourdoncle, R., « Autour des mots : "professionnalisation, formes et dispositifs" ». *Recherche et formation*, n° 35, décembre 2000, p. 130.

<sup>136</sup> Cf. : paragraphe « Des représentations en lien avec un processus de professionnalisation complexe », p. 32-37 de la thèse.

<sup>137</sup> Jobert B., Muller P., *L'État en action : politiques publiques et corporatismes*. Paris : PUF, 1987, p. 59.

professionnels concernés et citoyens. Ils obligent les professionnels à être répertoriés pour pouvoir exercer leurs professions respectives. Ils concernent la plupart des professions libérales (médecin, infirmier, architecte, etc.) ou encore les professions réglementées (notaire, avocat, pharmacien, etc.). Leur fonctionnement est défini par la loi et ils peuvent infliger des sanctions disciplinaires. En ce sens on peut les comparer à des institutions de l'État<sup>138</sup>.

La plupart des autres professions sont représentées par des syndicats professionnels<sup>139</sup> ou des associations. Ces organisations sont fondées sur le Droit et le Code du travail et peuvent faire l'objet d'un rattachement national, voire international. Elles ont pour mission « *l'étude et la défense des droits ainsi que des intérêts matériels et moraux, tant collectifs qu'individuels, des personnes visées par leurs statuts* »<sup>140</sup> sans obliger l'adhésion des individus. Les syndicats professionnels peuvent cibler la représentation salariale, situant leur mission par rapport à des intérêts transversaux entre plusieurs groupes professionnels. Ce type de syndicat peut être politisé, par exemple : la Confédération Générale du Travail (CGT) ou la Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT). On trouve aussi des syndicats patronaux, telle la Fédération des cliniques et des Hôpitaux privés de France (FHP). Ainsi, les professionnels ne manquent pas de représentants et la représentation professionnelle est encline elle-même à se professionnaliser. Cette professionnalisation des représentants professionnels tend parfois à les éloigner des préoccupations quotidiennes des salariés et il peut arriver que certains d'entre eux ne se reconnaissent pas dans le discours porté par les syndicats professionnels (Olivesi, 2014). Et, Daniel Bounoux relève : « *Notre démocratie politique et sociale est ainsi fondée sur une cascade sophistiquée de délégations, par lesquelles les acteurs de base s'absentent dans leurs représentants comme la chose dans son signe.* »<sup>141</sup>.

Les syndicats professionnels peuvent également cibler la représentation d'une profession en particulier, par exemple le Syndicat national des psychologues ou encore la Fédération Française de Musicothérapie (FFM), pour contribuer à la défense d'une profession, de son

---

<sup>138</sup> Source : Site « vie publique.fr », [consulté le 30 août 2016], URL : <https://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/juridiction-administrative/juridictions-speciales-matiere-professionnelle/que-sont-instances-juridictionnelles-ordres-professions-medicales-paramedicales.html>

<sup>139</sup> Ce qui n'exclut pas que les professions rattachées à un ordre professionnel puissent également être concernées, par exemple : le Syndicat national des Avocats.

<sup>140</sup> Source : site Legifrance.gouv, [consulté le 30 août 2016], URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006170154&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20010219>.

<sup>141</sup> Bounoux D., « IV / Acheminements du sens ». *Introduction aux sciences de la communication*. Paris : La Découverte, 2001, p. 38.



indépendance de fonctionnement et exercer un droit de tendance auprès des pouvoirs publics. Toutefois, initiés par les membres d'une profession qui en fixent les objectifs et le fonctionnement, les syndicats professionnels regroupent des identités qui peuvent être à l'origine de représentations sociales pouvant se cristalliser autour de certaines professions. Ces représentations peuvent concourir à l'affirmation d'une profession mais parfois aussi en freiner la dynamique. Par exemple, concernant la musicothérapie nous avons déjà pu faire référence à deux regroupements associatifs : l'AFM cofondée en 1980 par Édith Lecourt qui était alors psychologue et psychanalyste et la FFM créé en 2003 par François-Xavier Vrait, musicothérapeute. Et, nous pouvons déjà envisager ici que ces différentes personnalités et formes de représentation professionnelle de la musicothérapie peuvent renvoyer à différents courants de la musicothérapie susceptibles d'interférer dans la médiation politique de cette spécialité.

Ces formes plurielles de représentations professionnelles (ordres professionnels, syndicats professionnels, associations, fédérations) interrogent les logiques de communication possibles entre les groupes sociaux. Confrontant les représentations individuelles, sociales et collectives des acteurs, elles peuvent générer dissonances, malentendus, conflits d'intérêt ou rapports de force. Et si la représentation professionnelle dont le rôle global « *indépendamment de ses intérêts sectoriels ou corporatifs, est donc de contribuer à définir la manière dont une société se représente sa place dans le monde, ses valeurs fondamentales et les buts qu'elle s'assigne* »<sup>142</sup>, les diverses formes qu'elle peut prendre dessinent non seulement les contours d'une d'élite mais renvoient aussi à l'idée de clivages pouvant exister entre elles et interférer dans la médiation politique entre certaines catégories d'acteurs et les pouvoirs publics. En effet, la représentation d'une politique publique se saisit dans le rapport entre la représentation des valeurs d'une société, par exemple *la santé publique*, et les représentations sociales et professionnelles dominantes du secteur d'activité dans lequel est produit cette valeur. Ce rapport permet de structurer le champ de la politique dans lequel l'action rendue possible vise aussi à normaliser les conduites et les comportements des individus et des groupes socio-professionnels (Jobert, Muller, 1987).

---

<sup>142</sup> Jobert B., Muller P., *Ibid.*, p. 58.

### 1.3 Représentation, média et médiation

Depuis le début de ce chapitre nous avons déjà pu faire référence à plusieurs chercheurs en SIC pour préciser la notion de représentation telle qu'elle a pu être développée dans d'autres disciplines voisines et qui renvoie à l'idée d'un *phénomène de communication* émergeant des relations de l'individu avec son environnement dans différentes situations de communication. Les différents statuts individuel, collectif et social des représentations nous ont permis d'envisager la représentation en tant que *valeur d'échange* dans les relations intra et inter groupes sociaux. Et avec la notion de représentation professionnelle, nous avons pu faire référence au rôle des représentations dans la médiation politique. Prenant en considération les phénomènes de publicisation de la musicothérapie, que nous avons pu observer sur le terrain de la recherche et qui parfois semble freiner son développement, dans ce nouveau paragraphe nous reviendrons sur cette notion en la mettant en lien avec deux figures de la communication : la médiatisation et la médiation.

Selon le *Dictionnaire encyclopédique des sciences de l'information et de la communication* (Lamizet, Silem (dir.), 1997), la notion de représentation se précise par le biais de quatre types de représentation : théâtrale, collective, sociale et formelle qui renvoient à différentes logiques de communication : *spectaculaire, institutionnelle, formelle, symbolique*. Dans nos sociétés occidentales, la représentation théâtrale se rapporte à un rituel antique instaurant une instance de *médiation dans l'espace social* et organisant une forme de communication entre des acteurs en représentation et des publics situés hors de la représentation, mais impliqués dans le champ de communication de la représentation. En ce sens, c'est dans l'espace de communication sociale créé par la représentation théâtrale que la représentation devient perceptible et intelligible. De ce modèle historique découlerait l'invention de la *représentation politique* et de la *représentation institutionnelle* qui sont au fondement des sociétés démocratiques et dont les logiques de fonctionnement instaurent d'autres espaces de communication sociale (Lamizet, Silem (dir.), 1997 : 474-475).

On pourrait inscrire dans cette logique spectaculaire les *représentations médiatiques* qui renvoient à l'idée de *médiatisation* de différents formats médiatiques ou typologies de médias. En effet, les médias sont des lieux de mises en image, de mises en scène, de mises en récit ou encore de mises en texte de certaines représentations du monde. En ce sens, plusieurs chercheurs se sont intéressés aux enjeux des représentations sociales véhiculées par les médias

de masse et à l'influence de ces derniers sur les publics (Jehel-Cathelineau, 1995 ; Proulx, Bélanger, 2001 ; Marchand, 2004). La médiatisation des discours qu'ils proposent ciblant un vaste public agit comme un régulateur de l'opinion publique (Croquet, 1998). Et malgré différentes attitudes possibles des publics, les médias de masse gardent une certaine emprise sur ces derniers, pouvant être relative au traitement médiatique de l'information qu'ils proposent (Marchand, 2004). Prenant le pas sur des médiations plus traditionnelles comme l'Histoire ou la transmission, les médias ne se contentent pas de transmettre l'information, ils l'interprètent et l'amplifient modifiant ainsi le réel d'un public qui tend à se massifier (Bougnoux, 2006). Ils sont aussi des outils de médiation pouvant influencer nos propres représentations, ce qui met en œuvre une tension conflictuelle entre médiatisation et médiation, notamment par le biais d'une *décentration argumentative* (Brousteau, 2008). Pascal Marchand précise l'influence des médias sur les comportements humains selon trois types d'effets : direct et immédiat, direct et différé ou encore indirect. Il explicite par : « *l'impact de la violence médiatique ne semble pas tant à rechercher dans le développement des comportements agressifs que dans la représentation que les gens construisent avec cette violence* »<sup>143</sup>. A l'instar de Nadège Brousteau, il relève que les médias pratiquent plus volontiers le développement d'une argumentation consensuelle médiane que le débat d'idées, ce qui renforcerait plutôt des attitudes et des conduites déjà établies plutôt que d'en instaurer de nouvelles (Marchand, 2016). Et, parmi les représentations médiatiques ou médiatisées notons la place particulière qu'occupe la *représentation politique* dans les médias. Le contrat de communication avec les publics que propose la représentation politique médiatisée tend à les persuader d'un consensus idéologique concernant une connaissance des affaires publiques qui reflète aussi un état de relations entre des acteurs (Beauvois, 2005 ; Marchand, 2016). Et la médiatisation du discours politique renvoie à la mise en représentation d'un discours identitaire destiné à persuader et à convaincre qui tente de dominer l'espace public pour y exercer une forme symbolique de pouvoir (Lamizet, 2016).

Par ailleurs, les logiques institutionnelles renvoient à une communication publique qui dispose aujourd'hui de nombreux moyens, intégrant les technologies numériques, pour entretenir des échanges ponctuels entre les institutions et les usagers, selon une logique unilatérale hiérarchique institutionnellement dominante. Par exemple, les campagnes de communication

---

<sup>143</sup> Marchand P., « Représentations sociales et médias ». In Lo Monaco G., Delouée S., Rateau P. (dir.), *Les représentations sociales. Théories, méthodes et applications*, Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur s.a., 2016, p. 382.

ou encore certains documents de référence pouvant être utilisés dans divers domaines d'activité touchent un plus vaste public via internet. Ils sont des moyens susceptibles de mettre en œuvre des stratégies de diffusion de valeurs visant aussi à légitimer et instituer de nouvelles normes sociétales. Et la communication publique qui répond à une logique spectaculaire de mise en scène de l'État permet à ce dernier de s'affirmer en tant qu'acteur de la vie publique. Par là-même, elle se révèle en tant qu'instrument politique (Gentès, 1996 ; Bessières, 2009 ; Ollivier-Yaniv, 2013 ; De Oliveira, 2017). En ce sens, la notion de représentation interroge aussi les modes d'expression des documents textuels qui contribuent à la communication publique dans les environnements numériques (Chaudiron, 2007). Et dans leurs contenus, les représentations sociales des acteurs s'articulent aux mondes lexicaux qui circulent sur les sites web des institutions françaises (Ratinaud, Marchand, 2015).

La notion de représentation qui fait écho à celle de *representamen* développée par Charles Sanders Peirce<sup>144</sup> en sémiotique de la communication, pose alors des logiques communicationnelles doublement problématiques. D'un point de vue *formel* qui peut coïncider avec les différents formats de mise en récit des discours médiatisés, les représentations interrogent la conformité des objets qu'elles représentent, pouvant être relative à un système de représentation en particulier. Par exemple, nous pouvons être interpellés par la fonction du cadrage aussi bien face à la retransmission télévisée des discours politiques, généralement mis en scène par les acteurs directement impliqués et les médias, que face au contenu d'un document diffusé sur le site internet d'une institution qui pose un cadre d'énonciation. En effet dans ces configurations, il persiste quelques tensions entre médiatisation des discours et médiation dans laquelle les publics occuperaient une place de tiers symbolique entre les acteurs politiques ou institutionnels et les médias : « *l'exercice de la médiation dans les médias français reste une activité rare* »<sup>145</sup> qui renvoie aussi à une certaine opacité du politique. Les situations de communication dans lesquelles les représentations sont mises en jeu questionnent également le système de valeur par lequel les publics appréhendent la signification de l'objet représenté et qui les positionne en tant qu'interprètes des images et des discours. Elles interrogent les *logiques sémiotiques des représentations* pouvant se mettre en œuvre à travers différentes formes et formats médiatiques, qui se complexifient avec les technologies numériques. En effet,

---

<sup>144</sup> Cf. : Peirce C.-S. (1839-1914), *Écrits sur le signe*. Charles S. Peirce. Rassemblés, traduits et commentés par Deledalle G. Paris : Seuil, 1978.

<sup>145</sup> Bernier M.-F., Romeyer H., *France 2 et Radio-Canada : deux conceptions de la médiation*, [mis en ligne le 09 janvier 2006], URL : <https://lesenjeux.univ-grenoble-alpes.fr/wp-content/uploads/2018/12/03-2005-Bernier-Romeyer.pdf>. [Consulté le 17 août 2018].

si l'on considère internet comme un média dans lequel circule de nombreuses informations et qui tend à s'inscrire parmi les médias de masse, nous pouvons repenser la question de cette distinction entre médiatisation et médiation en lien avec les configurations des situations de communication permises par les dispositifs numériques. Celles-ci conduisent à repérer la visibilité de nombreux acteurs, ayant pu exister jusque-là en retrait de l'espace public, qui investissent désormais internet. C'est le cas des acteurs de la musicothérapie comme nous avons déjà pu y faire référence depuis le début de la thèse. Avec cette mise en visibilité qui peut renvoyer à des effets de publicisation, il s'agit également de « *cette dimension spécifique de l'agir qui, partant d'un vécu de l'invisibilité ou de la dépréciation symbolique, déploie des procédés pratiques, techniques et communicationnels pour se manifester sur une scène publique et faire reconnaître des pratiques ou des orientations politiques* »<sup>146</sup>. En ce sens, la présence numérique devient un élément central des stratégies d'acteurs, y compris ceux pouvant se positionner en tant que médiateur vis-à-vis de certaines questions ou conflits sociaux. Et, la communication numérique instaure de nouvelles modalités d'échange et de partage reposant la question du vivre ensemble dans un nouveau contexte investi par les acteurs sociaux (Merzeau, 2009). Elle répond à la volonté de construire une mise en visibilité qui contribue, dans la forme de renouvellement de l'espace public que propose internet, à tenter d'établir des relations entre individualités, représentations et sociabilités (Gadras, 2012).

Par ailleurs, internet permet d'observer de nombreux objets et formats médiatiques dont la circulation semble être renforcée par les technologies numériques. Et la particularité des médias numériques, auxquels on accorde des valeurs culturelles, symboliques et sociales qui changent aussi les rapports avec les publics, donne lieu à des *variations médiatiques* qui ne sont pas obligatoirement propres au numérique mais qui contribuent à faire varier certaines représentations (Bonaccorsi, Flon 2014). Ainsi, le contexte numérique repose la question de la dynamique des objets médiatiques et des représentations qu'ils véhiculent par rapport aux usages des technologies numériques. Il peut conduire à observer des agencements, à contextualiser les variations d'une représentation en déconstruisant les stratégies des acteurs qui diffusent certains contenus, pour voir émerger un sens entre les différents traitements d'un même objet de représentation. Et, « *Considérer les activités d'information et de communication médiatisées impliquant des processus de conception, de circulation, de réécriture et de diffusion répond ainsi au projet de décrire et comprendre certaines figures de variation non seulement*

---

<sup>146</sup> Voirol O. « Les luttes pour la visibilité. Esquisse d'une problématique », *Réseaux* 2005/1, n°129-130, p. 108.

*formelles, mais aussi sociales et instituant*es »<sup>147</sup>. Des figures de variation également susceptibles d'engager des opérations de transformation sémiotique des représentations de la musicothérapie ou encore de jouer un rôle dans la médiation documentaire sur le sujet : « *parmi ses différents rôles, la documentation doit se faire l'interprète de messages qu'elle prend en charge à différents stades de leur élaboration et de leur diffusion, tout en tenant compte de la variété et de la variabilité des contextes de restitution* »<sup>148</sup>. Une variabilité des contextes de restitution qui renvoie aussi à celle des contextes de réception des objets médiatiques.

En précisant la notion de représentation tout au long de ce paragraphe, nous avons accordé un intérêt particulier aux apports de la sociologie et des spécialités de la psychologie, notamment en nous référant aux représentations collectives, qui nous ont également permis de préciser la notion d'institution que nous mobiliserons plus loin concernant l'identification des acteurs de la musicothérapie, et à la théorie des représentations sociales qui nous servira, en partie, dans l'analyse du corpus. Et il semble important de relever ici que cette théorie a aussi des conséquences méthodologiques qui ne nous apparaissent pas antinomiques de notre approche communicationnelle des représentations de la musicothérapie, d'autant que la psychologie sociale s'intéresse aussi à la dimension communicationnelle des représentations sociales. En effet, les SIC visent également à situer les acteurs et leurs discours par rapport aux différents contextes et cadres d'énonciation dans lesquels les représentations sociales se forment, circulent, se transforment, et qui permettent de comprendre l'organisation du contenu d'une représentation ainsi que son sens pour une catégorie d'acteur en particulier.

Nos quelques détours par des disciplines voisines en SHS nous ont également conduite à mettre en lien la notion de représentation avec la recherche en SIC pour mieux identifier différentes formes de représentation qui nous serviront dans la recherche : représentations individuelles, collectives, institutionnelles, scientifiques, politiques, sociales, professionnelles ainsi que médiatiques et symboliques. Nous aurons à situer ces formes de représentations, non seulement par rapport à la catégorie de l'acteur mais aussi en prenant en considération les relations d'interdépendance qu'il entretient avec d'autres acteurs, la nature des dispositifs qu'il utilise, dont les agencements peuvent instituer des formes de communication et de relation aux objets

---

<sup>147</sup> Bonaccorsi J., Flon É., « La « variation » médiatique : D'un fondamental sémiotique à un enjeu d'innovation industrielle », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, 2014/2 (n° 15/2), p. 5.

<sup>148</sup> Régimbeau G., *Le sens « inter-médiaire » : recherches sur les médiations informationnelles des images et de l'art contemporain*. Mémoire d'HDR : SIC, Université Toulouse Jean-Jaurès (Toulouse 2), 2006.

médiatiques et à leur contenu. Cette contextualisation des représentations de la musicothérapie nous permettra d'observer les logiques sémiotiques qui en découlent. Dans quel(s) contexte(s) de réception peuvent-elles donner lieu à une médiatisation de cette spécialité ? Le contexte numérique, où les représentations circulent dans un espace de communication sociale pouvant renforcer la variation médiatique, favorise-t-il la médiation entre les acteurs de la musicothérapie ? Dans ces perspectives, nous nous intéresserons dans ce qui suit au concept de dispositif que nous mobilisons aussi dans la thèse et qui participe de la particularité de notre approche info-communicationnelle des représentations de la musicothérapie.

## 2. LE CONCEPT DE DISPOSITIF

Façonnant plus ou moins la complexité des objets de la recherche en SIC, la notion de dispositif, intimement liée à l'analyse des processus info-communicationnels est également une notion transversale dans différentes disciplines scientifiques. Et si dans le langage courant le dispositif renvoie souvent à l'idée de mécanisme, prenant ainsi une dimension essentiellement technique, les SIC lui confèrent, en complément, une dimension sociale. A l'instar de Jean-Pierre Meunier<sup>149</sup> nous pouvons considérer que « *tout support de communication (film, texte, livre, multimédia...)* est un *micro-dispositif de construction de sens* »<sup>150</sup>. Toutefois, si l'on introduit le numérique, ces micro-dispositifs que l'on peut aussi comprendre comme des formats médiatiques semblent pouvoir s'emboîter à la manière d'un jeu de poupées russes ou *matriochka*<sup>151</sup>, ce qui complexifie déjà la notion de dispositif. En ce sens, les typologies de dispositifs, incluant les textes, les documents, les livres ou des formes plus complexes de dispositif sont susceptibles de générer des incidences socio-sémio-techniques dans les pratiques sociales qu'ils permettent de mettre en œuvre. Notamment ils posent des situations de communication pouvant interférer sur l'interprétation de l'information qui y circule et jouer un rôle dans la perception et l'interprétation des représentations de la musicothérapie. Ainsi, afin

---

<sup>149</sup> Jean-Pierre Meunier est professeur au Département de Communication de l'université catholique de Louvain en Belgique. Ses travaux récents portent sur la cognition et la réflexivité dans la communication et plus particulièrement dans les échanges médiés par l'image et le langage parlé, qui rétroagissent sur la pensée et la conditionne dans une certaine mesure. Cf. : Meunier J.-P., *Des images et des mots : cognition et réflexivité dans la communication*. Louvain-la-Neuve : Académia L'Harmattan, 2013.

<sup>150</sup> Meunier J.-P., 1999, Dispositifs et théories de la communication : deux concepts en rapport de codétermination. *Hermès, La Revue*. Le dispositif : entre usage et concept, n° 25, p. 89.

<sup>151</sup> Le mot *matriochka*, d'origine russe, désigne une poupée gigogne. Dans la culture de ce pays, ce jeu symbolise les valeurs de la Russie : maternité, famille, collectivisme, unité et chaleur humaine. Le mot connote ainsi une référence à la notion de *matrice* qui fait écho, chez nous, à l'une des fonctionnalités du dispositif. Source : site du Figaro, [consulté le 28 mai 2017], URL : <http://www.lefigaro.fr/culture/2015/08/03/03004-20150803ARTFIG00120-l8216histoire-secrete-des-poupees-russes-devoilee-a-moscou.php>

de mettre en perspective cette notion de dispositif par rapport à l'objet de la recherche, nous définirons plus précisément ce concept ci-après.

## 2.1 De la notion au concept de dispositif

Dans son sens le plus commun, que les SIC prennent en considération, le *dispositif* renvoie à une dimension technique, « *le composant d'un système, strictement lié à une fonction [...]* »<sup>152</sup> pouvant être mise en lien avec la technologie. En informatique, il désigne aussi les systèmes d'exploitation formés par un ensemble de programmes rendant opérationnel le dit dispositif : gestion des messages d'entrée et de sortie, stockage et lecture de fichiers, définition des modalités d'interface, etc. (Lamizet, Silem (dir.), 1997). Dans certains contextes, ce mot trouve également une acception incluant une dimension processuelle et stratégique : « *un ensemble de mesures, de moyens, disposés en vue d'une fin stratégique* »<sup>153</sup>. Il contient aussi l'idée d'une potentialité pratique ou opérationnelle (il permet de réaliser une action) et politique (il peut être utilisé dans une intention particulière visant à servir *certaines intérêts*). Yves Jeanneret relève aussi la dimension sociale du dispositif : « *dans l'analyse sociale des pratiques de communication, cette dimension technique est comprise dans le sens plus large d'une mise en ordre des signes, de relations et des pouvoirs* »<sup>154</sup>. Et, la langue française décline autour de la notion de dispositif une pluralité de locutions qui rend compte de ses caractéristiques dans de nombreuses pratiques socio-professionnelles : dispositif pédagogique, dispositif de recherche, dispositif d'information et de communication, dispositif de soins, etc.

Par ailleurs, comme le rappelle de nombreux chercheurs, la notion de *dispositif* a pu être précisée par Michel Foucault en 1975, notamment dans *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, où il montre comment la prison combine le pouvoir avec un savoir technique spécifique pour en faire un dispositif disciplinaire normalisant plutôt répressif (Berten, 1999). En effet dans son ouvrage, Foucault décrit les façons dont le dispositif pénitentiaire déploie un ensemble de moyens, de mesures, de prescriptions, de surveillance organisant l'espace et le temps du détenu, pour se révéler en tant que *mécanisme de sanction normalisatrice*. Plus précisément, c'est à travers la configuration *panoptique* d'un espace ou d'un lieu que le dispositif devient,

---

<sup>152</sup> Jeanneret Y., « Dispositif ». In Commission française pour l'UNESCO, *La « Société de l'information » : glossaire critique*. Paris : La Documentation française, 2005, p. 50-51.

<sup>153</sup> *Trésor de la Langue Française informatisé (TLFi)*, « Dispositif ». [En ligne ], URL : <http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=919181160>; [consulté le 16 mars 2017].

<sup>154</sup> Jeanneret Y., *Ibid.*, p. 51



selon lui, un instrument politique visant l'assujettissement : « *Le dispositif panoptique aménage des unités spatiales qui permettent de voir sans arrêt et de reconnaître aussitôt. En somme, on inverse le principe du cachot ; ou plutôt de ses trois fonctions – enfermer, priver de lumière et cacher – on ne garde que la première et on supprime les deux autres. La pleine lumière et le regard d'un surveillant captent mieux que l'ombre qui finalement protégeait. La visibilité est un piège. [...]. De là l'effet majeur du Panoptique : induire chez le détenu un état conscient et permanent de visibilité qui assure le fonctionnement automatique du pouvoir.* »<sup>155</sup>.

En amont de *Surveiller et punir*, dès 1961, Michel Foucault s'intéresse, sans les nommer en termes de *dispositif*, à d'autres formes de mécanismes sociaux et à leurs relations avec le pouvoir, notamment à travers son livre *Folie et déraison : histoire de la folie à l'âge classique*. Dans cet ouvrage, il cherche à comprendre le processus qui a conduit à la création de l'Hôpital général par l'Édit royal du 27 avril 1656. Pour lui, cette institution traduit une forme de dispositif d'aliénation participant de l'organisation de la société française depuis la deuxième moitié du XVIIe siècle. Désignant l'Hôpital général comme un *espace moral d'exclusion* regroupant aussi bien le *pauvre*, le *misérable*, l'*insensé* que le *détenu*, il situe la pratique de l'enfermement comme une *nouvelle réaction à la misère, un nouveau pathétique*. Selon lui, « *déchu des droits de la misère et dépouillée de sa gloire, la folie avec la pauvreté et l'oisiveté, apparaît désormais, tout sèchement, dans la dialectique imminente des États.* »<sup>156</sup>. Ainsi, à travers ces exemples de l'Hôpital général et de la prison, Michel Foucault dénonce l'instrumentalisation des dispositifs à des fins stratégiques et politiques, selon « *une même "forme mixte d'assujettissement et d'objectivation", un même "pouvoir-savoir"* »<sup>157</sup> qui seraient focalisés sur les procès de normalisation des comportements et de régulation de la société.

Alors que la dimension performative du style de Michel Foucault a pu entraîner les réactions protestataires de certains de ses contemporains<sup>158</sup>, sa réflexion sur les effets panoptiques de la

---

<sup>155</sup> Foucault M., *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris : Gallimard, 1975, p. 163

<sup>156</sup> Foucault M., *Folie et déraison : histoire de la Folie à l'âge classique*. Paris : Plon, 1961, p. 67.

<sup>157</sup> Armengaud F., « Foucault (Michel) 1929-1984 ». In *Encyclopædia Universalis*, corpus 9. Paris : Éd. Encyclopædia Universalis, 1996, p. 747.

<sup>158</sup> En référence à la controverse connue de Jacques Derrida que ce dernier exprime notamment à travers le chapitre « Cogito et histoire de la folie » de Jacques Derrida, in Derrida J., *L'écriture et la différence*. Paris : Seuil, 1967, p. 51-97. Dans ce chapitre, Derrida remet en question la façon dont Foucault affirme que la philosophie rationaliste de Descartes exclurait le concept de folie tel qu'il est proposé par Foucault. Dans cette forme de dialogue avec Foucault, Derrida participerait aussi, à son insu, à un jeu de positionnement épistémologique par rapport à son interlocuteur. Source : Angermüller J., « Catégoriser et positionner les sujets en philosophie : la controverse entre Derrida et Foucault envisagée d'un point de vue sociopragmatique ». *Argumentation et Analyse du Discours*. [En ligne], 22 | 2019. [Consulté le 18 août 2019]. URL : <http://journals.openedition.org/aad/3210>

prison peut faire écho à certains aspects des dispositifs numériques. En effet : quels sont les effets panoptiques des dispositifs numériques sur leurs usagers et quels liens entretiennent-ils avec certaines formes de surveillance, de contrôle, d'influence et de pouvoir ? La mise à disposition d'une multitude de données publiques, ou encore l'adhésion plus ou moins massive de la population aux réseaux socio-numériques (également utilisés par les acteurs politiques) sont autant de situations qui interrogent cette dimension des dispositifs numériques. La recherche en SIC apporte une réflexion critique sur les usages de ces dispositifs, soulevant des enjeux éthiques en matière de contrôle social (Carré, Panico, 2011 ; Proulx, Kwok-Choon, 2011 ; Carré, 2016 ; Paquienséguy, 2016 ; Gallot, Verlaet, 2016). A travers le cas de la musicothérapie, on peut alors se demander : comment les acteurs de la musicothérapie mobilisent-ils les dispositifs numériques pour réguler l'utilisation de cette pratique spécifique ? Et, à travers les identités numériques de ces acteurs comment se révèle l'identité collective des praticiens de la musicothérapie ?

Pour le sociologue Pierre Sauvêtre, l'institution constitue aussi une forme de *dispositif programmatique de rationalité* susceptible d'entraîner certaines confrontations et de générer des effets qui ne coïncident pas obligatoirement avec son objectif initial. Ces effets peuvent être récupérés en vue d'une utilité ou d'un sens inédit conduisant l'institution à une nouvelle rationalité dont la dynamique est portée par les idées et les intérêts de ses acteurs. Dans un système où peuvent se jouer des relations de pouvoir et de contre-pouvoir, les changements opérés viennent alors légitimer de nouvelles stratégies rationalisantes, généralement non formulées dans les programmes affichés par l'institution et qui lui servent de masque, ce qui lui assure aussi de perdurer sans être contestée. Selon lui, les approches sociologique, juridique et révolutionnaire de l'institution proposent différentes modalités de rapport pratique aux institutions : la réforme, la légitimation et le renversement, auxquels il rajoute la notion de *transformation* qu'il emprunte à Michel Foucault. Dans son propos, il explique que les processus de transformation des institutions subissent également des contraintes posées par les règles et les normes fixées par les choix politiques précédents. Appliquée aux institutions publiques, la rationalité de la prise de décision tient aux logiques propres à l'action collective et aux modalités d'influence et d'interaction qui caractérisent les relations de pouvoir dans un secteur donné de l'action publique (Sauvêtre, 2009). Par exemple, en matière de politique de santé publique, nous pouvons envisager l'influence des Ordres professionnels des médecins et

autres professionnels de santé qui sont aussi des institutions de l'État et à laquelle se rajoute le pouvoir d'expertise de la HAS devenue un acteur clé de la gouvernance du système de santé. Et bien que les cadres de référence posés par les institutions politiques puissent être soumis à certaines conjonctures obligeant à un relâchement de l'emprise institutionnelle susceptible de modifier le comportement des acteurs, pour comprendre le développement des politiques publiques, il est nécessaire de repérer les acteurs en présence, leurs idées, leurs intérêts et leurs capacités d'action qui s'appréhendent par rapport au contexte institutionnel dans lequel ils se forment, interagissent et évoluent (Palier, Surel, 2005 ; Delong, 2012).

Toutefois, si la pensée Foucauldienne connote péjorativement la notion de *dispositif*, mettant en exergue un *savoir-pouvoir* « technicisé » qui le rend opérationnel dans l'emprise des institutions sur les individus, elle interroge aussi les processus de subjectivation qui peuvent les pousser à répondre aux effets du dispositif par certaines formes de résistance. En effet, pris au jeu du dispositif, l'utilisateur peut développer des *pratiques inventives* ou des *tactiques* inhérentes à ses capacités d'adaptation, le conduisant à des formes de braconnage et de bricolage entraînant des écarts entre usages prescrits et usages effectifs (De Certeau, 1990). Selon Laurence Monnoyer-Smith, on trouve déjà chez Foucault l'idée que « *le dispositif échappe partiellement à l'intention stratégique initiale* »<sup>159</sup> de ses instigateurs. A l'instar de Gilles Deleuze qui a revisité le concept Foucauldien, elle précise que ce qui est fondamental chez l'individu relève du désir plutôt que du pouvoir. En ce sens, l'individu est capable de renverser le destin des forces assujettissantes du dispositif en s'accordant le pouvoir de son propre désir pour se resituer en tant qu'acteur central du dispositif : « *C'est bien parce qu'ils proposent une canalisation et une répression du désir que les dispositifs, sont, par essence, voués sinon à l'échec du moins à la mutation. (...) on a beau faire, hiérarchiser, énoncer, produire des lois et des institutions, des normes et des comportements, le dispositif fuit.* »<sup>160</sup>.

Alors que les travaux de Michel Foucault constituent un point de départ à l'élaboration du concept de dispositif, celui-ci a pu faire l'objet depuis de certains développements de la part de différents chercheurs. En 1999, la revue interdisciplinaire *Hermès* dirigée par Dominique Wolton lui accorde tout un numéro intitulé « Le dispositif. Entre usage et concept ». Les contributions contenues dans ce numéro abordent le concept de *dispositif* selon différents angles

---

<sup>159</sup> Monnoyer-Smith L., « Le web comme dispositif : comment appréhender le complexe ? ». In Barats C. (dir), *Manuel d'analyse du web en Sciences Humaines et Sociales*. Paris : Armand Colin, 2013, p. 18.

<sup>160</sup> Ibid., p. 22.

qui rendent également compte de sa dimension interactionnelle et en font aussi un objet de *médiation*, pouvant être à la fois matériel, technique et social : « *Ainsi, il ressort de la plupart des contributions que la notion de dispositif est avant tout perçue comme concept d'entre-deux* »<sup>161</sup>. En effet, le dispositif, y compris dans la pensée Foucauldienne, constitue un espace symbolique dans lequel différents processus communicationnels peuvent se mettre en œuvre, confrontant l'individu à une altérité radicalement autre, comme avec l'exemple de la prison. En ce sens, « *la nature essentiellement stratégique du dispositif, comme manipulation ou intervention rationnelle et concertée de rapports de forces, jeux ou enjeux de pouvoir en lien avec des types de savoir* »<sup>162</sup> peut aussi conduire l'individu à expérimenter d'autres types de relation au *pouvoir-savoir*. L'expérience du dispositif permet aussi de discerner et de discuter son propre savoir, notamment vis-à-vis de certains objets de connaissance.

Aussi à partir de ce concept d'*entre-deux* que concrétise le dispositif, nous articulons celui de *médiation* qui s'en rapproche. Dans son article « Médiation », Gérard Régimbeau cite Yves Jeanneret : « *le terme médiation désigne [...] l'espace dense des constructions qui sont nécessaires pour que les sujets, engagés dans la communication, déterminent, qualifient, transforment les objets qui les réunissent, et établissent ainsi leurs relations. Pratique qui n'est jamais, ni immédiate, ni transparente. Ces constructions relèvent à la fois d'une logistique (la médiation exige des conditions matérielles), d'une poétique (la médiation, qui n'est pas simple transmission, invente des formes) et d'une symbolique (la médiation ne fait pas que réguler, elle institue). La création et l'évolution des dispositifs médiatiques contribuent à ces processus* »<sup>163</sup>. Ce rapprochement entre dispositif et médiation ouvre à une conception du dispositif, qui dépasse une vision déterministe et techniciste pour se caractériser en SIC par une dimension socio-sémio-technique. Selon Vincent Liquète, il existe trois logiques d'interprétation du dispositif : 1) une *logique d'agencement (éléments en relation)* ; 2) une *logique analytique (médiation)* ; 3) une *logique critique (idéologique et contrôle)*<sup>164</sup>. Ces trois logiques peuvent s'imbriquer les unes aux autres pour permettre de comprendre le dispositif en tant qu'entité

---

<sup>161</sup> Peteers H., Charlier P., « Introduction. Contributions à une théorie du dispositif ». *Hermès, La Revue*, n° 25, 1999, p. 15.

<sup>162</sup> Appel V. *et al.*, « Chapitre 1. Dispositif(s) : discerner, discuter, distribuer ». In Appel V., Boulanger H., Massou L. (dir), *Les dispositifs d'information et de communication : concepts, usages, objets*. Paris : De Boeck Supérieur, Culture & Communication, 2014, p. 11.

<sup>163</sup> Dixit Yves Jeanneret, in Régimbeau G., « Médiation ». In Gardiès C. (dir), *Approche de l'Information-Documentation : concepts fondateurs*. Toulouse : Cépaduès, 2011, p. 75-114.

<sup>164</sup> Liquète V. (dir.), *Médiations*. Paris : CNRS éditions, coll. Les Essentiels d'Hermès, 2010.

matérielle créant les conditions de mise en œuvre de processus communicationnels entre des acteurs qui mettent aussi en tension les relations entre *savoir-pouvoir* et *sujet-objet*.

Elles conduisent aussi à penser le dispositif comme *actant* d'une médiation possible entre les acteurs sociaux. Rappelons ici que le terme actant emprunté aux grammairiens désigne en sémiotique « *une entité qui joue un rôle dans un processus (en gros, une action) et/ou une attribution (l'affectation d'une caractéristique, d'une propriété à quelque chose)* »<sup>165</sup>. Cette notion se distingue de celle d'*acteur* qui quant à elle désigne un être social qui remplit au moins deux rôles dans la création d'un produit sémiotique donné (par exemple un texte ou un contenu numérique), étant à la fois agent de cette production et agi par elle, dans la mesure où il en reçoit lui-même un effet. Dans ce processus, l'*acteur* se trouve à un niveau hiérarchiquement supérieur aux *actants* qu'il subsume et englobe, ne se limitant ainsi pas à un personnage même largement défini (Hébert, 2016). L'actant devient une sorte de « partenaire » de l'acteur pouvant être un objet, un être, une chose, active ou passive, qui a un titre quelconque et de quelque façon que ce soit participe au procès de la signification d'un produit sémiotique. Dans une autre logique, la *Sociologie de la traduction* développée par Madeleine Akrich, Michel Callon et Bruno Latour<sup>166</sup>, qui s'est d'abord intéressée à la façon dont les connaissances scientifiques circulent (traduction), conduit à la notion d'*acteur-réseau*. Dans cette approche, l'acteur est considéré dans sa dimension hétérogène, c'est à dire englobant les catégories d'actants qui lui sont attachés et qui contribuent à la signification de son discours ou de son action. Les objets techniques (dispositifs sociotechniques y compris) sont des entités actives agissant sur l'acteur tout autant que sur le réseau, ce dernier étant lui-même hétérogène. Le réseau inclut les acteurs individuels et collectifs, les actants, c'est-à-dire les objets (non-humains), les entités sociotechniques et les discours. L'acteur n'est pas détaché du monde sociotechnique dans lequel il évolue. Ce qu'il imagine faire, ce qu'il a envie de faire ne se limite pas à une intention ni à une action individuelle mais dépend aussi des objets (actants) qui l'entourent et qui influencent ses réflexions et ses comportements (Akrich *et al.*, 2006). Ainsi l'*acteur-réseau* se définit par rapport à l'ensemble des relations et des liens que l'acteur établit avec son environnement et par lesquelles il est à la fois agent et agi. La notion d'*acteur-réseau* permet alors d'approcher en compréhension la façon dont les catégories d'acteurs sont en permanence construites et

---

<sup>165</sup> Hébert L., *Dictionnaire de sémiotique générale*. Version PDF n° 13.11, p. 161. [En ligne]. URL : <http://www.signosemio.com/documents/dictionnaire-semiotique-generale.pdf>

<sup>166</sup><sup>166</sup> Cf. : Akrich M., Callon M., Latour B., *Sociologie de la traduction: textes fondateurs*. Paris : Presses de l'École des Mines, 2006.

reconstruites, stabilisées puis reconfigurées, adoptées et réinventées, suivies et trahies (Callon, Ferrary, 2006). Selon Michel Callon, cette notion impliquant l'hétérogénéité des actants dans le réseau de l'acteur est à distinguer de la théorie des *réseaux sociaux* qui propose déjà une grille d'analyse des relations entre les acteurs, en présentant plusieurs avantages. En effet, elle permet de circuler entre les échelles micro et macro, sans pour autant ne pas les distinguer et en chercher le sens. Elle invite à déconstruire les réseaux sociaux et à les reconstruire pour comprendre les relations d'interdépendance et comment en émergent des faiblesses, des forces et des pouvoirs. Chaque point du réseau social (un individu ou une organisation) se comprend par rapport à un ensemble de liens établis avec d'autres points du réseau. Toutefois, avec la théorie des réseaux sociaux, « *on reste dans un univers où la force active est l'individu et où le collectif est construit ou réduit à un ensemble de relations entre ces individus* »<sup>167</sup>, ce qui peut permettre de comprendre le jeu des acteurs par rapport à la structure du réseau, qui impose des contraintes à l'action des individus en même temps qu'elle leur offre des opportunités. La notion d'*acteur-réseau* rajoute à la théorie des réseaux sociaux des éléments matériels. Le réseau constitue alors un terrain propice à l'enchevêtrement d'un ensemble de relations et de médiations qui elles-mêmes exercent une influence sur l'acteur et sur le réseau. Considérer l'acteur avec cette hétérogénéité du réseau permet de comprendre qu'« *il n'y a aucune raison de dénier aux êtres non humains, aux entités non humaines une capacité de participer à leur manière à l'action. Il n'y a aucune raison de leur retirer cette compétence. Agir, ce n'est pas nécessairement former des intentions et les suivre, agir, c'est fabriquer des différences inattendues* »<sup>168</sup>. Ainsi la notion d'*acteur-réseau* permet d'appréhender le social au cœur des interactions successives de l'acteur avec de nombreux actants hétérogènes. Et si cette notion tend à questionner ce que les choses font aux individus, elle interroge aussi ce que les individus font des choses, notamment des dispositifs dont nous proposerons quelques typologies dans les paragraphes suivants. Aussi, dans la thèse nous prendrons en considération la notion d'*acteur-réseau*, dès lors que nous ferons référence à celle d'acteur.

## 2.2 Quelques typologies de dispositif

Dans les prochains sous-paragraphes, nous présenterons quelques typologies de dispositif que nous mettrons en lien avec la thèse. Dans un premier temps, nous nous intéresserons au

---

<sup>167</sup> Callon M., Ferrary M., « Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau ». *Sociologies pratiques*, n° 13, 2006, p. 39.

<sup>168</sup> Ibid., p. 40.

document que nous considérons comme un micro-dispositif, notamment par rapport aux dimensions sociales, opérationnelles et stratégiques qu'il contient. Et, il est à noter que la documentation a été une alliée dans cette recherche, dans la mesure où de nombreux documents nous ont permis de relever des données textuelles qui serviront, en partie nos résultats. Nous étudierons aussi les potentialités des dispositifs numériques que nous avons mobilisés pour la recherche, notamment pour mener une enquête en ligne auprès de nombreux praticiens de la musicothérapie, et dont les caractéristiques interrogent aussi la qualité discursive de certaines de nos données d'où émergent différentes formes de représentation de la musicothérapie. Pour finir, nous nous pencherons sur le dispositif de soins, pour mieux situer certains de ses effets sur le patient et le mettre en rapport avec le système de santé. Ce qui nous permettra aussi de mieux contextualiser la place de la musicothérapie dans le système de santé actuel.

### **2.2.1 Un exemple de micro dispositif : le document**

Si notre expérience de musicothérapeute nous a conduite à manipuler de nombreux documents professionnels, la recherche que nous menons sur les représentations de la musicothérapie nous a également amenée à étudier de nombreux contenus pouvant être extraits de diverses formes de document. Comme nous avons pu le voir dans le chapitre 1 de cette première partie, nous avons dû nous documenter pour présenter la musicothérapie dans la perspective d'une approche de cet objet par les représentations. En ce sens le document est déjà un dispositif de médiation de la connaissance. Mais aussi, notre corpus s'appuie, en partie, sur les contenus de nombreux documents que nous avons pu étudier via internet et qui se sont présentés sous différents formats (référentiels de bonnes pratiques (PDF), questions écrites au gouvernement (numérisées et diffusées sur le site de l'Assemblée Nationale, etc.)<sup>169</sup> . Aussi, dans les paragraphes suivants, nous proposons de revenir sur quelques formes de document en faisant un détour par la théorie du document développée en SIC pour le préciser en tant que micro dispositif pouvant s'insérer dans un dispositif plus global et évoluer vers les caractéristiques du document numérique.

#### **2.2.1.1 Les documents professionnels dans le secteur de la santé**

Dans un contexte de rationalisation des pratiques hospitalières renforcé par l'obligation de la certification depuis le début des années 2000, la traçabilité a pris une place importante dans le

---

<sup>169</sup> Nous reviendrons sur ces types de documents dans la deuxième partie de la thèse où nous présenterons la méthodologie de la recherche.

secteur de la santé. Elle a donné lieu à la création de différents types de document professionnel qui sont autant de micro-dispositifs s'insérant dans les dispositifs de soins des établissements de santé publics et privés. Ces documents visent aussi bien l'information du patient et des personnels que celles d'instances ou d'organismes extérieurs qui en permettent le fonctionnement. Par exemple, la loi oblige à remettre à toute personne hospitalisée « *un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé* »<sup>170</sup> visant à informer le patient sur les conditions de son hospitalisation. Ce souci informationnel en lien avec l'évolution de la législation s'instaure, dès l'admission du patient, par le biais de formulaires qui lui permettent d'attester de son consentement éclairé, de désigner une personne de confiance, etc. Dans la pratique, ils prennent aussi valeur de documents, pouvant servir d'élément de preuve. Ils sont produits de façon intentionnelle pour, entre autres, laisser la trace d'un fonctionnement répondant aux exigences de bonnes pratiques des politiques de santé publique. Mais dans quel(s) système(s) s'inscrivent-ils ? Si nous prenons l'exemple du consentement éclairé du patient, s'agit-il d'un système de communication garantissant l'information du patient de manière suffisamment claire ou d'un système de communication visant la protection de l'établissement concerné ? A quels usages et à quelles fins ces *documents* sont-ils réellement voués ? Dans quelle mesure laissent-ils une trace de la négociation qu'ils supposent avec le patient ? Le consentement éclairé du patient n'est-il pas un processus plus complexe qui s'inscrit également dans la durée de la relation soignant(s)-soigné ? En effet, le formulaire utilisé pour recueillir la *preuve* du consentement éclairé du patient peut servir de support de médiation visant l'information du patient pour lui permettre une meilleure compliance aux soins qui lui sont proposés. En ce sens il peut être qualifié de *documents par intention*. Toutefois, l'information contenue dans ce *document par intention*, qui au besoin pourrait servir d'élément de preuve, en fait aussi un *document par attribution*. La distinction entre *document par intention* et *document par attribution* qui a été initiée par Jean Meyriat puis reprise par d'autres chercheurs de la discipline<sup>171</sup>, permet de comprendre « *la pluralité des fonctions remplies par un document : la fonction de transfert de l'information n'est qu'une parmi d'autres, virtuelles ou réelles. Considérer un objet comme*

---

<sup>170</sup> Article L 710-1-1 du *Code de la santé publique*, modifié par la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 - art. 23 (V) JORF 30 décembre 1999.

N.B. : La « Charte du patient hospitalisé » est un document de vingt-six pages produit par le Ministère de la Santé. Elle concerne les droits et les devoirs du patient et existe également dans un format plus synthétique en vue d'une diffusion par voie d'affichage dans les établissements de santé, pour faciliter son accessibilité.

<sup>171</sup> Entre autres, Hubert Fondin et Viviane Couzinet que nous citons ci-dessous.



*document c'est privilégier cette fonction, l'ériger en fonction principale, sans annuler les autres mais en les subordonnant à la première »<sup>172</sup>.*

Du côté des personnels hospitaliers le *document* prend aussi un caractère plus technique et opérationnel. Projets d'établissements, procédures d'urgence, protocoles de soins, cahiers de transmissions, dossier patient, etc. permettent aux professionnels d'intégrer une équipe, de se situer par rapport au fonctionnement d'une institution, à sa politique managériale et jouent un rôle important dans la prévention et la gestion de certains risques (Cloarec, 2008). Ces documents sont élaborés selon des normes méthodologiques fixées par les acteurs des politiques de santé publique. En effet, « *les démarches qualité, les dispositifs qui obligent à rendre compte de l'activité ont joué un grand rôle dans cette prédominance de l'écrit dans les situations de travail, y compris dans celles qui étaient encore largement dominées par l'oral* »<sup>173</sup>. Le contenu des procédures et des protocoles, souvent d'ordre descriptif, s'appuie sur la réflexion d'équipes pluridisciplinaires, voire transdisciplinaires. L'élaboration de ce type de document peut s'amorcer à partir de l'identification d'un problème rencontré sur le terrain professionnel pour apporter une réponse à une situation particulière. La résolution du problème passe alors par une analyse des causes et une recherche documentaire sur le type de situation, pouvant impliquer différentes catégories de documents de référence : référentiels de bonnes pratiques, textes scientifiques, voire législatifs. Le document produit pourra alors servir d'autres professionnels pour leur permettre de gérer au mieux une situation présentant des similitudes. En somme, les protocoles et les procédures sont des artefacts apparaissant comme le prolongement des dispositifs info-communicationnels dans lesquels ils sont produits. Ces documents peuvent faire l'objet d'une évaluation régulière, voire d'une actualisation. Ils ont un caractère évolutif qui introduit une forme de réflexivité sur les pratiques professionnelles et dans laquelle « *l'individu est producteur, mais aussi utilisateur et gestionnaire de documents (textes ou images) qui guident, soutiennent, produisent et/ou contraignent l'action individuelle ou collective* »<sup>174</sup>.

Ces documents qui s'inspirent, en partie, de référentiels mettent aussi en œuvre un processus de normalisation des pratiques. En effet, « *le document relève de plusieurs systèmes à la fois. On doit considérer, puisqu'il ne s'agit ici que des documents par intention, que pour chacun*

---

<sup>172</sup> Couzinet V. (éd), *Jean Meyriat, théoricien et praticien de l'information-documentation : textes réunis à l'occasion de son quatre-vingtième anniversaire*. Paris : ADBS Éditions, 2011, p. 116.

<sup>173</sup> Guyot B., Peyrelong M.-F., « Le document dans une perspective organisationnelle. Un objet comme un autre ? ». *Sciences de la société*, n° 68, 2006, p. 45.

<sup>174</sup> *Ibid.*, p. 46.

*d'eux le plus important des objectifs à atteindre est celui d'un système de communication, à savoir la bonne réception par des utilisateurs de l'information que véhicule le document. Or celui-ci est un produit complexe, ensemble inséparable d'un objet supportant de l'information et de l'information supportée par cet objet. [...] Le document ajoute à cette complexité le risque d'ambiguïté »*<sup>175</sup>. Cette ambiguïté dont parle Jean Meyriat peut être mise en lien avec la nature complexe de l'activité humaine, notamment vis-à-vis de ses relations avec différents systèmes qui lui permettent d'exister, ne serait-ce que d'un point de vue professionnel.

En ce sens, l'utilisation des protocoles et procédures ou de cette catégorie de document *par intention* et *par attribution* peut rencontrer quelques résistances sur le terrain professionnel. Elle peut être vécue comme une tendance à une conformité excessive qui limite l'autonomie des acteurs : « *La réalisation des soins ne renvoie pas uniquement à une normalisation technoscientifique ne laissant aucune liberté dans la mise en œuvre des actes ; elle s'inscrit également dans l'intime de l'interaction entre le soigné et le soignant »*<sup>176</sup>. De plus, dans les pratiques professionnelles, chaque situation relève de caractéristiques uniques face auxquelles les procédures et les protocoles peuvent présenter certaines limites. Leur caractère opérationnel reste relatif à un contexte particulier. Ces limites laissent une place importante à l'information-communication orale dans le contexte hospitalier, notamment pour la gestion des situations d'urgence. Elles montrent aussi que le document quel que soit son statut (intention ou attribution) a une existence propre sur le terrain professionnel interagissant avec l'information qui lui est consubstantielle, mais aussi se confrontant à la réalité des situations. Ce type de document, inspiré de référentiels, trouve son origine dans un système de production englobant plusieurs systèmes ayant chacun leur propre objectif et impliquant plusieurs catégories d'acteurs. Et à l'instar de Jean Meyriat, nous pouvons nous demander lequel de ces objectifs sera le mieux servi par le document ? D'autant que, ces documents professionnels se matérialisent via différents supports. On les trouve généralement en version papier dans les services de soins, référencés dans des classeurs pour être à portée de main des soignants. Ils sont aussi numérisés contribuant à la constitution d'une base documentaire interne, dont le support est sensé faciliter l'accessibilité des personnels et contribuer à la mise en œuvre d'une politique de développement durable dans les institutions.

---

<sup>175</sup> Meyriat J., « Pour une compréhension plurisystémique du document [par intention] ». *Sciences de la société*, n° 68, 2006, p. 13.

<sup>176</sup> Cloarec P., « Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle ». *Recherche en soins infirmiers*, n° 93, 2008, p. 28.

### 2.2.1.2 Le cas particulier du dossier médical du patient

Parmi les documents professionnels, citons le cas particulier du dossier médical du patient qui est un outil d'information-communication entre les professionnels de santé. Et précisons d'emblée ici qu'il existe plusieurs types de dossier médical : celui pouvant être initié par un médecin dans le cadre d'une consultation, celui correspondant à l'hospitalisation d'un patient et le dossier médical partagé (DMP) sur lequel nous apporterons des précisions dans ce paragraphe. Dans tous les cas de figure le dossier médical du patient est soumis au respect de la confidentialité des données personnelles et de santé du patient. Et mis à part le DMP qui est un dossier informatisé, il peut faire l'objet d'une double version papier et numérique.

Dans le cadre d'une hospitalisation, il comprend deux volets : l'un administratif et l'autre médical. Et les données de santé ne sont pas accessibles aux personnels administratifs, sauf aux secrétaires médicales qui contribuent à sa constitution sous couvert d'un médecin. Il « assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Le rôle et la responsabilité de chacun des différents acteurs pour sa tenue doivent être définis et connus »<sup>177</sup>. Toutefois, des personnes extérieures à l'établissement dans lequel il est produit peuvent être amenées à le consulter : le patient lui-même en cas de demande, son tuteur si celui-ci fait l'objet d'une mesure de protection, son médecin traitant ou toute autre personne que le patient peut désigner en tant que personne de confiance. Certains cas de litige conduisent également à une saisie du dossier du patient par le système juridique. Par exemple, des cas de décès (suicide ou mort soudaine survenus dans le cadre d'une hospitalisation) peuvent inciter les familles à se porter partie civile dans un procès cherchant à comprendre les causes d'une situation douloureuse et dramatique. Pour autant tous les éléments du dossier médical ne sont pas communicables. *Sa consultation doit respecter certaines règles de présentation ou de destinataire à la demande*<sup>178</sup> et il peut être remaniée à l'intention d'un consultant particulier.

---

<sup>177</sup> Source : site de la HAS, [consulté le 12 juin 2017], URL : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_438115/fr/dossier-du-patient](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/fr/dossier-du-patient).

<sup>178</sup> Source : Site officiel de l'Administration française, [consulté le 16 juin 2017], URL : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12210>.

Ces précisions permettent de différencier information professionnelle et information médicale au cœur même de l'exercice clinique, où se distinguent tout en s'entremêlant les champs d'activité de diverses catégories de professionnels du secteur de la santé, dont les activités informationnelles sont orientées par leur activité principale (Paganelli, 2013). Dans les pratiques hospitalières, le dossier médical du patient est un dispositif info-communicationnel permettant de s'informer et d'informer sur l'évolution de l'état clinique du patient. Il est un micro dispositif utilisé pour la prise en charge du patient. Sa manipulation oblige au respect de la confidentialité. Et, si la question de la confidentialité qui soulève aussi celle de l'éthique professionnelle est au cœur du code déontologique de nombreux métiers du soin, dont celui de musicothérapeute, les procédures de certification et la loi<sup>179</sup> viennent renforcer l'exercice de ce principe.

Par ailleurs, le Dossier Médical Partagé (DMP) est un document dématérialisé « *accessible au patient et qui permet à tous les professionnels de santé autorisés, les médecins, les infirmiers et les pharmaciens, de déposer et partager les documents qu'ils jugent utiles à la prise en charge coordonnée de leurs patients* »<sup>180</sup>. La création du DMP, tient à la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Sa mise en œuvre a donné lieu à de nombreuses polémiques qui ont entraîné certains réajustements et la définition d'une politique de gestion des données numériques de santé ayant conduit à la création de l'ASIP Santé en 2009 qui en assure désormais la gestion. En effet, le sigle DMP signifiait initialement « Dossier Médical Personnel ». La création de l'ASIP Santé a conduit à l'évolution de cette terminologie ambiguë soulevant des questions éthiques pour évoluer vers l'appellation « Dossier Médical Partagé ». Le fonctionnement et les missions de cette agence ont été précisés par l'*Arrêté du 18 septembre 2013 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé »* pour assurer, sur un plan national le développement et la gouvernance de la *e-santé*. Cette « nouvelle » gouvernance a également mené à la constitution d'un répertoire des professionnels de santé habilités à consulter le DMP. Et, l'ASIP Santé assure et contrôle « *La certification, la production, la gestion et le déploiement de la carte de professionnel de santé et, plus généralement, de dispositifs assurant les fonctions d'identification, d'authentification, de signature et de chiffrement permettant aux professionnels de santé de faire reconnaître, dans les conditions de*

---

<sup>179</sup> Notamment avec la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>180</sup> Source : Site du Ministère des Solidarités et de la Santé, [consulté le 16 juin 2017], URL : <http://esante.gouv.fr/services/espace-cps/dmp-dossier-medical-partage>

*sécurité et de confidentialité requises, leur identité et leurs qualifications professionnelles par les systèmes d'information et d'échanges électroniques qu'ils utilisent* »<sup>181</sup>. La constitution de ce répertoire des professionnels de santé élargit désormais l'accès du DMP à d'autres catégories de professionnels que celles initialement visées<sup>182</sup> : les kinésithérapeutes, les psychologues ou encore les ergothérapeutes. Et alors que les usages en cours dans la plupart des établissements de santé autorisent la consultation et le renseignement du dossier patient par tous les personnels soignants, y compris les musicothérapeutes, le DMP limite son accessibilité aux professionnels de santé dont le statut fait l'objet d'une définition juridique.

Ainsi, avec la progression des technologies numériques, du système de santé et de sa législation<sup>183</sup> qui a conduit les établissements de santé à généraliser la mise en place du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) ou du Recueil de l'Information Médicale Psychiatrie (RIM P), les pratiques info-communicationnelles des acteurs de la santé ont également évolué. L'informatisation a donné lieu à la production de nombreux documents standardisés pour décrire des fonctionnements répondant aux normes d'une nouvelle gouvernance fixée par les acteurs des politiques de santé publique. Cette tendance normative facilitée par les technologies numériques influence les professionnels vers une homogénéisation de pratiques qui, depuis près de vingt années, déplace aussi, en partie, le cœur des métiers du soin vers des tâches qui semblent davantage consacrées à un souci de traçabilité. Ces évolutions inscrivent le secteur de la santé dans une logique socio-économique et politique plus libérale qui reconfigure le système socio-sanitaire dans le sens de n'importe quel autre secteur d'activité marchande. Dans cette logique, tout le secteur de la santé se *normalise* sous prétexte d'une crise à la fois endogène et exogène à ce secteur, décrétée politiquement et à laquelle les acteurs politiques répondent par l'imposition d'une gouvernance qui limite également la liberté d'action des professionnels du soin (Carré, 2010). Bien que nous ne puissions être exhaustive sur l'ensemble des documents professionnels participant au fonctionnement d'un établissement de soins, nous retrouvons, à travers les quelques catégories que nous avons présentées, de nombreuses caractéristiques du dispositif. En effet, les

---

<sup>181</sup> Ministère des Affaires sociales et de la Santé, « Arrêté du 18 septembre 2013 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public "Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé" ». *Journal officiel de la République Française du 18 octobre 2013*, texte 20 sur 168, [version PDF en ligne]. URL : [http://esante.gouv.fr/sites/default/files/joe\\_20131018\\_0020-1.pdf](http://esante.gouv.fr/sites/default/files/joe_20131018_0020-1.pdf) [consulté le 14 juin 2017]

<sup>182</sup> Pour rappel de ces catégories de professionnels initialement visées : les médecins, les infirmiers et les pharmaciens. Cf. : fin de la page précédente.

<sup>183</sup> Notamment depuis la réforme de la sécurité sociale de 1995, la création de la HAS en 2004, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), etc.

documents professionnels situent l'activité informationnelle au croisement de trois grandes dimensions, sociale, opérationnelle et stratégique qui s'imbriquent les unes aux autres (Paganelli, 2012). Pouvant jouer un rôle de médiation dans les pratiques professionnelles, ces imbrications donnent aussi au document professionnel un aspect programmatique, malgré certaines limites que nous avons décrites par rapport aux procédures et qui renvoient à l'idée de *fuite du dispositif* que nous évoquions plus haut. Et les particularités hybrides du document professionnel que nous repérons à travers la multiplicité des supports que convoque cette catégorie de dispositif nous conduit à préciser quelques particularités du document numérique.

### 2.2.1.3 Quelques particularités du document numérique

La notion de *document numérique* renvoie à une pluralité d'objets de partage, alors même que le *document traditionnel* intègre différents types de réseaux sociaux plus ou moins profanes, culturels, marchands, professionnels ou institutionnels révélant des enjeux pouvant être d'ordre cognitif, socio-économique, idéologique, politique et éthique en lien avec sa qualité informationnelle (Couzinet *et al*, 2001). Ces enjeux confèrent au document une valeur inhérente au cadre de son énonciation et de la réception de son contenu, définissant ainsi des systèmes de communication : publique, professionnelle, scientifique, politique, etc. qui en affirment la dimension sociale et pouvant jouer un rôle dans la médiation des savoirs (Régimbeau, Couzinet, 2004). Dans cette logique, le contexte éditorial du document contribue à définir la pertinence de son contenu informationnel dans les rapports qu'il entretient avec une ou plusieurs communauté(s) d'acteurs, par exemple dans le champ de la communication scientifique (Meyriat, 2006). A travers cet objet complexe qu'est le document et d'où peuvent émerger des représentations déterminantes de l'évolution intellectuelle et sociale des communautés de lecteurs, le syntagme *document numérique* couramment usité en SIC tend à une signification plurielle.

Dès le début des années 1990, le philosophe Bernard Stiegler différencie la matérialité statique des documents *traditionnels* (manuscrits et imprimés) de la nature dynamique du support numérique. Cette dernière faciliterait un *hyper traitement de texte* selon des techniques de lecture-écriture que l'on peut identifier, par exemple, à travers les pratiques d'annotation que l'outil numérique rend possibles (Stiegler, 1991). Le linguiste Jacques Virbel renforce cette idée en postulant que la *lecture assistée par ordinateur* induit de nouvelles pratiques de lecture-écriture modifiant la relation des documents à leurs auteurs et à leurs lecteurs (Virbel, 1994). A

un niveau international, Mickael Buckland<sup>184</sup> précise cette différenciation par rapport aux incidences sémio-techniques du numérique sur le document. Pour lui, le numérique instaure une organisation binaire de l'information qu'il transforme en données ce qui altère la forme physique du document et déplace la compréhension de la notion même de document (Buckland, 1997). Dans des travaux plus récents, la recherche en SIC réinterroge la notion d'*entité documentaire* telle qu'elle existe via les supports électroniques. En effet le numérique facilite l'utilisation de différents systèmes de représentation et de liens hypertextes et influence les modes de production des documents ainsi que les modes de réception, interférant aussi sur les notions de *document par intention* et de *document par attribution* (Couzinet *et al.*, 2001). Et nous pouvons conférer au document numérique d'autres aspects socio-sémio-techniques, notamment lorsque celui-ci se matérialise sur un écran nécessitant une connexion, voire un droit d'accès. Par ailleurs, si certains collectifs différencient *document traditionnel* et *document numérique* attribuant à ce dernier la notion de *structure* et de *données* (Pédauque, 2003), rappelons ici que le *document traditionnel* présente également une structure et des données, en lien avec les contraintes exercées par ses contextes de production et de co-construction de sens.

Du document numérisé au document élaboré avec l'outil numérique, le numérique introduit de nouvelles modalités et procédés d'expression. Les processus de numérisation des documents traditionnels s'opèrent dans une sorte de *traduction* pouvant occulter des éléments signifiants du document original ou en faire découvrir de nouveaux. Les outils qui permettent l'écriture à l'écran, ne se contentent pas de faciliter la structuration du texte mais en commandent l'exécution et la réalisation (Souchier, *et al.*, 2003). Dominique Cotte rappelle que les technologies numériques voisinant avec les notions de virtualité, d'immatérialité, d'intuition et de transparence interfèrent sur la nature des documents et leur qualité. Le numérique confère au document un caractère instable *parfois transitoire, définitif mais toujours réversible et transformable*, instaurant une autre logique communicationnelle, y compris entre un auteur et sa pensée (Cotte, 2004).

Bien que la possibilité de liens hypertextes ne soit pas propre au numérique<sup>185</sup>, les technologies numériques modifient aussi les relations entre le document et son lecteur en réduisant les

---

<sup>184</sup> Mickael Buckland, professeur en documentation Outre Atlantique, est considéré comme l'un des précurseurs de l'histoire des sciences de l'information rendant hommage aux œuvres de Suzanne Briet et Paul Otlet.

<sup>185</sup> Par exemple en référence aux travaux de Paul Otlet sur la bibliométrie. Cf. : Otlet P., *Traité de documentation : le livre sur le livre, théorie et pratique*. Bruxelles, Editions Mundaneum, 1934.

chaînes de distribution documentaire. Le lecteur interagit plus facilement avec de nombreux documents. La dimension sociale du document s'en trouve également affectée : les circuits de communication des documents permettent des modes d'appropriation qui déplacent les cadres antérieurs de leurs partages communautaires, pour parfois devenir un support de l'action. Prenant en compte différents niveaux (organisationnel, de contrôle et interactionnel) des formes auxquelles il donne lieu, son contenu s'appréhende par rapport aux contextes par lesquels il transite : « *Le document numérique déconstruit par la formalisation et reconstruit par la publication ne peut plus être appréhendé sous l'angle d'une seule de ses publications mais comme un tout, un dossier composé d'une structure canonique de référence et des formes publiées renvoyant aux pratiques* »<sup>186</sup>. Ainsi, avec les questions de stabilité, de contexte éditorial, de modes de production et de lecture, de situations communicationnelles que posent les documents numérisés et numériques dans quelle mesure la *redocumentarisation*<sup>187</sup> qui se déploie via le numérique et le réseau internet permet-elle d'optimiser l'usage du document ?

Les particularités du document numérique en lien avec ses valeurs logarithmiques, ses formes hybrides, la diversité des systèmes de signes de ses contenus, ses corrélations canoniques, ses liens hypertextes voire *extra-textes*, c'est-à-dire pouvant être produits par la curiosité du lecteur-usager d'internet, permettent tant de probabilités de lecture qu'elles semblent lui donner un caractère illimité. Et, du *document connecté* au document support d'*écriture*, en passant par le *document-processus*, les possibilités de publication augmentée, d'annotation sémantique et d'écriture collaborative, le numérique redessine les contours du document traditionnel. (Broudoux, 2016). En tant que micro-dispositif englobé par les dispositifs numériques, le document numérique nous conduit à préciser dans ce qui suit les caractéristiques et les fonctionnalités de cette autre typologie de dispositif qui renforcent la dimension hybride, opérationnelle, sociale, voire stratégique et politique du document traditionnel.

## 2.2.2 Un exemple de dispositifs plus englobant : les dispositifs numériques

Comme le rappelle Josiane Jouët, c'est après un pari peu concluant sur le minitel dans les années 1990 que la France entre dans une politique néo-libérale de développement d'une *nouvelle*

---

<sup>186</sup> Crozat S., Bachimont B., « Réinterroger les structures documentaires : de la numérisation à l'information ». *Revue I3 – Information, interaction, intelligence*, 4, (1), 2004, p. 72.

<sup>187</sup> Terme emprunté ici à Jean-Michel Salaün. Cf. : Salaün J.-M., « La redocumentarisation, un défi pour les sciences de l'information ». *Études de communication*, 30, 2007, p. 13-23.



*télématique de masse* représentée par les TIC et le développement d'internet. Celle-ci n'est plus placée sous le contrôle de l'administration publique et se déploie dans le contexte d'une mondialisation de plus en plus décomplexée. De manière relativement rapide, le marché des micro-ordinateurs rend accessible à de nombreux foyers l'équipement en informatique. En même temps, l'offre de services des opérateurs se diversifie, cherchant à répondre aux besoins des usagers. En 2008, 55% des foyers français disposent d'un dispositif numérique connecté (Jouët, 2011). Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), en 2012, la France se trouve en huitième position des pays européens concentrant le plus fort taux d'internautes : trois personnes sur quatre résidant en métropole utilisent internet et la fracture numérique tend à se réduire entre les catégories sociales (Gombault *et al.*, 2012). D'après l'International Telecommunication Union (ITU), le taux de pénétrabilité d'internet s'est multiplié par sept entre les années 2000 et 2015, passant de 6,5 à 43% de la population mondiale<sup>188</sup>. Ces différentes données montrent l'impact du numérique à l'échelle mondiale et conduisent à relever que les dispositifs numériques, dès lors qu'ils sont connectés, contribuent à faire d'internet un nouveau média de masse.

Aujourd'hui, la notion de *dispositif numérique* renvoie tout aussi bien à un ensemble d'objets connectés (ordinateurs, télévisions, téléphones mobiles, etc.) qu'aux diverses formes d'objets sociotechniques qu'ils intègrent : messageries électroniques, plateformes contributives, collaboratives, sites web, réseaux socio-numériques, etc. (Pera, Bonfils, 2012). Ils trouvent une utilité aussi bien en tant que nouvel outil d'écriture participant des processus de production, de diffusion, et de réception de l'information, qu'outil de production de l'activité des organisations, de diffusion de la culture, de présentation de soi, de socialisation, etc. Ces dispositifs sont désormais largement intégrés aux environnements de nombreux acteurs et peuvent être instrumentalisés à des fins relativement variables selon leurs usages. Les SIC continuent d'interroger ces usages, selon différents axes (Jauréguiberry, Proulx, 2001 ; Paquienéguy, 2007, 2013 ; Granjon, Denouël, 2011 ; Breton, Proulx, 2012 ; Paganelli, 2012 ; Dominget, 2015). A travers ces différents travaux, l'usage peut se définir comme un « *phénomène complexe qui se traduit par l'action d'une série de médiations enchevêtrées entre les acteurs humains et les dispositifs techniques* »<sup>189</sup>. Les usages sont des construits sociaux,

---

<sup>188</sup> Source : site de l'International Telecommunication Union, [consulté le 29 juin 2017], URL : [http://www.itu.int/net/pressoffice/press\\_releases/2015/17-fr.aspx#.WVTsqGcpz9L](http://www.itu.int/net/pressoffice/press_releases/2015/17-fr.aspx#.WVTsqGcpz9L)

<sup>189</sup> Breton P., Proulx S., « 11/ Usages des technologies de l'information et de la communication ». In Breton P. (éd.), *L'explosion de la communication. Introduction aux théories et aux pratiques de la communication*. Paris : La Découverte, « Repères », 2012, p. 266.

renvoyant aussi aux notions de *pratique* et de *contexte*. En ce sens, il est difficile de comprendre les usages du numérique en séparant la technologie des propriétés connexionnelles qui la caractérisent et qui sont en lien avec le développement d'internet (Cabin, Dortier, 2008). L'évolution constante du réseau a transformé l'ordinateur en un médium opérationnel pouvant servir aussi bien la production de documents de différentes catégories que leurs partages. Et, l'évolution des interfaces que proposent les TICN associée à celle d'internet a donné lieu à diverses possibilités d'interactivités qui font des dispositifs numériques des outils multifonctionnels tout autant que des dispositifs sociotechniques contenant des potentialités médiatiques comme nous avons pu le voir plus haut<sup>190</sup>, mais aussi médiatrices et programmatiques.

### 2.2.2.1 Les potentialités médiatrices des dispositifs numériques

Les fonctionnalités des dispositifs numériques offrent des modalités d'accès à l'information, à la documentation, de présentation de soi et de mises en réseaux inédites, selon des situations de communication qu'ils contribuent à structurer en modifiant les rapports du sujet humain à l'espace, au temps et aux autres (Jauréguibéry, Proulx, 2011). Ces potentialités s'appuient sur les propriétés des interfaces et des logiciels développés par les concepteurs pour rendre ces dispositifs opérationnels. Avec le développement des réseaux de communication, les dispositifs numériques proposent différents types de relation : homme-machine, interpersonnelles et sociales médiées par le numérique, pouvant être source de partage, de coopération, de socialisation et donnant lieu à diverses formes d'interopérabilités. Selon Michel Arnaud, spécialiste du droit de la télécommunication, des médias et des technologies, « *l'interopérabilité permet à plusieurs systèmes, qu'ils soient identiques ou radicalement différents, de communiquer sans problème* »<sup>191</sup> (Arnaud, 2005 : 94). La notion d'interopérabilité renvoie alors à celle d'interactivité qui se trouve au cœur des théories de la communication. Mais dans quelle mesure les TIC permettent-elles d'interagir ? Avec qui ? Avec quoi ? Selon quelles temporalités synchrones ou asynchrones ? Cette interactivité implique-t-elle obligatoirement la réciprocité des échanges ? A quelle(s) forme(s) de médiation donne-t-elle lieu ?

---

<sup>190</sup> Notamment en référence au paragraphe « Représentations, média, médiation ». Cf. : p. 79-84 de la thèse.

<sup>191</sup> Arnaud M., « Interopérabilité ». In France. Commission pour l'Unesco, *La « Société de l'information » : glossaire critique*, Paris : La Documentation française, 2005, p. 94.

Pour le sociologue Christian Papilloud, les médias numériques impliquent différents *degrés d'interactivité* pouvant se rapporter à des choix optionnels conditionnés par le médium lui-même : « *l'activité de l'utilisateur s'avère tout aussi déterminante que les possibilités offertes par les technologies digitales pour définir les critères stimulant l'interactivité* »<sup>192</sup>. En ce sens, l'interactivité serait proportionnelle aux efforts cognitifs de l'utilisateur, à ses capacités de réponses adaptatives, sa manière de rechercher l'information et de l'utiliser ou encore la façon dont le dispositif médiatique facilite ou pas la communication interpersonnelle. L'interactivité n'est pas une propriété inhérente aux dispositifs numériques, tout socio-numériques soient-ils. Celle-ci relève plutôt des relations que la machine médiatise entre l'homme et les objets pouvant être de nature diverse : contenu informationnel, objet culturel, accès à un service public, réseau professionnel, etc. La matérialité même du dispositif peut interférer sur ces relations, mettant en œuvre une sorte de lien *techno-social* concrétisé par exemple par la messagerie électronique, les plateformes collaboratives, les réseaux documentaires ou encore les réseaux socio-numériques (Papilloud, 2010). Et, si les grands groupes du Web<sup>193</sup> qui dominent le marché du numérique peuvent faire l'objet de nombreuses critiques d'ordre éthique, relatives au non-respect de la vie privée ou à des questions d'ordre fiscal, ils proposent aussi des formes de mises en relation inédites. Contribuant à l'essor du e.commerce ou encore à la visibilité de nombreux acteurs sociaux, ils mettent à disposition des internautes de nombreux outils pouvant également servir la recherche, par exemple pour des enquêtes en ligne, par le biais de formulaires de type Google Form qui laisse aussi une part de liberté dans la construction de questionnaires.

Les dispositifs numériques renvoient aussi aux potentialités *inter-médiatiques* dont ils disposent : « *un produit médiatique devient intermédiatique quand il transpose le côté à côté multimédiatique, le système de citations médiatiques, en une complicité conceptuelle dont les ruptures et stratifications esthétiques ouvrent d'autres voies à l'expérience* »<sup>194</sup>. Ces potentialités du numérique renvoient à la notion d'*intermédiarité* qui constitue un axe épistémique pouvant s'articuler aux objets de recherche en SIC (Régimbeau, 2006 ; Bonaccorsi, Flon, 2014 ; Di Filippo, 2018). Si l'intermédiarité pose un cadre de travail pour étudier la circulation des formes culturelles, il paraît difficile, pour certains chercheurs, de le maintenir en contexte numérique où s'observe une forte dispersion des *médiatités*. En ce sens, ils

---

<sup>192</sup> Papilloud C., « L'interactivité ». *Tic&société*, vol. 4, n° 1, 2010, p. 15.

<sup>193</sup> En référence aux groupes Google, Apple, Facebook, Amazone, Microsoft (GAFAM).

<sup>194</sup> Müller J. E., « L'intermédiarité, une nouvelle approche interdisciplinaire : perspectives théoriques et pratiques à l'exemple de la vision de la télévision ». *Cinémas*, vol. 10, n° 2-3, 2000, p. 114.

proposent le terme d'*intermédiaticité* permettant d'appréhender les objets médiatiques en travaillant sur les composantes de leur hétérogénéité tout en prenant en considération la circulation de la culture médiatique qui leur est inhérente et qui englobe les valeurs culturelles, symboliques et sociales pouvant être associées à un média (Bonaccorsi, 2013 ; Bonaccorsi, Plon, 2014). En ce sens, un article de revue scientifique médié par le numérique permet de situer son contenu informationnel selon un point de vue différent de celui pouvant être exprimé sur un document PDF publié sur le site web d'une institution. Et l'étude des relations entre les représentations émergeant de ces différents contenus médiatiques s'attachera aux effets de sens produits par les interactions entre les significations pouvant se révéler à travers eux, prenant également en considération le cadre d'énonciation produit non seulement par la catégorie de l'acteur mais aussi par la nature du média qu'il utilise pour communiquer sur un sujet en particulier.

En ce sens, si la vocation initiale d'internet a donné lieu à la constitution de réseaux informationnels et documentaires se déployant à grande vitesse depuis le début des années 1990, ce développement pose une problématique générale de la circulation des savoirs et des nouvelles formes de production et de médiation de l'information engendrées par le numérique (Stassin, 2016). En effet, il interroge les politiques documentaires à plusieurs titres : processus de sélection, de production, d'indexation, de gestion et de médiation. Il questionne aussi la façon dont la médiation documentaire numérique est pensée, c'est-à-dire obligatoirement en lien avec des lieux, des institutions, des acteurs, des publics, des compétences, des outils et des réalités d'organisation (Pouchol, 2012). Ainsi, c'est parce qu'ils englobent l'information et la communication, grâce à des interfaces qui accompagnent l'utilisateur dans sa recherche d'information et en facilitent les usages que les dispositifs numériques peuvent être qualifiés d'outils de médiation documentaire (Gardiès, Fabre, 2012). Toutefois, ce pouvoir médiateur tient non seulement aux conditions d'accès à l'information et au savoir mais aussi aux habilités cognitives, techniques et sociales des internautes qui pourront plus ou moins permettre que l'expérience de cette médiation se transforme en connaissance (Paquienséguy, 2013). Il conduit aussi à situer la question de cette médiation par rapport à un ensemble de processus médiatiques et interactionnels qui contribuent à la diffusion de la connaissance, à son partage et à la co-construction de sens à laquelle elle peut donner lieu (Bonnet, Galibert 2016).

### 2.2.2.2 De la potentialité programmatique des dispositifs numériques

En amont des usages auxquels le numérique peut donner lieu, les potentialités médiatiques des dispositifs numériques se situent entre les concepteurs et les éditeurs qui participent au déploiement de réseaux plus ou moins informationnels visant diverses communautés d'internautes. Et, ces potentialités continuent d'évoluer avec l'expérience des utilisateurs, impliquant des interactions entre concepteurs et usagers qui permettent de définir un *cadre de référence sociotechnique* tendant à stabiliser les dispositifs tout en construisant un *imaginaire techno-social* collectif (Flichy, 2001). En ce sens, l'informatisation des institutions et des entreprises depuis le milieu des années 1990 coïncidant avec le développement des réseaux internet et intranet a entraîné différents usages des dispositifs numériques dans le monde professionnel<sup>195</sup>. Se substituant peu à peu aux anciens outils d'écriture et dispositifs sociotechniques, les dispositifs numériques proposent désormais des formes inédites de travail, de coopération et de gestion. Bien que leur intégration dans le monde du travail repose sur des décisions économiques et politiques qui se sont opérées, en grande partie, en dehors de toute discussion ou compromis entre les employeurs et les salariés, les technologies numériques ont fait, depuis, l'objet d'une assimilation sociale progressive dans tous les secteurs d'activité. Et, si la manière dont s'est opérée cette intégration a pu susciter quelques résistances à ses débuts, avec le recul, nous pouvons également mettre en lien ces formes d'opposition avec les difficultés techniques éprouvées par les individus dans leur appréhension de technologies que l'on qualifiait alors de « nouvelles » sur le terrain professionnel. Quoi qu'il en soit, cette insertion du numérique dans les organisations publiques et privées a réussi à imposer au monde du travail de nouvelles normes d'équipement et de fonctionnement, constituant ainsi un point d'ancrage à la rationalisation gestionnaire des organisations et à la mise en œuvre de nouvelles stratégies organisationnelles et de management. En ce sens, « *il est illusoire de vouloir distinguer les effets propres à tel ou tel dispositif technique des effets liés aux changements organisationnels qui y sont associés* »<sup>196</sup>.

Dans la continuité des travaux issus de la sociologie du travail, Jean-Luc Metzger situe deux niveaux de *changement technico-organisationnel* rendus possibles par les dispositifs

---

<sup>195</sup> Nous avons déjà évoqué ce point dans le paragraphe concernant « Les documents professionnels dans le secteur de la santé ». Cf. : p. 93-100 de la thèse.

<sup>196</sup> Metzger J.-L., 2011, TIC et travail : de l'étude des usages à la critique de l'impératif du changement. In Denouël J., Granjon F. (dir), *Communiquer à l'ère du numérique. Regards croisés sur la sociologie des usages*. Paris : Presses des Mines, 2011, p. 102.

sociotechniques. L'un, en tant que processus de rationalisation multidimensionnel, offrirait de nombreuses possibilités d'actions aux acteurs leur permettant de s'appropriier (ou non) des opportunités de développement de pratiques et de rapprochement entre catégories professionnelles. L'autre, en tant qu'enjeu de régulation nécessite de prendre en considération les rapports sociaux et les tensions entre les catégories d'acteurs, établissant par là même un ordre dans l'organisation, selon le pouvoir d'une direction qui définit les règles du changement organisationnel (Metzger, 2011). Ces deux niveaux de changement confèrent à l'acteur un rôle essentiel au fonctionnement des dispositifs. Mais, dans quelle mesure et dans quel sens les dispositifs numériques permettent-ils aux acteurs d'évoluer dans des organisations qui se structurent également selon certains déterminants sociaux ? D'autant que la rationalisation de l'activité par les TIC permet aussi aux dirigeants d'envisager l'informatisation du travail sous l'angle de la remise en question des zones d'incertitude des acteurs et peut les conduire à prescrire des usages visant l'appropriation du contrôle de l'organisation, déstabilisant ainsi d'anciens jeux d'acteurs pour en mettre de nouveaux en place (Pavé, 1989). En ce sens les dispositifs numériques ont une fonction programmatique du changement organisationnel. En effet, « *si les TIC sont introduites dans les entreprises, c'est parce que les directions espèrent, grâce à elles, augmenter la productivité et accroître la réactivité, ainsi que la traçabilité (dans une perspective de qualité totale). Leur rôle est de fluidifier les échanges d'information et de contribuer à la standardisation de la communication.* »<sup>197</sup>. Avec le numérique, cette mutation s'opère selon un régime de calcul interférant sur les pratiques info-communicationnelles et sociales des acteurs pour donner lieu à de nouvelles formes objectives de construction de sens. Leur utilisation, orientée vers l'activité professionnelle, permet le partage d'information, d'événements et par là-même la construction d'une confiance nécessaire aux projets collectifs des organisations (Salanskis, 2015).

Ainsi, l'approche réaliste des usages des dispositifs socio-numériques ne doit jamais perdre de vue la dialectique entre les conduites microsociales et les orientations macrosociales. Ils impliquent des expériences personnelles et collectives à situer entre « *l'action des sujets et le système social, l'histoire-faite-corps et l'histoire-faite-chose, les dispositions et les hors-champs, les épreuves personnelles de milieu et les enjeux collectifs de structure sociale* »<sup>198</sup>.

---

<sup>197</sup> Metzger J.-L., *Ibid.*, p. 110.

<sup>198</sup> Granjon F., Denouël J., « Penser les usages des technologies numériques d'information et de communication ». In Granjon F., Denouël J. (dir), *Communiquer à l'ère numérique. Regards croisés sur la sociologie des usages*. Paris : Presses des Mines, 2011, p. 133.

Cette dialectique qui conjugue des usages et des rapports sociaux s'ancre dans un ensemble de pratiques sociales plus anciennes fondées sur l'acceptation consensuelle d'un l'ordre social établi. Elle participe à la construction sociale de la réalité selon le procès d'une médiation symbolique qui permet de récupérer des idéaux émancipateurs et de les convertir en idéologie pour construire un imaginaire collectif susceptible, en effet, d'émanciper les acteurs, mais aussi de reproduire les inégalités, voire de les accentuer (Granjon, Denouël, 2011 : 17).

Ainsi, les TIC ont évolué selon un imaginaire collectif les propulsant à un rang de technologies de la socialisation, dopant les espérances d'un nouvel espace à investir et mettant en tension internet et le numérique, entre *utopies* et *dystopies* (Gallot, Verlaet, 2016). Ce processus, qui s'inscrit dans un principe de coopération à la base de l'architecture du réseau internet et des potentialités techniques des dispositifs numériques, a favorisé l'émergence de nombreux réseaux socio-numériques depuis le début des années 2000. Et rappelons ici la dimension panoptique de ces réseaux qui a conduit de nombreux utilisateurs à développer des stratégies de mises en scène (ou en représentation) visant le contrôle de leurs identités numériques (Proulx, Kwok-Choon, 2011). Retenons également que les processus d'appropriation sociale des dispositifs numériques sont complexes. Ils sont toujours situés par rapport à un utilisateur singulier (Heid *et al.*, 2018). Entre potentialités médiatrices et programmatiques des dispositifs numériques, les usages des TIC sont également à resituer par rapport à un ensemble de pratiques sociales qui s'ancrent dans des situations de communication d'ordre anthropologique, c'est-à-dire replaçant l'humain et ses propres potentialités au centre du dispositif. Ces considérations nous conduisent à une autre typologie de dispositif : le dispositif de soins.

### **2.2.3 Autre exemple de dispositif : Le dispositif de soins**

Dans ce paragraphe, nous revenons de façon implicite sur la notion de soin, que nous avons déjà abordée dans le chapitre 2 de cette première partie, pour la préciser, ici, en lien avec celle de dispositif. Et, cette catégorie de dispositif nous intéresse dans la thèse pour plusieurs raisons. Déjà il s'agit d'un outil expérimenté par les praticiens de la musicothérapie et qui renvoie à des questions sur la place qu'ils y occupent<sup>199</sup>. Nous avons aussi vu que la musicothérapie se définit comme un micro-dispositif pouvant s'insérer dans le dispositif de soins. D'autre part, le dispositif de soins permettant la mise en œuvre du processus thérapeutique peut être considéré

---

<sup>199</sup> Nous développerons ce point dans la deuxième partie de la thèse concernant la méthodologie de la recherche.

comme un ensemble de relations, un système, dans lequel le patient occupe une place centrale. Ce système s'inscrit lui-même dans un système plus englobant : le système de santé. En ce sens, dans ce qui suit nous nous intéresserons plus particulièrement à la place du patient dans le dispositif de soins et à celle de ce type de dispositif dans le système de santé, ce qui nous permettra également de mieux contextualiser la place de la musicothérapie dans ce système.

### 2.2.3.1 De la place du patient dans le dispositif de soins

Dans le milieu médical, le dispositif de soins dénote un ensemble de moyens permettant de prendre en charge le patient entre conditions matérielles de son séjour, moyens thérapeutiques (pharmacologiques et/ou non médicamenteux) et compétences professionnelles, qui se déploient selon un principe pluridisciplinaire<sup>200</sup>. Le dispositif de soins fait donc l'objet d'un agencement global pouvant également inclure des dispositifs médicaux (instruments, appareils, équipements). Il est adaptable aux caractéristiques des pathologies dont souffrent les patients qu'il permet de prendre en charge. Cet ensemble de moyens est orchestré par un médecin, selon une stratégie visant l'amélioration de l'état de santé du patient ou son accompagnement. Le dispositif de soins a donc un caractère hybride, collaboratif et stratégique qui prend sens dans le cadre d'une structure organisationnelle (l'hôpital, l'hospitalisation en ambulatoire ou à domicile). Rappelons ici la particularité du cadre hospitalier où les personnels administratifs et techniques sont également impliqués dans la dimension thérapeutique de l'organisation soignante. La qualité du management tout autant que celle du service hôtelier ou encore celui de l'hygiène peuvent jouer un rôle dans la perception du patient concernant la qualité de son séjour hospitalier. Dans certains cas de figure, notamment en psychiatrie, « *le malade met entre les mains de l'institution et du personnel sa santé, ses inquiétudes, son devenir, son être social tout entier* »<sup>201</sup>. Les soins prennent alors une double dimension à la fois technique, de l'ordre du *care* et relationnelle. La qualité de la relation devient un élément clé des pratiques de soins. Elle est aussi un facteur de la confiance que le malade investit dans le dispositif global que représente l'organisation soignante (Phanuel, 2002 ; Brient, 2007).

---

<sup>200</sup> L'article 1 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 stipule que le projet d'établissement défini sur la base du projet médical « *comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique* ».

<sup>201</sup> Phanuel D., 2002, Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle. *Politiques et management public*. Numéro spécial : « L'évaluation de l'action publique : pour quand ? », vol. 20, n° 4, 2002, p. 119.



Ce dispositif global renvoie alors à la notion de structure organisationnelle (ou de matrice) définissant l'hôpital ou la clinique, si nous parlons du secteur privé. Ces lieux que dans le langage courant on nomme aussi parfois des *institutions* ne sont pas dénués d'une forme de relation au *pouvoir-savoir*, évoqué plus haut en référence à Michel Foucault, notamment dans les représentations du patient hospitalisé. En effet, ce dernier se trouve alors en position de vulnérabilité face au pouvoir médical *supposé-savoir* et au pouvoir administratif *supposé-garant* du bon fonctionnement de l'établissement. Au niveau des personnels soignants, la force du pouvoir médical se traduit en termes de hiérarchie par rapport aux différentes catégories professionnelles participant aux soins. Le dispositif de soins met également en œuvre des relations transversales entre les diverses catégories d'acteurs. Et, le pouvoir administratif vient alors complexifier un système dans lequel le patient occupe une place centrale, également en tant qu'usager du système de santé. Au début des années 2000, avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les politiques de santé publique insistent sur la nécessité de placer le patient *au centre* du dispositif de soins, en le propulsant à une place d'où il est censé être le principal acteur de sa thérapie. A l'instar de Michel Foucault, relevons ici que l'expression *placer le patient au centre du dispositif* se révèle plutôt ambiguë. Elle exprime, à la fois, l'idée d'*être pris par* la dynamique thérapeutique pouvant être instaurée par le dispositif et celle d'*être aux prises* avec lui. Et, particulièrement en psychiatrie, nous pouvons nous demander quelle est la capacité réelle du patient à être acteur du dispositif ?

Nous l'avons vu, en psychiatrie, le patient peut éprouver certaines angoisses relativement violentes pour lui-même et pour les autres. Ces états peuvent être mis en lien avec sa pathologie, sa proximité avec d'autres patients ou encore une série de questions qu'il se trouve parfois dans l'impossibilité de formuler. Dans ces moments, comment le dispositif de soins opère-t-il pour permettre au patient d'être acteur de sa thérapie ? Comment les ressources humaines qu'il est censé mettre en œuvre se mobilisent-elles pour utiliser le dispositif dans un contexte pouvant présenter une situation d'urgence où les soignants n'ont pas obligatoirement le temps de penser ? En effet, « *La discipline psychiatrique, alignée sur le modèle des services généraux, tend à se dissoudre dans la médecine somatique et est alors soumise aux mêmes injonctions que celle-ci. Réduction des coûts oblige, on "instrumentalise". On introduit la "gestion de proximité", la "qualité", "l'évaluation", la "gestion des lits", etc. : autant de signifiants modernes, importés du management des ressources humaines, qui risquent de dénaturer la*

*relation humaine* »<sup>202</sup> et d'entraîner une certaine indisponibilité des soignants. Entre fonctionnement de la structure organisationnelle, soins techniques et relationnels, rappelons que la prise en charge du patient est un processus complexe par lequel celui-ci peut faire l'épreuve d'une double vulnérabilité : à la fois physique, en lien avec sa maladie, et psychologique en rapport à un sentiment d'incertitude vis-à-vis du contexte hospitalier et des acteurs de ce secteur. En psychiatrie, ce type de situation peut également générer chez le patient un état de crise aiguë pouvant se solder par une mesure médicale relativement coercitive : contention physique, chimique ou autre. Il est à noter que lorsque la scène se passe dans un établissement de soins privé, le patient peut faire l'objet d'une mesure de Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT), c'est-à-dire d'un transfert vers un établissement public ne nécessitant pas son consentement. Et dans cette position, de quelle place le patient est-il encore acteur dans le dispositif ? Que dit la législation à ce propos ?

Si comme nous l'avons déjà vu, la question de la santé mentale a évolué lentement depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale<sup>203</sup>, on assiste à une structuration tout aussi lente de son encadrement législatif. Jusqu'en 1968, toute personne faisant l'objet d'un *internement* se voyait automatiquement dessaisie de la gestion de ses biens pendant toute la durée de son hospitalisation, et ce, sans avis médical, sur simple décision administrative (Verdier, 2012). Avec la loi tardive du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, aujourd'hui « *un patient suivi en ambulatoire peut faire l'objet d'une sauvegarde de justice, alors qu'un autre hospitalisé en psychiatrie ne fera l'objet d'aucune mesure de protection* »<sup>204</sup>. Outre les mesures de sauvegarde, il existe également des modalités d'hospitalisation sans consentement : les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT) et les Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État (SPDRE), en l'occurrence le Préfet. Seuls les établissements publics sont habilités à accueillir des patients en SPDT ou SPDRE. Cette prérogative permet aux établissements privés d'utiliser une mesure de SPDT, notamment lorsque le patient devient trop difficile à « gérer ». En effet, sur le terrain de la clinique, une personne en état de crise aiguë n'est pas toujours réceptive à la réponse médicale ou paramédicale qui lui est fournie. Et on imagine aisément qu'un soignant, médecin y compris, souvent occupé à de nombreuses tâches, puisse avoir lui-même ses propres

---

<sup>202</sup> Brient P. « Du regard à la parole : la relation soignant-soigné en psychiatrie ». *Cahiers de psychologie clinique*, vol. 28, n° 1, 2007, p. 61-62.

<sup>203</sup> Cf. : paragraphe « Des représentations ancrées dans un héritage socioculturel et historique », p. XX

<sup>204</sup> Postel J., *Dictionnaire de Psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Paris : Éditions Larousse, 1998, p. 407.

urgences à gérer. Ainsi, pour peu que se rajoute à la situation de communication des notions de dangerosité ou de *péril imminent*, le seuil est vite franchi pour donner lieu à une décision drastique. Solution somme toute radicale, pouvant être préconisée par l'entourage soignant et imposée par la loi complice d'un avis médical soutenu par un directeur d'établissement (Verdier, 2012). Le cas échéant, il existe des conditions d'entrée dans ce type de processus selon un dispositif de droit commun<sup>205</sup>. Et, malgré les avancées posées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dont nous avons déjà parlé, les soins psychiatriques sans consentement sont seulement régis depuis la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Avec elle, le patient peut enfin faire appel à un juge des libertés et de la détention.

### 2.2.3.2 Un dispositif qui s'insère dans un système plus englobant

Selon l'OMS, « *un système de santé englobe l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif est d'améliorer la santé. La plupart des systèmes de santé nationaux sont composés d'un secteur public, d'un secteur privé, d'un secteur traditionnel et d'un secteur informel. Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles : la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative.* »<sup>206</sup>. En France, le système de santé est le produit d'une lente structuration de la société depuis le milieu du XVIIe et « *la question de la création d'un ministère de la santé n'a été véritablement posée que lors de la crise provoquée par la désorganisation des pouvoirs publics face à l'épidémie de grippe espagnole de 1918.* »<sup>207</sup>. Après la création du ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance en 1920 et celle de la sécurité sociale en 1945, c'est la Constitution de 1946 qui affirme la responsabilité des pouvoirs publics en matière de santé. En 1953 paraît la première édition du code de santé publique. Puis en 1958, l'ordonnance du 30 décembre instaure la création des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) qui envisage aussi une réforme de l'enseignement médical. Depuis, le système hospitalier a fait l'objet de nombreuses transformations, dont la mise en place d'un pilotage du système hospitalier par l'État, la création des agences régionales de

---

<sup>205</sup> Source : Ministère des Solidarités et de la Santé, *Procédure sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent*, [en ligne]. URL : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/tableau\\_exhdt\\_.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/tableau_exhdt_.pdf) [consulté le 30 mai 2017].

<sup>206</sup> Source : Site de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS/WHO), [consulté le 20 juin 2017], URL : [http://www.who.int/topics/health\\_systems/fr/](http://www.who.int/topics/health_systems/fr/).

<sup>207</sup> Tabuteau D., « Santé et politique en France ». *Recherche en soins infirmiers*, n° 109, 2012, p. 8.

l'hospitalisation (ARH) et leur transformation en agences régionales de santé (ARS) en 2009 (Tabuteau, 2012 : 11). Plus tard, le développement des technologies du numérique a entraîné la création de nombreuses autres institutions renforçant l'autorité de l'État dans la gouvernance du système de santé. Ainsi, outre l'actuel Ministère des Solidarités et de la Santé, le système de santé implique de nombreux acteurs et actants qui ne semblent pas menacés par les promesses électorales de restriction d'effectifs dans la fonction publique exprimées au cours de la campagne présidentielle de 2017 et qui reviennent régulièrement sur la scène des débats politiques. Parmi eux nous avons déjà pu faire référence à la HAS qui depuis avril 2018 a fusionné avec l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM), aux ARS, à l'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé). Notons aussi au passage, l'existence du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) créé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et mis en place en 2007 ; de la Direction Générale de la Santé (DGS) créée par le ministère de la santé en 2007 et de l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP) créée dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

Cette liste non exhaustive des institutions contribuant à la gouvernance du système de santé rend compte de l'interdépendance des acteurs médicaux et politiques auxquels se rajoutent de nombreux autres professionnels du secteur de la santé. Et relevons ici le pouvoir grandissant de la HAS qui depuis sa fusion avec ANESM couvre non seulement l'expertise du champ médical mais aussi de celui du médico-social. Dans ce système, les relations entre pouvoirs publics et professionnels de santé sont relativement complexes, évoluant depuis plusieurs siècles entre indépendance et dépendance, contraintes et libertés, déontologie médicale et réglementation (Tabuteau, 2010). Ces relations d'interdépendance ont conduit à la création de différents ordres professionnels entre 1945 et 2006. Actuellement, il en existe sept : l'ordre des pharmaciens, des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des kinésithérapeutes, des pédicures-podologues et des infirmiers. Le processus de création de ces ordres professionnels a évolué depuis le milieu du XXe siècle. En effet, les quatre premiers ont été créés par ordonnance du gouvernement provisoire de la République française présidé par le Général De Gaulle, au lendemain du renversement du Régime de Vichy. Les suivants, après quelques débats polémiques entre l'État et le Conseil d'État ont été créés par des lois. Ainsi, la forme juridique des ordres professionnels attribue une légitimité d'existence à certaines catégories de professionnels du soin également marquée d'un sceau d'autorité qui incite d'autres corporations à interroger la forme juridique de l'instance de leur représentation professionnelle, notamment

les psychologues<sup>208</sup>. D'autant que la plupart des institutions que nous venons de citer compte parmi leurs membres des personnalités médicales et paramédicales engageant la gouvernance du système de santé publique dans une logique socio-économique et politique pouvant faire l'objet de certains conflits d'intérêt et dans laquelle l'ordre des pharmaciens et l'industrie pharmaceutique tiennent également une place importante.

Par ailleurs, le développement des technologies numériques complexifie davantage les relations entre les acteurs, faisant intervenir les décisions politiques jusque dans les pratiques des professionnels et autres personnels de santé. En effet, à partir du rapport Théry<sup>209</sup> qui annonce, sur un ton relativement alarmant, la profonde mutation de notre société vers une nouvelle société mondiale de l'information, l'État s'organise. Dès 1998, il engage un processus d'informatisation des institutions en créant le *Programme d'Action Gouvernementale pour la Société de l'Information* (PAGSI). Un an plus tard, le gouvernement annonce sa mise en œuvre dans l'administration, envisageant les TIC numériques (TICN) comme de nouveaux outils également au service du citoyen et de l'entreprise. Cette politique énoncée comme *volontariste* par les pouvoirs publics, conduit à la création de nombreux sites web institutionnels. Elle englobe peu à peu les administrations déconcentrées et décentralisées de l'État. Ainsi, de manière relativement insidieuse à ses débuts, le numérique a instauré une nouvelle norme de fonctionnement dans les institutions, y compris dans le secteur de la santé (Verdier, Cassiano, 2015). Avec le développement de la télémédecine et le foisonnement d'initiatives individuelles, les pouvoirs publics identifient un besoin devenant urgent de mettre en place une stratégie de gouvernance pour le développement des systèmes d'information de santé. C'est cette situation qui conduit à la création de l'ASIP Santé en 2009. Dans cet élan, l'État pose un cadre juridique à la *santé numérique*<sup>210</sup>, par le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. Cette politique s'inscrit également dans une dynamique internationale impulsée par l'Union Européenne (UE) qui encourage le développement de la *e.santé*. En effet, avant de se mettre en œuvre dans nos politiques nationales, le développement des TICN a fait l'objet de nombreux rapports, scénarii d'anticipation, textes fondamentaux et accords internationaux. Déjà en 1987,

---

<sup>208</sup> Source : site du Syndicat national des psychologues, [consulté le 20 juin 2017], URL : <http://psychologues.org/la-profession/organisation-de-la-profession/pour-un-ordre-professionnel>

<sup>209</sup> Déjà cité.

<sup>210</sup> L'expression *santé numérique* qui renvoie à un signifié relativement ambigu circule dans le discours de l'ASIP Santé. Source : site de l'Agence nationale de la santé numérique (ASIP Santé), [consulté le 21 juin 2017], URL : <http://esante.gouv.fr/actus/politique-publique/l-asip-sante-se-reorganise-pour-repondre-aux-nouveaux-enjeux-de-la-sante>. On trouve par ailleurs d'autres expressions tout autant incongrues dans certains discours institutionnels, telles que *santé connectée* ou encore *e.santé*. Et pour relever l'ambiguïté de ce type d'expression, nous pouvons ironiser à propos de ces syntagmes : en effet le numérique semble bien se porter !

la Commission Européenne publie un livre vert sur la question du développement des réseaux de télécommunications. De 1997 à 1999, le Parlement européen établit une série de résolutions pour définir sa politique pour une *e.Europe*<sup>211</sup>, sous couvert des organisations internationales, notamment de l'Organisation des Nations Unies (ONU), afin de promouvoir *une société de l'information pour tous*. Un programme qui anticipe de manière peu critique les résultats attendus par le développement de ces technologies sur les différents secteurs d'activité des sociétés européennes et qui s'intéresse déjà à *la santé en ligne*. Quelques années plus tard, en 2004, l'Union Européenne établit un premier programme politique en faveur de l'*e.santé* : le *Plan d'action e.santé 2004-2011* qui fait l'objet, actuellement, d'un prolongement jusqu'à l'horizon 2020<sup>212</sup>.

Ces quelques éléments de contexte qui situent le dispositif de soins par rapport au système de santé publique permettent de relever la complexité de la situation des acteurs de la santé vis-à-vis du pouvoir du politique, lui-même aux prises avec le poids des institutions et la politique internationale. Dans les relations qu'instaure cette situation, les ordres professionnels occupent une place privilégiée interférant sur les politiques nationale et internationale. D'autres acteurs, moins bien représentés, se trouvent dans des relations d'interdépendance « secondaire » avec les pouvoirs administratif, médical et paramédical. Et, si depuis la seconde moitié du XXe siècle « *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets* »<sup>213</sup>, tous les professionnels du soin ne disposent pas de la même liberté de fonctionnement que les acteurs médicaux et paramédicaux. Cette thèse nous permet de relever le cas des musicothérapeutes, mais d'autres professionnels peuvent être affectés par cette situation. Par exemple, le suivi d'un patient par un psychologue ou un ergothérapeute n'est « gratuit » que dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés, rattaché à une structure institutionnelle. Pour autant, le système de santé actuel permet à de nombreux personnels soignants d'exister sur le terrain professionnel, exerçant différentes approches du patient qui viennent en complémentarité de celles des acteurs médicaux et paramédicaux pour la prise en charge globale du patient.

---

<sup>211</sup> Source : site de l'Union Européenne (EU), [consulté le 21 juin 2017], URL : [http://www.europarl.europa.eu/facts\\_2004/4\\_7\\_8\\_fr.htm?textMode=on](http://www.europarl.europa.eu/facts_2004/4_7_8_fr.htm?textMode=on)

<sup>212</sup> Source : *ibid.*, page « politique de e-santé », [consultée le 20 juin 2017], URL : <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/policies/ehealth>

<sup>213</sup> Cf. : Art. L 116-1. de l'Art. 2 de la *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*.

Avec ce chapitre 3 de la première partie, nous espérons avoir dégagé des traits distinctifs des concepts de *représentation* et de *dispositif* qui précisent notre approche des représentations de la musicothérapie. En effet, nous avons relevé la dimension communicationnelle de diverses formes de représentations que nous avons identifiées et qui nous serviront à préciser la méthodologie de la recherche dans la deuxième partie de la thèse. Nous avons également pu mettre en lien la notion de représentation avec différents travaux menés en SIC qui nous ont conduite à préciser le rôle des représentations dans l'instauration de différentes logiques communicationnelles incluant les notions de médiatisation et de médiation. Ces logiques renvoient à la diversité de formes de communication pouvant donner lieu à l'expression des représentations de la musicothérapie dans divers types de dispositif pouvant être mobilisés par les acteurs concernés par la question de la musicothérapie et de ses représentations, dont ses représentations professionnelles.

Avec le concept de dispositif, nous avons également précisé notre approche par rapport aux usages qu'ils peuvent mettre en œuvre et qui dépendent aussi de certains aspects techniques qui lui sont inhérents. En présentant quelques typologies de dispositif, nous avons pu mettre en avant ses dimensions sociale, opérationnelle et stratégique qui présentent aussi certaines limites mettant en tension ses potentialités médiatrices et programmatiques. Notre détour par la théorie du document nous a permis de poser quelques points de repère qui nous serviront dans la suite de la thèse, notamment concernant l'élaboration du corpus. Il renvoie aussi à de nombreuses questions développées en SIC, que nous ne pourrions pas toutes aborder dans le cadre de la thèse, concernant la présence devenue considérable de l'informatique dans l'activité humaine et sociale et affectant les relations entre science et ingénierie, pratiques sociales et conceptions des systèmes sociotechniques, prévision et interprétation. Nous avons également reformulé la question de la place de l'acteur par rapport au dispositif, notamment en l'envisageant selon différents angles depuis lesquels celui-ci peut être plus ou moins acteur du dispositif : en relation avec la notion d'acteur-réseau ; selon la place du patient dans le dispositif de soins, en tant qu'utilisateur de micro-dispositifs, dans des situations de communication où s'enchevêtrent de nombreuses médiations.

## CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

A travers les différents chapitres de cette première partie, l'objet de la recherche se présente comme une construction entre plusieurs composantes qui permettent de mieux situer l'objet d'étude par rapport à un ensemble de connaissances relevant du champ des SIC et qui renvoie à leur interdisciplinarité fondamentale. A cette complexité, la problématique de recherche rajoute une dimension politique évidente qui pose la question des logiques socio-politiques à l'œuvre vis-à-vis de la musicothérapie et qui rappelle que la recherche en SIC s'inscrit aussi dans le champ des relations sciences-société.

Notre approche de la musicothérapie par les représentations a permis de problématiser la situation de la musicothérapie pour interroger les situations de communication dans lesquelles cet objet peut être mis jeu ou en représentation par différents acteurs. Ces situations renvoient à des cadres sociotechniques et professionnels pouvant impliquer diverses catégories de dispositifs au travers desquels les acteurs évoluent. La problématique oriente alors la recherche vers l'étude de ces situations qui posent aussi des contextes discursifs dans lesquels se déploient de nombreux processus info-communicationnels, donnant lieu à l'expression de plusieurs formes de représentations de la musicothérapie. Elle invite aussi à mieux situer le positionnement des acteurs, en fonction de leur catégorie et de leur réseau, impliquant de nombreux actants.

Les éléments de définition que nous avons posés dans le deuxième chapitre permettent de comprendre la musicothérapie comme un dispositif dans lequel s'enchevêtrent différentes médiations. Et, nous avons pu situer sa dimension thérapeutique par rapport au sens que prend ce dispositif lorsqu'il contribue à la prise en charge globale du patient dans certains secteurs de l'activité médicale. Ils nous conduisent aussi à envisager notre objet d'étude selon différents angles entre représentations héritées et représentations visées, entre discours professionnel et discours de la recherche, qui permettront de rebondir sur la question de l'identité et de la représentation professionnelle des praticiens de la musicothérapie. En outre, alors que cette identité semble encore en pleine construction, la musicothérapie est également un objet d'étude pouvant être investi par différentes disciplines. Cette observation conduit à identifier des catégories de représentations scientifiques de cette spécialité, qui peut aussi être considérée en tant que *métier* dans le discours universitaire.



Mobilisant déjà les notions de *représentation* et de *dispositif* dans la présentation de notre objet d'étude, nous avons pu les préciser par rapport à leur dimension communicationnelle, c'est-à-dire les mettre en lien avec les situations, les processus et les logiques de communication qui leur sont inhérents. Nous avons aussi vu que ces notions renvoient à différents travaux menés dans la discipline et qu'elles peuvent être rattachées à celles de *médiatisation* et de *médiation* particulièrement étudiées en SIC. Dans notre approche des représentations de la musicothérapie, ces développements conduiront à prendre en considération les aspects « concrets » et sociaux des dispositifs utilisés par les acteurs pour s'informer et communiquer sur la musicothérapie. En effet, ces dispositifs offrent diverses possibilités d'usages : médiation documentaire selon différents formats médiatiques, mais aussi des formes de mises en relation entre les acteurs, notamment par le biais des potentialités techniques du numérique, via leur site web ou encore via les réseaux sociaux numériques. Nous espérons avoir spécifié ainsi notre approche communicationnelle des représentations de la musicothérapie, sachant que la mobilisation de ces concepts pour la recherche appelle à des précisions d'ordre épistémologique et méthodologique que nous développerons, ci-après, dans la deuxième partie de la thèse.

## DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Les sciences définissent deux principales perspectives de recherche. D'une part, la recherche fondamentale repose sur la volonté d'un chercheur de contribuer à un ensemble de connaissances déjà établies et admises par la communauté scientifique. D'autre part, la recherche appliquée s'appuie sur une nécessité, établie par le chercheur, de répondre à un problème qui se pose immédiatement à l'observation. Les SIC, et les SHS en général, ne dissocient pas catégoriquement ces deux aspects qui engagent le chercheur dans une démarche scientifique singulière (Bonneville *et al.*, 2007 : 30-31). La recherche consiste alors en un geste pratique qui se déploie dans un double mouvement, cherchant à théoriser des pratiques tout en pratiquant de la recherche théorique (Jeanneret, Ollivier, 2004). Dans cette dialectique, une réflexion sur le positionnement épistémologique et la méthodologie s'impose au chercheur.

Alors que les recherches quantitatives s'appuient sur une démarche hypothético-déductive relevant du paradigme positiviste qui postule que la réalité est objective, voire absolue, les recherches qualitatives relèvent d'un autre processus. Elles s'ancrent dans une démarche empirico-inductive et une approche compréhensive du phénomène que le chercheur étudie, pour lui permettre d'aborder son objet de manière relativement large et ouverte, c'est-à-dire par sa complexité. En ce sens, elles débouchent non pas sur une démonstration, comme cela peut être le cas dans les recherches quantitatives et la recherche fondamentale, mais plutôt sur une construction ou une interprétation du phénomène étudié (Mucchielli (dir), 2010).

Cette posture du chercheur appelle d'emblée à être précisée par rapport à un cadre épistémologique. Dans cette deuxième partie, nous commencerons donc par un premier chapitre qui permettra d'éclaircir notre positionnement épistémologique en regard du paradigme constructiviste. Ce paradigme qui convoque aussi celui de la complexité, nous conduira à définir les approches compréhensive et systémique que nous mobilisons dans la recherche pour appréhender les représentations de la musicothérapie.

Ce positionnement induit une méthodologie que le chercheur se doit également d'explicitier. Celle-ci est déterminante de la stratégie de la recherche qui doit aussi chercher à vérifier et à stabiliser les résultats produits. Elle consiste en une réflexion préalable au choix d'un ensemble de méthodes et de techniques visant le recueil et l'analyse des données de la recherche (Mucchielli (dir), 2010). La méthodologie doit alors être pensée non seulement en relation avec

le positionnement du chercheur, mais aussi avec le terrain, les acteurs, la nature du corpus, les discours et les situations observés. En ce sens, le terrain doit faire l'objet d'une description détaillée. Aussi, dans le deuxième chapitre de cette partie, nous précisons la façon dont nous avons construit le terrain de la recherche. Cette description conduira à présenter les acteurs que nous avons observés et/ou rencontrés, ainsi que le corpus que nous avons élaboré, sur lequel s'appuieront les résultats de la recherche.

Dans un troisième chapitre, nous précisons notre méthodologie en regard du dispositif de recherche que nous avons mis en place. Dans un premier temps, nous ferons une description argumentée des méthodes et des techniques de recueil de données que nous avons mobilisées pour la recherche. Dans un second temps, nous présenterons celles utilisées pour l'analyse du corpus.

## CHAPITRE 1 : POSITIONNEMENT ÉPISTÉMOLOGIQUE

Toute recherche scientifique se veut un mode de connaissance du réel et repose sur un cadre épistémologie dont les présupposés sont déterminants du type de recherche et de son inscription dans une discipline en particulier, visant une interprétation du phénomène étudié. Dans cette recherche exploratoire et la démarche empirico-inductive qui y est associée, nous nous situons donc en rupture d'avec les logiques positivistes qui postulent que les faits sont une réalité existant indépendamment de la personne qui les perçoit et qui, pour le positivisme strict, considère que l'observateur doit s'abstraire complètement de sa subjectivité (Mucchielli (dir), 1996 : 164). Face à ces logiques, le constructivisme postule que l'homme ne peut pas avoir accès à la réalité absolue, mais plutôt à des interprétations de la « réalité ». En ce sens, le constructivisme propose « *une conception générale de la réalité qui détermine quelles questions sont à étudier, comment les approcher, comment les analyser et quelles significations les conséquences de l'analyse peuvent avoir pour la connaissance scientifique et son application* »<sup>214</sup>. La pensée constructiviste permet ainsi d'établir un cadre d'investigation relativement propice au développement d'une attitude réflexive, critique et éthique dans la recherche scientifique en SHS (Benoît, 2004 : 192). Elle s'ancre dans le paradigme constructiviste, en lien avec celui de la complexité. Dans ce chapitre, nous proposons de préciser ces paradigmes qui permettent l'articulation des approches compréhensive et systémique que nous mobilisons aussi dans notre approche info-communicationnelle des représentations de la musicothérapie.

### 1. POSITIONNEMENT EN REGARD DU PARADIGME CONSTRUCTIVISTE

A partir des travaux de Jean Piaget<sup>215</sup> qui s'intéresse à l'épistémologie de différentes écoles de pensée, le constructivisme développe plusieurs courants pouvant être relatifs à un champ spécifique de la recherche scientifique et/ou à certaines croyances. Particulièrement utilisé dans différentes disciplines en SHS, notamment dans la recherche qualitative pour l'étude des faits humains et sociaux, il appelle à être précisé. Aussi dans ce paragraphe, nous définirons notre positionnement en regard du paradigme constructiviste en le situant par rapport à des auteurs ainsi qu'au paradigme de la complexité.

---

<sup>214</sup> Gauthier B., *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*. Québec : Presses de l'Université de Québec, 2010 [1984], p. 581.

<sup>215</sup> Notamment de son ouvrage *Logique et connaissance scientifique* publié en 1967 aux éditions Gallimard.

## 1.1 Le paradigme constructiviste

Selon Guba et Lincoln, l'épistémologie constructiviste pose trois questions essentielles visant à situer le chercheur par rapport à son objet, au statut de la connaissance et aux conditions de sa construction :

- « *What is there that can be known ?* » / qu'y a-t-il qui puisse être connu ?
- « *What is the relation ship of the knower to the known and how can we be sure that we know what we know ?* » / quelle est la relation entre le sujet connaissant et ce qui est à connaître et comment être sûr de ce que nous connaissons ?
- « *What are the ways for finding out knowledge ?* » / Quels sont les moyens mis en œuvre pour construire la connaissance ? (Guba, Lincoln, 1998 : 83).

Ce questionnement d'ordre à la fois ontologique, épistémique et méthodologique peut donner lieu à différentes hypothèses ou visions du monde chez les constructivistes dont les croyances sont plus ou moins partagées. Il en résulte des principes fondamentaux partagés par tous et pouvant être qualifiés de « faibles » : la connaissance n'est pas donnée, elle se construit ; elle a un caractère inachevé ; elle doit être plausible et rechercher la consonance et la reliance (Mucchielli (dir), 2010). Du constructivisme ou « constructionnisme » social inspiré par Berger et Luckmann, (1966) au constructivisme radical (Glaserfeld, 1984 ; 2005) en passant par le constructivisme dit « tempéré » (Thiétart *et al.*, 1999), il existe différentes acceptions du constructivisme. Aussi dans ce qui suit, nous ne prétendrons pas à définir l'ensemble de ses différents courants mais plutôt notre positionnement, notamment par rapport au paradigme constructiviste précisé par Jean-Louis Le Moigne (1995) qui intègre le principe téléologique<sup>216</sup>, souvent qualifié de « constructivisme scientifique ».

Bien qu'inspiré par le constructivisme radical, le constructivisme scientifique se distingue de certains de ses aspects, notamment en affirmant son caractère agnostique. Partant de ce

---

<sup>216</sup> Dun point de vue philosophique, la téléologie est l'étude des finalités qui conduisent à l'établissement de systèmes de valeur : « *étude, science des fins humaines (bonheur, justice)* ». En seconde acception la téléologie désigne aussi une « *doctrine qui considère que dans le monde tout être a une fin, qui conçoit le monde comme un système de relations, de rapports entre des moyens et des fins* ». Cf. : *Trésor de la Langue Français informatisé*. URL : <http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=50159265>; **N.B.** : Jean-Louis Le Moigne précise le principe téléologique dans son rapport au constructivisme en tant que principe marquant la finalité de de la recherche scientifique. Il relève ainsi l'idée d'un principe d'intention influençant obligatoirement la construction de l'objet par rapport aux intentions du chercheur.

positionnement ontologique, il postule que l'expérience humaine est connaissable et que l'homme ne peut pas connaître rationnellement un monde objectif indépendamment de son expérience de sujet connaissant. Il ne renie pas l'existence d'un monde réel objectif, toutefois il ne propose aucune hypothèse fondatrice sur la nature de la « réalité » (Le Moigne, 1995 ; Riegler, 2001). Nous retrouvons ici le *principe de l'inséparabilité*, commun à plusieurs courants constructivistes, selon lequel dans la construction de la connaissance, système observant et système observé sont inévitablement liés. Mais contrairement au constructivisme de Guba et Lincoln qui postule qu'il existe de multiples réalités socialement construites qui ne sont régies par aucune loi naturelle, causale ou autre, l'hypothèse phénoménologique posée par le constructivisme scientifique met en avant que c'est l'expérience du réel et donc la connaissance humaine qui sont relatives (Avenier, 2010).

En référence à Piaget (1967), Le Moigne précise que la construction de la connaissance s'opère par l'action de l'observateur et de ses interactions avec les choses. Elle se forge selon trois principes :

- *l'irréversibilité de la cognition*, en tant que processus qui se déploie dans la temporalité de l'action ;
- *la dialectique de la cognition*, par laquelle la connaissance s'organise et devient une représentation de l'expérience cognitive du sujet connaissant ;
- *la récursivité de la cognition*, marquée par une interdépendance assumée entre phénomène perçu et connaissance construite (Le Moigne, 1995).

Dans ce processus, le chercheur peut être influencé de plusieurs manières. Il peut avoir une expérience préalable du contexte qu'il étudie, souvent en lien avec son histoire, qu'il se doit d'assumer. En ce sens, notre posture de « *praticien-chercheur* », marquée par un investissement particulièrement prolongé sur le terrain professionnel nous a conduite à bien différencier terrain professionnel et terrain de la recherche. En effet le terrain professionnel se fonde sur un lieu vivant et des situations de communication impliquant la mise en présence de nombreux acteurs qui participent à la construction d'une réalité à la fois sociale, professionnelle, économique et politique. Et l'établissement dans lequel nous avons exercé notre métier de musicothérapeute nous a permis d'observer les comportements de nombreux acteurs en action. Cette expérience nous fait disposer de données qui nous ont permis, dans la première partie de la thèse, de présenter la musicothérapie par rapport à un champ de pratiques cliniques où se conjuguent les

interactions des acteurs et où elle peut être productive, y compris pour défendre certaines valeurs dans un système organisationnel de soins. Notre expérience confirme également que l'observation constitue une activité *naturelle* de tout participant au fonctionnement d'une organisation (Soulé, 2007), y compris du patient en psychiatrie et de certains soignants pouvant sembler détachés de leur environnement de travail. Et, c'est bien cette expérience qui a suscité chez nous un questionnement conduisant à une mise à distance du terrain professionnel pour évoluer sur celui de la recherche. Ainsi, cette forme de participation observante que nous avons menée sur le terrain professionnel et qui constitue un risque de glissement vers trop de subjectivité pour la recherche scientifique, peut également être un mode d'entrée sur le terrain de la recherche ou en constituer un point de départ (Brewer, 2000). D'ailleurs, elle nous renvoie au positionnement de l'ethnographe, qui lui-même ne peut prétendre à une objectivité absolue : « *l'ethnographe ne peut en effet guère prétendre être objectif et observateur participant : l'ethnographie est définie et façonnée par les relations humaines, elle est construction d'une fiction rationnelle, et non-recherche objective de connaissance* »<sup>217</sup>. Ainsi, si notre expérience de musicothérapeute présente un risque pour la recherche, elle nous a également permis de développer, dans l'action, une mémoire spécifique particulièrement riche, imprégnée de souvenirs sensibles et pouvant servir la recherche (Blondeau, 2002). Pour affirmer cette distinction entre terrain professionnel et terrain de la recherche, nous verrons au prochain chapitre de cette deuxième partie comment nous avons construit le terrain de la recherche, pour y rencontrer à travers différents types de dispositifs info-communicationnels d'autres acteurs impliqués dans diverses formes de représentation de la musicothérapie.

Sur un plan davantage épistémologique, la démarche du chercheur s'inscrit dans un projet défini, visant la construction de l'objet de la recherche par rapport à une connaissance institutionnalisée, relative à une communauté scientifique dans laquelle circulent des hypothèses et un discours qui sont partagés. Les interactions entre théorie et pratique sont alors une condition essentielle à la recherche qui se trouve orientée par des finalités. Le projet du chercheur n'est donc pas de résoudre le conflit des antagonismes émergeant de sa rencontre avec l'objet mais de les assimiler et de les intégrer pour les dépasser et en faire des parties constituantes de l'objet de la recherche. Avec ce principe « téléologique » que nous venons de décrire, la construction de la connaissance du chercheur est concourante à celle de l'objet de recherche qui est obligatoirement influencée par un objet de connaissance scientifique. La

---

<sup>217</sup> Soulé B., « Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales ». *Recherches qualitatives*, vol. 27 (1), 2007, p. 131-132.

connaissance produite se révèle alors aussi comme le produit d'un construit de la relation sujet-objet (Le Moigne, 1995). En ce sens, le constructiviste scientifique est relativement ouvert et autorise le chercheur à prendre appui sur des savoirs pouvant être légitimés par la recherche scientifique, dans d'autres disciplines. Celui-ci doit alors les réinterpréter de façon cohérente, en lien avec les hypothèses et le contexte posés par sa propre recherche (Avenier, 2010), comme nous avons pu le faire pour préciser les notions de *représentation* et de *dispositif* en faisant référence à divers travaux menés en SIC.

Sur le plan méthodologique, certains courants constructivistes utilisent exclusivement des méthodes qualitatives fondées sur l'observation *in situ*, les études de cas ou des entretiens, et pouvant relever du constructivisme interprétativiste (Guba, Lincoln, 1989 ; 1998 ; Thiétart, 2007). Le constructivisme scientifique tolère aussi l'articulation de méthodes qualitatives et quantitatives, de type questionnaire ou autres, pouvant favoriser le recueil des données de la recherche tout autant que la construction de l'objet. Ce qui n'exclut pas le risque interprétatif et qui oblige à une vigilance sur les plans de l'éthique, de la rigueur et de l'explicitation (Avenier, 2010). Précisons déjà ici que pour la thèse nous avons utilisé différentes méthodes : grilles de recueil pour l'étude de documents numériques et de contenus web, questionnaire pour une enquête en ligne auprès de nombreux praticiens de la musicothérapie et entretiens. En ce sens nous prendrons en considération les contextes dans lesquels les acteurs expriment leur point de vue sur la musicothérapie, notamment en interrogeant leur positionnement par rapport à plusieurs cadres de normes qui contribuent au cadre d'énonciation de leur discours. Nous procéderons à une analyse selon diverses échelles micro-méso-macro, en étudiant chaque élément du corpus et en croisant nos résultats pour établir des variables afin de livrer une interprétation plausible des représentations de la musicothérapie, du point de vue des SIC. Et, l'enquête en ligne ainsi que les entretiens que nous avons menés auprès de nombreux acteurs de la musicothérapie apporteront également des données sensibles qui permettront de mesurer la cohérence ou les écarts entre nos résultats et leurs expériences respectives de la musicothérapie. Dans notre analyse, nous passerons donc par des moments d'explication et d'interprétation du discours des acteurs. Aussi, notre positionnement en regard du constructivisme scientifique contient une dimension interprétativiste qui n'exclut pas les finalités de la recherche, puisque nous espérons apporter quelques éléments de connaissance concernant le rôle de l'information-communication dans la circulation et la construction des représentations de la musicothérapie.



Ainsi, l'approche constructiviste par rapport à laquelle nous nous positionnons ne cherche pas à atteindre la vérité absolue du phénomène que nous étudions. Elle se donne plutôt pour objectif d'établir une représentation de sa « réalité ». En ce sens, la recherche constructiviste tend à élaborer un discours sur la « réalité », qui s'appuie sur des référents scientifiques pouvant être partagés. Considérant que la « réalité » propose un vaste univers de significations observables, le constructivisme scientifique renvoie au paradigme de la complexité.

## 1.2 Le paradigme de la complexité

Le paradigme de la complexité constitue un cadre épistémologique développé en France par le sociologue et philosophe Edgar Morin. Il s'inspire de différentes théories:

- *la théorie de l'information*, qui intègre des aspects communicationnel et statistique présentant tous deux des incertitudes et selon lesquels l'information est un concept point de départ. Ce dernier ne révélerait qu'un aspect limité et superficiel d'un phénomène à la fois radical et *polyscopique*, inséparable d'un principe d'organisation (Morin, 2005 : 38) ;
- *la cybernétique*, qui s'intéresse aux principes d'organisation de l'information, selon l'idée de *rétroaction* introduite par Norbert Wiener et qui réfute le principe de causalité linéaire, en avançant l'idée de *boucle causale* des processus informationnels ;
- *la théorie des systèmes*, qui postule que « *le tout est plus que la somme des parties* » et renvoie à l'idée que les qualités émergentes d'un tout, peuvent rétroagir sur les parties et inversement. Ce qui entretient aussi un certain degré d'incertitude. (Morin, Le Moigne, 1999).

Selon Edgar Morin, la pensée complexe est *multidimensionnelle* et « *animée par une tension permanente entre l'aspiration à un savoir non parcellaire, non cloisonné, non réducteur, et la reconnaissance de l'inachèvement et de l'incomplétude de toute connaissance* »<sup>218</sup>. Elle repose sur trois principes :

---

<sup>218</sup> Morin E., *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Seuil, 2005 [1995], p. 11-12.

- *le principe dialogique*, qui induit une méthode de raisonnement consistant à approcher la réalité d'un phénomène en mettant en évidence les contradictions qui en émanent, pour les dépasser ;
- *le principe de récursion organisationnelle*, qui considère les effets circulaires rétroactifs affectant tout fait humain. Cette récursivité conduit à un principe sous-jacent d'auto-éco-organisation marqué par la capacité d'autonomie des systèmes et leur potentiel interactionnel avec leur environnement ;
- *le principe hologrammique*, qui met en évidence que le tout est dans la partie et que la partie est dans le tout, impliquant des aller-retours incessants entre l'élémentaire et le global pour comprendre les phénomènes sociaux comme émergeant d'un système pouvant être plus englobant.

Selon ce paradigme, l'articulation de ce qui est dissocié et distingué, l'union des processus de simplification et des contre-processus, sont favorisés par la communication pour permettre un circuit productif qui tisse le développement de la pensée (Morin, 2005 : 135). Le paradigme de la complexité permet aussi de penser la difficulté de la recherche comme un défi consistant à approcher les phénomènes sociaux par leur complexité, faisant appel à des approches complémentaires.

Dans notre recherche, nous postulons que la complexité est une qualité inhérente au phénomène des représentations de la musicothérapie. Déjà, nous avons vu en précisant la notion de *représentation* que les représentations sociales des acteurs sont le résultat de nombreuses interactions pouvant se dérouler dans différents cadres de communication. Et à ce stade de la thèse nous pouvons pressentir que les représentations professionnelle et scientifique de la musicothérapie sont également complexes. Nous situons aussi cette propriété des représentations par rapport aux relations d'interdépendance que les acteurs entretiennent avec leur environnement social, pouvant être nommé en termes de *système*. Par ailleurs, l'émergence de ces représentations relève d'aspects pouvant être en lien avec les situations de communication que définissent les acteurs par rapport à un cadre de normes qui participe de leur positionnement sur la question de la musicothérapie et aux objets techniques qui contribuent au renforcement de certaines formes de représentation. Ces éléments peuvent provoquer des incidences socio-sémio-techniques à la fois sur les formes d'expression et la perception des représentations de la musicothérapie. Ces considérations nous invitent à préciser

notre positionnement épistémologique en regard de deux approches que nous mobiliserons pour étudier ces représentations : l'approche compréhensive et l'approche systémique.

## 2. APPROCHES MOBILISÉES POUR L'ÉTUDE DES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE

Dans la recherche qualitative, les paradigmes du constructivisme et de la complexité que nous venons de préciser s'articulent à des approches spécifiques pouvant être mobilisées pour l'étude des phénomènes sociaux complexes. Dans ce paragraphe, nous présenterons notamment l'approche compréhensive et l'approche systémique que nous utiliserons pour l'étude des représentations de la musicothérapie.

### 2.1 L'approche compréhensive

L'approche compréhensive s'est développée en réaction au positivisme initié au XIXe siècle par Auguste Comte. Elle s'inspire d'une réflexion sur les sciences de l'esprit et les sciences sociales menée par différents penseurs tels que Wilhlem Dilthey ou Georg Simmel. Elle est également portée par un courant phénoménologique<sup>219</sup>. Notamment Schutz (1971) étudie les rapports de la phénoménologie avec la recherche en SHS pour en dégager que l'approche phénoménologique n'exclut pas que le chercheur puisse être influencé par un principe d'intention de la recherche scientifique, pouvant être en lien avec une discipline en particulier (Isambert, 1989).

L'approche compréhensive répond au principe de la primauté des significations et du sens dans l'approche scientifique des faits humains et sociaux. Elle postule que tout homme a la possibilité de pénétrer le monde des significations d'un autre acteur humain (Mucchielli, 2004). Elle se situe en rupture des logiques positivistes : « *La compréhension, c'est donc l'accès au sens-pour-des-acteurs des phénomènes observables ou appréhendables par des techniques d'expression* »<sup>220</sup>.

---

<sup>219</sup> C'est-à-dire en continuité de *La phénoménologie de l'esprit d'Hegel* (1807), de *La méthode phénoménologique* d'Husserl (1893-1928) et de *La phénoménologie de la perception* de Merleau Ponty (1945).

<sup>220</sup> Mucchielli A., « Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains ». *Recherches Qualitatives*, [en ligne], Hors-Série numéro 1, Actes du colloque Recherche qualitative et production de savoirs, UQAM, 12 mai 2004, p. 30. [Consulté le 21 mai 2018], URL : <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/les-collections/hors-serie-les-actes/>

Cette approche se rattache également à une démarche empirico-inductive. Elle nécessite un effort d'empathie, conduisant le chercheur à traverser plusieurs phases de saisie intuitive des significations dont tous les faits humains et sociaux sont porteurs. Ces étapes visent à établir des synthèses progressives qui donneront lieu à la formulation d'une synthèse finale, socialement plausible, pour livrer une interprétation « en compréhension » du phénomène étudié (Mucchielli, 2010).

Rappelons qu'à l'heure d'internet, les techniques d'expression sont multiples. Le contexte numérique ouvre un univers de significations relativement vaste susceptible d'impliquer de nombreux acteurs. La documentation qui circule sur internet ou encore la visibilité des acteurs sociaux qui contribuent au développement de la musicothérapie en sont des exemples. Et pour la recherche, internet peut conduire à relier entre eux des acteurs et des discours tout autant que d'observer certains phénomènes sociaux et communicationnels. Ce média rend possible la communication à distance et l'organisation de rencontres dans la réalité. Y compris en contexte numérique, l'approche compréhensive peut alors permettre de prendre en considération des éléments situationnels concernant les acteurs et la signification de leur discours, en étudiant les processus à œuvre pour les rendre compréhensibles par d'autres acteurs. L'interprétation « en compréhension » de l'ensemble étudié (les représentations de la musicothérapie résultant de nombreux processus info-communicationnels) demande alors à être resituée par rapport à une vision systémique, c'est-à-dire dans des ensembles signifiants plus généraux qui permettront de comprendre l'ensemble du phénomène par rapport au positionnement des acteurs.

## **2.2 L'approche systémique**

A l'instar de Daniel Durand, nous distinguons, historiquement, deux périodes participant à l'émergence et au développement de la systémique, notamment dans les années 1950 à partir *du structuralisme, de la cybernétique et de la théorie de l'information* et dans les années 1970-1980 où elle intègre les concepts de *communication* et celui d'*autonomie* ou d'*auto-organisation* (Durand, 2010 : 45-46). On retrouve aussi les bases de l'approche systémique dans les travaux de l'école de Palo Alto, notamment à travers l'ouvrage de Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin et Don D. Jackson, dont la première publication remonte à 1967 : *Une logique de la communication*.

Globalement, l'approche systémique propose un savoir, fondé sur les quatre concepts de base que sont la *globalité*, la *complexité*, le *système* et l'*interaction*. Elle demande aussi une pratique qui permette de s'orienter dans cette complexité pour agir sur elle.

Dans son application aux phénomènes communicationnels, l'approche systémique propose une grille de lecture et d'analyse qui recouvre huit principes qui ont pu être précisés par Alex Mucchielli :

- *le principe systémique* : les phénomènes isolés n'existent pas, ils interagissent avec d'autres phénomènes de même nature et s'insèrent donc dans un système ;
- *le principe du niveau d'observation* : un système est délimité par rapport à un autre système, pouvant être plus englobant et avec lequel il communique. Ce cadrage permet de définir les acteurs qu'il convient de prendre en compte. Il est porteur d'effets de sens en lien avec le contexte des relations ;
- *le principe de causalité circulaire* : tout phénomène de communication est pris dans un jeu complexe d'implications mutuelles, d'actions et de rétroactions ;
- *le principe homéostatique* : un système est régi par des règles que l'on peut expliciter. Il a également une force propre de résistance aux modifications qui pourraient l'atteindre ;
- *le principe d'émergence* : un système de communication est toujours le siège de phénomènes d'émergence ;
- *le principe du paradoxe* : chaque phénomène communicationnel est à la fois autonome et contraint, organisé et organisant, informé et informant ;
- *le principe de la nature de la communication* : la communication, ou le phénomène communicationnel est explicité sous la forme d'une catégorie signifiante d'échange qui généralise de nombreux contenus concrets ayant la même signification ;
- *le principe de la récurrence des jeux interactionnels* : dans les groupes sociaux plus ou moins fermés, les phénomènes communicationnels peuvent être appréhendés sous forme de scénarii répétitifs ou récurrents (Mucchielli (dir), 2010).

A partir de ces différents principes, l'approche systémique propose de modéliser les systèmes complexes dans lesquels se manifestent les phénomènes sociaux, en prenant en considération les différents types d'interaction qui les sous-tendent pouvant être d'ordre *synchronique* (fonctionnement), *diachronique* (transformation) et *récuratif* (autonomisation) (Le Moigne,

1995). Nous empruntons également à Jean-Louis Le Moigne la distinction qu'il propose entre l'approche systémique et l'approche analytique (davantage réductionniste) et qu'il fonde sur quatre préceptes venant préciser le positionnement du chercheur-modélisateur :

- *le précepte de pertinence* : tout objet se définit par rapport aux intentions implicites ou explicites du chercheur ;
- *le précepte du globalisme* : l'objet n'est qu'une partie immergée et active d'un plus grand tout. Il n'existe que dans sa relation avec son environnement ;
- *le précepte téléologique* : l'interprétation de l'objet s'effectue par son comportement dans le système et le projet que le chercheur lui attribue ;
- *le précepte de l'agrégativité* : toute représentation est délibérément simplificatrice. Le recensement de l'exhaustivité des éléments à considérer est illusoire (Le Moigne, 1977 : 23)

L'approche systémique que nous venons de définir et qui présente de nombreux points de concordance avec les paradigmes et l'approche compréhensive que nous avons présentés nous sera utile dans la construction du schéma de modélisation des acteurs que nous présenterons dans la troisième partie concernant les résultats de la recherche, pour mieux comprendre le positionnement des acteurs sur la question de la musicothérapie. Elle conduira également à mieux situer le contexte discursif des acteurs sociaux que nous avons ciblés pour la recherche et à partir desquels nous avons élaboré le corpus<sup>221</sup>. Ces contextes seront à préciser par rapport aux relations pouvant exister avec l'ensemble des acteurs que nous considérons dans la recherche. Et nous préciserons la façon dont nous avons mis en œuvre cette approche systémique des acteurs de la musicothérapie dans le troisième chapitre de cette deuxième partie, consacré à la méthodologie de la recherche.

### **3. POINT DE SYNTHÈSE SUR LES FINALITÉS DE LA RECHERCHE**

Le positionnement constructiviste que nous venons de définir en lien avec le paradigme de la complexité et les approches compréhensive et systémique qu'il induit, nous conduit à nous situer en rupture des logiques positivistes et technicistes, pouvant se référer à l'idée d'un déterminisme technologique radical. Toutefois, évoluant sur un terrain imprégné d'une

---

<sup>221</sup> Nous présenterons ces acteurs dans le prochain chapitre de cette deuxième partie, en continuité de notre description de la construction du terrain de la recherche.

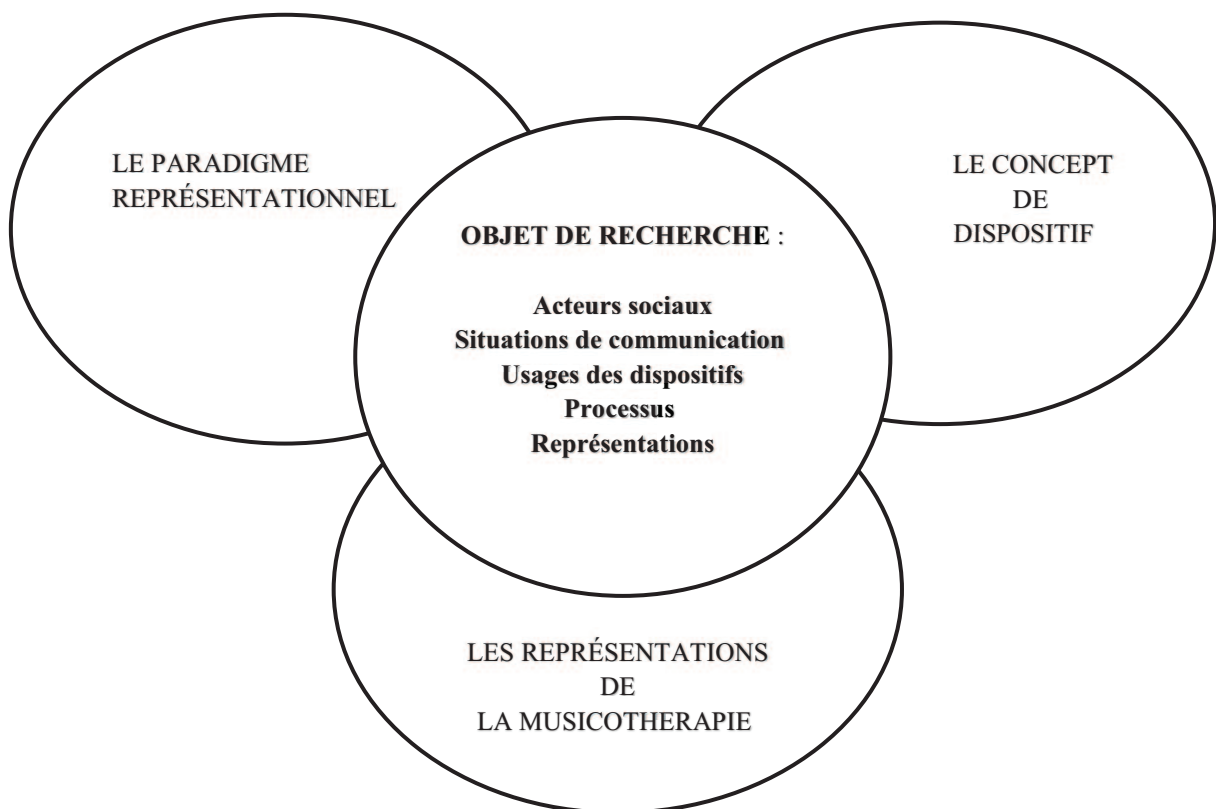
dimension technologique, nous prendrons en considération les objets techniques, y compris dans leur dimension composite, qui est nécessaire pour ne pas constituer d'obstacle à la recherche scientifique en SIC (Couzinet, Gardiès, 2009). Et, précisons ici que nous étudierons les représentations de la musicothérapie à travers différents matériaux dont la plupart sont imprégnés de cette dimension technologique : des documents PDF, des contenus web, des résultats d'enquête menée en ligne. La recherche en SIC offre alors des points de repère pour permettre d'approcher certains de ces matériaux, notamment les PDF téléchargés sur les sites web des acteurs que nous avons ciblés pour la recherche. En effet, ces documents peuvent remplir une pluralité de fonctions dont le transfert d'information n'est qu'une partie d'autres, plus virtuelles ou réelles (Couzinet, 2011). Ils ont aussi une dimension sociale, opératoire et stratégique pouvant jouer un rôle de médiation, à la fois sur les pratiques des acteurs que nous étudierons et sur leurs relations (Paganelli, 2012). Ils peuvent aussi être détournés de leurs usages initiaux pour être instrumentalisés par les acteurs. Et leur diffusion en ligne sur différents sites crée des situations de communication complexes dans lesquelles s'enchevêtrent différentes médiations pouvant orienter les significations et la réception de leur contenu d'où émergent les représentations de la musicothérapie (Breton, Proulx, 2012).

Ainsi l'analyse de contenu de ces matériaux est difficilement séparable de celle des contextes dans lesquels ils sont produits et diffusés, circulant dans des milieux qui englobent des valeurs culturelles et sociales que la médiation numérique contribue à véhiculer, à renforcer, voire à disperser, comme cela peut être le cas avec les représentations de la musicothérapie (Régimbeau, 2006 ; Bonaccorsi, Flon, 2014 ; Di Filippo, 2018). Et ce pouvoir médiateur des technologies numériques tient non seulement aux conditions d'accès à l'information et au savoir mais aussi aux habilités cognitives, techniques et sociales des internautes qui pourront plus ou moins permettre que l'expérience de cette médiation se transforme en connaissance (Paquienséguy, 2013).

Dans notre approche nous situons aussi l'acteur en dehors de tout déterminisme social radical, pour le placer au cœur de notre problématique comme agent et agi des (ou par) les processus info-communicationnels qui se mettent en œuvre dans les dispositifs sociotechniques permettant l'expression des représentations de la musicothérapie (Cordelier, 2013 ; 2014). Nous partons du principe que les acteurs co-construisent la « réalité » sociale de la musicothérapie qui s'amorce dans le quotidien de leurs interactions et s'élabore dans des processus

d'intériorisation-extériorisation propre à chacun, pouvant aussi conduire à la transformation ou à l'évolution des représentations de la musicothérapie.

A ce stade de la thèse, où nous avons aussi précisé les notions de *représentation*, et de *dispositif*, que nous mobilisons, nous proposons de synthétiser les finalités de la recherche à l'aide du schéma suivant :



*FIG. 2 : Schéma synthétique des finalités de la recherche*

Sur ce schéma qui traduit l'enchevêtrement de notions et concepts que nous avons précisés dans la première partie, nous situons l'objet de recherche comme une construction s'appuyant sur le cas de la musicothérapie. Déjà dans la première partie, en présentant la musicothérapie d'un point de vue diachronique, nous avons vu que l'information et la communication ont joué un rôle essentiel dans son émergence en tant que pratique à visée thérapeutique dans les milieux hospitaliers du XIXe siècle, pour se développer et se professionnaliser au cours du XXe. Et le contexte de la recherche permet de réinterroger ce rôle en regard de l'évolution des technologies



de l'information et de la communication. D'autant qu'elles instaurent une dialectique entre les acteurs permettant de conjuguer des usages et des rapports sociaux qui s'ancrent dans un ensemble de pratiques sociales plus anciennes, fondées sur l'acceptation consensuelle d'un ordre social établi. Cette dialectique participe à la construction sociale de la « réalité » selon le procès d'une médiation symbolique qui permet de récupérer des idéaux émancipateurs et de les convertir en idéologie pour construire un imaginaire collectif susceptible, en effet, d'émanciper les acteurs, mais aussi de reproduire les inégalités, voire de les accentuer (Granjon, Denouël, 2011).

En définissant la notion de représentation, nous avons également vu comment le paradigme représentationnel couvre différents champs de la recherche scientifique convoquant aussi le paradigme communicationnel et les SIC, pour mieux comprendre les processus à l'œuvre dans la formation, la transformation et l'évolution de différentes typologies de représentation. A l'instar de Bernard Lamizet et Ahmed Silem (1997) ou encore de Bernard Miège (2004), nous postulons que les dispositifs sociotechniques mis en place et utilisés par les acteurs, définissent des lieux de médiation pouvant être investis par les acteurs pour contribuer à l'évolution des représentations de la musicothérapie. En ce sens, nous plaçons l'acteur au centre de notre problématique info-communicationnelle.

Et à partir de la problématique de recherche que nous avons explicitée dès le premier chapitre de la thèse, notre approche de la musicothérapie par les représentations vise aussi à déconstruire les situations de communication des acteurs pour mieux comprendre leur positionnement vis-à-vis de la musicothérapie et en voir émerger des typologies que nous interpréterons. Nous nous mettons ainsi en quête de voir apparaître un sens d'entre le discours pluriel existant sur la musicothérapie, qui pourrait permettre de mieux comprendre la place qu'elle occupe actuellement dans le système de santé.

## CHAPITRE 2 : TERRAIN, ACTEURS ET CORPUS DE LA RECHERCHE

En SIC et plus généralement en SHS, le terrain est un élément essentiel à la recherche scientifique. Il répond à la nécessité du chercheur de se confronter à la réalité, de s'immerger dans un contexte pour observer des pratiques sociales et d'en saisir les processus et les logiques (Olivesi, 2005). Il contient une dimension anthropologique qui situe l'acteur au cœur des problématiques de recherche. Alors que pour cette recherche nous avons particulièrement utilisé internet, dans le premier paragraphe de ce chapitre, nous précisons comment, à partir des usages que nous en avons fait, nous avons construit le terrain de la recherche. En ce sens nous reviendrons sur certains aspects d'internet qui, combinés aux fonctionnalités des dispositifs numériques, peut être considéré à la fois comme un média, un espace et un outil de médiation, ou encore un lieu d'observation de nombreuses pratiques sociales.

De cette relation que nous avons pu entretenir avec internet pour construire le terrain de la recherche, nous avons observé les sites web d'un grand nombre d'actants, mettant ainsi en œuvre des modalités de communication avec des acteurs sociaux. Cette communication plus ou moins engageante nous a conduite à repérer sur le réseau un ensemble d'acteurs que nous considérerons pour la recherche. Aussi, dans un deuxième paragraphe nous présenterons ces acteurs qui nous ont également amenée à en cibler quelques-uns pour approcher en compréhension les représentations de la musicothérapie. Parmi eux, nous comptons des acteurs qui diffusent sur internet des contenus se rapportant à la musicothérapie, de nombreux praticiens avec qui nous avons pris contact pour mener une enquête en ligne, et quelques autres acteurs que nous avons interviewés et qui sont particulièrement impliqués dans la professionnalisation et la représentation professionnelle de la musicothérapie.

Dans un troisième paragraphe, nous présenterons le corpus que nous avons construit pour la recherche. Celui-ci a été élaboré en partie avec de nombreux documents PDF et des contenus web extraits des sites web des acteurs. Notre enquête en ligne auprès des praticiens de la musicothérapie et les entretiens que nous avons menés viennent compléter le corpus et lui donner une dimension hétérogène qui permettra de mieux appréhender les représentations de la musicothérapie à travers différentes catégories de dispositifs.

## 1. PRÉSENTATION DU TERRAIN DE LA RECHERCHE

Si certains chercheurs donnent une définition stricte du terrain se limitant à un lieu *in situ* (Everett-Cherington, 1996), celui-ci ne se réduit pas obligatoirement à un espace social institué, tel un lieu physique aux contours formels (un hôpital, une université, ou autre), ni même à une communauté (les jeunes, telle tribu amazonienne, etc.). En effet, le terrain peut composer avec des objets : documentation, données statistiques, matériaux d'enquête, etc. (Mendras, Oberti, 2000). Et, à travers les recherches contemporaines qui composent avec les technologies numériques et les nouvelles pratiques sociales auxquelles elles donnent lieu, la notion de terrain s'élargit à d'autres catégories de lieux : sites web, réseaux sociaux numériques (RSN), plateformes contributives, etc. En ce sens, internet constitue un « genre » de terrain permettant d'observer des pratiques, des modalités de mises en relation des acteurs, selon différents niveaux de dispositif et de communication, et de recueillir diverses catégories de données. Ainsi, la notion de terrain prend une forme hybride entre lieux *in situ*, contextes numériques, communauté(s) d'acteurs, pratiques sociales et objets plus ou moins concrets ou « virtuels » (documentation, contenu web, *big data*, discours, etc.). La notion de terrain appelle alors une série de questions. Selon quel(s) type(s) d'espace ou d'environnement se définit-il ? Selon quelle temporalité ? A quelle(s) situation(s) et forme(s) de communication donne-t-il lieu ? Impliquant quels acteurs ? Quels objets ? S'agit-il d'une réalité objective ou d'une construction ? Avec ces questions, le terrain révèle des aspects socio-sémiotiques qui peuvent interférer sur les observations du chercheur et les résultats de la recherche (Quinton, 2002). En effet, chaque terrain renvoie à une situation particulière correspondant à des circonstances spécifiques, pouvant être variables d'un endroit à l'autre, d'un moment à l'autre et par rapport auxquelles le chercheur-observateur-analysateur est rarement neutre et impartial (Becker, 2014). Le terrain, qui constitue un élément essentiel à l'enquête dans la recherche scientifique, convoque une nécessité à la fois d'ordre épistémologique (afin de pouvoir saisir des réalités difficilement objectivables) et méthodologique, conduisant à définir un dispositif de recherche opérationnel utilisant des outils d'investigation et d'analyse conformes à ce type de visée et que le chercheur doit pouvoir expliciter (Olivesi, 2005 : 165).

Alors que nous avons particulièrement utilisé internet pour la recherche, nous proposons dans ce qui suit d'interroger la pertinence de ce choix dans la construction du terrain de la recherche. Dans un premier temps nous nous intéresserons aux façons dont internet peut constituer un

« genre » de terrain pour la recherche scientifique. Dans un second temps, nous précisons comment internet a permis la construction du terrain de cette recherche.

### 1.1 Internet : une composante du terrain de la recherche

Le terme internet qui résulte de la contraction de la locution *inter connected networks* désigne un réseau (*net*) mondial et décentralisé fait de l'interconnexion d'une multitude de réseaux d'information et de communication indépendants qui permettent le transport de données sans pratiquement de limite physique (Guérin, 1997). Avec la démocratisation des TIC depuis le milieu des années 1990, les usages d'internet se sont peu à peu introduits dans de nombreux domaines de la vie sociale, dans une multitude de services et de pratiques culturelles, informationnelles, communicationnelles et politiques qui l'ont rendu ordinaire. Cette banalisation tend à faire considérer internet comme un nouveau média de masse, ce qui peut soulever de nombreuses questions d'ordre social, économique, marchand, éthique et politique. Elle conduit aussi à envisager internet comme un « monde de réseaux », dont les moyens d'accès (les dispositifs numériques) constituent des composantes permettant différentes formes de communication et de mises en relation entre de nombreux acteurs sociaux<sup>222</sup>.

#### 1.1.1 Internet : un « monde de réseaux »

La notion de *réseau* renvoie à diverses acceptions. Parmi elles, le réseau peut être défini comme un « ensemble de liens ou de relations entre des éléments d'une organisation, qu'elle soit sociale, linguistique, technologique ou neurologique »<sup>223</sup>. Sont ainsi distingués différents types de réseaux : sociaux, sémantiques, d'équipement de communication, câblés, cellulaires, télématiques, numériques, de programmation, hertzien, etc. Dans le *glossaire critique* de *La « société de l'information »*<sup>224</sup>, le *réseau technologique* désigne les mécanismes et les outils informatiques qui, dans leur application aux TIC, utilisent des réseaux de communication tels que ceux du web ou d'internet. Le *réseau sémantique* se rapporte aux relations de sens ou aux liens stratégiques permettant l'accès à des contenus circulant sur le web. Et internet révèle aussi

---

<sup>222</sup> Cf. : première partie de la thèse, paragraphe « Un exemple de dispositifs plus englobant : les dispositifs numériques », p. 103-109 de la thèse.

<sup>223</sup> Lamizet B., Silem A. (dir), *Dictionnaire encyclopédique des sciences de l'information et de la communication*. Paris : Ellipses, 1997, p. 481.

<sup>224</sup> France. Commission pour l'Unesco, *La « société de l'information » : glossaire critique*. Paris : La Documentation française, 2005

un *réseau humain* à travers les nombreuses formes d'interactions qu'il rend possibles entre les individus, ou encore entre des individus et des contenus produits par d'autres individus (Cornu, 2005 : 121). En effet, si internet est d'abord un réseau d'information qui ne cesse de s'enrichir et d'évoluer, il comprend également des réseaux de personnes reliées entre elles par des liens de natures diverses qui rendent compte de l'hétérogénéité du réseau, une hétérogénéité qui s'articule à celle de l'acteur<sup>225</sup>. En ce sens, l'espace médiatique d'internet rend visibles des liens symboliques qui s'ancrent dans des réseaux humains tout à fait réels et qui se déploient dans un monde qui a de plus en plus tendance à s'organiser avec (ou par) les technologies numériques.

Au sens d'Howard Becker, l'expression *monde de réseaux* désigne un ensemble d'activités humaines participant à l'existence du réseau : « *la métaphore de monde n'est pas spatiale, l'analyse se centre sur une activité collective quelconque, quelque chose que des gens sont en train de faire ensemble. Quiconque contribue en quelque façon à cette activité et à ses résultats participe à ce monde.* »<sup>226</sup>. Les TIC, qui englobent l'informatique, le web et internet ainsi que des outils traditionnels de l'information et de la communication, ont produit un *monde de réseaux* très complexe dans lequel les acteurs développent leurs activités en fonction d'autres acteurs, à des fins pouvant être très variables, y compris d'ordre économique ou politique. Elles rendent également possibles des formes de mises en relation et de médiations qui influencent les démarches intellectuelles et les pratiques sociales. Elles permettent de conjuguer des temporalités pouvant être juxtaposées, superposées et mises en lien, donnant de l'épaisseur à un continuum temporel qui contribue à favoriser la communication et l'extension des réseaux humains. S'il peut être envisagé comme un simple réseau de communication permettant le transfert d'informations et/ou de données, internet est aussi le lieu où se concrétise l'expression de nombreux discours et de leurs référencements, selon des cadres d'énonciation très divers, susceptibles d'influencer les représentations sociales d'un grand nombre d'internautes. En ce sens, il dépasse son statut d'espace de publication et de médiation, devenant aussi l'objet d'une instrumentalisation intellectuelle qui l'inscrit comme creuset de nos propres formations discursives.

Ce *monde de réseaux*, à la fois informationnel et communicationnel, accessible via les écrans des objets connectés, introduit à une nouvelle forme d'espace qui modifie les rapports de l'humain aux notions de territoire, de distance et de temps, et qui se superpose à l'espace-temps

---

<sup>225</sup> En référence à la notion d'acteur-réseau que nous avons abordée dans la première partie de la thèse et qui est définie dans *Sociologie de la traduction : textes fondateurs* par Akrich M., Callon M., Latour B., (2006).

<sup>226</sup> Becker H.-S., Pessin A., « Dialogue sur les notions de Monde et de Champ ». *Sociologie de l'Art*, (OPuS 8), 1, 2006, p. 168.

« classique » pour se présenter comme un univers parcourable (Jauréguiberry, Proulx, 2001). Et, s'il peut être qualifié de « virtuel », il renvoie aussi à un ensemble de propriétés techniques des dispositifs numériques qui permettent des formes de communication relevant du lien social malgré un déplacement des modes d'expression et de communication en présence (Durampart, 2013 : 95). Les modalités de mises en relation induites par nos dispositifs numériques connectés au réseau internet ne s'opposent donc pas franchement au réel, même si elles transforment de nombreuses notions, y compris celles d'identité, de relation ou encore d'espace public.

### **1.1.2 Internet : un lieu de « discours circulant »**

Avec les possibilités d'expression, de mises en lien, d'information, de communication, de culture et de visibilité des acteurs sociaux qu'il propose internet donne lieu à une forme de renouvellement de l'espace public, dans lequel circulent de nombreux discours. Cette forme d'espace public trouve sa légitimité dans une histoire en lien avec le développement des TIC. Rappelons que dans cette histoire, l'initiative publique a été très forte dès le début, même si les usages de ces technologies font exister une tension quasi-permanente entre les notions de sphères publique et privée (Lupovici, 2005).

La notion d'*espace public* se définit selon un cadre théorique évolutif dont les fondements se rapportent aux travaux de Jürgen Habermas (1962 ; 1981 ; 1992) pour désigner un espace d'objectivation de l'expérience collective jouant un rôle de médiation entre la société et les pouvoirs publics. Le premier modèle de l'*espace public* s'appuie sur l'*usage critique et public de la raison* dans les relations de la bourgeoisie avec l'État, visant à exercer une tendance normative du politique. Suite à ce modèle, Habermas défend la thèse d'une *dégénérescence de l'espace public* qui serait due à la *transformation des structures sociales de la sphère publique*, entraînant un élargissement du public et faisant naître des divergences d'opinion et des conflits d'intérêt (Habermas, 1962). Ainsi, l'espace public présente un aspect paradoxal entre un idéal démocratique d'ouverture à différents publics et une réalité historique marquée par l'émergence de groupes d'intérêts dans la sphère publique. Sa dégénérescence tiendrait aussi aux effets des médias de masse qui engendreraient une fausse conscience de la réalité (Benrahhal-Serghini, Matuszak, 2009). Habermas précise la nature politique et discursive de l'espace public à travers la *Théorie de l'agir communicationnel* qu'il définit selon quatre axes : téléologique, normatif, dramaturgique et communicationnel (Letonturier, 2017). Ces précisions conduisent à une vision plurielle de l'espace public par laquelle se distingue l'espace public *institutionnalisé* par des

règles de procédure délibérative et l'espace public, plus *général*. Au sens commun plus *général*, l'espace public englobe l'activité communicationnelle d'individus ou de groupes d'individus n'ayant pas obligatoirement accès aux espaces institutionnalisés, dont l'action agit quand même sur la formation de l'opinion publique selon une procédure plus *informelle* (Habermas, 1992).

Patrick Charaudeau précise que l'élargissement de l'espace public entraîne une fragmentation du public de masse dans laquelle certains groupes d'individus se distinguent. Notamment ceux qui ont pris conscience de leurs droits d'existence et de revendication, ainsi que des bénéfices pouvant être tirés d'une complicité avec les médias, pour exercer un pouvoir de pression sur l'autorité publique (Charaudeau, 1997 : 202). Dans l'un de ses articles, il revient sur la nature politique et discursive de la sphère publique en s'appuyant sur la notion de *discours circulant*. Pour lui, le *discours circulant* relève de trois instances qu'il explicite selon trois axes de socialité : *politico-citoyenne*, *civile ordinaire* et *mythique*, qui définissent des espaces publics plus ou moins légitimes, renvoyant à la vision plurielle d'Habermas. Le *discours circulant* exerce alors trois fonctions pouvant être imbriquées les unes aux autres. La première, *institutionnalisante*, découle du discours du pouvoir politique qui s'impose comme autorité légitime pour donner sens à l'action sociale. Deux autres fonctions de *régulation*, tendant à normaliser les relations sociales, sont assurées par les *discours ordinaires* et *les récits qui racontent les problèmes de la vie des hommes*. Ainsi le *discours circulant* comprend des relations de pouvoir et de contrepouvoir, existant à la fois entre les grandes institutions telles que l'État, l'Église, la Justice, les différents Conseils de l'Ordre, les disciplines scientifiques et l'organisation de certains groupes revendicatifs ou contestataires de l'ordre établi et les représentants d'un pouvoir de la société civile. L'enchevêtrement de cet ensemble de discours produit le *discours circulant* d'où surgit le socle de connaissances, de croyances et de représentations sur lequel se construit l'*espace public sociétal* (Charaudeau, 1999).

On retrouve sur internet une forme de *discours circulant* selon les trois axes de socialités définis par Charaudeau : *politico-citoyen*, *civile ordinaire* et *mythique*. En effet, ce *monde de réseaux* permet la visibilité d'une grande diversité d'acteurs et l'expression de différents types de discours : institutionnel, politique, ordinaire et mythique, plus ou moins contrôlés et légitimés. Internet vient ainsi complexifier la notion d'*espace public sociétal*, favorisant, dans un contexte de découverte, la prise de parole d'acteurs sociaux et l'expression de nombreux discours identitaires, pouvant être revendicatifs (Benrahhal-Serghini, Matuszak, 2009). En ce sens, il contribue à modifier les règles, les lieux de discussion et de participation au débat démocratique,

permettant l'émergence de communautés d'acteurs, de groupes alternatifs ou marginaux qui exercent une pression sur l'autorité des institutions, sur les hiérarchies et les relations traditionnelles (Dahlgren, Relieu, 2000). Ces nouvelles formes d'expression engendrent des phénomènes collectifs et de nouvelles catégories de faits sociaux. Pour en donner un exemple, citons le cas du *Net-activisme* par lequel internet peut jouer un rôle dans l'organisation de l'action sociale ou l'expérience démocratique. Ce phénomène se présente comme le résultat d'une *médiation techno-informative* capable de redéfinir les interactions entre les acteurs : entre les interfaces, les collectifs et les territorialités. Ces mutations donnent lieu à l'expression d'une autre dimension du social, représentable à travers une nouvelle écologie à l'intérieur de laquelle les éléments humains, technologiques et environnementaux communiquent entre eux et s'articulent suivant des situations dépassant le cadre anthropomorphique des relations traditionnelles (Di Felice, 2013 : 406-407). L'exemple du *Net-activisme* montre qu'avec internet, l'action individuelle peut converger vers celle d'autres acteurs, dans un contexte fourni par l'ensemble des technologies et des liens constituant le réseau.

## **1.2 D'internet au terrain de la recherche**

Pour le chercheur, le terrain doit permettre d'observer des contextes, des pratiques sociales, des discours, l'impliquant dans des formes de communication et de relation avec des acteurs qui seront prises en considération dans le recueil et l'analyse des données de la recherche. Avec internet, la complexité des réseaux documentaires et communicationnels qui s'y imbriquent, l'abondance des informations et des contenus plus ou moins pertinents qui y sont accessibles, nécessitent de reposer la question du terrain par rapport aux besoins de la recherche qui doit permettre d'obtenir des résultats communicables. L'espace illimité que semble offrir internet favorise une *sérendipité* pouvant être utile à la recherche (Sandri, 2013 ; Catellin, 2014) mais qui oblige aussi à mettre en œuvre une stratégie permettant de naviguer dans le réseau tout en délimitant le terrain de la recherche. Cette construction s'est opérée selon différentes phases d'exploration, d'observation et de décision.

### **1.2.1 De l'exploration des représentations de la musicothérapie sur internet**

Dans un premier temps, nous avons exploré internet pour y trouver des contenus se rapportant à la musicothérapie qui pourraient servir la recherche. Orientée par notre connaissance de la musicothérapie et de l'organisation du système de santé, nous nous sommes d'abord dirigée



vers les sites web de différents actants susceptibles de diffuser de l'information ou de la documentation concernant notre objet d'étude. Par exemple, nous avons visité les sites de la HAS, de différents organismes de formation, de réseaux documentaires dans lesquels circulent des informations, des documents, des articles de revues, des bibliographies permettant l'expression de différentes formes de représentation de la musicothérapie. La sérendipité propre à la pratique d'internet nous a alors conduite vers d'autres contenus qui nous ont guidée vers d'autres sites web à explorer : des sites institutionnels comme ceux du ministère des Solidarités et de la Santé, de l'Assemblée Nationale et des universités qui proposent une offre de formation à la musicothérapie. Nous avons aussi exploré des blogs de professionnels, les sites d'associations regroupant des praticiens de la musicothérapie, les sites de différents médias (télévision, presse, radio, dictionnaires, encyclopédies), des plateformes de partage, des réseaux sociaux numériques, dont la diversité renvoie à une abondance informationnelle qui génère un discours pluriel sur la musicothérapie.

La plupart des sites web disposent d'un moteur de recherche interne sur lequel l'internaute peut formuler sa requête par lien sémantique. Pour autant, les éditeurs de ces sites peuvent procéder à quelques formes d'exclusion en contrôlant l'accessibilité de certains contenus. C'est le cas notamment avec les sites institutionnels qui offrent différents types d'accès : public ou restreint à des membres autorisés. Ainsi, l'algorithme d'un moteur de recherche peut se comporter différemment selon les utilisateurs, en fonction de critères non seulement liés à un contenu, à un auteur ou à un éditeur, mais également à l'individu en quête d'information (Sire, 2016 : 27). Cette réalité pose aussi des limites aux conditions de la recherche sur internet. De plus, les moteurs de recherches font l'objet de manipulations périodiques par des ingénieurs informaticiens qui évaluent régulièrement les pondérations articulant les requêtes à des contenus (Richard, 2011). Ces modifications ont des incidences sur le référencement de nombreuses pages web. D'une part, elles rendent quasiment impossible toute étude empirique du comportement des moteurs de recherche. D'autre part, elles donnent un caractère relativement instable aux contenus circulant sur internet. Ces manipulations instaurent alors des rapports de force résultant de tensions entre algorithmes, compromis et règles éthiques entre ingénieurs et éditeurs qui participent de la hiérarchisation des informations circulant sur internet. Cet ensemble de relations exerce un effet normatif des modalités d'accès à l'information (Sire, 2016). La navigation sur internet reste alors dépendante d'un système numérique dont le fonctionnement peut être perçu comme relativement aléatoire : un contenu trouvé la veille peut sembler avoir disparu du réseau quelques jours plus tard. Aussi,

l'exploration d'internet peut conduire à des formes d'errance chronophage nécessitant des réflexes tactiques et méthodologiques pour la recherche scientifique. Nous avons alors commencé à constituer un recueil de documents mis à disposition sur les sites des acteurs et de divers contenus web que nous avons stabilisés par des captures d'écran en vue de pouvoir les utiliser pour la recherche, prenant soin de les référencer.

### **1.2.2 Internet : un outil de médiation de l'information et de la documentation sur la musicothérapie**

Internet favorise l'accès à une multitude de contenus se rapportant à la musicothérapie, dont des documents numérisés et numériques, relevant de l'information-documentation existant sur le sujet. Par exemple, nous avons trouvé des *documents parlementaires* sur le site de l'Assemblée Nationale, des documents PDF sur les sites du ministère des Solidarités et de la Santé, de la HAS ou encore des universités qui proposent des formations à la musicothérapie. Ce média permet aussi d'accéder à de nombreux réseaux documentaires qui définissent des circuits de communication plus ou moins profanes, professionnels ou scientifiques dans lesquels circulent de nombreux articles concernant cette spécialité. Nous nous sommes alors engagée dans un processus par lequel nous avons aussi noué des relations avec des objets concrets, qui ont donné lieu au recueil de divers matériaux sur lesquels nous appuierons, en partie, les résultats de la recherche. En ce sens, la documentation contribue à la construction du terrain de la recherche. Ces matériaux saisis dans le contexte dynamique d'internet, renvoient à de nombreuses questions concernant la manière dont nous appréhenderons les acteurs par rapport au discours qu'ils véhiculent tout en considérant qu'internet permet aussi de repérer une forme de *discours circulant* sur la musicothérapie. Et, ce discours pluriel est également à situer du point de vue des acteurs qui en fonction de leur positionnement les uns par rapport aux autres établissent des relations selon un cadre de normes porté par des enjeux spécifiques.

### **1.2.3 Internet : un lieu d'observation participante**

Alors qu'internet a permis d'investiguer les sites web des acteurs qui diffusent des contenus sur la musicothérapie et d'en recueillir des matériaux pour la recherche, le temps d'immersion que nous y avons passé en fait un « genre » de terrain qui inscrit notre démarche dans une forme d'enquête en ligne. En effet, le contexte dynamique qu'offre internet, dans lequel il existe un *monde de réseaux*, oblige le chercheur à déployer un ensemble de tactiques et de compétences

d'ordre managérial, social, herméneutique et topologique lui permettant d'évoluer sur le réseau selon un régime d'enquête (Aurey, 2016). Celui-ci établit alors des formes de relation à distance avec des acteurs qui développent eux-mêmes des pratiques orientées par l'usage du numérique. L'intégration des outils numériques dans les activités de nombreux acteurs sociaux tend à considérer internet comme un *contexte ethnographique important* qui marque aussi une évolution du rapport à l'enquête dans la recherche scientifique (Dumont, 2014 : 196). Et ce, notamment en SIC où les objets de recherche composent de plus en plus avec le numérique.

Ainsi, le *contexte ethnographique* d'internet où nous avons étudié, en grande partie, le phénomène des représentations de la musicothérapie, ne constitue pas une délocalisation de l'objet d'étude mais sa localisation plurielle (Dumont, 2014). Celui-ci se matérialise sur différentes pages et sites web impliquant de nombreux acteurs que le réseau permet d'envisager dans une forme de coprésence. Et, comme le rappelle Yves Winkin, « *la démarche ethnographique est avant tout un "art de voir". Ce n'est pas seulement que l'ethnographe "regarde autour de lui" ; il fait de son regard un outil de travail, à la fois en laissant venir à lui ces différences que lui envoie le terrain (différences objectives), en exploitant ses souvenirs et ses connaissances d'un état antérieur du terrain (différences subjectives), en interrogeant le terrain à partir de la littérature anthropologique (différences construites)* »<sup>227</sup>. En ce sens, la diversité des sites web, des acteurs et des discours que nous avons investigués via internet a entraîné le déplacement de notre connaissance initiale de l'objet *musicothérapie*, pour l'interroger du point de vue de cette diversité, en questionnant aussi les contextes desquels émergent des formes de représentation de la musicothérapie.

Par ailleurs, les anthropologues eux-mêmes n'enferment pas leurs recherches dans les limites de l'observation *in situ* d'une communauté d'acteurs. Ils s'intéressent aussi aux connexions et aux *circulations transnationales* rendues possibles par les technologies numériques qui offrent des contextes à l'étude de nouvelles communautés (Bonhomme, 2017). Et, l'ethnographie en ligne offre différentes modalités d'observation plus ou moins participantes. Pour le chercheur, différents degrés d'implication sont possibles. Il peut s'engager dans un fil de discussion,

---

<sup>227</sup> Winkin Y., « Communication ». In *Encyclopædia Universalis* [en ligne], [consulté le 1er septembre 2017], URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/communication/>. **NB** : Il est à préciser ici que les articles mis en ligne par les éditeurs de l'*Encyclopædia Universalis* font l'objet d'un référencement automatique qui ne permet pas de retrouver leur année de publication, ni aucun numéro de page. Ceux-ci apparaissent selon une norme de citation comprenant uniquement la date de consultation de l'article. Cette observation sera donc valable pour tous les articles issus de cette encyclopédie en ligne que nous utiliserons pour la recherche, sans que nous la réitérions obligatoirement.

participer ou pas aux échanges d'un groupe, s'abonner à la *newsletter* ou au compte « Facebook » d'une communauté virtuelle ou d'une institution. Il peut aussi s'impliquer dans des échanges, partager ou pas un contenu, ou encore rester dans une forme d'observation *incognito* permettant de garder une certaine distance vis-à-vis des enquêtés. Ces divers positionnements tiennent également aux propriétés sociotechniques des sites web qui permettent différents types de lien « techno-social » : consultation de contenus, prise de contact par messagerie électronique, *post* de commentaire, interaction avec d'autres acteurs, etc. Et, dans le cadre de la recherche, « *la plasticité de l'ethnographie en ligne dont les outils doivent être adaptés à chaque terrain confère à cette approche une dimension de bricolage méthodologique et de créativité propre à susciter l'imagination du chercheur* »<sup>228</sup>. Ce *bricolage méthodologique* étant lui-même dépendant de la question de recherche et de la construction de la problématique.

Utiliser internet pour enquêter, c'est aussi se confronter aux différents usages sociaux que les enquêtés font du réseau (Beaud, Weber, 2010 : 60). En effet, les sites institutionnels n'ont pas les mêmes objectifs ni les mêmes fonctionnalités que les réseaux documentaires, certaines plateformes contributives comme « YouTube » ou encore que les réseaux sociaux numériques (RSN) tels que « Facebook ». Les usages prescrits par les éditeurs des sites et des plateformes contribuent à orienter le comportement du chercheur. Par exemple, la plupart des sites institutionnels offrent une possibilité de communication entre l'internaute et l'institution, via une rubrique *contact* qui propose une adresse e-mail souvent dépersonnalisée. Ce mode de relation peut induire certaines réticences, participant de la sorte à une forme de régulation des communications. Au cours de notre enquête nous avons aussi pu expérimenter que le statut de doctorant ne suffit pas pour pouvoir s'introduire dans certains réseaux, y compris les réseaux documentaires. Ces modalités de fonctionnement des sites web obligent à s'adapter aux règles d'usages posées par les acteurs.

Ainsi l'ethnographie en ligne qui permet d'envisager des méthodes flexibles de recueil de données, adaptables à l'approche de différents types de contenu, pose aussi des limites qui renvoient à des questions d'ordre éthique. Elle peut conduire à utiliser des contenus rendus publics par les acteurs pour les étudier dans leur contexte d'émergence, sans pour autant obliger le chercheur à s'impliquer dans un échange avec l'acteur. Bien que la présence connectée du

---

<sup>228</sup> Jouët J., Le Caroff C., « L'observation ethnographique en ligne ». In Barats C. (dir), *Manuel d'analyse du web*. Paris : Armand Colin, 2013, p. 148.

chercheur soit déjà une forme d'implication dans la relation à l'acteur qui de son côté propose également une relation à distance. Et, cette modalité d'observation présente l'avantage de ne pas être intrusive pour l'acteur. Dans leur contribution à l'ouvrage collectif *Manuel d'analyse du Web* dirigé par Christine Barats (2013), Guillaume Latzko-Toth et Serge Proulx soulèvent les différentes questions d'ordre éthique que pose la recherche sur internet. Par exemple, ils précisent la différence entre données publiques et privées et les risques pouvant être entraînés par l'utilisation de données privées susceptibles de porter atteinte aux personnes impliquées. En effet, les données privées, en tant qu'elles peuvent constituer des données discursives personnelles, requièrent le consentement de leur auteur (Latzko-Toth, Proulx, 2013). Mais ces questions ne sont-elles pas également valables dans le cas de méthodes plus traditionnelles de la recherche qualitative ? Sur internet, les concepteurs et les éditeurs des sites web émettent de façon plus ou moins explicite un avis sur le caractère public ou non des contenus qu'ils diffusent. C'est notamment le cas sur les sites institutionnels que nous avons observés. Dans d'autres cas, cet aspect n'est pas précisé par les gestionnaires des sites, blogs ou autres plateformes. Il est laissé à la libre appréciation de l'observateur (Blanchard *et al.*, 2013). Précisons ici, que ce point a fait l'objet d'une vigilance méthodologique dans la recherche, pour laquelle nous avons extrait des données de contenus publics ou semi-publics : institutions, associations, réseaux documentaires publics, plateformes participatives.

Soulignons aussi que l'ethnographie en ligne peut prendre un sens très particulier, dans la recherche scientifique, notamment la recherche qualitative. En effet, elle conduit à des recueils de données qui contiennent une dimension numérique restant réductrices de l'ordre sensible dont elles proviennent. Ce qui implique une réflexion sur les méthodes de recueil et d'analyse. Ces caractéristiques des données collectées via les contenus diffusés sur les sites des acteurs nous a aussi amenée à vouloir les compléter par d'autres types de donnée. Notamment, nous avons utilisé internet pour mener une enquête en ligne auprès de nombreux praticiens de la musicothérapie et pour contacter quelques acteurs, en vue de mener un entretien de groupe. Ces données complémentaires viennent enrichir le corpus de la recherche que nous présenterons dans le troisième paragraphe de ce chapitre de la thèse.

#### 1.2.4 Internet : un moyen de mise en relation avec les acteurs

Comme nous l'avons précisé dans le paragraphe précédent, dans cette enquête en ligne concernant l'observation de nombreux sites web, nous nous sommes tenue relativement à distance des acteurs. Rappelons ici que les données que nous avons recueillies sur ces sites sont des données publiques, ce qui n'empêche pas que certains documents trouvés sur les sites institutionnels engagent des personnes en nom propre. Cela peut être le cas sur les documents diffusés par la HAS, par le ministère des Solidarités et de la Santé ou encore par l'Assemblée Nationale. Et précisons que la diffusion de ces documents sur les sites des acteurs est encadrée par une politique éditoriale visant l'information des publics, ce qui suppose que leur contenu puisse être utilisé, sauf à des fins commerciales ou publicitaires, comme cela peut être indiqué sur le site de l'Assemblée Nationale<sup>229</sup>. Toutefois, concernant ces sites institutionnels, nous avons généralement signalé aux acteurs notre intérêt vis-à-vis des contenus qu'ils diffusent sur leurs sites. Par exemple, nous nous sommes abonnée à leur *newsletter*, notamment de l'Assemblée Nationale et de la HAS. Nous avons pris contact avec la directrice du réseau documentaire « ascodocpsy.org » qui propose de la documentation aux professionnels de la psychiatrie, en précisant notre identité et notre statut de doctorante en SIC. Selon le même principe, nous nous sommes inscrite sur la plateforme du « Pôle International de Recherche en Musicothérapie » (pirem.org). Nous avons aussi utilisé un compte « Facebook » personnel pour accéder à des pages diffusant des contenus sur la musicothérapie, sans toutefois nous impliquer dans un échange ou des commentaires vis-à-vis de ces publications. Ces prises de contact qui ont permis de recevoir l'actualité des acteurs concernés n'ont pas donné lieu à d'autres échanges. Pour autant nous considérons pour la recherche ces acteurs que nous avons pu repérer en ligne et qui, grâce à leurs contributions participent à la vie du réseau internet.

Par ailleurs, quelques sites nous ont été particulièrement utiles pour établir un autre niveau de communication avec les acteurs. Notamment les sites des associations qui regroupent des praticiens de la musicothérapie, telles que l'Association Française de Musicothérapie (AFM), la Fédération Française de Musicothérapie (FFM) ou encore la plateforme du Pôle International de Recherche en Musicothérapie (pirem.org). En effet, ces sites web recensent de nombreux praticiens de la musicothérapie et rendent publiques leurs coordonnées respectives. Ces informations personnelles nous ont permis de contacter individuellement chaque praticien,

---

<sup>229</sup> Source : Site de l'Assemblée Nationale, page « Info site », [consulté le 01 septembre 2017], URL : <http://www.assemblee-nationale.fr/faq.asp>

notamment dans le cadre de l'enquête en ligne que nous avons menée via un questionnaire Google Form. Sur les sites web de ces acteurs sociaux, le répertoire des praticiens de la musicothérapie constitue une base de données, permettant de les identifier également d'un point de vue géographique. Cela nous a permis de prendre contact avec des individus basés sur la localité de Montpellier ou de ses environs, pour les inviter à un entretien de groupe concernant la recherche. En ce sens, nous avons aussi contacté des responsables et des formateurs du DU de musicothérapie de l'université Paul-Valéry Montpellier 3. Ces méthodes d'enquête ont pu donner lieu à plusieurs types d'échange en présentiel et à distance : dans le cadre d'entretiens, par téléphone, par mail, via un questionnaire en ligne et les réseaux sociaux numériques. En effet, l'enquête en ligne que nous avons initiée a pu être relayée par la Fédération Française de Musicothérapie (FFM) qui nous a proposé de la diffuser sur sa page Facebook, afin qu'elle puisse être accessible à davantage de praticiens de la musicothérapie.

A travers ce chapitre nous avons pu définir le terrain de la recherche comme une construction à partir de l'exploration des représentations de la musicothérapie sur internet. Cette construction nous a permis d'articuler différents lieux dans lesquels nous avons pu être en lien avec les acteurs que nous impliquons dans la thèse. En effet, avec les TIC qui englobent internet, nous avons pu établir des points de connexion avec les acteurs, selon différents niveaux de relation et de communication : via leurs sites web, à travers l'information-documentation qui y circule, à travers la messagerie électronique, via le réseau Facebook, ainsi que dans d'autres lieux plus matériels qui ont permis de rencontrer physiquement certains acteurs de la musicothérapie. Sur le terrain de la recherche, nous avons donc occupé une place pouvant être variable d'un contexte à un autre. De notre posture d'observateur *incognito* en ligne, que nous avons dû adapter aux contraintes posées par les acteurs en contexte numérique, aux situations d'enquête ayant nécessité une explication de notre démarche, nous avons dû trouver notre place de différentes manières, nous efforçant d'être également attentive aux enjeux liés à notre positionnement de chercheur.

## **2. LES ACTEURS CONSIDÉRÉS POUR LA RECHERCHE**

Y compris à travers internet, penser l'acteur c'est aussi penser la scène sur laquelle il agit. C'est chercher à concevoir des boucles explicatives entre les jeux individuels et les cadres de référence des groupes sociaux qui permettent de comprendre le positionnement des uns par rapport aux autres, à travers des interactions sociales ouvertes. Ce positionnement implique

d'approcher les contextes et les relations entre les acteurs comme un construit historique qui s'amorce dans le quotidien de leurs interactions et s'élabore dans des processus d'intériorisation-extériorisation propres aux acteurs, pour permettre de construire une interprétation de la « réalité » vis-à-vis de laquelle nous partons du principe que la fin du scénario n'est pas connue de l'acteur (Cordelier, 2014).

Or identifier les acteurs, c'est obligatoirement passer par une catégorisation qui présente un risque de réification sociale : « *la catégorisation trace au moyen d'injonctions et de verdicts les frontières sociales à l'intérieur desquelles le groupe social en formation reconnaît les propriétés communes qu'il est censé partager avec les autres membres et qui formeront progressivement leur identité* »<sup>230</sup>. Pour autant, l'identité qu'elle soit individuelle ou collective semble indissociable de celle d'un groupe social : une identité ne peut se construire qu'à partir d'une autre identité qui en est le point de départ. En ce sens, l'identité collective est à la fois instituée et instituante. Les identités sociales renvoient aussi à la façon dont les actions sociales sont orientées par des croyances et des intérêts, produisant de nouvelles relations sociales, en s'appuyant sur des systèmes organisés et organisants, dont l'institution est un modèle parmi d'autres. Ces considérations conduisent à prendre également en compte la dimension psychologique des individus vis-à-vis desquels l'action des systèmes organisés peut s'appliquer de manière extérieure ou secondaire, pouvant contribuer ainsi à leur évolution (Bessone *et al.*, 2015).

Dans ce paragraphe, nous présenterons l'ensemble des acteurs que nous considérons pour la recherche, notamment à partir de l'observation en ligne de nombreux sites web sur lesquels nous avons trouvé des contenus se rapportant à la musicothérapie. En ce sens, dans un premier paragraphe nous penserons l'acteur du point de vue de l'actant auquel il se rattache, en référence à la notion d'*acteur-réseau* que nous avons abordée précédemment, pour faire une présentation relativement sommaire qui permettra d'identifier en les distinguant les acteurs qui diffusent sur internet des contenus se référant la musicothérapie. Cette présentation permettra de mesurer leur diversité et de commencer à repérer certaines relations pouvant exister entre eux. Pour ce faire, nous resterons au plus près des intitulés trouvés sur les sites web que nous avons explorés pour nommer les acteurs repérés sur internet. Dans un second paragraphe, nous préciserons quels sont les acteurs que nous avons davantage ciblés pour la recherche, en ouvrant notre

---

<sup>230</sup> Bessone M., Cukier A., Lazzeri C., Willems M.-C., « Identités et catégorisations sociales ». *Terrains/Théories*, [en ligne], 3 | 2015. [Consulté le 29 août 2019]. URL : <http://journals.openedition.org/teth/503>



sélection aux praticiens de la musicothérapie que nous avons pu identifier via internet, auprès desquels nous avons mené une enquête en ligne. Cette ouverture comprend également des acteurs que nous avons reçus en entretien.

## **2.1 Les acteurs qui diffusent sur internet des contenus se référant à la musicothérapie**

Dans ce paragraphe, nous présenterons les acteurs que nous avons repérés sur internet et qui diffusent des contenus impliquant la musicothérapie. Cette énumération permettra de repérer certaines caractéristiques des actants auxquels ils sont rattachés qui contribuent à poser le cadre d'énonciation de leurs discours respectifs sur le web. Nous considérons que l'ensemble des acteurs que nous avons repérés sur internet jouent un rôle dans la forme de *discours circulant* existant en ligne sur la musicothérapie. Toutefois, leur mise en représentation sur internet renvoie à une diversité qui nous conduira à cibler un groupe d'acteurs pour la recherche. Cette présentation générale permettra ultérieurement de mieux appréhender le positionnement des acteurs ciblés, par rapport à l'ensemble de ceux que nous considérons pour la recherche.

### **- *Les acteurs de l'Assemblée Nationale***

Le fonctionnement de l'Assemblée Nationale s'organise entre un président, un bureau et des députés, représentants des différents groupes politiques et qui sont les porte-paroles de nombreux citoyens. Par l'intermédiaire des députés, les partis politiques sont au cœur des débats menés en commission ou dans l'hémicycle. Avec le Sénat, l'Assemblée Nationale forme le pouvoir législatif dont la mission est de faire la loi et de contrôler le Gouvernement. Sa mission est politique, impliquant des relations avec le gouvernement, les partis politiques et l'ensemble des membres de la société. Elle tient un rôle susceptible d'influencer à la fois les politiques publiques et l'opinion publique. A travers les questions écrites qu'elle diffuse sur son site web, elle permet aussi de mieux repérer le positionnement du ministère des Solidarités et de la Santé vis-à-vis de la musicothérapie.

### **- *Les acteurs du Ministère des Solidarités et de la Santé***

Les acteurs du ministère des Solidarités et de la Santé sont porteurs d'une dimension institutionnelle et politique marquée par le sceau d'une autorité légitime. Dans son fonctionnement, ce ministère entretient des relations avec de nombreux autres acteurs reliés à différents actants : aux agences nationales telles que l'Agence Nationale d'Appui à la

Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ou l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) ; à des instances rattachées, par exemple le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) et le Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale (CNLE) ; et divers partenaires comme les associations agréées d'usagers du système de santé ou la HAS. De par ses missions administratives et de gouvernance du système de santé, ce ministère est également impliqué dans des relations avec l'ensemble des acteurs de la santé. Ces relations sont à situées, entre autres, avec les Conseils d'ordres professionnels impliqués dans la question de la santé publique, les établissements de santé et les professionnels de ce secteur d'activité, notamment par le biais des services déconcentrés de l'État, en l'occurrence les ARS et l'ASIP Santé. La gestion du site web du ministère implique aussi des informaticiens et une Délégation à l'information et à la communication (DICOM) qui détient une délégation de signature ministérielle pouvant s'appliquer à tous les actes relatifs aux affaires relevant de leurs attributions, à l'exclusion des décrets. Sur son site web, le ministère diffuse des documents produits par différents actants, dans lesquels il est fait référence à la musicothérapie.

- ***Les acteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS)***

La HAS détient un pouvoir légitime d'expert qui s'appuie sur les membres de son collège relevant de différents Conseils d'ordres professionnels et nommés par décret présidentiel<sup>231</sup>. Cette Autorité Publique Indépendante (API) réunit aussi de nombreux professionnels, dont des hauts fonctionnaires en détachement (praticiens hospitaliers), des spécialistes de l'économie et du droit de la santé, des médecins spécialisés dans l'information et la communication, des médecins spécialistes et généralistes, des cadres de santé, des infirmier.e.s, des psychologues, etc. Ces professionnels, formés par la HAS, se retrouvent dans des groupes de travail et des commissions pour élaborer des recommandations de bonnes pratiques ou encore évaluer l'économie de la santé publique. Pour ce faire, la HAS peut avoir recours à des réseaux documentaires, sur lesquels elle appuie ses recommandations. La position qu'occupe la HAS entre les établissements et les professionnels de santé, les différents ordres professionnels, le ministère de la Santé et les représentants d'usagers du système de santé génère des effets rétroactifs agissant à la fois sur le renforcement de sa propre institutionnalisation et de son influence sur l'orientation du système de santé public. Sa communication vise différents publics

---

<sup>231</sup> Source : site de la HAS, rubrique *Composition du collège de la Haute Autorité de Santé*, [consulté le 18 avril 2017] URL : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_434776/fr/composition-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434776/fr/composition-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante)

de professionnels, d'usagers et d'acteurs des politiques de santé publique. Elle a également un rôle important au sein de l'Union Européenne.

- ***Les acteurs des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)***

Les CHU relèvent du secteur public. Ils sont à la fois des lieux d'exercice de la médecine et des professions de santé, de formation continue des professionnels et de la recherche clinique orientée vers les innovations médicales et pharmaceutiques<sup>232</sup>. Ils conjuguent une activité de production de la santé publique, d'enseignement et de recherche. Leur activité se différencie de celle des facultés de médecine ou d'autres filières universitaires, dont l'activité de production n'est pas représentable de la même manière, puisqu'elle se situe au niveau de la production de compétences (formation des étudiants) et de la production de connaissances scientifiques (recherche), via l'activité des différents laboratoires qu'elles hébergent. Les acteurs des CHU entretiennent des relations d'interdépendance avec l'État, voire des liens de subordination. Notamment c'est le Conseil National de Gestion (CNG) qui nomme les praticiens hospitaliers (PH) et les personnels de direction de la fonction publique hospitalière<sup>233</sup>. Ils peuvent aussi être en relation avec les laboratoires de recherche, notamment l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). Via les ARS et l'ASIP Santé, ils sont également reliés au ministère de la Santé. Ils sont soumis à l'expertise de la HAS dans laquelle de nombreux professionnels de santé sont plus particulièrement impliqués. Ils accueillent des étudiants en stage de formation, des usagers du système de santé et leurs représentants. Il est à noter que les acteurs des CHU sont également en lien avec ceux des laboratoires pharmaceutiques, par exemple par le biais des visiteurs médicaux. Par ailleurs les CHU disposent aussi de service de communication, impliquant également d'autres catégories de professionnels que les professionnels de santé. Leurs acteurs sont aussi reliés à différents réseaux documentaires.

- ***Les acteurs des établissements de santé du secteur privé et associatif à but non lucratif***

Ces établissements ne sont pas exactement soumis aux mêmes règles de fonctionnement que les CHU, notamment concernant le recrutement de leurs responsables et de leurs personnels. Ils ne comprennent pas obligatoirement de dimension recherche. En revanche, ils sont aussi des

---

<sup>232</sup> Source : site « [hopital.fr](http://www.hopital.fr) au service de votre santé », [consulté le 17 août 2017], URL : <http://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-missions-de-l-hopital>

<sup>233</sup> Source : site du Conseil National de Gestion (CNG), [consulté le 17 août 2017], URL : <http://www.cng.sante.fr/Ses-missions.html>

lieux de stages et de formation continue. Leurs acteurs se trouvent impliqués dans des relations avec les organismes de formation, notamment certains responsables se déplacent pour évaluer les apprenants directement sur le terrain<sup>234</sup>. Ils reçoivent aussi des usagers du système de santé et leurs représentants ainsi que des visiteurs médicaux. Leur fonctionnement repose également sur des relations d'interdépendance avec le ministère de la santé via les ARS, la HAS, l'ASIP Santé. Il implique aussi différentes catégories de communicants, plus ou moins spécialistes de l'information médicale, pouvant être menée en lien avec des réseaux documentaires.

- ***Les acteurs des autres établissements médicalisés***

Parmi ce type d'établissement nous pouvons citer les Instituts Médico-Éducatifs (IME) ou les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), dont les professionnels relèvent du secteur médico-social. Ces structures peuvent être publiques, privées ou associatives. Elles sont également des lieux de formation pratique et en relation avec les organismes de formation, les associations de représentants d'usagers, la HAS, les ARS et le ministère. La gestion des sites web de ces établissements engage aussi des professionnels plus ou moins formés à l'information-communication.

- ***Les acteurs des universités dont l'offre de formation inclut la musicothérapie***

Nous avons repéré quatre universités qui proposent des formations à la musicothérapie : université Paul-Valéry Montpellier 3, l'université de Nantes, l'université Paris-Descartes et l'université Toulouse Jean-Jaurès. Les acteurs de ces formations sont en lien avec les établissements des secteurs médical, social et médico-social qui accueillent de nombreux stagiaires ainsi qu'avec des professionnels de santé qui interviennent dans les cursus (médecins spécialistes, psychologues, etc.). Ils sont aussi en relation avec d'autres professionnels (professeur d'éducation musicale, musicien, musicothérapeute, etc.). Leur rattachement universitaire implique des relations plus ou moins implicites, avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et de l'Innovation, le Haut Conseil de l'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (HCERES) le Conseil National des Universités (CNU), et la Commission Nationale des Certifications Professionnelles (CNCP). Également avec les syndicats étudiants et professionnels. La gestion des sites web de ces acteurs peut être variable en fonction de l'attribution d'un ingénieur communication (ou pas) à la filière

---

<sup>234</sup> En référence à notre expérience professionnelle, nous pouvons dire que c'est le cas par exemple pour les étudiants en soins infirmiers.

concernée. Les universités disposent également d'un accès au réseau documentaire proposé par les bibliothèques universitaires et interuniversitaires.

- ***Les acteurs du Haut Conseil de l'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (HCERES)***

En tant qu'Autorité Administrative Indépendante (AAI), le HCERES dispose d'un pouvoir d'expertise pour accompagner et évaluer les formations universitaires et les universités. A travers sa mission et la constitution de ses commissions, il implique des universités, des chercheurs, des enseignants-chercheurs, auxquels peuvent être associés des représentants du monde socio-économique, des ingénieurs, des administratifs et des étudiants<sup>235</sup>. Le HCERES entretient aussi des liens avec le Conseil National des Universités (CNU) et le ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et de l'Innovation.

- ***Les acteurs de la Commission Nationale des Certifications Professionnelles (CNCP)***

La CNCP a été créée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002. Ses acteurs sont les représentants des ministères, des Régions, des partenaires sociaux, des chambres consulaires et autres personnes qualifiées. Elle a pour mission, entre autres, de veiller à la cohérence, à la complémentarité et au renouvellement des diplômes et des titres ainsi qu'à leur adaptation à l'évolution des qualifications et de l'organisation du travail<sup>236</sup>. Elle vise la reconnaissance des diplômes par rapport au cadre européen des certifications et joue un rôle de garant des diplômes qu'elle enregistre. Elle entretient des relations avec les institutions, les acteurs des formations et les publics (employeurs, apprenants, professionnels).

- ***Les acteurs des autres organismes qui proposent une offre de formation à la musicothérapie***

L'existence de ces organismes repose sur différents statuts juridiques (association loi 1901, société coopérative, société privée) qui impliquent leurs acteurs dans des relations avec les institutions de l'État. Par le biais des stages pratiques qui sont obligatoires pour les apprenants, ils sont aussi en relations avec des établissements des secteurs médical, social et médico-social. Et de nombreux professionnels de santé interviennent dans ces formations. Comme déjà énoncé

---

<sup>235</sup> Source : site du HCERES, [consulté le 30 juillet 2018], URL : <https://www.hceres.fr/fr/etre-expert-du-hceres>

<sup>236</sup> Source : site de la CNCP, [consulté le 18 août 2017], URL : <http://www.cncp.gouv.fr/commission>

dans la première partie de la thèse<sup>237</sup>, il existe de différents types d'organisme de formation à la musicothérapie. Nous avons déjà pu faire référence au Centre International de Musicothérapie (CIM) et à plusieurs Ateliers de Musicothérapie répandus sur le territoire national, dont un en Outre-mer, à La Réunion. L'Atelier de Musicothérapie de Bordeaux (AMBx) ou l'Atelier de Musicothérapie de Bourgogne (AMB) en sont des exemples. Nous pouvons aussi citer l'Association de Musicothérapie Applications et Recherches Cliniques AMARC qui propose des formations de deux jours aux professionnels de santé pour l'application du dispositif « Music Care » dans la prise en charge de la douleur<sup>238</sup>. L'organisme de formation continue des personnels de la psychiatrie INFIPP en est un autre exemple. Et comme nous l'avons déjà relevé, des organismes de formation en art-thérapie proposent des spécialisations en musicothérapie. Nous avons évoqué le cas de l'AFRATAPEM<sup>239</sup>, il en existe d'autres : l'Institut National d'Expression, de Création d'art et Transformation (INECAT) situé à Paris et l'Association régionale d'art-thérapie du Nord-Pas-de-Calais (PUZZLE). Ces organismes peuvent faire l'objet de certains partenariats comme c'est le cas de l'AFRATAPEM qui fonctionne « *sous le haut patronage du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et le Ministère de la Culture* »<sup>240</sup>. Certains de leurs acteurs sont également en lien avec la CNCP, des universités ou encore des associations de praticiens et des réseaux documentaires.

#### - *Les acteurs des regroupements de praticiens de la musicothérapie*

Nous avons repéré en ligne différents types de regroupement de praticiens de la musicothérapie. Dans la première partie de la thèse, nous avons déjà fait référence à l'Association de Recherche et d'Application des Techniques Psychomusicales (ARATP) rattachée au CIM de Paris, à l'Association Française de Musicothérapie (AFM) cofondée par Édith Lecourt, et à la Fédération Française de Musicothérapie (FFM) qui se donne comme objectif de faire reconnaître le *métier de musicothérapeute*, visant ainsi la représentation professionnelle des praticiens de la musicothérapie. Nous avons aussi mentionné la plateforme du « Pôle International de Recherche en Musicothérapie » (pirem.org) qui regroupe de nombreux adhérents à titre individuel ou collectif. Notre exploration en ligne nous a également permis de

---

<sup>237</sup> En référence au paragraphe « Des représentations émergeant d'un processus de professionnalisation complexe », p. 32-37 de la thèse.

<sup>238</sup> Source : site de Music Care, [consulté le 21 mai 2019], URL : <https://www.music-care.com/fr/formation>

<sup>239</sup> Cf. : paragraphe « Des représentations en lien avec un processus de professionnalisation complexe », p. 32-37 de la thèse.

<sup>240</sup> Source : site de l'AFRATAPEM de Tours, [consulté le 03 août 2016], URL : <http://art-therapie-tours.net/>

repérer la Société Française de Musicothérapie (SFM) fondée en 2012 qui est en lien avec l'Atelier de Musicothérapie de Bourgogne (AMB) et dont le site web a été inauguré en juillet 2017. La visibilité de ces acteurs en ligne et les contenus qu'ils diffusent sur leurs sites internet permettent de repérer des réseaux pouvant se situer entre des individus ou des collectifs, à une échelle nationale qui trouve aussi des ramifications sur le plan international, notamment avec l'European Music Therapy Confederation (EMTC) fondée en 1991, dont le siège social se situe à Bruxelles en Belgique et qui regroupe de nombreux adhérents en Europe, ou encore avec la World Federation of Music Therapy (WFMT) qui est régie par les lois de l'état de Caroline du Nord aux États-Unis. Dans la lignée de ces associations, nous avons aussi repéré le site internet de la Fédération Française des Arts-Thérapeutes (FFAT) qui regroupe des acteurs collectifs et diffuse un annuaire de professionnels accrédités ainsi qu'une fiche métier de l'art-thérapeute mentionnant une compétence de musicothérapeute<sup>241</sup>. Il est à noter que les regroupements des praticiens de la musicothérapie comprennent des individus et des collectifs qui renvoient inévitablement aux relations qu'ils entretiennent avec les acteurs des lieux dans lesquels ils interviennent : des établissements sanitaires et sociaux, des organismes de formations universitaires ou associatifs. Et ces relations existent également dans le réseau de l'art-thérapie. Les acteurs de ces associations peuvent également entretenir des relations avec la recherche scientifique, notamment à travers l'organisation d'événements ou encore leur participation à différents titres à ce type de manifestation (audition, communication, publication). Ce qui entraîne aussi des liens entre les acteurs, via divers réseaux. Et, si les informations mises à disposition des publics sur les sites des acteurs permettent de repérer leurs liens d'appartenance à certains réseaux d'acteurs, ils conduisent aussi à observer des formes de mises à distance, comme cela peut être le cas entre la FFM et les Ateliers de Musicothérapie de Bordeaux (AMBx). Par ailleurs, il existe aussi des regroupements régionaux et locaux, par exemple : l'association « Auvergne Musicothérapie »<sup>242</sup> ou « Musique et Handicaps Méditerranée »<sup>243</sup> située à Montpellier qui vise la proposition de services. Ces regroupements relevant d'initiative plus ou moins personnelles sont plus difficilement repérables sur internet. Il est à préciser qu'outre leur site web respectif, la plupart des regroupements de praticiens de la musicothérapie

---

<sup>241</sup> Source : *Fiche métier de l'art-thérapeute*, accessible en ligne, sur le site de la FFAT, [consulté le 19 juillet 2018], URL : [http://www.ffat-federation.org/images/stories/documents/fiche\\_metier\\_at.pdf](http://www.ffat-federation.org/images/stories/documents/fiche_metier_at.pdf)

<sup>242</sup> Source : site de l'association Auvergne Musicothérapie, [consulté le 31 juillet 2019], URL : <http://auvergne-musicotherapie.fr/>

<sup>243</sup> Source : site de l'association Musique et Handicaps Méditerranée », [consultée le 31 juillet 2019], URL : <http://musique-handicaps-med.org/musique-handicaps-med.org/Accueil.html>

utilisent également les réseaux socio-numériques, notamment « Facebook » ou « Twitter », permettant le déploiement de leur propre réseau.

- *Les acteurs de blogs de praticiens de la musicothérapie*

Relevant d'initiatives personnelles, les blogs de praticiens de la musicothérapie sont également difficiles à identifier sur internet. Leurs intitulés et leurs référencements relèvent d'une trouvaille aléatoire ou alors, il faut connaître leur existence. Leurs contenus sont davantage instables. En effet, si au début de la recherche nous avons pu en repérer quelques-uns, les praticiens qui les avaient mis en place ont, pour la plupart, migrés vers Facebook qui offre des possibilités de déploiement plus vaste des réseaux. Ces acteurs peuvent être en relation avec des établissements et des professionnels de santé, des organismes de formation, des associations de praticiens, des événements auxquels ils participent, la presse locale.

- *Les acteurs des médias « traditionnels »*

L'expression *médias « traditionnels »* mérite ici d'être précisée. Bien qu'historiquement la sociologie des médias se soit d'abord intéressée aux médias de masse représentés par la radio, la presse et la télévision selon différents angles<sup>244</sup>, nous incluons dans les médias « traditionnels » d'autres médias. En effet, les dictionnaires, les encyclopédies, les médias plus « spécialisés » comme les monographies, les magazines, les revues professionnelles, les médias à caractère scientifique tels que les revues qui mettent à contribution un comité scientifique, les mémoires, les thèses, sont autant de médias « traditionnels » qui ont fait l'objet d'une mutation via internet. De plus, le numérique a généré de nombreux changements dans le secteur de l'édition qui a dû s'adapter au contexte d'internet et aux nouvelles pratiques de lecture de ses publics. Les éditeurs et les distributeurs proposent de nouvelles modalités d'accès aux publications pouvant être différentielles : publicité commerciale avec possibilité de commande à distance, accès partiel à des contenus payants, forfait d'abonnement, e.books, revues en ligne, réseaux documentaires. Bien plus qu'un simple prolongement en ligne des médias traditionnels, cette mutation a également engendré une évolution des contenus pouvant être illustrés ou

---

<sup>244</sup> En référence à :

- Luhmann N., *La réalité des médias de masse*. Trad., Le Bouter F., Paris : Diaphanes, 2012, [1995].
- Katz E., *Influence personnelle : ce que les gens font aux médias / Katz Elihu et Lazarsfeld Paul Félix*. Trad., Cefaï D. Paris : Armand Colin, 2008.
- Méadel C., *Quantifier le public : histoire des mesures d'audience de la radio et de la télévision*. Paris : Économica, 2010.
- Gladstone B., *La machine à influencer : Une histoire des médias*. Bussy-Saint-Georges : Ça et là, 2014.



augmentés par des liens connexes vers d'autres contenus, y compris des objets audio-visuels concernant la presse. Si toutes ces formes d'*archi-textes* ne sont pas obligatoirement nouvelles, en revanche la rapidité d'accès à leurs contenus l'est beaucoup plus. Et rappelons ici que ces changements impliquent certains effets du numérique pouvant favoriser la médiation, notamment à travers les propriétés médiatiques, inter-médiatiques et *intermédiales* des dispositifs numériques (Régimbeau, 2011), que nous avons décrites dans la première partie de la thèse.

Ainsi, nous avons pu repérer parmi les médias de masse, des chaînes de télévision et des radios qui postent des contenus se référant à la musicothérapie et que l'on peut visionner en mode *replay*. Ces contenus audio et audio-visuels peuvent être des reportages qui mettent en scène des acteurs (professionnels de santé, praticiens de la musicothérapie, patients), des interviews, etc. Ces rediffusions sont accessibles directement sur les sites des acteurs ou sur des plateformes d'hébergement contributives comme « YouTube » ou « Dailymotion », touchant un plus large public. Certains journaux de presse, pouvant viser un public de lecteurs à différentes échelles locale ou nationale, permettent de retrouver en ligne des articles plus ou moins récents sur la musicothérapie. C'est le cas du *Midi Libre*, des journaux tels que *Le Monde*, *Libération* ou encore *Le Figaro*. Ces médias « traditionnels » participent via le numérique à une forme de médiatisation-médiation entre la musicothérapie et des publics. Ils impliquent aussi de nombreux acteurs : producteurs, éditeurs, journalistes, personnes interviewées, techniciens, informaticiens, etc. Leurs publics peuvent être très diversifiés. Les médias de masse « traditionnels » entretiennent également des relations d'interdépendance avec l'État et le politique (Bourdieu, 1996). Notamment ils sont soumis au Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA) et au Comité Paritaire des Publications et Agences de Presses (CPPAP)<sup>245</sup>.

Des dictionnaires et des encyclopédies accessibles en ligne diffusent également des contenus sur la musicothérapie, contribuant ainsi à l'organisation d'une connaissance linguistique permettant d'accéder à certaines représentations de cet objet. Nous trouvons aussi des médias plus spécialisés comme des monographies sur les sites des distributeurs. Également des magazines tels que *Cerveau & Psycho* ou encore *Sciences et Avenir* qui consacrent quelques articles à la musicothérapie. Internet permet d'identifier différentes revues professionnelles.

---

<sup>245</sup> Source : site « viepublique.fr », [consulté le 18 août 2017], URL : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/administration/organisation/etat/aai/quelles-sont-differentes-autorites-administratives-independantes-aai.html>

Leur accessibilité en ligne peut être payante ou nécessiter un droit de connexion via un réseau documentaire. Nous avons repéré par exemple la revue *Musique Thérapie Communication : revue de musicothérapie*, dirigée par Gérard Ducourneau en lien avec l'AMBx. Cette revue commercialisée en ligne n'est pas pour autant accessible au public. En revanche, depuis 2017, la *Revue Française de Musicothérapie* dirigée par Édith Lecourt est en accès libre, via la plateforme « [revel.unice.fr](http://revel.unice.fr) ». Cette revue fondée en 1981 par l'AFM a été longtemps diffusée par le réseau documentaire en santé mentale Ascodocpsy dont nous avons déjà parlé. Cette revue propose des contenus pouvant se rapporter à l'expérience clinique d'un praticien, faisant également place à quelques articles concernant la recherche sur la musicothérapie. Elle se définit comme une *revue hybride*, qu'en SIC nous distinguons des *revues professionnelles pour la pratique* (Couzinet, 2015). Par ailleurs, si le discours vulgarisateur de certains magazines spécialisés participe à l'émergence d'un nouveau rapport au savoir en agissant au cœur des processus de médiation entre le savoir scientifique et les publics (Jacobi, Schiele, 1988), nous portons un regard particulier sur les revues professionnelles. En effet, celles-ci contribuent à l'élaboration du savoir et jouent un rôle dans la formation de la professionnalité, selon un processus de réflexivité mené au moyen de l'écriture. La réflexivité, parce qu'elle conduit à nouer savoir et expérience, entre dans un processus de production de connaissances nouvelles. Pour les praticiens de la musicothérapie, l'écriture d'articles destinés à ce type de revue contribue alors à la construction personnelle et à la reconnaissance de soi selon une identité professionnelle qui tend à se préciser en affirmant une forme de représentation professionnelle. Elle sert ainsi d'intermédiaire formant et liant au groupe auprès duquel elle veut transmettre les acquis distancés de l'expérience, notamment par le choix d'une stratégie de diffusion dans un réseau d'acteurs (Couzinet, Marouki, 2015). Cette stratégie de diffusion peut également se déployer via des réseaux documentaires.

#### - *Les acteurs des réseaux documentaires*

Les réseaux documentaires se matérialisent en ligne de différentes manières, via les sites web des bibliothèques ou de plateformes de partage, pour mettre à disposition de nombreux publics des catalogues renvoyant par lien hypertextes à différentes catégories de média et de contenus : journaux, livres, monographies, articles de revue professionnelle ou à caractère scientifique, thèses, etc. La consultation de leurs contenus peut nécessiter certains droits ou être payante. Ces réseaux documentaires définissent des circuits de communication. Par exemple la plateforme « [Cairn.info](http://Cairn.info) » accessible via les bibliothèques universitaires propose des catalogues indexant 212 articles de revues portant sur la musicothérapie, parmi lesquelles : *La Revue de*

*psychothérapie psychanalytique de groupe ; L'information psychiatrique ; VST Vie Sociale et Traitement ; La Revue de neuropsychologie ; Le Journal des psychologues ; La psychiatrie de l'enfant ; Insistance ; Recherche en soins infirmiers*, etc. Elle met aussi à disposition des publics ayant droit 122 ouvrages, dont certaines monographies qui se rapportent à des auteurs auxquels nous avons déjà pu faire référence tels que Gérard Ducourneau, Édith Lecourt, François-Xavier Vrait, ou encore des ouvrages collectifs impliquant différents auteurs autour d'une thématique. D'autres plateformes comme celle de « PubMed » donnent accès à des articles scientifiques concernant l'utilisation de la musicothérapie dans les soins pédiatriques, gériatriques, dans la prise en charge de la douleur, etc. dont certains font part d'études randomisées montrant ses effets. La plateforme « Cochrane » diffuse également un catalogue indexant de nombreux articles de revue sur le sujet, réalisés à partir de données probantes qui mettent en évidence l'efficacité de la musicothérapie dans plusieurs champs de la santé. Et comme nous l'avons évoqué dans la première partie, le traitement informatique de nombreux travaux scientifiques via l'Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur (ABES) permet de retrouver le référencement de plusieurs thèses dans différentes disciplines scientifiques, notamment deux soutenues à Montpellier au début des années 1990 en Médecine, dont le travail a été dirigé par le professeur Régis Pouget, alors Directeur de la formation universitaire à la musicothérapie de Montpellier. Ainsi à travers diverses formes de partenariats entre les éditeurs, les bibliothèques, les universités et les concepteurs de sites web, impliquant aussi de nombreux documentalistes et diverses communautés de lecteurs, ces réseaux documentaires définissent des circuits de communication pouvant être d'ordre profane, professionnel ou scientifique ciblant un vaste public, faisant d'internet un outil de médiation de la connaissance.

#### - *Les acteurs des plateformes participatives*

Nous avons parlé plus haut de la plateforme du « Pôle International de Recherche en Musicothérapie » (pirem.org) qui se présente comme un dispositif sociotechnique favorisant la mise en lien de plusieurs Ateliers de Musicothérapie : AM-Bordeaux, AM-Toulouse, AM-Provence Côte d'Azur, AM-Ile de France, etc. et les échanges entre de nombreux adhérents. Par ailleurs, si on trouve sur internet quelques traces de forums de discussion autour de la musicothérapie qui ont été actifs entre les années 2006 et 2011, ces lieux d'échange sont aujourd'hui désertés par les internautes, qui ont manifestement déplacé leurs pratiques vers les réseaux socio-numériques, notamment « Facebook ». Et sur cette plateforme, une simple recherche à partir de ce vocable génère une page de liens qui renvoient à plusieurs communautés présentant un intérêt autour de la musicothérapie. En outre, la plupart des actants que nous venons d'énumérer disposent

aujourd'hui d'une page Facebook. Les plateformes « YouTube » ou « DailyMotion », auxquelles nous avons déjà fait référence, exposent également de nombreuses vidéos différant des émissions de télévision, de radio. On y trouve aussi des enregistrements de colloques dont les thématiques traitent des relations de la musique avec la santé, et qui impliquent des acteurs politiques, des scientifiques et des publics. Les possibilités techniques des plateformes participatives ont donné lieu à l'existence de médias participatifs tels que *Médiapart* ou *Agoravox* sur lequel on trouve des contenus se rapportant à la musicothérapie. Il existe également des médias spécialisés tels que *CHU Réseau*, *l'actu des CHU* dont les contenus s'articulent entre les contributions des acteurs des CHU, dont de nombreux communicants. Les plateformes participatives peuvent aussi jouer un rôle économique entre les employeurs et les praticiens de la musicothérapie, proposant des offres d'emploi en ligne, via lesquelles il est également possible de postuler.

- ***Les acteurs des associations d'usagers du système de santé***

Parmi les nombreuses associations agréées par le ministère des Solidarité et de la Santé et reconnue d'utilité publique, quelques-unes diffusent en ligne des articles ou des informations se rapportant à la musicothérapie, par exemple : l'APF France Handicap<sup>246</sup>, UNAFAM (Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques)<sup>247</sup>, ou encore l'UNADEV<sup>248</sup> (Union nationale des aveugles et déficients visuels). Et relevons que les représentants des usagers du système de santé sont partis prenants dans les discussions des groupes de travail des établissements de santé et de la HAS.

- ***Les acteurs des fondations et Organisations non gouvernementales (ONG)***

On trouve aussi en ligne quelques Fondations et Organisations Non Gouvernementales (ONG) telles que la Fondation France Alzheimer<sup>249</sup>, la Fondation d'entreprise Bergonié<sup>250</sup>, ou encore l'ONG PADEM<sup>251</sup>, partenaire de la Société Française de Musicothérapie (SFM), qui encouragent divers projets de recherche impliquant la musicothérapie et dont les acteurs sont

---

<sup>246</sup> Source : site de la Fondation APF France Handicap, [consulté le 27 juillet 2019], URL : <https://www.apf-francehandicap.org/search/musicotherapie>

<sup>247</sup> Source : site de l'UNAFAM, [consulté le 27 juillet 2019], URL : <http://www.unafam.org/spip.php?page=recherche&recherche=musicotherapie>

<sup>248</sup> Source : site de l'UNADEV, [consulté le 27 juillet 2019], URL : <https://www.unadev.com/centreregion/centre-unadev-pau/>

<sup>249</sup> Source : site de la Fondation France Alzheimer, [consulté le 27 juillet 2019], URL : <https://www.fondation-alzheimer.org/?s=musicotherapie>

<sup>250</sup> Source : site de la Fondation Bergonié, [consulté le 27 juillet 2019], URL : <https://www.fondationbergonie.fr/projet/musicotherapie/>

<sup>251</sup> Site de l'ONG Padem, [consulté le 27 juillet 2019], URL : <https://padem.org/?s=musicotherapie>

en relation avec des scientifiques, des professionnels de santé, des médias, des institutions et de nombreux patients.

- *Les acteurs des syndicats de travailleurs politisés*

Très peu de contenus se rapportant à la musicothérapie circulent sur les sites web des acteurs des syndicats de travailleurs tels que la Confédération Générale du Travail (CGT) ou Force Ouvrière (FO), ou encore la Fédération Syndicale Unitaire (FSU). Alors que ce type d'actant médiateur défend les intérêts communs des salariés, des chômeurs, des retraités, etc. par le biais d'un dialogue social entre employeurs et employés pour faire valoir certaines revendications auprès de l'État, ceux-ci restent quasi silencieux sur la situation de certaines catégories de praticiens de la musicothérapie. Ce qui peut conduire à se demander : de quoi ce silence est-il symptomatique ? Toutefois, la Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT) diffuse en ligne quelques articles mentionnant l'intérêt de la musicothérapie ou des approches non médicamenteuses. Notamment, un article précise l'intérêt de la musicothérapie dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer<sup>252</sup>, un autre déplore que ce type de pratique *source de santé et de dignité* ne soit pas davantage financé, *faute de reconnaissance de la part des pouvoirs publics*<sup>253</sup>.

A travers cette présentation, que nous savons non exhaustive<sup>254</sup>, des acteurs qui diffusent des contenus faisant référence à la musicothérapie et que nous avons reliés à différents actants intégrant les TIC, nous pouvons relever certaines disparités concernant la place de l'information et de la communication dans les pratiques sociales des acteurs. En effet, les institutions comme le ministère des Solidarités et de la Santé ou encore la HAS disposent de services professionnels, spécialisés et organisés, dédiés à l'information et à la communication avec leurs publics. Leurs sites web respectifs permettent d'observer l'existence d'un service de direction de la communication ainsi qu'une politique éditoriale définie. Ce n'est pas obligatoirement le cas pour d'autres actants, tels que les organismes de formation ou les associations regroupant

---

<sup>252</sup> Source : site de la CFDT, [consulté le 19 octobre 2018], URL : <https://www.cfdt-retraités.fr/La-musicotherapie-reactive-la-memoire>.

<sup>253</sup> Source : site de la CFDT, [consulté le 19 octobre 2018], URL : <https://www.cfdt-retraités.fr/Les-approches-non-medicamenteuses-sources-de-sante-et-de-dignite>.

<sup>254</sup> En effet, d'une part le caractère « illimité » d'internet ne peut pas permettre de prétendre à un recensement exhaustif des acteurs impliqués dans la musicothérapie. L'exemple des blogs ou des sites d'associations de musicothérapeutes qui renvoient à des initiatives plus ou moins personnelles ou collectives montre les limites de la recherche sur internet pour identifier l'ensemble des acteurs de la musicothérapie. Une difficulté que nous pouvons mettre en lien avec les intitulés de sites choisis par les acteurs ou encore les logiques des éditeurs de sites ou des informaticiens manipulateurs des stratégies de référencement.

les praticiens de la musicothérapie. En revanche, nous observons que ces derniers peuvent être reliés à différents réseaux documentaires qui créent des circuits de communication dans lesquels la musicothérapie est également mise en représentation. Par ailleurs, la diversité des acteurs que nous avons repérés sur internet conduit à relever ici que nous ne pourrions pas traiter l'ensemble des contenus qu'ils diffusent dans le cadre de cette thèse. En ce sens nous avons dû cibler un groupe d'acteurs représentatif, que nous pensons suffisamment significatif pour la recherche, notamment parce que nous le considérerons en lien avec l'ensemble des acteurs que nous avons repérés sur internet et qui participent de l'expression des représentations de la musicothérapie.

## **2.2 Les acteurs ciblés pour la recherche**

La présentation que nous venons de faire des acteurs qui diffusent sur internet des contenus se rapportant à la musicothérapie rend compte d'une diversité qui nous a obligé à cibler un ensemble d'acteurs-clés visant à limiter notre corpus, pour y recueillir des matériaux pouvant servir la recherche. Aussi, dans un premier temps nous nous sommes intéressée aux acteurs du web particulièrement impliqués dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'application de la politique de santé publique. Par exemple, nous avons pris en compte les acteurs du ministère des Solidarités et de la Santé qui disposent d'une autorité légitime dans la gouvernance du système de santé et qui peuvent être impliqués dans certains documents parlementaires trouvés sur le site de l'Assemblée Nationale. Nous avons également ciblé les acteurs de la HAS dont la mission contribue à la mise en œuvre de la politique de santé publique dans les établissements de santé, présentant aussi une forme d'ingérence dans les pratiques des professionnels de ce secteur. Et, son pouvoir d'expertise influence le ministère orientant, par là-même, la gouvernance du système de santé. Nous avons aussi pris en considération le rôle des acteurs des établissements de santé qui sont en lien avec la HAS et le ministère. En outre, certains de ces acteurs interviennent dans les formations à la musicothérapie et les établissements de santé offrent de nombreux lieux de stage et d'emploi à ses praticiens. Nous nous sommes également intéressée aux acteurs des universités qui proposent une offre de formation à la musicothérapie et qui contribuent particulièrement à la professionnalisation de cette pratique. En ciblant nos acteurs, nous avons aussi retenu le rôle de la Fédération Française de Musicothérapie (FFM) qui vise la représentation professionnelle de ses praticiens, se positionnant de la sorte en tant qu'intermédiaire dans leurs relations avec les pouvoirs publics.

Par ailleurs, dans notre paragraphe de présentation des acteurs, nous avons fait référence à la difficulté de repérer en ligne les blogs ou les pages Facebook des praticiens de la musicothérapie. En revanche, les sites de l'AFM, de la FFM et de [pirem.org](http://pirem.org) ont permis d'identifier de nombreux praticiens que nous avons enquêtés pour la thèse, via un questionnaire Google Form<sup>255</sup>. En effet, nous avons trouvé sur les sites de ces associations des répertoires qui recensent leurs membres adhérents. Ces listes contiennent des informations concernant chaque praticien. Ainsi il est possible de les identifier en nom propre, par un titre de diplôme, éventuellement un numéro de téléphone ou une adresse mail, parfois remplacée par un lien vers un site personnel ou associatif. Et via ces liens, ils mettent souvent à disposition un moyen de communiquer avec leurs publics, même si certains d'entre eux proposent plutôt des fiches de contact relativement anonymes. Avec ces informations, nous avons pu nous rendre compte qu'un même praticien peut être inscrit sur plusieurs listes se référant à différents regroupements. Nous avons donc dû croiser les données obtenues sur les sites des acteurs, pour construire un nouveau répertoire regroupant les coordonnées de 496 praticiens à qui nous avons adressé un mail de présentation de notre recherche, comprenant un lien vers notre questionnaire en ligne.

La présentation en ligne des membres de ces associations permet également de les localiser d'un point de vue géographique. Sur les listes proposées, ils sont classés par région ou département, et l'on trouve parfois même une information sur leur lieu d'exercice. Aussi, nous avons pu identifier des praticiens de la musicothérapie habitant Montpellier ou ses alentours directs. Par ailleurs, le site web de l'université Paul-Valéry permet d'identifier les personnes responsables du DU de musicothérapie de Montpellier 3 et leurs adresses mail institutionnelles. Sur la fiche pédagogique présentant le programme de cette formation universitaire, nous avons aussi repéré des formateurs, dont les coordonnées mails ne sont pas mises à disposition. Nous avons dû utiliser le répertoire que nous avons construit pour obtenir les coordonnées de certains d'entre eux. Avec ces informations, nous avons envisagé de mettre en place un entretien de groupe. En ce sens, nous avons contacté par mail une vingtaine de personnes. Quelques-unes d'entre elles nous ont répondu favorablement. A partir de ces retours, nous avons organisé un entretien de groupe et quelques entretiens individuels. Nous préciserons les conditions de réalisation de ces entretiens dans la partie méthodologie, au troisième chapitre de cette deuxième partie de la thèse.

---

<sup>255</sup> Nous présenterons plus loin ce questionnaire, au troisième chapitre de cette deuxième partie, dans le paragraphe « Méthodes et techniques de recueil de données pour la recherche », p. 185-200 de la thèse.

Ce long paragraphe sur les acteurs que nous avons repéré sur internet nous a amené à préciser ici ceux que nous avons plus particulièrement ciblés pour la recherche. En effet, dans le cadre de la thèse, nous ne pouvons prétendre traiter toutes les données pouvant être recueillies sur leurs sites web. En revanche, cette présentation permet déjà de se faire une idée de l'ampleur de la musicothérapie, du marché économique qu'elle représente pour les organismes de formation, les maisons d'édition, etc. et de ses réseaux d'acteurs, dont internet facilite le déploiement. Elle permet aussi de comprendre que l'ensemble des actants mis en représentation sur internet, y compris les médias (qui définissent des circuits de communication avec des publics, de diffusion de la connaissance ainsi que des réseaux d'acteurs et de lecteurs), jouent un rôle considérable dans les formes d'expression des représentations de la musicothérapie, qui ne peut être détaché de celui de l'acteur. Bien entendu, ces expressions seront aussi à situer par rapport au positionnement des acteurs et aux relations existant entre eux, que notre présentation, relativement sommaire, fait déjà ressortir. Et, pour faciliter le repérage de ces relations, nous poserons et commenterons un schéma de la représentativité des acteurs qui diffusent sur internet des contenus se rapportant à la musicothérapie, au premier chapitre de la troisième partie dans laquelle nous présenterons les résultats de la recherche. Ce schéma dessinant un vaste réseau des acteurs de la musicothérapie sur internet permettra de mieux appréhender les contextes ou les cadres d'énonciation du discours des acteurs, qui dans le contexte dynamique d'internet donnent lieu à une forme de *discours circulant* sur la musicothérapie. Il permettra aussi d'observer comment l'investissement de certains dispositifs d'information et de communication permet de renforcer certaines formes de représentation de la musicothérapie.

### **3. PRÉSENTATION DU CORPUS DE LA RECHERCHE**

La notion de corpus a pu être discutée en SHS, notamment en sciences du langage où elle ne donne pas obligatoirement lieu à une définition consensuelle, posant néanmoins des points de repère pour la recherche en SIC. Dans la tradition linguistique, le corpus désigne « *un ensemble d'éléments sur lequel se fonde l'étude d'un phénomène linguistique* » pouvant être constitué de documents, de textes, de phrases ou de mots extraits de témoignages oraux concernant un sujet particulier (Dalbera, 2002). En analyse du discours, le corpus peut aussi se constituer selon deux types de démarche. L'une, qui part d'un cadre institutionnel et énonciatif, définit le corpus comme partie prenante de ce cadre. L'autre, partant de la matérialité linguistique, cherche à la contextualiser par rapport à un cadre institutionnel ou énonciatif. Ces deux approches du corpus ne sont pas antinomiques et se rejoignent au niveau de la contextualisation des discours par



rapport à un cadre institutionnel et énonciatif (Cislaru, Stiri, 2009). Dans notre démarche empirico-inductive, visant à approcher en compréhension les représentations de la musicothérapie à travers des typologies de dispositifs info-communicationnels qui renvoient aux contextes dans lesquels les acteurs évoluent, le corpus est une construction. Celle-ci résulte de l'assemblage d'éléments recueillis sur les sites internet des acteurs que nous avons ciblés pour la recherche (documents numériques, contenus web) et d'éléments de témoignage recueillis à travers d'autres techniques d'enquête (questionnaire en ligne et entretiens). Cette construction qui mêle corpus d'archives (documents de référence) et corpus construit pour la recherche (contenus web, questionnaires, recueil d'entretien) vise l'élaboration d'un corpus relativement hétérogène autour de la thématique qui sous-tend la recherche : la musicothérapie. En ce sens, l'élaboration du corpus se fonde sur notre relation au terrain de la recherche, impliquant des aspects théoriques et pratiques, le choix des acteurs que nous avons ciblés pour la recherche, de documents, de témoins, l'utilisation de différentes techniques de recueil, l'écoute et la transcription de données qui sont autant d'éléments déterminants de la constitution du corpus et de son exploitation scientifique (Olivieri, 2010).

Cette construction interroge alors la valeur de la représentativité du matériel recueilli, sur lequel s'appuieront les résultats de la recherche. En effet, « *si le corpus est partiel se pose alors le problème de sa valeur comme échantillon et de la possibilité de le faire varier en sous-corpus* »<sup>256</sup>. L'élaboration du corpus repose ainsi sur un ensemble de décisions stratégiques qui puissent permettre une certaine réflexivité dans l'analyse des données recueillies par le chercheur. Cette réflexivité est à entendre par rapport au fait que les constituants du corpus (documents, textes, éléments de contextes et témoignages oraux pouvant se rapporter à différents cadres d'énonciation) forment un réseau sémantique performant pour la recherche dans un tout que concrétise le corpus. Celui-ci doit alors être cohérent et auto-suffisant pour permettre l'analyse à différentes échelles des éléments qui le constituent et qui impliquent obligatoirement la préoccupation sous-jacente du chercheur. La construction du corpus est donc arbitraire. Elle n'a de sens qu'au regard des questions que le chercheur va lui poser et qui visent les finalités de la recherche (Mayaffre, 2002). Pour autant, la construction du corpus ne peut se contenter d'une perspective sérielle ou aléatoire. Elle doit viser une certaine hétérogénéité. Dans cette recherche doctorale, nous avons situé cette hétérogénéité par rapport au choix des acteurs que nous impliquons dans la thèse et qui permettra une mise en dialogue de leurs discours

---

<sup>256</sup> Charaudeau P, « Dis-moi quel est ton corpus, je te dirai quelle est ta problématique ». *Corpus*, 8, 2009, p. 38.

respectifs. Ce choix tient en grande partie à leur positionnement dans le système de santé qui peut influencer la finalité de leur discours par rapport à la question de la musicothérapie. Nous considérons aussi cette hétérogénéité en vue de répondre à notre problématique qui cherche à comprendre les représentations de la musicothérapie à travers différentes catégories de dispositifs, dont les dispositifs numériques.

Pour autant, peut-on prétendre à la réelle exhaustivité d'un corpus ? Cette question renvoie à celle du choix des éléments qui composent le corpus et de sa limite. En ce sens, le chercheur peut être amené à utiliser d'autres ressources que celles contenues dans le corpus, pour mieux comprendre le phénomène qu'il observe (Mayaffre, 2002). Partant donc de l'idée d'un corpus que nous savons partiel et que nous souhaitons garder ouvert pour préciser notre interprétation en SIC des représentations de la musicothérapie, nous avons élaboré le corpus à partir de différentes catégories d'éléments. Dans ce qui suit, nous présenterons le corpus à travers trois paragraphes. Le premier s'intéressera aux documents numériques et contenus web que nous avons sélectionnés à partir de l'observation des sites web des acteurs, qui a permis de cibler des acteurs-clés que nous impliquons plus particulièrement dans la thèse. Le second permettra de préciser le corpus en rapport aux témoignages que nous avons recueillis via l'enquête menée en ligne auprès de nombreux praticiens de la musicothérapie et des entretiens que nous avons organisés, faisant intervenir d'autres éléments de contextes, de discours ou de conversation dans le corpus. Dans le troisième paragraphe nous récapitulerons les éléments constituant le corpus en les présentant sous forme de tableau et en expliquant le codage auquel nous avons procédé et les formes de sous-corpus auxquelles ils donnent lieu.

### **3.1 Un recueil de documents numériques et de contenus web issus de notre enquête en ligne sur les sites des acteurs**

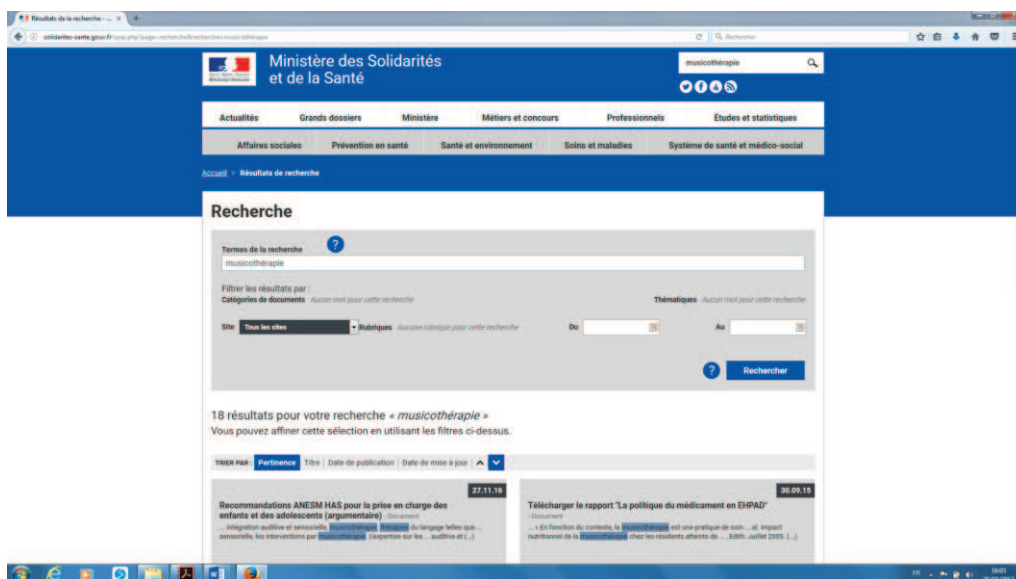
A partir de l'observation en ligne des sites web des acteurs que nous avons repérés sur internet, nous avons sélectionné une série de documents numériques et de contenus web pour constituer une partie du corpus. Le choix de ces matériaux tient à plusieurs raisons. Comme nous l'avons déjà précisé, la coprésence sur internet d'un grand nombre d'acteurs qui diffusent des contenus sur la musicothérapie ne permet pas d'envisager d'étudier leur ensemble dans le cadre de la thèse. En ce sens, nous avons ciblé un ensemble d'acteurs-clés que nous justifions en raison du positionnement des acteurs, pouvant être relatif à leurs rôles respectifs dans la gouvernance et le fonctionnement du système de santé. Les documents ou les contenus qu'ils diffusent via leurs

sites web ont une fonction de communication à laquelle les dispositifs numériques et internet participent. Cette communication numérique favorise l'expression des représentations de la musicothérapie dans différents champs de discours : politique, institutionnel, médical, universitaire, etc. Par exemple, les documents qui circulent sur site du ministère des Solidarités et de la Santé peuvent être produits par différents actants et/ou partenaires. Leur diffusion sur le site du ministère prend une valeur symbolique qui renvoie à la place centrale qu'occupe cet actant dans l'élaboration de la politique de santé publique et son administration. Ceux diffusés par la HAS ont une fonction de référentiels, notamment auprès des professionnels de santé. A travers sa communication, la HAS, qui a pour mission d'accompagner et d'expertiser les professionnels de santé, tout autant que de contribuer à la mise en œuvre de la politique de santé, influence les représentations de l'ensemble des acteurs de la santé, notamment vis-à-vis de la musicothérapie. Les établissements de santé, dans lesquels s'applique cette politique et qui offrent de nombreux lieux de stage et d'emploi aux praticiens de la musicothérapie, constituent des actants importants, à la fois garants et structurants de la professionnalisation et du développement de la musicothérapie. Leur communication sur la musicothérapie joue également un rôle dans ses représentations. Nous avons aussi relevé celui tout autant considérable des acteurs des universités qui proposent une offre de formation diversifiée en musicothérapie. Et si l'offre de formation des universités contribue à la professionnalisation de cette spécialité, entre apports théoriques, pratiques et réflexion critique, sa diversité est aussi source de questionnement. Elle appelle à être étudiée de plus près. Rappelons aussi ici l'importance des associations de praticiens et notamment du rôle de la FFM qui vise la représentation professionnelle des praticiens, se positionnant en tant qu'intermédiaire vis-à-vis des pouvoirs publics.

Ces acteurs-clés sont également importants pour notre étude des représentations de la musicothérapie, dans la mesure où ils constituent des réseaux d'acteurs que nous pouvons mettre en relation avec l'ensemble des acteurs que nous avons repérés sur internet et que nous considérons pour la recherche. En effet, les acteurs sociaux représentés par les organismes de formation non universitaires, les regroupements de praticiens, les médias, les réseaux documentaires, les associations d'utilisateurs, les fondations, etc. entretiennent obligatoirement des relations avec les institutions de l'État, les acteurs de la santé (établissements de santé, professionnels de santé, HAS), les acteurs universitaires et la FFM. Ces relations peuvent être explicites, implicites ou indirectes : de l'ordre d'un agrément, d'une convention, d'une contribution, d'une adhésion, d'une mise à distance, d'une concurrence, etc. Nous appuyons

également cette hypothèse sur le fait que nous avons vu que les formations font intervenir de nombreux professionnels de santé, et que les formations universitaires ont été mises en place par des personnalités qui ont évolué à partir d'une relation initiale avec des réseaux d'acteurs associés (ou associatifs) autour du projet de la musicothérapie<sup>257</sup>.

Par ailleurs, la dimension numérique des contenus trouvés sur les sites des acteurs a posé diverses questions pour la constitution du corpus. En effet, ils peuvent présenter une nature relativement instable, due à la gestion et à l'actualisation des sites web des acteurs. Or, la matérialité du corpus est une préoccupation qui coïncide avec un impératif de la recherche scientifique : le corpus utilisé doit pouvoir être consulté, dans le but que ce que l'on dit de lui puisse être vérifié et contrôlé (Mayaffre, 2007). Et, si les documents numériques de type PDF semblent davantage stables, ils peuvent faire l'objet de certaines manipulations sur les sites des acteurs, pour parfois en disparaître ou avoir une vie propre sur internet. Pour illustration, le site du ministère des Solidarités et de la Santé comprend un moteur de recherche interne permettant, à partir du mot *musicothérapie*, d'effectuer une recherche thématique qui aboutit sur une page de résultats, comme nous pouvons l'observer sur la figure suivante :



**Fig. 3** : Capture d'écran du début de la page de résultats obtenue sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé pour une recherche à partir du mot « musicothérapie »<sup>258</sup>.

<sup>257</sup> Cf. : paragraphe « Des représentations en lien avec un processus de professionnalisation complexe », p. 32-37 de la thèse.

<sup>258</sup> Source : site du ministère des Solidarités et de la Santé, [consulté le 30 octobre 2017], URL: <http://solidarites-sante.gouv.fr/spip.php?page=recherche&recherche=musicotherapie>

Sur le site du ministère, ces résultats sont formulés sous forme de tableau, mentionnant des intitulés auxquels sont associés des dates et des extraits de contenus textuels. Dans le contexte dynamique d'internet, cette page de résultats, capturée en 2017, se déroule. Dans le tableau, les 18 résultats sont présentés dans des cases sur fond bleu, contenant un énoncé en gras et des contenus textuels partiels, dans lesquels nous pouvons lire plusieurs occurrences du mot *musicothérapie* surlignés en bleu. Chaque intitulé permet d'activer un lien hypertexte qui renvoie à un document : PDF, document Excel ou diaporama. Présentés dans leur version Excel ou PowerPoint, ces documents interrogent les normes de sécurité de la communication numérique du ministère. Parmi les documents PDF, certains sont relativement longs, comprenant plusieurs centaines de pages. A l'intérieur de notre capture d'écran, les catégories langagières (éléments textuels, visuels) posent un cadre d'énonciation porté par la communication numérique du ministère. Or, comme déjà précisé, les documents diffusés sur ce site web peuvent être produits par d'autres actants, renvoyant à d'autres cadres d'énonciation de discours. En l'occurrence, dans le contenu de la figure 3 présentée plus haut, nous repérons la contribution de l'ANESM-HAS avec sa *Recommandation* « argumentée » visant la prise en charge des enfants et des adolescents. Nous visualisons aussi celle du ministère des Affaires sociales et de la Santé, commanditaire du *Rapport public sur la politique du médicament en EHPAD*. Le discours du ministère sur la musicothérapie apparaît alors comme un discours construit avec les contributions de plusieurs actants, pouvant être relativement impliqués dans l'élaboration ou la mise en œuvre de la politique de santé publique. Par ailleurs, il est à noter ici que cette page web capturée sur le site du ministère le 30 octobre 2017 n'est plus d'actualité en août 2019. Pourtant, la plupart des documents auxquels elle fait référence continuent d'avoir une existence propre sur internet, notamment ceux édités au format PDF. Ainsi, cette capture d'écran montre l'intérêt de fixer certains contenus web pour en faire des éléments du corpus, permettant de situer le discours des acteurs par rapport à celui d'autres acteurs de la santé, également d'un point de vue temporel. Ce facteur temporel a été décisif pour le choix des éléments que nous avons retenu pour la construction du corpus. En effet, certains documents auxquels renvoie notre capture d'écran n'ont pu être retrouvés pour être intégrés au corpus.

En outre, le discours du ministère peut être relayé par d'autres actants. Par exemple, nous avons trouvé une série de documents parlementaires sur le site de l'Assemblée Nationale qui implique différents ministères sur la question de la musicothérapie, ce qui montre une certaine circularité de l'information au sein des gouvernements. La construction du corpus à partir des documents numériques et des contenus web que nous avons choisis vise alors à articuler différents éléments

de contexte qui permettront de mieux situer le discours des acteurs, pour approcher « en compréhension » les représentations de la musicothérapie. En ce sens, nous avons aussi sélectionné une série de documents PDF sur le site de la HAS. En effet, notre recherche documentaire sur ce site nous a permis, à partir du mot *musicothérapie* d'obtenir une page de résultats faisant état de 28 contenus dans lesquels on trouve au moins une occurrence de ce terme. La capture d'écran ci-dessous en témoigne :



**FIG. n° 4 :** Capture d'écran de la page de résultats obtenue sur le site de la HAS pour une recherche à partir du mot *musicothérapie*<sup>259</sup>.

Pour des raisons pratiques visant à limiter le corpus, dans un premier temps, nous nous sommes particulièrement intéressée aux huit recommandations et guides arrivant en tête de liste de cette page de résultats. Or sur le site de la HAS, ces documents de référence donnent lieu à différentes versions synthétiques, argumentées, et audio. En les explorant, nous avons constaté que certaines versions occultent les recommandations faites sur l'utilisation de la musicothérapie. Aussi nous avons sélectionné celles qui y font référence. Ce choix est également motivé par le fait que les recommandations de bonnes pratiques sont des référentiels qui servent de point de repère à de nombreux professionnels de santé. Et rappelons ici que ces documents sont produits

<sup>259</sup> Source : site de la Haute Autorité de Santé, [consulté le 02 novembre 2017], URL : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_39085/fr/recherche?portlet=c\\_39085&text=musicotherapie&lang=fr](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_39085/fr/recherche?portlet=c_39085&text=musicotherapie&lang=fr)

dans des groupes de travail mis en place par la HAS impliquant de nombreux professionnels de santé et des représentants d'association d'utilisateurs. Aussi, la stratégie de communication de cette instance, qui fait figure d'autorité de par sa mission d'évaluation des établissements et des professionnels de santé, se révèle concourante à une stratégie de légitimation qui contribue au renforcement de sa position d'expert. Et, de ce positionnement, la HAS déploie un type de discours sur la musicothérapie. Ces documents de référence peuvent aussi permettre de mieux situer le discours des acteurs des CHU qui diffusent, par ailleurs, des contenus pouvant se rapporter à la musicothérapie. En effet, notre enquête en ligne nous a conduite à retenir pour la construction du corpus des articles au ton journalistique, pouvant être diffusés par les communicants des CHU, notamment sur le média participatif *CHU réseau*. *L'actu des CHU* qui présente d'autres particularités de contexte contribuant au discours des acteurs des CHU sur la musicothérapie. Nous avons également trouvé, sur les sites de réseaux documentaires, des catalogues d'articles à caractère professionnel ou scientifique, publiés dans des revues impliquant différentes catégories de professionnels de santé : des médecins, des infirmiers et des praticiens de la musicothérapie. Ces réseaux concrétisent d'autres circuits de la communication des acteurs des CHU que celui existant avec la HAS. Ils proposent d'autres contextes d'expression aux représentations de la musicothérapie. Nous avons aussi retenu des documents et des contenus web se rapportant aux acteurs des formations universitaires qui contribuent à la professionnalisation de la musicothérapie. Notamment, nous avons sélectionné des contenus web qui présentent les formations et des documents PDF qui décrivent les programmes de ces formations. Ces éléments du corpus permettent de saisir d'autres éléments de discours sur la musicothérapie, participant aux représentations de la musicothérapie. Ces éléments peuvent aussi être mis en lien avec d'autres ressources trouvées sur le site internet de la Commission Nationale des Certifications Professionnelles (CNCP), de la plateforme HAL qui relaie un rapport d'évaluation du HCERES concernant le master de Paris-Descartes, de la FFM ou encore de réseaux documentaires dans lesquels s'inscrivent les acteurs universitaires.

Ainsi, nous avons regroupé un ensemble de documents numériques et de contenus web, en nous appuyant sur leur pertinence vis-à-vis de la problématique de recherche, pouvant se rapporter : au positionnement des acteurs par rapport à la musicothérapie ; à un champ de discours, aux typologies de représentation que génèrent leurs positionnements et leurs discours respectifs ; à la signification de ces discours dans différentes typologies de dispositifs informationnels et par rapport à une vision systémique des acteurs ; à leur signification dans le contexte de la recherche. Pour la thèse, nous avons stabilisé l'ensemble de ces éléments selon

différentes techniques (téléchargement, capture d'écran, conversion) pour les stocker dans un dossier intitulé « N-VERDIER\_CORPUS-THESE »<sup>260</sup>. Cet ensemble de documents numériques et de contenus web constitue une partie du corpus de la recherche. Ces éléments permettent déjà d'envisager une mise en dialogue des acteurs que nous avons ciblés pour la recherche et que nous comprenons à travers les relations qu'ils entretiennent avec l'ensemble des acteurs que nous avons repérés sur internet. Ci-dessous, nous en ferons un inventaire sommaire qui sera précisé plus loin, dans le sous-paragraphe « Codage et présentation du corpus ». Pour la constitution de cette partie du corpus, nous avons donc rassemblé :

- une série de 16 questions écrites posées par des députés au gouvernement entre les années 2000 et 2014. Ces documents parlementaires diffusés sur le site de l'Assemblée Nationale impliquent le ministère de la Santé et son positionnement vis-à-vis de la musicothérapie ;
- le contenu web d'une page de résultats obtenue sur le site du ministère via une recherche à partir du mot musicothérapie ;
- une série de 11 documents PDF et 1 document Excel diffusés sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé produits par différents actants : partenaires du ministère ou relevant d'un service ministériel. Ces documents ont été produits entre les années 2009 et 2017 ;
- le contenu web d'une page de résultats obtenue sur le site de la HAS via une recherche à partir du mot musicothérapie ;
- une série de 8 documents PDF trouvés sur le site de la HAS, comprenant des recommandations et des guides produits entre les années 2009 et 2017 ;
- un rapport produit en 2012 par les Hôpitaux de Paris, AP-HP concernant les médecines complémentaires à l'Assistance Publique ;
- divers contenus de pages web se rapportant aux sites web des Hôpitaux de Paris et des CHU de Nantes, de Paris, de Montpellier et de Toulouse, situés à proximité des formations universitaires à la musicothérapie ;
- des contenus de pages web se rapportant au média *CHU réseau. L'actu des CHU* ;
- des contenus de pages web se rapportant au réseau documentaire « PubMed » ;
- des contenus de pages web se rapportant au réseau documentaire « Cochrane » ;

---

<sup>260</sup> Pour des raisons éthiques tenant au caractère sensible de certains éléments du corpus (enregistrement de témoignages), le corpus est mis à disposition exclusive des membres du jury de la thèse. En ce sens, un lien Google Drive leur a été adressé par mail, conduisant à un dossier compressé intitulé « N-VERDIER\_CORPUS-THESE ».



- des contenus de pages web se rapportant au réseau documentaire « Ascodocpsy » ;
- des contenus de pages web concernant les formations universitaires à la musicothérapie de Nantes, Paris, Montpellier et Toulouse ;
- des documents PDF concernant les programmes de formation de ces mêmes universités
- un document PDF concernant le rapport du HCERES sur le master Création Artistique proposé par l'université Paris-Descartes et mis en ligne sur la plateforme HAL ;
- un document PDF que nous avons créé à partir du répertoire national des certifications professionnelles, concernant l'enregistrement du DU de musicothérapeute clinicien ;
- le contenu de la page web du site de la FFM qui recense les organismes de formation qu'elle représente et qui en sont membres adhérents ;
- des documents PDF diffusés par la FFM concernant des précisions sur le métier de musicothérapeute
- le contenu de pages web du réseau documentaire Cairn.info concernant le catalogue de différents médias proposant un contenu sur la musicothérapie.

### **3.2 Des témoignages issus de notre enquête en ligne auprès des praticiens de la musicothérapie et des entretiens que nous avons menés**

Comme déjà précisé plus haut, nous avons réalisé une enquête en ligne auprès de nombreux praticiens de la musicothérapie, via un questionnaire Google Form. Ce questionnaire fera l'objet d'une description détaillée dans un prochain paragraphe consacré aux « Méthodes et techniques de recueil de données pour la recherche »<sup>261</sup>. Cette enquête a été réalisée en deux temps. Nous avons d'abord directement adressé le questionnaire par mail à 496 praticiens de la musicothérapie, identifiés sur les sites web de l'AFM, la FFM et Pirem.org. Cette première période s'est déroulée du 24 juin au 15 juillet 2019. Nous avons obtenu un taux de participation de 15.121 %, soit 75 répondants sur 496 praticiens. Au cours de cette première période, nous avons été contactée par la vice-présidente de la FFM qui nous a proposé de relayer l'enquête sur la page Facebook de cette fédération qui compte 1036 *followers* (suiveurs). Cette deuxième vague d'enquête a permis le recueil de 40 participations supplémentaires, même s'il reste difficile d'évaluer si ces personnes ont pris connaissance de l'enquête via le mail que nous leurs avons adressé ou sur la page Facebook de la FFM. Quoi qu'il en soit, 115 praticiens ont

---

<sup>261</sup> Cf. : p. 185-200 de la thèse.

participé à l'enquête, ce qui représente un ensemble relativement représentatif pour la recherche.

Ainsi, cette enquête en ligne a permis de recueillir de nombreux témoignages que nous avons intégrés au corpus selon deux techniques rendues possibles par les technologies numériques. D'une part, le dispositif mis à disposition par Google permet d'obtenir, en ligne, un résumé des résultats de l'enquête. Celui-ci présente les synthèses graphiques de diverses données quantitatives. Il permet aussi la lecture globale des contenus textuels formulés par les praticiens enquêtés, en réponse aux questions ouvertes que nous leur avons adressées. A partir des fonctionnalités proposées par Google Form et au moyen de divers gestes techniques, nous avons stabilisé ce résumé dans un document PDF que nous avons créé et versé au corpus. Via Google Form, l'enquête a également généré un document Excel resituant les témoignages obtenus par rapport à chaque praticien ayant participé à l'enquête. Ils peuvent donc être contextualisés selon les profils de chaque participant. Ces profils sont caractérisés, en relation avec le questionnaire que nous avons élaboré, par le choix d'un parcours de formation ou par le fait que le praticien peut être porteur d'une identité professionnelle particulière (psychologue, infirmier.e, musicien, etc.) depuis laquelle il pratique la musicothérapie. Ce document Excel a également été intégré au corpus. Cette partie du corpus vise le recueil de données complémentaires à celles collectées sur les documents numériques et les contenus que nous avons extraits des sites web des acteurs ciblés pour la recherche. Elle permettra une lecture comparée de leurs discours respectifs, visant à mieux appréhender les représentations de la musicothérapie, à travers différentes catégories de dispositifs info-communicationnels et de discours.

Par ailleurs, les entretiens que nous avons menés auprès de quelques acteurs de la musicothérapie ont été enregistrés et retranscrits par écrit. Nous préciserons également les techniques utilisées pour ces entretiens dans le paragraphe « Méthodes et techniques de recueil de données pour la recherche ». Comme déjà précisé dans le paragraphe « Les acteurs-clés ciblés pour la recherche »<sup>262</sup>, nous avons sollicité une vingtaine de personnes situées à proximité de Montpellier, pour participer à un entretien de groupe : des responsables de la formation du DU de l'UPV Montpellier 3, des formateurs et des praticiens de la musicothérapie.

---

<sup>262</sup> Cf. : chapitre 1 de cette deuxième partie de la thèse, p. 122-135.

Nous les avons invitées par mail, en précisant notre projet d'entretien, visant le recueil de données complémentaires pour notre recherche doctorale en SIC. Pour favoriser la mise en place de cet entretien de groupe, nous avons aussi fait référence à notre expérience de musicothérapeute. Nous avons alors reçu un accord de principe de la part de six de ces personnes. L'une d'entre elles nous a répondu en souhaitant de plus amples informations. Cette demande a donné lieu à un premier échange très encourageant, par téléphone. Après un mail de relance à l'ensemble des personnes contactées et les retours favorables que nous avons reçus, nous avons adressé un mail de remerciement aux intéressés. Via ce mail, nous leur avons fait parvenir un texte d'introduction à la discussion<sup>263</sup> et un lien vers un Doodle Doc, visant à organiser le rendez-vous du groupe. Pour le préciser globalement ici, ce texte d'introduction présente notre démarche, en apportant des éléments de définition de la notion de représentation et en précisant les thèmes que nous souhaitons aborder concernant les représentations de la musicothérapie. Parmi les intéressés, seulement trois personnes ont pu être disponibles au même moment. Nous avons alors repris contact avec les trois autres, afin de leur proposer de remplacer leur participation au groupe par un entretien individuel, selon le même principe de discussion, s'appuyant sur le texte d'introduction que nous avons envoyé. Ces personnes ont accepté notre proposition. Ainsi, toutes celles qui avaient répondu favorablement à notre demande ont pu être interviewées.

Dans le groupe de discussion, nous avons découvert que l'un des formateurs que nous avons sollicités était aussi le nouveau président de la FFM, élu en janvier 2019. Également que les praticiens sollicités étaient musicothérapeutes diplômés de l'UPV Montpellier 3 et membres de la FFM. L'un d'entre eux fait partie de la commission « communication » de cette fédération. Avec l'accord des protagonistes intéressés, nous avons enregistré cette rencontre au moyen d'un « audio recorder ». Ce document audio a fait l'objet d'une retranscription par écrit que nous avons stabilisée dans un document PDF. Ces deux éléments (audio et retranscription écrite) ont été versés au corpus.

En outre, trois autres personnes ont été reçues pour un entretien individuel. Nous avons mené ces entretiens semi-directifs selon le même principe d'introduction à la discussion, c'est-à-dire à l'appui du texte que nous avons conçu pour le groupe et envoyé à chacun. Parmi elles, nous avons rencontré le responsable pédagogique du DU de musicothérapie de l'UPV Montpellier 3

---

<sup>263</sup> Nous reviendrons sur ce texte d'introduction dans le paragraphe concernant « Les méthodes et techniques mobilisées pour le recueil des données de la recherche ». Cf. : p. 185-200 de la thèse.

et deux autres musicothérapeutes. Chacun de ces entretiens a également été enregistré avec l'accord des protagonistes, retranscrit par écrit et inséré au corpus sous forme de document PDF.

### 3.3 Codage et présentation du corpus

Pour faciliter la recherche, nous avons procédé à un codage des éléments qui constituent le corpus. Cette classification permettra, entre autres, de pouvoir présenter le corpus dans le corps de la thèse, tout en favorisant une analyse rapide de chaque élément qui le constitue. Ainsi nous avons défini des unités d'enregistrement permettant de situer les éléments du corpus par rapport à leur contexte d'énonciation, leur(s) auteur(s), leur contenu thématique, leur date de création, et, concernant certains documents, le contexte de leur diffusion. Par exemple, pour répertorier un document PDF trouvé sur le site web du ministère des Solidarités et de la Santé, nous avons précisé le codage suivant :

*Siteweb-MinistèreSanté\_communication-diffusion\_PDF\_Verger-P\_Rapport-public-Politique-du-medicament-en-EHPAD\_2013*

Cette catégorisation permet d'identifier le contexte d'énonciation posé par le site internet du ministère concerné ainsi que l'actant par lequel le document PDF de référence a été généré et diffusé, à savoir la communication numérique du ministère. Elle oriente aussi vers l'auteur du document et la compréhension globale de son contenu, en l'occurrence un *Rapport public sur la politique du médicament* en EHPAD, rédigé par Philippe Verger. Elle apporte également un élément temporel au discours du ministère, concernant l'année de production du document concerné, ici 2013. Par ailleurs, ce codage permet de repérer un champ de discours (politique), dans lequel la musicothérapie peut être mise en représentation et qui contribue à définir une typologie de représentation de la musicothérapie. Procédant par analyse contextuelle et thématique pour chaque élément du corpus, notre codage (utilisé aussi en tant que nommage) constitue alors des critères indicatifs du cadre d'énonciation du discours des acteurs sur la musicothérapie. Dans ce qui suit, nous proposons un tableau récapitulatif des unités d'enregistrement des éléments du corpus sur lesquels s'appuie la thèse.

<b>Liste récapitulative des éléments constituant le corpus de la recherche</b>	
<b>Numérotation des éléments</b>	<b>Codage-nommage</b>
E-1	Siteweb-AssembléeNationale_communication_réponse-ministèreSanté-questionécrite-43390-1sur16_2000
E-2	Siteweb-AssembléeNationale_communication_réponse-ministèreSanté-questionécrite-73200-2sur16_2002
E-3	Siteweb-AssembléeNationale_communication_réponse-ministèreSanté-questionécrite-8899-3sur16_2002
E-4	Siteweb-AssembléeNationale_communication_réponse-ministèreCultureCommunication-Santé-questionécrite-12611-4sur16_2003
E-5	Siteweb-AssembléeNationale_communication_réponse-ministèreSanté-questionécrite-24092-5sur16_2004
E-6	Siteweb-AssembléeNationale_communication_réponse-ministèreSanté-questionécrite-77607-6sur16_2006
E-7	Siteweb-AssembléeNationale_communication_réponse-ministèreSanté-questionécrite-98246-7sur16_2006
E-8	Siteweb-AssembléeNationale_communication_réponse-ministèreTravailSolidariéFonctionpublique-Santé-questionécrite-79849-8sur16_2010
E-9	Siteweb-AssembléeNationale_communication_réponse-ministèreSanté-questionécrite-17383-9sur16_2011
E-10	Siteweb-AssembléeNationale_communication_réponse-ministèreSanté-questionécrite-96719-10sur16_2011
E-11	Siteweb-AssembléeNationale_communication_réponse-ministèreJustice-Santé-21492-11sur16_2013
E-12	Siteweb-AssembléeNationale_communication_réponse-ministèreJustice-Santé-questionécrite-31292-12sur16_2013
E-13	Siteweb-AssembléeNationale_communication_réponse-ministèreJustice-Santé-questionécrite-32137-13sur16_2013
E-14	Siteweb-AssembléeNationale_communication_réponse-ministèreJustice-Santé-questionécrite-32911-14sur16_2013
E-15	Siteweb-AssembléeNationale_communication_réponse-ministèreJustice-Santé-questionécrite-33791-15sur16_2014
E-16	Siteweb-AssembléeNationale_communication_réponse-ministèreJustice/Santé-questionécrite-50953-16sur16_2014
E-17	Siteweb-MinistèreSanté_communication_page-de-résultats-pour-une-recherche-musicothérapie_2017
E-18	Siteweb-MinistèreSanté_communication-diffusion_PDF_Direction-générale-de-l'action-sociale-cahierdeschargesPASAetUHR_2009

E-19	Siteweb-MinistèreSanté_communication-diffusion_PDF_HAS-ANESM_recommandations-autisme-ted-enfant-adolescent-interventions_2012
E-20	Siteweb-MinistèreSanté_communicatio-diffusion_PDF_Ministère-des-Affaires-Sociales-et-de-la-Santé_Rapport_final-Pathos_2012
E-21	Siteweb-MinistèreSanté_communication-diffusion_PDF_Inspection-générale-des-affaires-sociales_Avancée-en-âges-des-Personnes-Handicapées-TOME_II-DEF_2013
E-22	Siteweb-Ministère-Santé_communication-diffusion_DocExcel_Ministère-des-Affaires-sociales-2013_Resultats_Programme-Hospitalier-Recherche-Infirmière-Paramédicale_2013
E-23	Siteweb-MinistèreSanté_communication-diffusion_PDF_Verger-P_Rapport-public-Politiquedu-medicament-en-EHPAD_2013
E-24	Siteweb-MinistèreSanté_communication-diffusion_PD_Ministère-des-Affaires-Sociales-et-de-la-Santé-Réseau-Documentation-Archive_TESS-liste-hierarchique_2014
E-25	Siteweb-MinistèreSanté_communication-diffusion_PDF_Ministère-des-Affaires-Sociales-et-de-la-Santé-Réseau-Documentation-Archives_Tess_Liste_alphabetique2_2014
E-26	Siteweb-MinistèreSanté_communication-diffusion_PDF_CNSEA-Ministère-DGCS_bilan-enquete-plateforme-de-repit_2014
E-27	Siteweb-MinistèreSanté_communication-diffusion_PDF_Min-de-l'Éduc.-nat.-de-l'Ens.-Supérieur-et-de-la-recherche-Min.-des-Affaires-Sociales-de-la-Santé-des-Droits-de-la-femme_Plan_maladies_neuro_degeneratives_2014-2019
E-28	siteweb-MinistèreSanté_communication-diffusion_PDF_FéMaSac-FFMPS_guide-santé-web_2015
E-29	Siteweb-MinistèreSanté_communication-diffusion_PDF_Ministère-des-Affaires-Sociales_Rapport-Pr-Michel-CLANET-Alzheimer_2017
E-30	Siteweb-HAS_communication_page-de-résultats-pour-une-recherche-musicothérapie_2017
E-31	Siteweb-HAS_communication-diffusion_PDF_ANAES_Évaluation-et-prise-en-charge-thérapeutique-de-la-douleur-chez-les-personnes-agées-ayant_des-troubles-de-la-communication-verbale_2000
E-32	Siteweb-HAS_communication-diffusion_PDF_ANAES_Recommandation-soins-palliatifs-argumentaire_2002
E-33	Siteweb-HAS_communication-diffusion_PDF_HAS_guide-médecin-alzheimer-finale-web_2009
E-34	Siteweb-HAS_communication-diffusion_PDF_HAS_Recommandation-anorexie-mentale_2010
E-35	Siteweb-HAS_communication-diffusion_PDF_HAS_Recommandation-maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentées-diagnostic-et-prise-en-charge_2011
E-36	Siteweb-HAS_communication-diffusion_PDF_HAS_Recommandations_Comportements-perturbateurs-chez-les-personnes-ayant-des-lésions-cérébrales-acquises-avant-l'âge-de-2-ans-prévention-et-p-en-c_2014
E-37	Siteweb-HAS_communication-diffusion_PDF_HAS_Protocole-National-Diagnostic-et-Soins-syndrome-Rett_2017
E-38	Siteweb-HAS_communication-diffusion_PDF_HAS_rapport-élaboration-burnout_2017

E-39	Siteweb-Hôpitaux-de-Paris_communication-diffusion_PDF_Fagon-Viens-Bitker_Rapport_Médecines_Complémentaires_AP-HP_05-2012
E-40	Siteweb-Hôpitaux-de-Paris_communication_page-de-résultats-pour-une-recherche-musicothérapie_2018
E-41	Siteweb-CHU-de-Nantes_communication_page-de-présentation-de-la-musicothérapie_2017
E-42	Siteweb-CHU-de-Nantes_communication_page-en-savoir-plus-sur-le-rôle-du-musicothérapeute_2017
E-43	Siteweb-CHU-de-Nantes_communication_page-de-présentation-unité-de-médiations-service-psychiatrique_2017
E-44	Siteweb-CHU-de-Nîmes_communication_page-présentation-équipe-pluridisciplinaire-gérontologie_2018
E-45	Siteweb-CHU-de-Nîmes_communication_page-présentation-service-cancérologie_2018
E-46	Siteweb-CHU-de-Montpellier_communication_page-contenu-musicothérapie-le-soin-par-la-musique_2018
E-47	Siteweb-CHU-de-Montpellier_communication_actu-projet-recherche-musicothérapie_2018
E-48	Siteweb-CHU-de-Toulouse_communication_page-de-résultats-pour-une-recherche-musicothérapie_2019
E-49	Siteweb-médiaparticipatif-Réseau-CHU-L-actu-des-CHU_communication_page-de-résultats-pour-une-recherche-musicothérapie_2017
E-50	Siteweb-médiaparticipatif-Réseau-CHU-L-actu-des-CHU_communication_contenu-projet-soins-infirmiers-musicothérapie_2017
E-51	Siteweb-réseau-doc-PubMed_communication-catalogue_page-de-résultats-recherche-articles-musicothérapie_2019
E-52	Siteweb-réseau-doc-Cochrane_communication-catalogue_page-de-résultats-recherche-articles-musicothérapie_2019
E-53	Siteweb-réseau-doc-Ascodocpsy_communication_page-de-résultats-recherche-usicothérapie_2019
E-54	Siteweb-Université-de-Nantes_communication-Faculté-de-médecine_page-de-présentation-DU-Musicothérapie_2018
E-55	Siteweb-Université-de-Nantes_communication-Faculté-de-médecine_PDF_Prog_Musicothérapie_DU_2019
E-56	Siteweb-Institut-de-Musicothérapie-de-Nantes_communication_page-d-accueil-et-présentation-DU-Musicothérapie-de-l-univ-de-Nantes_2019
E-57	Siteweb-Université-Paris-Descartes_communication_page-présentation-master-Créationartistique_2019
E-58	Siteweb-Université-Paris-Descartes_communication-Institut-de-psychologie_page-présentation-master-Créationartistique-parcours-musicothérapie_2019
E-59	Siteweb-Université-Paris-Descartes_communication-Institut-de-Psychologie_PDF_Plaquette-Master-CreationArtistique-V2-WEB_2019

E-60	Siteweb-réseau-doc.-HAL_communication-diffusion_HCERES_Rapport-évaluation-Master-Arts-thérapie-Université-Paris-Descartes_2013
E-61	Siteweb-Université-Paul-Valéry-Montpellier3_communication-filière-musicothérapie_page-de-présentation-DU-Musicothérapie_2018
E-62	Siteweb-Université-Paul-Valéry-Montpellier3_communication-filière-musicothérapie_page-d-accueil-DU-Musicothérapie_2019
E-63	Siteweb-Université-Paul-Valéry-Montpellier3_communication-filière-musicothérapie_PDF_Plaquette-formation-DU-Musicothérapie_2018-2019
E-64	Siteweb-CNCP_communication_Fiche-26932-DU-Musicothérapeute-clinicien-UPV-Montpellier3_2016
E-65	Siteweb-Université-Jean-Jaurès-Toulouse2_communication-Formation-DU-musicothérapie_page-d-accueil-et-en-savoir-plus-DU-Musicothérapie_2019
E-66	Siteweb-Université-Jean-Jaurès-Toulouse2_communication-DU-musicothérapie_PDF_Plaquette présentation_2019
E-67	Siteweb-Réseau-doc-Cairn-Info_communication_page-1-de-résultats-recherche-musicothérapie_2019
E-68	Siteweb-FFM_communication_missions-et-organismes-de-formation-musicothérapie-agrégés_2019
E-69	Siteweb-FFM_communication-diffusion_FFM_Code-de-déontologie-musicothérapeute_2004
E-70	Siteweb-FFM_communication-diffusion_FFM_Référentiel-Métier-Musicothérapeute_2016
E-71	Siteweb-FFM_communication-diffusion_FFM_Fiche-Métier-Musicothérapeute_2016
E-72	PDF_N-Verdier_Résumé-RESULTATS-ENQUETE-en-ligne_Praticiens-de-la-musicothérapie_juin-août-2019
E-73	Doc-Excel-généré-par-Google-Enquête-en-ligne_Praticiens-de-la-musicothérapie-(réponses)_juin-août-2019
E-74	Doc-audio_N-Verdier_Enregistrement-Entretien-de-groupe_Président-FFM-musicothérapeutes-membreFFM_03-07-2019
E-75	PDF_N-Verdier_Retranscription_Entretien-de-groupe_présidentFFM-musicothérapeutes-membresFFM_03-07-19
E-76	Doc-audio_part-1_N-Verdier_Enregistrement-Entretien-individuel-C-D-musicothérapeute_04-07-2019
E-77	Doc-audio_part-2_N-Verdier_Enregistrement-Entretien-individuel-C-D-musicothérapeute_04-07-2019
E-78	PDF_N.Verdier_Retranscription_Entretien-individuel-C-D-musicothérapeute_04-07-2019
E-79	Doc-audio_N-Verdier_Enregistrement-Entretien-responsable-DU-Musicothérapie-UPVM3_16-03-2019
E-80	PDF_N-Verdier_Retranscription_Entretien-responsable-pédagogique-DU-UPV-Montpellier3_16-07-2019



E-81	Doc-audio_N-Verdier_Enregistrement-entretien-individuel-V-R-musicothérapeute_18-07-2019
E-82	PDF_N-Verdier_Retranscription_Entretien-individuel-V-R-musicothérapeute_18-07-2019

A travers cette organisation des éléments du corpus nous observons que celui-ci couvre une période allant du début des années 2000 à nos jours, qui pourrait permettre d'observer une évolution du discours des acteurs sur la musicothérapie. La communication numérique des acteurs que nous avons ciblés sur internet montre que la question de la musicothérapie évolue dans différents champs de discours : politique, institutionnel, professionnel et scientifique. Ces champs de discours dessinent déjà les contours de sous-corpus que, pour la recherche, nous interrogerons les uns par rapport aux autres, dans une forme de mise en dialogue des acteurs de la musicothérapie. A l'intérieur de ces champs de discours nous percevons également la dimension dialogique du discours des acteurs, notamment concernant la communication du ministère qui diffuse des documents pouvant être produits par certains partenaires comme la HAS, qui elle-même appuie ses recommandations sur des réseaux documentaires et des échanges entre de nombreux professionnels de santé. Par ailleurs, avant nos explications préalables, le corpus laisse supposer les relations existant entre les acteurs universitaires, les établissements et les professionnels de santé, les praticiens de la musicothérapie, les associations qui les regroupent et les réseaux documentaires. Il permet également de repérer des relations implicites entre les praticiens de la musicothérapie, la HAS et le ministère. Face à ces discours du web, qui conduiront déjà à identifier différentes typologies de représentations de la musicothérapie, notre enquête en ligne auprès de nombreux praticiens vient apporter d'autres éléments contextuels au discours des acteurs que nous avons repérés sur internet. Nos entretiens enrichissent également le corpus, en apportant de nouvelles données pour mieux appréhender les représentations de la musicothérapie, mieux comprendre la place qu'elle occupe actuellement dans le système de santé et la difficulté de certaines catégories de praticiens.

### **CHAPITRE 3 : MÉTHODES ET TECHNIQUES DE RECUEIL DE DONNÉES ET D'ANALYSE DU CORPUS DE LA RECHERCHE**

Dans ce chapitre nous proposons de préciser le dispositif que nous avons mis en place pour le recueil et l'analyse des données de la recherche. Le corpus relativement hétérogène que nous venons de présenter met déjà en perspective la forme de « bricolage méthodologique » que nous avons dû expérimenter pour appréhender les représentations de la musicothérapie à travers différentes catégories de dispositif. En ce sens, les méthodes d'élaboration de la connaissance, qui reposent en partie sur un positionnement épistémologique, ne font pas appel, d'un point de vue méthodologique, à une *norme du vrai* mais plutôt à une *norme de faisabilité* (Le Moigne, 2012 : 45).

Aussi, dans un premier paragraphe, nous décrivons les méthodes et les techniques de recueil que nous avons utilisées pour constituer le corpus, voire déjà commencer à l'exploiter. Par exemple, nous présenterons le questionnaire que nous avons élaboré pour notre enquête en ligne auprès des praticiens de la musicothérapie. Nous précisons les techniques d'entretien que nous avons mises en œuvre pour interviewer les acteurs que nous avons rencontrés. Certains documents PDF du corpus ont donné lieu à l'élaboration de notices permettant de mieux cibler les données qu'ils contiennent, afin de les rendre significatives pour la recherche. D'autres éléments du corpus ont été traités au moyen d'une grille de recueil que nous avons élaborée. Ces méthodes et techniques de recueil ont été pensées en regard de la problématique qui sous-tend la recherche et que nous avons présentée dès le premier chapitre de la thèse. Aussi, dans notre présentation nous justifierons nos choix par rapport aux finalités de la recherche.

Dans le second paragraphe, nous précisons les méthodes et techniques que nous avons mises en œuvre pour l'analyse du corpus, visant à identifier des typologies de représentation de la musicothérapie en lien avec des catégories de dispositif.

#### **1. LES MÉTHODES ET TECHNIQUES DE RECUEIL DES DONNÉES DE LA RECHERCHE**

Notre présentation du corpus a permis d'identifier différentes catégories d'éléments qui le constituent : documents PDF, contenus web, résultats d'enquête, documents audio et retranscriptions d'entretiens. Cette diversité renvoie à notre choix de mise en œuvre d'une

stratégie de triangulation concernant à la fois les données de la recherche et leur traitement méthodologique appelant à utiliser différentes méthodes et techniques pour étudier les représentations de la musicothérapie (Denzin, 1978). En effet, la construction de ce corpus relativement hétérogène a été réalisée au moyen de différentes techniques que nous avons déjà brièvement expliquées : les documents PDF ont été téléchargés à partir des sites des acteurs ciblés pour la recherche et certains éléments du corpus sont constitués de capture d'écran. Ces éléments permettront le recueil de données significatives pour la recherche. Par exemple, entre les éléments E-54, E-55 et E-56 du corpus il sera intéressant d'observer les liens existant entre la faculté de Médecine de l'université de Nantes et l'Institut de Musicothérapie de Nantes, pour mieux situer le positionnement des acteurs et les formes de représentation institutionnelle de la musicothérapie auxquelles ce partenariat donne lieu. Dans ce paragraphe, nous présenterons aussi les autres méthodes et techniques que nous avons mobilisées pour le recueil des données de la recherche, en commençant par présenter le questionnaire que nous avons adressé aux praticiens de la musicothérapie. En continuité, nous décrirons la façon dont nous avons organisé et mené nos entretiens. Nous précisons aussi notre choix d'avoir élaboré des notices concernant certains éléments du corpus. Pour finir nous présenterons la grille de recueil que nous avons construite pour faciliter l'étude des représentations de la musicothérapie à travers d'autres éléments du corpus, notamment les contenus web et certains documents PDF leur étant associés. Ce paragraphe descriptif des méthodes et techniques de recueil de données que nous avons mises en œuvre, cherchera aussi à préciser nos choix par rapport aux finalités de la recherche.

### **1.1 L'élaboration du questionnaire en ligne**

En complémentarité des documents et contenus web que nous avons extraits des sites des acteurs, nous avons envisagé de mener une enquête auprès des praticiens de la musicothérapie qui sont plus directement impliqués dans sa représentation professionnelle, afin d'obtenir de nouveaux éléments qui puissent enrichir le corpus. En ce sens nous avons organisé notre enquête en ligne au moyen d'un questionnaire que nous avons diffusé directement auprès des praticiens, via les adresses mails collectées sur les sites de l'AFM, la FFM et la plateforme PIREM. Et comme nous l'avons déjà précisé, cette enquête a pu être relayée par la FFM via sa page Facebook<sup>264</sup> auprès d'autres praticiens. Cette méthode d'enquête qui relève des méthodes

---

<sup>264</sup> Cf. : paragraphe « Des témoignages issus de notre enquête en ligne auprès des praticiens de la musicothérapie et des entretiens que nous avons menés », p. 175-178 de ce chapitre 3 de la deuxième partie de la thèse.

quantitatives n'est pas incompatible avec notre positionnement épistémologique. Elle participe à la mise en œuvre d'une triangulation méthodologique qui vise, en partie, à vérifier la validité des résultats obtenus à partir de l'étude des autres éléments du corpus. Notamment, les résultats de cette enquête permettront de prendre en considération l'avis des professionnels concernés par la thématique de recherche, pour préciser la cohérence de notre interprétation des représentations de la musicothérapie.

Pour élaborer ce questionnaire, nous avons utilisé les fonctionnalités de Google, via Google Form. Ce dispositif présente l'avantage de laisser à l'enquêté la liberté de répondre ou pas à l'enquête et d'organiser lui-même son temps pour y participer. Certains praticiens nous ont d'ailleurs écrit pour demander s'ils disposaient d'un délai afin de pouvoir contribuer à l'enquête. Ces échanges ont permis d'établir le contact avec eux et de préciser la période de l'enquête. La conception du questionnaire a été pensée de manière à pouvoir recueillir des données quantitatives et d'autres, plus qualitatives, par le biais de questions ouvertes appelant l'expression écrite et singulière de chaque praticien enquêté. En effet, certaines questions appellent à des réponses prédéfinies, à choix unique ou multiple. D'autres, suggèrent la libre expression des enquêtés, sur certains points pouvant demander des précisions ou un avis personnel. Le formulaire d'enquête se déroule selon une série de 46 questions. Le questionnaire est introduit par un petit texte de présentation qui précise le cadre de l'enquête, le public visé et les modalités de réponse. Ce texte prévient aussi du respect de l'anonymat des participants et informe de l'identité de l'enquêteur et de la possibilité d'un retour sur les résultats de l'enquête, sur simple demande par mail. En ce sens, nous avons reçu plusieurs mails d'encouragement et de demande de retour de la part des praticiens. Afin de permettre au lecteur de mieux suivre la description de ce questionnaire, nous le présentons aussi dans sa version vierge, en annexe 2 de la thèse.

Anticipant sur la diversité des praticiens, pouvant être relative à un choix de formation ou un parcours professionnel en lien avec une origine socio-professionnelle préalable, les questions 1 à 7 visent à préciser le profil de chacun d'entre eux, ainsi que leur propre définition de la musicothérapie. En effet, les praticiens peuvent être porteurs de plusieurs identités professionnelles et la particularité de chacun peut interférer sur ses représentations sociales de la musicothérapie. Le questionnaire leur demande donc d'indiquer :

---

- leur identité en tant que genre, afin d'évaluer la parité homme / femme dans la représentation professionnelle de la musicothérapie ;
- la tranche d'âge dans laquelle s'ils s'inscrivent, qui peut renvoyer à une partie de la population active et permettre de mieux situer le parcours de chaque praticien ;
- la définition qu'ils donnent à la musicothérapie, qui renvoie à leurs représentations sociales et permettront d'envisager des représentations collectives chez les praticiens ;
- les raisons de leur choix d'orientation vers cette spécialité, qui peuvent permettre de comprendre leur motivation ;
- leur parcours de formation à la musicothérapie, éventuellement complété par une autre formation, afin d'en préciser leur profil.

Les items 8 à 11 interrogent le cadre d'exercice de chaque praticien et le statut selon lequel celui-ci pratique la musicothérapie. Cette série de questions cherche à évaluer d'éventuelles différences en fonction des profils. Les questions 12 à 15 constituent des pistes indiciaires concernant les publics pris en charge. Elles permettront de préciser la représentation des champs de pratique de la musicothérapie. Elles visent aussi à situer les conditions de prise en charge : comment les patients sont-ils indiqués ? Connaissaient-ils la musicothérapie avant d'en faire l'expérience ? Quels retours en font-ils ? Ces indices peuvent apporter des éléments de connaissance sur les représentations sociales des praticiens vis-à-vis de leurs publics. Nous nous intéressons aussi à la façon dont l'expérience professionnelle peut ou pas permettre de valoriser cette pratique.

Les questions 16 à 20 cherchent à préciser les conditions de travail des praticiens de la musicothérapie, qui peuvent aussi rendre compte de la place réservée à cette pratique dans les établissements où ils exercent. Sont-ils rattachés à un ou plusieurs lieux de travail ? Combien d'heures par semaine représente leur activité ? Disposent-ils d'un espace approprié et de matériel adapté à leurs pratiques sur ces lieux de travail ? Ces données concernant les conditions de travail des praticiens de la musicothérapie sont aussi des paramètres de leur représentation professionnelle dans les institutions qu'ils traversent. Et, connaissant *a priori* les difficultés des musicothérapeutes<sup>265</sup>, ce type de retour peut permettre d'objectiver nos propres représentations

---

<sup>265</sup> Bien que personnellement nous ayons eu beaucoup de chance, puisque nous avons travaillé à plein temps dans la clinique où nous avons exercé pendant plus de dix ans. Aussi, cet *a priori* est fondé sur les relations que nous avons entretenues avec quelques collègues de formation. Il repose également sur les difficultés que nous avons

de la situation professionnelle des praticiens de la musicothérapie. Cette évaluation se prolonge à travers les items 21 à 30 qui cherchent à préciser le ressenti des praticiens vis-à-vis des relations qu'ils entretiennent sur le terrain avec différentes catégories de professionnels. Par exemple, elles permettront de situer leur représentation professionnelle dans les dispositifs sociotechniques mis en place dans les établissements de santé (les réunions pluridisciplinaires), censés impliquer l'ensemble des acteurs du soin, notamment dans le discours de la HAS et des établissements de santé et médico-sociaux. En continuité, les items 31 à 33 visent à mieux comprendre la relation des praticiens aux associations qui définissent des formes de représentation professionnelle. Notamment, nous nous intéressons à leur ressenti de la façon dont ces associations les représentent et défendent leurs intérêts.

Les questions 34 à 43 interrogent le comportement info-communicationnel des enquêtés : leur utilisation de différentes catégories de dispositifs sociotechniques pour s'informer et communiquer sur la musicothérapie : quels types d'information intéressent les praticiens ? Quels sont les dispositifs qu'ils privilégient ? Ces dispositifs peuvent être des séminaires, des congrès, des centres de formation, des associations, servant à la fois l'information, la communication et la réflexivité sur les pratiques. Il peut aussi s'agir de bibliothèques, de revues, ou de monographies favorisant la médiation de la connaissance sur la musicothérapie. Nous nous intéressons aussi à leurs usages des dispositifs numériques pouvant servir différentes médiations : accès à l'actualité de la musicothérapie, à la connaissance (via de nombreuses ressources en ligne), recherche d'emploi ou encore mise en réseau.

Pour finir, les questions 44 à 46 interrogent les relations des praticiens à la recherche scientifique. D'un côté elles cherchent à mesurer leur implication dans d'éventuels projets de recherche, d'un autre elles visent à mieux situer les formes de représentations scientifiques auxquelles la musicothérapie donne lieu.

Ainsi, l'objectif global de l'enquête vise à recueillir des données complémentaires à celles collectées sur les sites des acteurs qui diffusent sur internet des contenus se rapportant à la musicothérapie. Il se subdivise également en objectifs plus spécifiques, qui permettront d'interroger le discours des autres acteurs ciblés pour la recherche par rapport à celui des praticiens plus directement impliqués dans les questions que posent les représentations de la

---

rencontrées lorsque nous avons envisagé de changer d'établissement, à un moment donné de notre parcours professionnel.

musicothérapie. Notamment, le recueil de données effectué via ce questionnaire permettra de préciser la représentation professionnelle des praticiens de la musicothérapie selon différents angles, ainsi que leurs propres représentations de la musicothérapie. Il permettra aussi d'investiguer le rôle de l'information et de la communication dans l'expression de différentes formes de représentation de la musicothérapie. Et, nous pourrons interroger l'expression de ces représentations par rapport aux usages que les praticiens font des dispositifs sociotechniques qu'ils sont susceptibles d'investir pour présenter, représenter et valoriser la musicothérapie. L'élément E-72 du corpus qui est un document PDF, correspondant au résumé de l'enquête généré par le dispositif Google Form, présente une pré-analyse de l'enquête, lisible au travers de graphiques et de regroupements de données textuelles se référant aux réponses des praticiens concernant les questions ouvertes que nous leur avons posées. Il permettra d'en faire une analyse globale. L'élément E-73 qui est le document Excel produit par ce même dispositif, retrace les données d'enquête se rapportant à chaque participant. Dans le corpus, ce document fait ressortir des regroupements que nous avons effectués à partir du profil de chaque praticien. En l'occurrence, nous avons surligné de différentes couleurs les praticiens qui disposent d'un autre diplôme professionnel : en jaune les infirmiers, en bleu les psychologues, en orange les éducateurs spécialisés, en vert les praticiens disposant d'un diplôme d'enseignement musical, en rose, les professionnels de l'éducation. Ceux qui ne sont pas surlignés présentent les profils, tout aussi riches, de personnes plus difficiles à catégoriser, en raison d'un parcours de formation moins abouti ou plus atypique (formation musicale, licence de musicologie, licence de psychologie, cumul de DU, master en cours, etc.). Ces distinctions permettront de repérer plus facilement les différences ou au contraire les similitudes des situations des praticiens vis-à-vis de leur activité en musicothérapie.

## **1.2 Les techniques d'entretien**

Après avoir commencé à étudier les documents PDF et les contenus web qui composent une partie du corpus, nous avons projeté de mettre en place un entretien de groupe avec des acteurs impliqués dans la pratique de la musicothérapie et sa professionnalisation<sup>266</sup>. Ce projet visait également une triangulation méthodologique permettant de mieux situer notre interprétation des représentations de la musicothérapie. En ce sens, nous avons contacté une vingtaine de personnes par mail. Dans ce mail, nous avons présenté notre recherche doctorale en informant

---

<sup>266</sup> En référence aux responsables du DU de musicothérapie de l'UPV Montpellier 3 et des formateurs que nous avons ciblés pour l'entretien de groupe, parmi la vingtaine de personnes que nous avons contactées par mail.

aussi de notre profil particulier en lien avec une expérience de musicothérapeute, afin d'inciter la curiosité et l'intérêt de nos éventuels interviewés. Dans ce courriel initial, nous invitons à participer à un entretien de groupe, précisant qu'en fonction de leur accord de principe nous leur ferions parvenir ultérieurement de plus amples informations. Après quelques échanges par mail, des relances et quelques contacts par téléphone avec certains d'entre eux, six personnes ont répondu favorablement à notre appel. Nous leur avons alors adressé un courriel groupé de remerciement, contenant en pièce jointe, la proposition d'un texte d'introduction à la discussion. Dans le corps du mail, nous avons également introduit un lien vers un Doodle Doc, afin d'organiser la rencontre. En fonction des disponibilités de chacun, seulement trois personnes ont pu participer à cet entretien de groupe. Les trois autres ont néanmoins accepté d'être reçues dans le cadre d'un entretien individuel. Alors que nous avons fait parvenir le texte d'introduction à la discussion à l'ensemble de ces personnes, nos entretiens se sont déroulés selon un principe semi-directif.

Ce texte figure en annexe 4 de la thèse. En introduction, nous informons nos protagonistes de l'objectif de ce texte visant à servir de trame à l'entretien. Nous précisons la façon dont le groupe tend à se constituer avec la participation de formateurs et de praticiens dont certains sont impliqués dans la Fédération Française de Musicothérapie (FFM). En effet, notre repérage des acteurs sur internet et quelques échanges préalables par mail ou par téléphone avaient permis d'identifier certaines de leurs particularités. Nous revenons ensuite sur notre motivation qui cherche à situer nos premiers éléments d'analyse en fonction des idées et des remarques des acteurs du champ concerné.

Ce texte précise ensuite l'objectif de l'entretien par rapport à notre recherche doctorale en SIC. Pour introduire notre sujet, nous donnons quelques éléments de contexte concernant notre étude des représentations de la musicothérapie à travers des discours pouvant être véhiculés dans différentes catégories de dispositifs info-communicationnels. Puis, nous apportons à nos futurs interviewés quelques points de repère sur la notion de représentation en la situant par rapport à des auteurs et au champ des SIC. Notamment, nous la précisons à travers une brève définition qui met en avant le rôle des représentations dans la mise en œuvre de différentes logiques communicationnelles, instaurant par là-même diverses instances de médiation dans l'espace social (Lamizet, Silem (dir), 1997).



Nous progressons alors vers une explication du contexte de la recherche, faisant référence de manière implicite à l'instrumentalisation de l'information et de la communication par les acteurs du système de santé et à son rôle dans l'expression des représentations de la musicothérapie. En ce sens, nous cherchons à induire une réflexion sur la situation de certaines catégories de praticiens. Puis, le texte évolue vers nos premiers éléments d'analyse, relatifs aux documents et aux contenus web recueillis sur les sites des acteurs qui composent une partie du corpus, desquels il émerge une pluralité de discours sur la musicothérapie. Nous faisons remarquer que cette diversité fait ressortir des caractéristiques discursives que l'on peut ramener à des *types idéaux* de communication, pouvant s'attacher à des catégories d'acteurs, à la finalité de leurs discours et aux particularités des dispositifs info-communicationnels qu'ils mobilisent pour communiquer sur la musicothérapie.

Notre texte d'introduction oriente alors vers les différentes thématiques que nous proposons d'aborder au cours de l'entretien et que nous pouvons restituer de façon sommaire comme suit :

- ***De la professionnalisation de la musicothérapie vers la représentation professionnelle de ses praticiens*** : cette thématique qui renvoie à la diversité des formations existant questionne la façon d'envisager la construction d'une identité des praticiens et de leur représentation professionnelle. Elle interroge aussi les relations entre les organismes de formation et les associations qui regroupent les praticiens, selon différentes tendances ou courants de pratiques.
- ***De la représentation professionnelle des praticiens de la musicothérapie à la représentation institutionnelle de la musicothérapie*** : par cet intitulé, nous nous intéressons aux relations et aux formes de partenariat entre organismes de formation visant la professionnalisation des praticiens de la musicothérapie et les universités. Cette thématique renvoie aussi à d'éventuelles questions sur le processus d'institutionnalisation de la musicothérapie auquel les associations visant sa représentation professionnelle peuvent contribuer. Nous cherchons aussi à comprendre les liens susceptibles d'exister entre représentations professionnelles, collectives et institutionnelles de la musicothérapie.
- ***De la représentation de la musicothérapie dans la communication écrite, médiée par le numérique, aux pratiques info-communicationnelles des acteurs de la musicothérapie*** : avec cette orientation, nous sensibilisons les interviewés au rôle de l'information et de la communication dans le développement et l'évolution de la

musicothérapie, en nous intéressant à leurs pratiques info-communicationnelles. Nous induisons l'idée que l'information-communication peut favoriser la construction et la reconnaissance d'une identité professionnelle, qui tendent à se préciser en affirmant des formes de représentations institutionnelles et scientifiques de la musicothérapie.

Les contacts que nous avons pu établir avec les acteurs que nous avons interviewés ont été particulièrement enrichissant puisqu'ils ont permis de rencontrer, sans que nous l'ayons obligatoirement prémédité, des acteurs-clés de l'évolution de la musicothérapie. En effet, dans le cadre de l'entretien de groupe, nous avons pu échanger avec le président de la FFM. Celui-ci, initialement pressenti par rapport à sa position de formateur intervenant dans le DU de musicothérapie de Montpellier, a été élu au sein de la FFM en janvier 2019. Or, au moment de la mise en place de cet entretien, prise par le rythme du travail et certaines priorités, nous n'avions pas encore noté ce changement de présidence à la FFM. Par ailleurs, cet entretien de groupe nous a également permis d'identifier plus précisément deux praticiens également membres de la FFM, dont l'un fait partie de la Commission « communication » de cette association. En complément de cet entretien de groupe, nous avons mené trois interviews individuels, selon le même principe semi-directif, s'appuyant sur le texte d'introduction à la discussion que nous avons fait parvenir à l'ensemble des personnes ayant manifesté un intérêt à notre recherche. En l'occurrence, nous avons échangé avec le responsable pédagogique du DU de musicothérapie de Montpellier ainsi qu'avec deux autres musicothérapeutes, formés à l'université Paul-Valéry Montpellier 3 et exerçant à Montpellier ou ses alentours.

Avec l'accord préalable de l'ensemble de nos protagonistes, nous avons enregistré nos entretiens. Comme déjà précisé ces documents audio ont été intégralement retranscrits par écrit et l'ensemble de ces éléments ont été intégrés au corpus. Par ailleurs, une collègue de l'équipe de recherche que nous avons sollicitée a participé à l'entretien de groupe en qualité d'observatrice pour prendre des notes d'observation visant à compléter l'enregistrement. Celle-ci a été présentée aux participants en début d'entretien. Elle a également fait un retour verbal en fin d'interview, valorisant la participation de chacun et la qualité des échanges auxquels elle avait pu assister. Ses notes rendent compte de certains propos qui ont retenu particulièrement son attention ainsi que d'autres éléments de communication non verbale qui témoignent de l'attitude des personnes présentes ou encore de l'ambiance de l'entretien. Elles apportent des données complémentaires à l'enregistrement que nous avons effectué. Par exemple, elles permettent d'observer des affects marquant l'inquiétude de certains par rapport à la situation

des musicothérapeutes, ou encore des espoirs investis sur le rôle de la FFM qui n'excluent pas de percevoir certaines tensions pouvant exister au sein de cette association.

Ainsi, les données recueillies à travers ces rencontres conduiront à mieux comprendre le positionnement de quelques acteurs clés de la musicothérapie et des relations qu'ils entretiennent avec d'autres acteurs que nous avons également ciblés pour la recherche. Et, même si leurs points de vue restent relatifs à une localité, leurs témoignages viennent enrichir le corpus. Ils permettront de combiner les données qu'ils ont permis de recueillir à celles collectées par ailleurs pour préciser notre interprétation des représentations de la musicothérapie. En outre, l'interview du responsable pédagogique du DU de Montpellier 3 et la présence du président de la FFM à l'entretien de groupe permettent d'envisager leurs connaissances respectives et globales de la situation de la musicothérapie en France, selon les positionnements particuliers desquels ils observent son évolution.

### **1.3 L'élaboration de notices**

Comme déjà énoncé plus haut, une partie du corpus est constituée de documents PDF que nous avons pu extraire des sites web des acteurs. Certains d'entre eux sont très longs et peuvent contenir plusieurs dizaines, voire centaines de page. C'est le cas par exemple des recommandations de bonnes pratiques que nous avons trouvées sur le site de la HAS. Pour étudier les représentations de la musicothérapie à travers ces documents qui sont aussi des documents professionnels contenant une dimension à la fois sociale, opérationnelle et stratégique, nous avons élaboré des notices. Celles-ci contiennent des indices signalétiques et d'autres plus analytiques. Les éléments signalétiques visent à identifier le document source dont il est question : sa catégorie, son titre, ses auteurs ainsi que leur statut ou la catégorie professionnelle à laquelle ils se rattachent, les éventuels partenaires et commanditaires impliqués dans sa production, sa date de publication, son nombre de pages et le site web duquel nous l'avons extrait. Ils permettent également d'identifier le document de référence par rapport à son codage qui renvoie à un élément du corpus. Les éléments analytiques rendent compte de la manière dont nous avons traité le document pour renvoyer le lecteur à sa thématique générale et aux sous-thématiques qui s'en dégagent. Celles-ci coïncident avec l'ordre structurel du document initial, permettant d'en distinguer des parties et de situer le contexte dans lequel il est fait référence à la musicothérapie. En respectant cet ordre de présentation, nous avons prélevé des extraits textuels que nous citons en italique dans la notice et qui donnent des éléments

d'information sur le contenu du document ou de l'élément du corpus auquel elle se rapporte. Ces informations peuvent concerner la méthode de production du document, les références sur lesquelles s'appuie l'argumentation de ses auteurs. Il peut s'agir d'une référence bibliographique, scientifique ou de documents associés au document principal qui, sur le site web des acteurs, peuvent être accessibles par liens hypertextes actifs. Dans ces notices, qui visent à faciliter le repérage de données intéressant plus spécifiquement la recherche, nous précisons le nombre d'occurrence(s) du mot *musicothérapie* trouvé dans l'élément du corpus ainsi que le « cotexte » dans lequel elles apparaissent. Nos indices permettent également de situer ces contenus par rapport à l'ordre de pagination du document de référence. Ainsi, les extraits que nous avons sélectionnés pour élaborer ces notices prennent en considération nos intentions de chercheur qui visent à comprendre les représentations de la musicothérapie à travers le discours des acteurs, que véhiculent les contenus des éléments du corpus. Les extraits retenus constituent donc des indicateurs textuels qui permettront de situer, en partie, le discours des acteurs d'où émergent des formes de représentations de la musicothérapie.

Selon ce même procédé, nous avons élaboré neuf notices concernant les éléments E-31 à E-39 du corpus se rapportant aux huit recommandations de bonnes pratiques que nous avons trouvées sur le site de la HAS et au *Rapport sur les médecines complémentaires à l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris*, rédigé en 2012 par le Pr Jean-Yves Fagon et le Dr Catherine Viens-Bitker, pour les Hôpitaux de Paris. Nous présentons deux exemples de notices en annexes 4 et 5 de la thèse<sup>267</sup>. Nous avons limité cette technique de recueil de données à ces neuf éléments du corpus pour plusieurs raisons. D'une part, elle a permis de traiter de manière homogène un ensemble de documents se rapportant à un même actant, en l'occurrence la HAS, dessinant ainsi les contours d'un sous-corpus. Et l'élargissement de cette technique de recueil au *Rapport sur les médecines complémentaires à l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris* nous a permis de repérer de nombreuses références à la HAS dans ce rapport, mettant en évidence l'influence de cette instance dans la production du rapport des Hôpitaux de Paris. Par ailleurs, au fur et à mesure de notre traitement du corpus, nous avons mis en œuvre une autre technique, qui nous a conduite à élaborer une grille de recueil de données que nous avons appliquée à d'autres éléments du corpus, notamment aux contenus web que nous avons capturés sur les sites des acteurs et auxquels certains documents qui composent le corpus peuvent être associés. Nous présentons cette grille de recueil au paragraphe suivant.

---

<sup>267</sup> Cf. : annexes 4 et 5, p. 38-40 et 41-45 des annexes de la thèse.

#### 1.4 La grille de recueil de données appliquée à certains éléments du corpus

Au fur et à mesure de la construction du corpus et de notre exploration de certains éléments qui le composent (documents PDF, captures d'écran), nous avons élaboré une grille de recueil, relativement flexible, pour permettre la collecte de différentes catégories de données. Plus haut, en présentant la page de résultats obtenue sur le site du ministère de la Santé<sup>268</sup>, qui constitue l'élément E-17 du corpus, nous avons vu qu'en contexte dynamique d'internet, ce contenu renvoie vers un ensemble de documents, via des liens hypertextes. Ces documents souvent présentés au format PDF ont été téléchargés pour être stabilisés et intégrés au corpus. Nous les avons donc isolés de leur contexte de diffusion. Ce choix valorise la recherche, dans la mesure où les pages des sites des acteurs sont régulièrement actualisées et que certains documents peuvent disparaître du contenu d'un site. Le corpus permet alors de retrouver facilement ces documents de référence. Il rend aussi plus simple leur manipulation pour la recherche. Des éléments du corpus peuvent donc être associés à un élément de référence (contenu web) qui renvoie au site d'un actant. Aussi, nous avons envisagé de pouvoir étudier leur contenu de façon relativement coordonnée, afin de faciliter leur contextualisation et leur mise en relation. En effet, nous pensons que ces associations, faites par la communication numérique des acteurs et actants que nous avons ciblés pour la recherche, contribuent à la définition du cadre d'énonciation des discours contenus dans les éléments du corpus. Par exemple, les documents qui circulent sur le site du ministère peuvent être produits par des partenaires tels que la HAS ou par des fédérations, comme c'est le cas concernant l'élément E-28 du corpus qui est un *Guide de la participation en santé de proximité* produit par la Fédération des maisons de santé comtoises (FéMaSaC) et la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). Mis en ligne sur le site du ministère, ils prennent une valeur particulière qui témoigne de certaines relations entre les acteurs. Et ces relations renforcent à la fois le positionnement du ministère et celui de ses partenaires, influençant l'ensemble des acteurs de la santé.

Il nous a donc semblé important de pouvoir collecter les données de la recherche en les situant par rapport aux éléments du corpus auxquels elles se réfèrent et à leur contexte de diffusion sur les sites des acteurs, pour que ces données deviennent significatives pour la thèse. Ainsi, au fur et à mesure de notre exploration des éléments du corpus, nous avons adapté la grille de recueil pour rendre possible cette contextualisation. Cette grille prévoit l'identification de l'élément de

---

<sup>268</sup> Cf. : paragraphe « Un recueil de documents numériques et de contenus web issus de notre enquête en ligne sur les sites des acteurs », p. 168-175 de la thèse.

référence du corpus par son codage et le type d'élément auquel il renvoie. Nous en précisons aussi les caractéristiques pouvant se référer à celles du contenu de l'élément (débat de l'Assemblée nationale, rapport, recommandation de bonne pratique, etc.). Dans cette présentation de l'élément du corpus nous posons également des repères spatio-temporels visant à préciser la typologie du dispositif de communication auquel renvoie l'élément du corpus, ainsi que la date à laquelle il a été produit et qui peut donner une signification particulière au discours des acteurs sur la musicothérapie. Nous indiquons, à la suite, si la grille concerne d'autres éléments du corpus et quelles sont leurs relations avec l'élément de référence. Cette grille n'exclut donc pas son utilisation pour un élément isolé du corpus. Nous en figurons le début comme présenté ci-après :

<b>Grille de recueil de données</b>	
Codage de l'élément de référence du corpus	
Type d'élément	Document PDF <input type="radio"/> Capture d'écran <input type="radio"/> Document audio <input type="radio"/>
Caractéristiques	
Repères spatio-temporels	
Éléments associés dans la grille	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
Autres éléments du corpus concernés	
Relations avec l'élément de référence	

Pour certains éléments du corpus qui se réfèrent à des captures d'écran ou des documents PDF extraits des sites des acteurs, nous avons inséré dans la grille une partie concernant l'observation du site web de référence, en nous inspirant des travaux de Josiane Jouët et Coralie Le Caroff<sup>269</sup> qui proposent une méthode pour l'observation ethnographique en ligne. Celle-ci repose, entre autres, sur la définition de différents critères qui s'intéressent aux aspects techniques et sociaux des sites web, selon différents axes : ligne éditoriale, gestion du site, participation, lien social. Nous avons rajouté un relevé d'éventuels autres indices formels qui pourrait servir l'analyse du site de référence. La mise en forme de la grille évolue donc de la façon suivante :

<b>Grille de recueil de données (suite)</b>	
<b>Observation du site web de référence</b>	
Identification du site	
Date de consultation	

<sup>269</sup> En référence à leur chapitre d'ouvrage intitulé « L'observation ethnographique en ligne » publié dans Barats C., *Manuel d'analyse du web*. Paris : Armand Colin, 2013, p. 147-165.

	Aspect technique	Aspect social
Ligne éditoriale		
Gestion du site		
Participation		
Lien social		
<b>Autres indices formels</b>		

En construisant cette grille, nous nous sommes également intéressée aux aspects sémio-socio-techniques de l'élément de référence du corpus. Ces aspects concernent son accessibilité sur internet, sa fonction de communication par rapport à un public cible, la thématique globale de son contenu, sa progression thématique, le champ lexical qui s'en dégage (politique, médical ou autre) et qui renvoie à un champ de discours. La grille permet aussi une pré-analyse du contexte de positionnement des acteurs, pouvant être en lien avec leur appartenance à un groupe social (ou un actant), du contexte normatif dans lequel se déroule la communication et qui peut faire émerger des différences sociales ou culturelles, du contexte relationnel que ces contextes préalables induisent et des enjeux qui en résultent, portés par les acteurs. L'ensemble de ces éléments sont en effet des composantes de leur discours qui interfèrent sur la communication des acteurs et leurs échanges sociaux. En ce sens, le recueil de ces données met déjà en perspective l'approche systémique des acteurs que nous préciserons plus loin. Cette partie de la grille se formalise comme présenté ci-dessous :

<b>Grille de recueil de données (suite)</b>	
<b>Aspects socio-sémio-techniques de l'élément de référence du corpus</b>	
Accessibilité sur internet	Processus : Observations :
Fonction de communication	
Public(s) ciblé(s)	
Thématique globale	
Progression thématique	
Champ lexical	
Contexte de positionnement des acteurs	
Contexte normatif	
Contexte relationnel induit	
Enjeux	

La suite de la grille vise le recueil des contenus de discours concernant la musicothérapie, dans l'élément de référence du corpus. Elle permet de relever des indices référentiels du discours des

acteurs : d'éventuelles références bibliographiques et d'autres types de référence qui participent du procédé argumentatif des acteurs. Elle prévoit aussi de repérer le nombre d'occurrences des mots *musicothérapie* ou *musicothérapeute* dans le contenu étudié. Ces occurrences sont précisées par rapport au cotexte dans lequel elle apparaissent dans l'élément de corpus de référence. Avec les éléments recueillis depuis le début de la grille, les indicateurs textuels concernant le contenu de discours sur la musicothérapie permettent une pré-analyse des thèses en présence dans le discours des acteurs. De ces recueils, nous verrons alors émerger des typologies de représentation de la musicothérapie, que l'analyse de contenu permettra de thématiser. Cette partie de la grille est figurée comme suit :

<b>Grille de recueil de données (suite)</b>	
<b>Indices concernant les contenus de discours sur la musicothérapie</b>	
Indices référentiels du discours (arguments)	
Nombre d'occurrence(s) <i>musicothérapie</i> ou <i>musicothérapeute</i>	
Indicateurs textuels (cotexte)	
Identification des thèses en présence	
Typologies de représentation émergentes	
Thématisation	

Nous présentons un récapitulatif de cette grille de recueil de données, dans sa version vierge, en annexe 6 de la thèse<sup>270</sup>. Le lecteur peut également en retrouver un exemple renseigné en annexe 7 de la thèse<sup>271</sup>.

A partir du recueil de données correspondant à un élément de référence du corpus, la flexibilité de notre grille permet alors d'envisager le recueil de données d'un ou plusieurs autres éléments du corpus pouvant lui être associé(s). Le cas échéant, elle peut se prolonger par l'identification d'un nouvel élément d'abord présenté par un numéro de série qui correspond à l'ordre chronologique des productions par rapport à d'autres éventuels éléments associés. Elle reprend ensuite les mêmes critères de désignation : codage, type d'élément, caractéristiques, repères spatio-temporels, relation avec l'élément de référence. Les critères suivant dupliquent ceux fixés pour l'élément de référence, jusqu'à la thématisation des représentations émergentes. Nous présentons la mise en forme de cette suite de grille de recueil comme suit :

<sup>270</sup> Cf. : annexe 6, p. 46 des annexes de la thèse.

<sup>271</sup> Cf. : annexe 7, p. 47-53 des annexes de la thèse.



<b>Grille de recueil de données (suite)</b>	
<b>Élément associé n° 1</b>	
Codage corpus	
Type d'élément	
Caractéristiques	
Repères spatio-temporels	
Relation avec l'élément de référence	
<b>Aspects socio-sémio-techniques de l'élément associé</b>	
Accessibilité sur internet	Processus : Observations :
Fonction de communication	
Public(s) ciblé(s)	
Thématique globale	
Progression thématique	
Champ lexical	
Contexte de positionnement des acteurs	
Contexte normatif	
Contexte relationnel induit	
Enjeux	
<b>Indices concernant le discours sur la musicothérapie</b>	
Indices référentiels du discours (arguments)	
Nombre d'occurrence(s) <i>musicothérapie</i> ou <i>musicothérapeute</i>	
Indicateurs textuels (co-texte)	
Identification des thèses en présence	
Typologies de représentation émergentes	
Thématisation	

D'autres éléments du corpus peuvent ainsi être rajoutés à la grille de recueil, facilitant la lecture transversale des données. Nous proposons un exemple de grille se rapportant à plusieurs éléments associés du corpus en annexe 8 de la thèse<sup>272</sup>.

Cette présentation de la grille de recueil de données que nous avons élaborée au fur et à mesure de l'exploitation du corpus a également été construite par rapport à un choix de méthodes et de techniques d'analyse du corpus que nous présenterons au paragraphe suivant. En ce sens, nous avons défini des critères de recueil qui s'articulent à des critères d'analyse, notamment concernant le positionnement des acteurs et la catégorisation des représentations de la musicothérapie. Cette grille constitue donc déjà une étape vers l'analyse du corpus. Et, dans sa version longue associant plusieurs éléments du corpus, elle facilite déjà l'analyse transversale des représentations de la musicothérapie, par exemple à l'échelle d'une institution.

<sup>272</sup> Cf. : annexe 8, p. 54-82 des annexes de la thèse.

Par ailleurs, si cette grille a été particulièrement adaptable à certains éléments du corpus (documents PDF et contenus web), elle constitue également un point de repère pour l'analyse du questionnaire que nous avons adressé à de nombreux praticiens de la musicothérapie et des entretiens que nous avons menés. Ces autres techniques de recueil de données, que nous avons précisées plus haut, apportent, en effet, des données qui permettront de préciser des typologies de représentation que nous avons vu émerger du discours des acteurs sur internet. Par exemple, nous nous pencherons sur les représentations sociales des praticiens, notamment à travers leurs définitions de la musicothérapie. Et comme déjà annoncé avec la présentation de nos méthodes d'enquête complémentaires, nous verrons aussi comment les représentations professionnelles de la musicothérapie se précisent, à travers le discours des praticiens. Notre grille de recueil de données conduit aussi à identifier des typologies de dispositif susceptibles d'exercer un effet normatif dans les échanges entre les acteurs. En outre, avec des critères pouvant être empruntés à la sémiotique situationnelle (Mucchielli, 2008) qui se rapportent au positionnement des acteurs, nous appréhenderons nos contenus par rapport aux contextes de communication dans lesquels sont produits les discours des acteurs. Et, l'analyse des données collectées via nos enquêtes complémentaires (questionnaire et entretiens) permettront de mieux comprendre également comment les pratiques info-communicationnelles des praticiens orientent, elles-mêmes, les représentations professionnelles, institutionnelles, scientifiques, voire politiques de la musicothérapie.

## **2. MÉTHODES ET TECHNIQUES D'ANALYSE DU CORPUS**

A travers le paragraphe précédent, nous avons vu que le dispositif Google Form que nous avons utilisé pour l'enquête auprès des praticiens de la musicothérapie et la grille de recueil de données que nous avons conçue pour certains éléments du corpus constituent déjà des outils de pré-analyse. En effet, ils permettent de traiter certaines données au fur et à mesure de leur lecture ou de leur saisie, et offrent une possibilité de lecture transversale qui nous fait avancer vers la compréhension du positionnement des acteurs. La grille de recueil fait également apparaître des éléments d'analyse concernant des typologies de dispositif participant au cadre d'énonciation du discours des acteurs et des catégories de représentation émergeant de leur discours, dont des représentations sociales que nous avons thématiques. Nous avons aussi mobilisé des méthodes et des techniques complémentaires, visant à couvrir différentes

dimensions de l'analyse des représentations de la musicothérapie. Nous proposons de préciser ces méthodes et techniques dans les paragraphes suivants.

## **2.1 L'approche systémique des acteurs ciblés pour la recherche**

Pour étudier les représentations de la musicothérapie à travers les éléments du corpus, nous avons procédé par étape, visant l'approche systémique des acteurs ciblés pour la recherche, afin de mieux comprendre leurs positionnements respectifs et les relations qu'ils entretiennent concernant cet objet. Dans ce qui suit nous proposons de revenir sur ces étapes qui nous ont conduite à pouvoir modéliser leurs relations.

### **2.1.1 La construction d'un schéma de la représentativité des acteurs qui diffusent sur internet des contenus se rapportant à la musicothérapie**

Au début de la recherche et au fur et à mesure de notre exploration d'internet, nous avons recensé les sites des acteurs qui contribuent à l'expression des représentations de la musicothérapie sur le réseau. Nous avons présenté ces acteurs dans le deuxième chapitre de cette deuxième partie. Face à la multitude de sites qui diffusent des contenus se rapportant à la musicothérapie, nous avons cherché un moyen de nous représenter la visibilité des acteurs sur internet. En ce sens, nous avons construit un schéma, visant à nous permettre de prendre en considération leur ensemble, afin de cibler un ensemble qui puisse être suffisamment représentatif et significatif pour la recherche. Pour élaborer ce schéma qui constitue également une étape vers la modélisation des acteurs que nous avons plus particulièrement ciblés, nous nous sommes mise dans la perspective de l'approche compréhensive et systémique que nous avons décrite dans le premier chapitre de cette deuxième partie.

Dans son approche théorique de la modélisation, Gilles Willet propose une définition simple du modèle « *comme étant une description et une représentation schématique, systématique et consciemment simplifiée d'une partie du réel, faite au moyen de signes, de symboles, de formes géométriques ou graphiques, et de mots* »<sup>273</sup>. Un modèle est donc une abstraction permettant de représenter un phénomène voué à être explicité. L'usage des modèles pose ainsi des questions de logique donnant matière à l'étude sémantique du rapport des signes avec la « réalité »

---

<sup>273</sup> Willet G., *La communication modélisée*. Ottawa : Éditions du renouveau pédagogique, 1992, p. 33.

représentée, et d'ordre pragmatique, permettant de reconnaître le choix des langages utilisés en raison de son efficacité (Mouloud, 1996 : 540). Par ailleurs, inspiré d'un cadre théorique constructiviste et systémique qui repose sur le paradigme de la complexité, un modèle, loin d'être une banale simplification de la « réalité », est déterminé par l'orientation paradigmatique du chercheur, qui cherche à représenter l'aspect dynamique, communicationnel et complexe d'un phénomène (Mucchielli, 1996 : 131-132). En ce sens, élaborer un modèle, c'est d'abord représenter par des connexions systématiques les hasards de l'empirie pour systématiser les points de vue de l'explication. Le modèle a donc une fonction médiatrice entre un phénomène observé et son interprétation. Celui-ci doit contenir tous les éléments qui permettront de déduire le comportement d'un système dans une situation donnée, dont la description sera également formalisée. Pour autant, il reste une approximation du fait observé et le modèle contient donc le germe de sa réfutation (Richard, 1996 : 538). Ce degré d'incertitude permet son questionnement, faisant ainsi avancer la connaissance de l'objet représenté.

Rappelons ici que l'objectif de ce schéma cherche essentiellement à nous permettre d'avoir une vision globale des acteurs. Toutefois, il permettra déjà une mise en lien des acteurs selon des modalités synchroniques d'interaction permettant leur fonctionnement et que nous supposons en regard de leur existence respective (Le Moigne, 1995). Et alors que nous comprenons les acteurs par rapport leur rattachement à un ou des actant(s) en particulier, notre schéma fera déjà émerger la représentation de systèmes. Ces « systèmes », peuvent se rapporter au système de santé, à un système de formation, de regroupements de praticiens susceptibles d'orienter la représentation professionnelle de la musicothérapie ou encore à un système d'information-communication qui renvoie aux médias et aux réseaux documentaires que nous avons identifiés via internet. En effet, le concept de *système* fait droit, de manière globale, à toutes les interrelations masquées par le concept d'objet : « *Il implique les idées d'interrelation entre les éléments, d'unité globale constituées par ces éléments en interrelation, et d'organisation qui lie l'idée de totalité à celle d'interrelation* »<sup>274</sup>. La notion d'*organisation* renvoie quant à elle à l'idée d'agencement de relations entre composants ou individus, produisant une unité complexe (ou un système) qui n'exclut pas certaines incertitudes pouvant être relatives à ses composants ou aux individus qu'elle intègre. Et, en regard de l'approche systémique que nous avons précisée au premier chapitre de cette deuxième partie, nous posons également qu'un système est délimité et a ses propres règles de fonctionnement, ce qui constitue un principe

---

<sup>274</sup> Meunier J.-P., *Approches systémiques de la communication. Systémisme, mimétisme, cognition*. Bruxelles : De Boeck, 2003, p. 29-30.

homéostasique par lequel celui-ci a une force propre à son développement. Par conséquent, chaque système est à la fois autonome et contraint, organisé et organisateur, informant et informé, instaurant un principe paradoxal à l'intérieur de son propre fonctionnement, dans la mesure où il s'intègre dans un système plus englobant et se trouve pris au jeu complexe d'implications mutuelles, d'actions et de rétroactions (Mucchielli, 1996). Ainsi notre schéma prépare déjà l'analyse systémique des acteurs que nous ciblons pour la recherche, prenant en considération l'ensemble des acteurs que nous avons repérés sur internet et qui contribuent à la formation, la circulation et la transformation des représentations de la musicothérapie. Il permettra de repérer le positionnement des acteurs par rapport à un lien d'appartenance à une structure sociale ou un actant et son réseau. Également de se représenter que chaque actant auquel l'acteur est relié est lui-même rattaché à d'autres actants, définissant par là-même des systèmes vivant nourrit de nombreuses interactions et interagissant les uns avec les autres.

Pour réaliser ce schéma, nous avons utilisé une technique manuelle mobilisant les fonctionnalités de notre logiciel Word Microsoft. Nous avons opté pour une représentation par *nœud-lien*, figurant les actants que nous avons repérés sur internet au moyen d'un cercle. La mise en forme de notre schéma nous a conduite à des regroupements, faisant déjà intervenir un certain degré d'interprétation des relations entre les actants. En ce sens, nous avons dessiné différentes tailles de cercles que nous avons mis en lien par des traits. Ces traits se présentent selon plusieurs épaisseurs pouvant signifier le rattachement d'un actant à un système ou encore la façon dont se tissent les réseaux d'acteurs. Dans ce schéma nous utilisons aussi des nuances de couleur (du bleu au violet), pour représenter les différents systèmes que nous avons identifiés et qui sont interdépendants les uns des autres. Par ailleurs, la représentation d'acteurs par *nœud-lien* peut être un outil efficace pour illustrer des concepts tels que ceux d'*acteurs centraux* et d'*acteurs périphériques* ou *groupes sociaux*. La lisibilité du modèle dépend alors du placement des nœuds dans l'espace figuré et de l'organisation des liens. Ce type de schéma présente l'avantage d'être relativement intuitif pour le lecteur, à condition que le nombre de liens ne soit pas trop conséquent et ne brouille pas la lecture des réseaux. En ce sens, nous avons aéré le plus possible le schéma, jouant avec des effets de couleurs et de perspectives (Henry, Fekete, 2008). Cette représentation donnera donc une idée de la coprésence des acteurs sur internet qui renvoie à des relations existant dans la « réalité » selon différents types d'interaction qui les soutiennent, pouvant être d'ordre *synchronique* (fonctionnement), *diachronique* (transformation) et *récuratif* (autonomisation) (Le Moigne, 1995). Toutefois, selon le précepte de *l'agrégativité*, auquel nous avons fait référence en précisant l'approche systémique au premier chapitre de

cette deuxième partie, nous savons que toute représentation est délibérément simplificatrice et tient pour illusoire de vouloir rendre compte de l'exhaustivité des éléments à considérer (Le Moigne, 1977). Nous présenterons et commenterons ce schéma, inédit à notre connaissance, dans le premier chapitre de la troisième partie où nous ferons part des résultats de la recherche.

### **2.1.2 La méthode actionniste pour mieux comprendre les relations entre les acteurs ciblés pour la recherche**

A partir du schéma permettant une vision globale des acteurs et de leur réseau, nous avons ciblé quelques acteurs pour la recherche, prenant en considération le rôle de chacun d'eux par rapport à l'ensemble des acteurs. Et, nous avons déjà précisé en quoi ces acteurs peuvent tenir un rôle clé dans le système de santé, la professionnalisation et la représentation professionnelle ou encore la formation d'une représentation scientifique de la musicothérapie, si l'on considère le rôle des médias à caractère scientifique et celui des réseaux documentaires. A partir de ce ciblage, nous avons procédé à une analyse pas à pas des situations de communication dans lesquelles la musicothérapie est mise en question ou en représentation, mettant ainsi en perspective l'approche systémique des acteurs. En effet nous avons vu comment la grille de recueil de données que nous avons construite et présentée, interroge déjà le positionnement des acteurs, par rapport à différents cadres composant ces situations de communication. Et à travers les résultats de l'enquête en ligne auprès des praticiens de la musicothérapie ou encore les données recueillies lors de nos entretiens, nous disposons aussi d'éléments permettant d'étudier le positionnement des acteurs. Celui-ci pourra être relatif à un parcours professionnel et de formation qui peut inscrire l'acteur dans une appartenance à groupe social (psychologue, infirmier, musicien, etc.), influençant par là-même sa définition et son expérience de la musicothérapie. Ce positionnement contribue donc à l'expression des représentations de la musicothérapie. Il peut également interférer sur la qualité des relations entre les acteurs.

Pour étudier ces relations, nous avons alors mis en œuvre une méthode d'analyse actionniste visant à comprendre le positionnement des acteurs par rapport à leur propre point de vue. La méthode actionniste est issue de la Théories des organisations de Silverman (1974). Elle se fonde sur les travaux de sociologues tels que Weber, Schutz, Berger, Luckmann ou encore Goffman. Elle a été développée en réaction aux approches mécanistes et réifiantes de la « réalité sociale », pour la comprendre, selon un cadre de référence qui vise une « *conception de la*

*réalité sociale comme étant socialement construite, socialement modifiée* »<sup>275</sup>. Elle cherche à comprendre l'action des acteurs plutôt que d'observer leur comportement, c'est-à-dire en la situant par rapport aux définitions que les acteurs attribuent à leur propre rôle et à celui qu'ils concèdent aux autres acteurs. Cet effort d'analyse peut permettre de mieux comprendre les stratégies qu'ils élaborent à partir de leur positionnement.

Cette méthode demande au chercheur un certain degré d'empathie, ce qui entraîne un risque interprétatif qu'il convient de prendre en considération. La méthode vise alors à prendre en compte les contraintes fixées par les contextes de normes pouvant être relatifs la catégorie de l'acteur, son groupe d'appartenance, sa position sociale ou encore sa fonction institutionnelle. En effet, l'ensemble de ces éléments influence obligatoirement la qualité de ses relations avec d'autres acteurs. Si la méthode actionniste est particulièrement adaptée pour l'approche compréhensive des acteurs à l'échelle d'une organisation, elle peut aussi être favorable à une approche plus globalisante (ou macro) des relations entre des actants (groupes sociaux, institutions, etc.). Elle peut se mettre en œuvre à partir de différentes catégories de données (analyses de contenu diverses, entretiens, observations, participations, etc.). Elle a pour objectif d'analyser les relations sociales en photographiant l'état des situations de communication et des négociations pour en comprendre les tenants, les aboutissements et prévoir les voies de changements possibles (Mucchielli, 2010 : 4).

Cette méthode consiste en un ensemble de techniques qualitatives de recueil et d'analyse, permettant de construire deux types de tableaux synthétiques. Le premier permet de situer pour chaque acteur (ou actant) identifié la définition de son propre rôle et de ses attentes par rapport à celui des autres acteurs. Pour construire notre tableau, nous nous sommes inspirée d'un exemple emprunté au *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (Mucchielli, 2010 : 5). En effet, nous l'avons adapté afin de pouvoir analyser et mieux comprendre le rôle et les attentes des actants auxquels nous rattachons les acteurs. Nous présentons une version vierge de ce tableau à la page suivante.

---

<sup>275</sup> Silverman D., *La théorie des organisations*. Paris : Dunod, 1974, p. 5.

**TABLEAU SYNTHÉTIQUE DU RÔLE ET DES ATTENTES DE RÔLE DES ACTANTS**

	<b>Ministère de la Santé</b>	<b>HAS</b>	<b>Établissements de Santé</b>	<b>Formations universitaires</b>	<b>FFM</b>	<b>Praticiens De la musicothérapie</b>
<b>Ministère de la Santé</b>	Le ministère définit son propre rôle par rapport à :	Le ministère définit le rôle de la HAS par rapport à :	Le ministère définit le rôle des établissements de santé par rapport à :	Le ministère définit le rôle des formations universitaires par rapport à :	Le ministère définit le rôle de la FFM par rapport à :	Le ministère définit le rôle des praticiens par rapport à :
<b>HAS</b>	La HAS définit le rôle du ministère par rapport à :	La HAS définit son propre rôle par rapport à :	La HAS définit le rôle des établissements de santé par rapport à :	La HAS définit le rôle des formations universitaires par rapport à :	La HAS définit le rôle de la FFM par rapport à :	La HAS définit le rôle des praticiens par rapport à :
<b>Établissements de santé</b>	Les établissements de santé définissent le rôle du ministère par rapport à :	Les établissements de santé définissent le rôle de la HAS par rapport à :	Les établissements de santé définissent leur propre rôle par rapport à :	Les établissements de santé définissent le rôle des formations universitaires par rapport à :	Les établissements de santé définissent le rôle de la FFM par rapport à :	Les établissements de santé définissent le rôle des praticiens par rapport à :
<b>Formations universitaires</b>	Les formations universitaires définissent le rôle du ministère par rapport à :	Les formations universitaires définissent le rôle de la HAS par rapport à :	Les formations universitaires définissent le rôle des établissements de santé par rapport à :	Les formations universitaires définissent leur propre rôle par rapport à :	Les formations universitaires définissent le rôle de la FFM par rapport à :	Les formations universitaires définissent le rôle des praticiens par rapport à :
<b>FFM</b>	La FFM définit le rôle du ministère par rapport à :	La FFM définit le rôle de la HAS par rapport à :	La FFM définit le rôle des établissements de santé par rapport à :	La FFM définit le rôle des formations universitaires par rapport à :	La FFM définit son propre rôle par rapport à :	La FFM définit le rôle des praticiens par rapport à :
<b>Praticiens de la musicothérapie</b>	Les praticiens définissent le rôle du ministère par rapport à :	Les praticiens définissent le rôle de la HAS par rapport à :	Les praticiens définissent le rôle des établissements de santé par rapport à :	Les praticiens définissent le rôle des formations universitaires par rapport à :	Les praticiens définissent le rôle de la FFM par rapport à :	Les praticiens définissent leur propre rôle par rapport à :



A travers ce tableau, nous nous intéressons plus particulièrement à certains actants et aux acteurs qui leur sont rattachés : le ministère de la Santé, la HAS, les établissements de Santé, les formations universitaires, la FFM et les praticiens de la musicothérapie. Le choix de ce ciblage tient à plusieurs raisons. D'une part il permet de cadrer le champ d'analyse de la situation des acteurs par rapport à leur positionnement pouvant être relatif aux missions de chaque actant considéré, qui contribuent au positionnement des acteurs et influencent obligatoirement leurs relations. Par exemple, les missions d'accompagnement et d'évaluation de la HAS vis-à-vis des établissements et des professionnels de santé permettent de situer cet actant en tant qu'intermédiaire entre les établissements de santé et le ministère. D'un autre côté, la mission de formation des établissements de santé, qui fait écho à celle des universités, conduit ces deux actants à des attentes respectives, reléguant à un niveau bien plus secondaire les relations entre les formations universitaires et la HAS ou le ministère de la Santé. D'autant que les diplômes délivrés par les formations universitaires ne sont pas considérés comme des diplômes nationaux de professionnels de santé. Ils ne relèvent donc pas de la responsabilité du ministère, ni de celle de la HAS. Ce tableau synthétique permet ainsi d'envisager le problème de la musicothérapie à un niveau relativement macro, qui prend en considération la situation pour chaque actant.

Par ailleurs, nous remarquons que, dans ce tableau, nous ne mentionnons pas les médias. Ce choix tient à la fois à un souci de lisibilité du tableau que nous n'avons pas voulu trop encombrer, et au fait que nous pensons que ces relations méritent un point particulier dans le contexte de cette recherche doctorale. En effet, nous apporterons une attention particulière aux pratiques des acteurs et à l'instrumentalisation qu'ils font de l'information-communication pour renforcer certaines formes de représentations de la musicothérapie, notamment sa représentation professionnelle et scientifique.

A partir de ce premier tableau synthétique, la méthode d'analyse actionniste permet d'élaborer un second niveau d'analyse au moyen d'un autre tableau concernant les définitions que les acteurs donnent à la situation, selon différents critères. Nous proposons un exemple vierge de ce deuxième tableau synthétique dans ce qui suit.

<b>ANALYSE DE LA SITUATION ENTRE LES ACTANTS, CONCERNANT LA MUSICOTHERAPIE</b>				
<b>Actant 1</b>	<b>Vision de la situation</b>	<b>Actions typiques et implications</b>	<b>Significations attachées par l'acteur lui-même</b>	<b>Conséquences voulues et non voulues</b>
Ministère				
<b>Actant 2</b>	<b>Vision de la situation</b>	<b>Actions typiques et implications</b>	<b>Significations attachées par l'acteur lui-même</b>	<b>Conséquences voulues et non voulues</b>
HAS				
<b>Actant 3</b>	<b>Vision de la situation</b>	<b>Actions typiques et implications</b>	<b>Significations attachées par l'acteur lui-même</b>	<b>Conséquences voulues et non voulues</b>
Établissements de santé				
<b>Actant 4</b>	<b>Vision de la situation</b>	<b>Actions typiques et implications</b>	<b>Significations attachées par l'acteur lui-même</b>	<b>Conséquences voulues et non voulues</b>
Formations universitaires				
<b>Actant 5</b>	<b>Vision de la situation</b>	<b>Actions typiques et implications</b>	<b>Significations attachées par l'acteur lui-même</b>	<b>Conséquences voulues et non voulues</b>
FFM				
<b>Actant 6</b>	<b>Vision de la situation</b>	<b>Actions typiques et implications</b>	<b>Significations attachées par l'acteur lui-même</b>	<b>Conséquences voulues et non voulues</b>
Les praticiens				

L'analyse actionniste conduit alors à comparer les données signifiantes du rôle des acteurs et de leurs attentes pour interpréter la situation et la qualité des relations existant entre eux. La difficulté de cette méthode se situe dans la catégorisation des données. Elle oblige l'analyste à s'interroger sur sa méthode de raisonnement, en tenant compte de ses propres implications dans l'interprétation de la situation. En ce sens, celui-ci doit se demander ce qui lui permet de définir le point de vue de l'acteur (ou de l'actant) : quelles données ou quelles sources objectives permettent d'interpréter le sens de la situation pour l'acteur et entre les acteurs ? Pour limiter le risque interprétatif dans cette analyse, nous utiliserons, dans la mesure du possible, les données que nous avons recueillies à travers l'observation en ligne des sites des acteurs ainsi que d'autres éléments pouvant être issus de notre enquête auprès des praticiens de la musicothérapie et de nos entretiens. Précisons-le ici, les sites web que nous avons étudiés mettent à disposition des publics des contenus qui précisent les rôles et missions des actants que nous ciblons pour cette analyse. Et, les données que nous avons recueillies à travers notre enquête en ligne auprès des praticiens et nos entretiens permettront de préciser la vision de la situation des formations universitaires, de la FFM et des praticiens. En effet, les résultats de ces enquêtes couvrent certains aspects du rapport des praticiens aux formations, aux établissements et aux professionnels de santé, ainsi qu'aux associations qui les regroupent. Et, nos entretiens avec des acteurs clés représentant la FFM ou ayant une responsabilité dans la formation universitaire éclaireront notre compréhension de la situation. Ainsi, au moyen de ces deux tableaux que nous présentons dans leur version renseignée en annexe 9 et 10 de la thèse<sup>276</sup>, nous croiserons nos données afin de construire l'analyse de la situation des acteurs vis-à-vis des questions que pose la musicothérapie.

L'analyse actionniste permettra ainsi de mieux comprendre les relations existant entre les acteurs que nous avons ciblés pour la recherche, afin d'en proposer une modélisation que nous présenterons et commenterons, dans la troisième partie de la thèse, à la suite du schéma de la représentativité des acteurs qui diffusent sur internet des contenus impliquant la musicothérapie. Cette modélisation contribuera à l'approche compréhensive des représentations de la musicothérapie, facilitant l'identification du cadre d'énonciation du discours des acteurs, duquel émergent ces représentations. Par ailleurs, pour mener notre approche « en compréhension » des représentations de la musicothérapie à partir de nos

---

<sup>276</sup> Cf. : annexes 9 et 10, p. 83-103 et 104-114 des annexes de la thèse.

observations en ligne et des éléments du corpus, nous avons procédé à une analyse de contenu que nous proposons de présenter dans ce qui suit.

## **2.2 L'analyse de contenu**

L'analyse de contenu est une méthode désignant une procédure pouvant s'appliquer à différentes catégories de matériaux langagiers pour l'étude de diverses formes de discours individuel, collectif, spontané ou composé. Elle consiste en un ensemble de techniques qui permettent le traitement manuel de données discursives pouvant être extraites de différentes catégories d'objets : documents, déclarations politiques, témoignages, entretiens, etc. En ce sens elle nous est apparue particulièrement pertinente pour l'analyse de notre corpus. Elle s'adapte aux objets communicationnels, aux aspects contenant des discours et à leurs contenus. En effet, les discours peuvent prendre une forme complexe, notamment lorsqu'ils composent avec des dispositifs sociotechniques et/ou numériques (Bardin, 2013). L'analyse de contenu permet alors de prendre en considération les aspects de ces dispositifs qui conjuguent différentes catégories d'éléments langagiers (textuels, visuels et audio) aux caractéristiques socio-sémio-techniques des dispositifs que nous étudions également dans cette recherche. Utilisée de manière transversale en SHS, elle est aussi un moyen d'étude des représentations sociales, favorisant l'observation et l'analyse des processus info-communicationnels qui sont intrinsèquement liés à leurs formations (Negura, 2006).

Du point de vue de la méthode, l'analyse de contenu suit un protocole précis permettant d'organiser l'analyse à partir d'un recueil de données significatives pour la recherche, d'étapes de codage et de catégorisation qui s'effectuent selon un principe inductif pour permettre de produire des inférences et des variables liées aux significations possibles des messages contenus dans les discours. Les techniques de l'analyse de contenu permettent, quant à elles, l'analyse à proprement parler. Elles peuvent être diverses : catégorielles, visant la thématisation de contenu de discours ; évaluatives s'intéressant aux attitudes des acteurs ; ou autres. Elles peuvent permettre de prendre en considération les acteurs, le cadre d'énonciation de leurs discours, ainsi que des éléments explicites ou implicites pouvant être saisis à travers diverses formes d'expression. Dans ce processus, l'analyse des formes d'expression permet de relever des indicateurs formels (visuels, audio) et lexicaux (occurrences, syntagmes, expressions), voire stylistiques afin d'établir des relations de sens qui proposent divers chemins d'analyse du contenu des discours (Bardin, 2013).

### 2.2.1 De la méthode en analyse de contenu

La méthode de l'analyse de contenu implique tout d'abord l'organisation de l'analyse selon une succession de phases à la fois distinctes et pouvant s'imbriquer les unes aux autres : la pré-analyse, l'exploitation du matériel et le traitement des résultats obtenus ou leur interprétation. Dans ce processus, la *pré-analyse* correspond à une période d'intuitions qui a pour objectif d'opérationnaliser et de systématiser les idées de départ afin d'établir un plan d'analyse précis qui soit suffisamment flexible pour permettre d'introduire de nouvelles procédures en cours d'analyse. Cette première étape consiste en une sorte de « lecture flottante » des contenus vis-à-vis desquels le chercheur envisage la constitution du corpus qu'il soumettra à l'analyse. En même temps, il procède à la formulation d'hypothèses de travail et d'objectifs ainsi qu'au repérage d'indicateurs sur lesquels il appuiera son interprétation (Bardin, 2013 : 125-126). Par exemple, la lecture des *Questions écrites* que nous avons trouvées sur le site de l'Assemblée nationale a constitué un point de départ de notre approche des représentations de la musicothérapie à travers un champ de discours relevant du politique. Avec cette lecture nous avons pu percevoir relativement vite que les acteurs politiques impliqués dans le dispositif de la question écrite ne partagent pas obligatoirement les mêmes représentations de la musicothérapie, ce qui nous a permis de déjà observer quelques variables à l'intérieur de cette catégorie de discours et de poser nos premières hypothèses de travail. En ce sens, nous avons cherché à identifier des typologies de représentations pouvant être portées ou véhiculées par les acteurs. Et, en explorant les sites web des acteurs ainsi que les contenus qu'ils diffusent renvoyant à divers champs de discours, nous avons élaboré le corpus dans l'objectif d'observer d'autres variables des représentations de la musicothérapie. Au fur et à mesure de cette phase de pré-analyse, nous avons construit notre grille de recueil de données permettant la saisie d'indices et d'indicateurs des représentations de la musicothérapie à travers les premiers éléments du corpus (document PDF et contenus extraits des sites des acteurs). Nous avons ainsi procédé à une première phase d'exploitation des matériaux de la recherche.

Dans ce processus, nous nous sommes à la fois intéressée à l'ensemble des éléments (visuels et textuels) susceptibles de contribuer au discours des acteurs et de nous permettre d'en préciser le cadre d'énonciation. Pour ce faire, nous avons cherché à comprendre le positionnement des acteurs, pouvant se rapporter à leur appartenance à un groupe social en particulier ou encore à une situation de communication définie par une catégorie de dispositif sociotechnique dans laquelle le discours de l'acteur prend forme. Nous avons enregistré ces données au moyen de

la grille de recueil que nous avons présentée au paragraphe précédent et qui a permis de voir émerger des typologies de représentation de la musicothérapie.

### **2.2.2 La catégorisation des représentations de la musicothérapie**

En analyse de contenu, la catégorisation est une opération consistant au classement d'éléments constitutifs d'un ensemble. Cette classification s'effectue par différenciation et/ou regroupement d'après des critères préalablement définis. Elle impose de rechercher ce que les éléments ont en commun ou pas. Il s'agit d'une démarche de type structuraliste qui propose d'isoler des données et de les soumettre à une ou plusieurs dimension(s) d'analyse, pour ensuite pouvoir les catégoriser de façon pertinente. L'analyse peut être d'ordre sémantique, sémiotique, situationnelle et communicationnelle. Elle se réfère au cadre théorique reflétant les intentions de recherche, les questions de l'analyste et correspondant aux caractéristiques des messages étudiés (Bardin, 2013).

Dans notre approche, nous étudions à la fois des contextes, des documents, des discours et les relations existant entre les acteurs qui conduisent à l'émergence de différents types de représentations de la musicothérapie, que nous avons définies dans la première partie de la thèse. En ce sens nous avons aussi étudié les éléments du corpus en les regroupant pour former des sous-corpus se rapportant à un actant en particulier : le ministère de la Santé, la HAS, les établissements de santé, les formations universitaires, la FFM et les praticiens de la musicothérapie. A partir du positionnement des acteurs que la grille de recueil prend en considération et de l'analyse actionniste, nous nous sommes penchée sur les aspects sémantiques du discours des acteurs qui renvoient à des éléments participant de la structuration des représentations de la musicothérapie et de leurs significations pour les acteurs. Par exemple, à partir de l'étude des questions écrites qui a constitué un point de départ à la recherche, nous avons saisi des formes de représentations pouvant s'exprimer à travers le positionnement d'un acteur, le rôle ou la mission d'un actant, un contenu textuel pour identifier :

- des représentations sociales
- des représentations collectives
- des représentations professionnelles
- des représentations politiques
- des représentations scientifiques

En effet, dans les échanges entre le ministère de la Santé et les députés de l'Assemblée nationale, nous avons relevé différents indices qui permettent de préciser les représentations de la musicothérapie. Pour illustration, la fonction même de député renvoie à l'idée de représentation politique. Et, en référence à l'élément E-1 du corpus dont nous avons déjà parlé en présentant la grille de recueil de données<sup>277</sup>, le discours de la députée impliquée fait également émerger des représentations sociales de la musicothérapie. Pour elle, la musicothérapie est la *discipline des musicothérapeutes diplômés par l'université de Montpellier*. Pour le ministère, il s'agit d'une *technique pouvant être mise en œuvre par des professionnels de santé, dont certains ont suivi l'une de ces formations spécifiques*. La députée parle de la situation des *musicothérapeutes*, le ministère du cadre d'exercice de la *musicothérapie*. Ce choix de vocabulaire relève des aspects sémantiques qui ne sont pas anodins. L'analyse de contenu peut ainsi conduire à observer des indicateurs lexicaux ou la stylistique d'un discours, afin d'en repérer la variété (discours naïf ou contrôlé, vocabulaire spécifique), pour en chercher les possibles significations (Bardin, 2013). Par rapport à notre exemple, elle permet de relever que les représentations du ministère s'appuient sur des représentations collectives, renvoyant au poids de la représentation institutionnelle des professionnels de santé. Et le dispositif de la question écrite qui définit un contexte normatif des relations entre les acteurs permet au ministère d'affirmer la représentation professionnelle de la musicothérapie en leur faveur, au détriment de certaines catégories de praticiens de la musicothérapie, qui ne relèvent pas d'un statut de professionnel de santé. Le discours du ministère renvoie alors à des représentations qui se rapportent à un cadre de normes collectivement établi, par rapport au fonctionnement du système de santé et à sa gouvernance, intégrant les professionnels de santé en tant qu'acteurs-clés de ce système. Nous pouvons également relever ici que l'organisation de notre grille de recueil de données permet l'analyse de contenu du discours des acteurs, à une échelle micro que nous pouvons aussi situer par rapport à un élément du corpus en particulier.

En outre, les observations en relation avec l'élément E-1 du corpus auquel nous venons de faire référence entraînent également le repérage d'une représentation politique de la musicothérapie, pouvant faire l'objet de variables. En effet, la députée se fait la porte-parole des *musicothérapeutes diplômés par l'université de Montpellier* et montre une certaine empathie à l'égard de leurs difficultés, à la fois d'un point de vue individuel (elle parle en son nom, ce qui

---

<sup>277</sup> Nous rappelons ici que cette grille de recueil est présentée dans sa version renseignée en annexe 7 de la thèse.

l'autorise aussi à mettre en scène une certaine naïveté sur la question qu'elle pose) et politique, se référant aux valeurs du parti qu'elle défend (ici le parti socialiste). De son côté, le ministère évince la question concernant la situation des musicothérapeutes, se positionnant par rapport au choix politique du gouvernement qui dépasse les valeurs et les intérêts personnels et des groupes politiques pour défendre les intérêts de l'État, dans une complicité implicite avec les professionnels de santé. Précisons ici, qu'au moment de cette question écrite la ministre nommée à ce ministère est Martine Aubry qui, en tant que personnalité politique, appartient au même groupe politique que la députée interpellant. Cette variable de la représentation politique de la musicothérapie oriente alors sa représentation professionnelle. Pour la députée, celle-ci est portée par les *musicothérapeutes diplômés par l'université de Montpellier* qu'elle propose d'associer à des *accompagnants sanitaires et sociaux*. Pour le ministère, elle est rattachée aux *professionnels de santé*, en l'occurrence aux *paramédicaux*, notamment les *psychomotriciens* et les *ergothérapeutes*, dont *certain ont suivi l'une de ces formations spécifiques*.

Si l'émergence de ces représentations renvoie à une catégorisation relativement globalisante des représentations de la musicothérapie, elles nous ont également permis de procéder à une analyse thématique de leur contenu. Toujours en référence à ce premier sous-corpus que nous avons étudié, l'analyse a donné lieu à l'émergence des thèmes suivants<sup>278</sup> :

- définition de la musicothérapie
- définition des praticiens de la musicothérapie
- champ(s) de pratiques attribué(s) à la musicothérapie
- rôle(s) attribué(s) à la musicothérapie
- identification d'un parcours de formation à la musicothérapie
- économie de la musicothérapie

En effet, les données extraites des éléments du corpus peuvent être découpées en idées constituantes, en propositions et en énoncés porteurs de significations isolables et permettant la définition de catégories thématiques. Les thèmes émergeant proposent alors une interprétation condensée de leur contenu discursif. A l'intérieur de ces regroupements thématiques, nous pouvons également observer des variables qui peuvent donner lieu à des sous-thématiques précisant les représentations des acteurs. Et en référence à notre définition de la notion de

---

<sup>278</sup> Se reporter au bas de la grille de recueil concernant cet élément du corpus, en annexe 7 de la thèse.



représentation dans la première partie de la thèse, l'analyse de contenu des représentations sociales nécessite d'étudier les relations de sens entre les éléments se rapportant à une même thématique selon deux types de facteurs : l'un *quantitatif* qui permet des regroupements, l'autre *qualitatif* qui permet de relever des nuances ou des variables proposant d'autres significations (Negura, 2006).

Au fur et à mesure de l'étude de nos sous-corpus, les représentations des acteurs ont donné lieu à l'émergence d'autres thématiques. Par exemple, à partir des recommandations de bonnes pratiques de la HAS (éléments E-31 à E-38 du corpus) et des notices que nous avons élaborées, en cherchant à comprendre l'attitude de cette instance, d'autres thèmes caractérisant les représentations de la musicothérapie de la HAS sont apparus :

- définition générique de la musicothérapie
- champs d'application de la musicothérapie
- rôle thérapeutique de la musicothérapie
- cadre d'intervention de la musicothérapie
- définition des praticiens de la musicothérapie
- perspectives pour la musicothérapie

Cette thématisation, nous a alors permis de mieux interpréter les représentations de la HAS. A titre d'exemple d'analyse de sous-corpus, nous présentons cette analyse, sous forme de grille, en annexe 11 de la thèse<sup>279</sup>. Ainsi, procédant de la sorte avec chaque sous-corpus, nous voyons apparaître de nouvelles variables des représentations de la musicothérapie.

Par exemple, avec les résultats de notre enquête en ligne auprès des praticiens qui se rapportent aux éléments E-72 et E-73 du corpus, nous avons vu émerger d'autres thèmes qui viennent préciser les représentations de la musicothérapie, du point de vue de ses praticiens :

- définition générique de la musicothérapie
- rôle de la musique
- rôle du praticien dans la médiation thérapeutique
- bénéficiaires de la musicothérapie

---

<sup>279</sup> Cf. : annexe 11, p. 115-133 des annexes de la thèse.

- objectifs de la musicothérapie
- sens de la musicothérapie, par rapport à un cadre normatif de sa pratique

Pour formuler ces thématiques émergeant du discours des praticiens et qui renvoient à leurs représentations sociales de la musicothérapie, nous avons procédé à un relevé des verbatim des praticiens produits en réponse à la question n° 4 du questionnaire : Comment définiriez-vous brièvement la musicothérapie ? Avec ces verbatim, nous avons isolé des mots ou des expressions, à l'aide d'un surlignage en couleur, qui ont permis cette thématisation prenant également sens par rapport au profil de chaque praticien que l'élément E-73 du corpus<sup>280</sup> permet de situer. Nous présentons ce relevé en annexe 12 de la thèse<sup>281</sup>. Cette étude des représentations sociales des praticiens permettra de situer le *noyau central* de leurs représentations collectives de la musicothérapie. Par ailleurs, comme énoncé plus haut avec la présentation du questionnaire élaboré pour l'enquête, les éléments E-72 et E-73 du corpus permettront de préciser la représentation professionnelle des praticiens selon différents angles : temps de présence sur le lieu de travail, participation aux réunions pluridisciplinaires, mobilisation des dispositifs d'information et de communication, etc.

### 2.2.3 Les différents niveaux d'analyse

D'un point de vue méthodologique, l'analyse de contenu présente aussi des limites. Par exemple, à une échelle micro que l'on peut situer par rapport à chaque élément du corpus, le découpage en catégories thématiques peut s'avérer insuffisant. Il peut appeler à une analyse propositionnelle du discours (ou « *analyse en grappes* ») dont l'objectif est d'identifier le cadre de référence des acteurs sociaux pour mieux évaluer les enjeux et les motivations qui sous-tendent leurs discours. Cette analyse catégorielle peut s'appuyer sur des bases linguistiques pour chercher à identifier des modèles argumentatifs permettant de travailler sur la signification des énoncés (Ghiglione *et al*, 1980). Mais permet-elle de rendre réellement compte du point de vue de l'acteur ? N'y-a-t-il pas toujours un décalage entre la définition spontanée d'une situation par un individu et les définitions sociales que sa société ou son réseau lui fournit ? En ce sens, l'*analyse d'assertion évaluative* proposée par Laurence Bardin (2013) qui vise à mesurer les attitudes du locuteur à l'égard d'objets au sujet desquels il s'exprime peut s'avérer plus

---

<sup>280</sup> Cf. : élément E-73 du corpus, codage pour la recherche : E-73\_Doc-Excel-généré-par-Google-Enquête-en-ligne\_Praticiens-de-la-musicothérapie-(réponses)\_juin-août-2019

<sup>281</sup> Cf. : annexe 12, p. 134-140 des annexes de la thèse.

pertinente que l'analyse propositionnelle des discours pour tenter d'interpréter au mieux le contenu d'un énoncé. Avec ce mode d'analyse, le chercheur exerce une certaine vigilance sur les *objets d'attitude* (personnes, groupes, idées, choses, événements, etc.) pouvant interférer sur le contenu des communications. A une échelle micro, cette méthode s'intéresse au positionnement des acteurs et aux enjeux qu'ils sont susceptibles d'investir dans les situations de communication qui sont posées par les dispositifs sociotechniques qu'ils utilisent et au travers desquels ils mettent en œuvre des types de relation pouvant impliquer d'autres acteurs.

Une fois identifiées ces attitudes permettent de repérer à un niveau plus macro, des « *idéaux types* » dans le discours des acteurs, pouvant se rapporter à leur appartenance à une catégorie d'acteurs en particulier, à la finalité de leurs discours et aux particularités des dispositifs sociotechniques qu'ils utilisent pour s'informer et communiquer. Et considérant l'hétérogénéité de notre corpus, l'analyse d'assertion évaluative peut conduire à repérer certaines tensions (ou conflits) pouvant exister entre les acteurs, tout autant que des phénomènes de cohésion sociale, à différents niveaux de communication : au sein d'un même groupe social ou entre les groupes sociaux, voire entre un groupe social et une institution. Elle invite à interroger les discours des acteurs selon différents niveaux de questionnement : « *ces inférences (ou déductions logiques peuvent répondre à deux types de questions : – qu'est-ce qui a conduit à tel énoncé ? Cela concerne les causes ou antécédents du message ; – quelles suites va probablement engendrer tel énoncé ? Cela concerne les effets possibles des messages (exemple : effets d'une publicité, d'une propagande)* »<sup>282</sup>. En ce sens, l'analyse actionniste que nous avons présentée plus haut et que nous avons mobilisée pour modéliser les relations des acteurs apparaît tout à fait compatible et complémentaire à l'analyse de contenu telle qu'elle est proposée par Laurence Bardin. Notamment elle permettra de pouvoir situer les représentations de la musicothérapie à différentes échelles, tenant compte des attitudes des acteurs, de leur rôle et de leur positionnement. Et nous pouvons situer ces niveaux de l'analyse par rapport à :

- une échelle micro, relative à un élément du corpus en particulier ;
- une échelle méso, relative à un groupe social ou une institution ;
- une échelle plus macro, qui renvoie à la situation globale des représentations de la musicothérapie résultant de la qualité des relations entre les acteurs et du sens qui en émerge.

---

<sup>282</sup> Bardin L., *L'analyse de contenu*. Paris : PUF, p. 44.

Ainsi, l'analyse actionniste combinée à l'analyse de contenu permettra une certaine vigilance pour étudier le corpus et voir émerger des variables dans l'expression des représentations de la musicothérapie, visant à les approcher en compréhension. Cette analyse transversale pourra s'appuyer sur le recueil de données permis par la grille que nous avons présentée plus haut et qui préfigure la possibilité de prendre en considération différents éléments du corpus, pour en étudier les variables, au sein d'une même institution. Elle pourra aussi passer par la construction de tableaux facilitant le traitement de certaines données, notamment concernant les résultats de l'enquête que nous avons menée en ligne auprès des praticiens. D'autres variables des représentations de la musicothérapie pourront alors être saisies au travers de différentes catégories d'indicateurs pouvant se rapporter à des graphiques et des contenus textuels, que nous étudierons aussi par rapport aux profils des praticiens. En effet, rappelons ici que l'élément E-73 du corpus qui est un document Excel généré par Google Form et l'enquête permet de situer le discours de chaque participant par rapport à des données personnelles : origine socio-professionnelle, motivation de son choix vis-à-vis de la musicothérapie, cursus de formation, etc.

Permettant d'aborder le corpus dans sa diversité, notre méthode d'analyse conduira ainsi à observer avec intérêt les fonctions de communication des documents, des textes et des discours pouvant s'imbriquer à différentes catégories de dispositifs ou d'objets techniques qui contribuent à l'expression des représentations de la musicothérapie. Et alors que ces méthodes et techniques que nous venons de décrire sont relativement flexibles pour permettre d'appréhender différents types de contenus (textuels, audio, notes d'entretiens, etc.), nous mobiliserons aussi pour l'analyse une approche complémentaire : l'approche sémio-pragmatique que nous proposons de préciser dans ce qui suit.

### **2.3 Une approche complémentaire : l'approche sémio-pragmatique**

L'approche sémio-pragmatique est une méthode d'analyse qualitative qui a pu être développée en SHS et plus particulièrement en SIC. Elle peut tout à fait s'articuler à l'analyse de contenu pour venir l'enrichir. En effet, les contenus mixtes composés d'éléments textuels et visuels au travers desquels nous saisissons certaines formes de représentations de la musicothérapie nécessitent un regard particulier qui prenne aussi en considération les incidences socio-sémiotiques pouvant être générées par le numérique et les catégories de dispositifs info-communicationnels utilisés par les acteurs.

On retrouve cette approche dans des recherches en communication ayant pour objet d'étude des images fixes, telles que l'on peut en trouver dans la publicité ou dans l'art pictural (Everaert-Desmedt, 1984-2006), ou animées, comme c'est le cas dans les recherches sur le cinéma avec Roger Odin (Odin, 1983-2011). Selon les auteurs, elle mobilise des théories pouvant être issues de la sémiologie linguistique (théorie des actes de langage, théorie pragmatique de Searle, sémiologie immanentiste) ou de la sémiotique de la communication, notamment à travers les travaux de Charles Sanders Peirce. En effet, ce dernier définit les catégories de *priméité*, de *secondéité* et de *tiercéité* pour permettre de comprendre, en les situant, les procès de la signification. Sans prétendre ici à donner une définition étayée de la sémio-pragmatique, reprécisons tout de même quelques notions essentielles à sa compréhension et à son application. Peirce fonde sa *théorie du sens* sur trois théories initiales : la *théorie générale*, la *théorie triadique* et la *théorie pragmatique*. La première généralise le concept de signe et envisage à la fois toutes les composantes de la sémiotique ainsi que la vie émotionnelle, intellectuelle et pratique de l'être. La seconde théorie pose les catégories de *representamen*, d'*objet* et d'*interprétant* selon les principes de *priméité*, *secondéité* et *tiercéité*. Le premier principe désigne une conception de l'être indépendamment de toute autre chose et correspond à la vie émotionnelle du sujet. Celui de *secondéité* correspond à la catégorie de l'individuel, de l'expérience, du fait, de l'existence, de l'action-réaction. Il permet de positionner l'être dans sa relation à autre chose et de l'inscrire dans la dimension pratique de la vie. Le principe de *tiercéité* considère la médiation par laquelle un premier et un second sont mis en relation. En ce sens, la *tiercéité* renvoie aux catégories de la pensée, du langage, de la représentation, du processus sémiotique qui permettent la communication sociale (Everaert-Desmedt, 2006 : 290). La *théorie pragmatique*, quant à elle, s'intéresse aux contextes de production et de réception des signes et envisage les effets de leurs actions sur l'interprète. Ces trois théories qui sous-tendent la *théorie du sens* chez Peirce font de toute chose ou de tout phénomène, aussi complexe soit-il, un signe et du processus sémiotique, un processus illimité (Hébert, 2016 : 232).

Ces quelques éléments de définition permettent d'établir certains liens avec l'analyse actioniste et l'analyse de contenu qui nous conduiront à interpréter les représentations de la musicothérapie. En effet, avec notre corpus qui présente un matériau relativement hétérogène, nous serons parfois amenés à resituer les contenus étudiés par rapport aux contextes desquels nous les avons extraits ou dans lesquels ils ont été produits. Par exemple, concernant certains contenus web, les aspects visuels et fonctionnels des sites web que nous avons observés

contribuent à l'expression et à la perception des représentations de la musicothérapie que nous étudierons. Pour Daniel Peraya qui pense les images par rapport à leurs fonctions sémiotique et symbolique, « *les activités cognitives seraient en effet régies par deux systèmes de codage différenciés, par deux modes de représentation symbolique : 1) un système de représentations arbitraires, verbales ou propositionnelles, lié à l'expérience du langage qu'a l'individu et 2) un système de représentations figuratives, basé sur une "sémantique de la ressemblance" et lié à l'expérience perceptive de notre environnement* »<sup>283</sup>. Ainsi, la comparaison entre diverses occurrences successives d'une figure mobilise la mémoire comme un système de références (Groupe  $\mu$ , 1992). Par exemple un encadré ou un tableau peut renvoyer à l'idée de cadre ou de cadrage et les éléments textuels (ou discursifs) qui y sont contenus prennent alors un sens particulier pouvant être également relatif au cadre de leur énonciation. Ces figures, aussi variables soient-elles, peuvent donc être associées à des éléments textuels et interférer sur l'interprétation d'un contenu. Aussi, les contenus de notre corpus nous apparaissent comme relevant des deux systèmes décrits par Daniel Peraya pour donner lieu à des formes de représentations médiées par le numérique et qui révèlent des représentations de représentations. Cette catégorie de représentation se matérialise sur nos écrans par des images présentant des éléments de forme, de texture, de couleur pouvant produire un effet de suggestion conditionné par la matérialité et les fonctionnalités des dispositifs numériques. Par conséquent, ces effets des dispositifs seront à prendre en compte dans l'analyse des représentations de la musicothérapie.

---

<sup>283</sup> Péraya D., Vers une théorie des paratextes : images mentales et images matérielles. *Recherches en communication*, n° 4, 1995, p. 135.

## CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE

Cette deuxième partie de la thèse nous a permis de présenter la méthodologie de la recherche selon différents points. Dans un premier temps nous avons précisé notre positionnement épistémologique en regard du paradigme constructiviste pour nous situer par rapport au constructivisme scientifique qui présente une certaine ouverture vis-à-vis des théories et des méthodes pouvant être mobilisées dans la recherche scientifique. Nous avons vu que ce positionnement permet l'approche compréhensive des faits sociaux ou humains, pouvant être également favorisée par l'approche systémique des acteurs impliqués dans les manifestations de ce type de phénomène. Et nous avons pu préciser la construction de l'objet de recherche entre les notions que nous avons définies dans la première partie pour approcher en compréhension les représentations de la musicothérapie à travers diverses formes d'expression des acteurs que nous chercherons à saisir via différentes catégories de dispositif.

Dans le second chapitre, nous avons décrit la construction du terrain de la recherche pour la thèse, qui nous a conduite à la mise en œuvre d'une méthodologie d'ordre ethnographique, voire auto-ethnographique. En effet, cette méthodologie est à la fois en rapport avec nos observations en ligne des sites des acteurs que nous avons considérés pour la recherche et avec les acteurs que nous avons pu cibler au travers d'internet, pour mener une enquête en ligne auprès de nombreux praticiens ainsi que quelques entretiens. Par ces biais, nous avons pu élaborer un corpus relativement hétérogène permettant d'interroger les représentations de la musicothérapie selon un ensemble d'acteurs représentatif et que nous pensons significatif pour la thèse. Ce dernier permet la prise en considération des acteurs concernés par la question de la musicothérapie, dont certains sont susceptibles de participer à l'élaboration des politiques de santé publique et d'autres sont particulièrement impliqués dans le champ de pratiques concerné, contribuant, par là-même, à la représentation professionnelle de la musicothérapie.

Dans le troisième chapitre de cette deuxième partie, nous avons précisé le dispositif que nous avons mis en place pour mener la recherche. En ce sens, nous avons décrit les méthodes et techniques de recueil de données que nous avons utilisées, en les justifiant par rapport aux objectifs de la recherche et à l'hétérogénéité que nous visons en élaborant le corpus. Nous avons également défini les méthodes que nous avons mobilisées pour l'analyse du corpus. Parmi elles, nous avons explicité la façon dont le schéma de la représentativité des acteurs qui diffusent sur internet des contenus se rapportant à la musicothérapie nous permettra de prendre

en considération l'ensemble des acteurs impliqués par la question de la musicothérapie. Nous avons également expliqué la façon dont nous mènerons l'approche systémique des acteurs pour modéliser leurs relations à partir de l'analyse actionniste. Cette modélisation permettra de mieux situer le discours des acteurs que nous étudierons au moyen de l'analyse de contenu que nous conjuguerons à l'approche sémio-pragmatique. De ces discours, nous verrons émerger des typologies de représentations dont nous étudierons les variables, et que nous serons aussi amenée à mettre en relation avec des catégories de dispositifs pouvant être mobilisés par les acteurs pour s'informer et communiquer sur la musicothérapie.

Ainsi, face à la complexité de notre objet, le dispositif de recherche que nous avons mis en place se fonde sur une démarche de « *chercheur bricoleur* » que nous avons adoptée et justifiée. En effet, la notion de *bricolage* a pu être interrogée par de nombreux chercheurs, notamment parce qu'elle implique un certain degré d'improvisation et de prise de risque dans la recherche scientifique (Lévy-Strauss, 1962 ; De Certeau, 1990 ; Waechter-Larrondo, 2005 ; Meunier *et al.*, 2013). Toutefois, lorsqu'elle est ancrée sur des théories et des méthodes de référence, cette pratique peut aussi donner de l'épaisseur aux recherches. En outre, elle permet au chercheur de composer avec son environnement scientifique, des éléments de contexte et différentes ressources théoriques et méthodologiques. De fait, ce choix entraîne des contraintes. La posture du *chercheur-bricoleur* implique alors un effort de déplacement et d'aller-retours d'une discipline à une autre, d'une approche à une autre, d'une technique à une autre, pour lui permettre de mieux appréhender son objet, selon des angles différents qui peuvent aussi s'articuler entre eux afin de produire une analyse complexe. En ce sens, « *le bricolage ne tolère pas simplement la différence mais la cultive parce qu'elle stimule la créativité du chercheur. C'est là que réside la contribution première de l'interdisciplinarité profonde du bricolage : dès lors que les chercheurs s'ouvrent à des formes divergentes de recherches, ils obtiennent un aperçu unique à perspectives multiples. De ce fait, une compréhension sophistiquée de la recherche et de la production de connaissance prépare le bricoleur à faire face à la complexité des domaines social, culturel, psychologique, ou éducatif. Sensible à cette complexité, les bricoleurs utilisent des méthodes multiples pour dévoiler de nouveaux points de vue, élargir ou modifier de vieux principes, et réexaminer des interprétations établies dans des contextes non anticipés* »<sup>284</sup>. Et, cette définition empruntée à une traduction de Dominique Meunier *et al.*,

---

<sup>284</sup> Kincheloe J. L., 2001, "Describing the Bricolage: Conceptualizing a New Rigor in Qualitative Research". *Qualitative Inquiry*, 7 (6), p. 687. Cité et traduit par Meunier D. *et al.*, « Du bricolage au rhizome : comment



permet de distinguer deux formes de bricolage : l'une d'ordre intellectuel, en rapport avec le croisement des différentes théories choisies pouvant enrichir la compréhension des objets étudiés et l'autre d'ordre pratique, parce que l'utilisation d'une théorie issue d'un champ disciplinaire autre pose aussi la question des incidences méthodologiques qui pourraient en découler. Dans cette perspective, le chercheur n'est pas exempt d'une certaine vigilance à laquelle, justement, la triangulation méthodologique peut contribuer.

---

rendre compte de l'hétérogénéité de la pratique de recherche scientifique en sciences sociales ». *Questions de communication*, 23, 2013, p. 345-366.

## **TROISIÈME PARTIE : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE**

Dans cette troisième partie nous présenterons les résultats de la recherche en prenant en considération l'ensemble des acteurs que nous avons pu repérer sur internet et qui contribuent à l'expression des représentations de la musicothérapie. En ce sens, dans le premier chapitre nous poserons le schéma que l'observation en ligne de nombreux sites web sur lesquels circulent des contenus sur la musicothérapie nous a permis de construire. A partir de cette vision globale des acteurs, nous nous intéresserons plus particulièrement à ceux que nous avons ciblés pour la recherche, afin d'approcher en compréhension leurs positionnements respectifs par rapport à la musicothérapie qui renvoient à différents cadres sociaux exerçant une influence sur le discours des acteurs et les représentations de la musicothérapie qu'ils véhiculent ou dont ils sont porteurs. Et nous verrons comment ces cadres posent des contextes de communication induisant diverses formes de relation entre les acteurs.

Dans le deuxième chapitre, nous prendrons en considération ces contextes, pour étudier et interpréter les représentations de la musicothérapie et les significations qu'elles peuvent prendre pour les acteurs que nous avons ciblés pour la recherche. En nous appuyant sur l'analyse de contenu des éléments du corpus, nous présenterons nos résultats de manière relative aux acteurs que nous avons impliqués dans la thèse, selon plusieurs modalités de relation. Notre interprétation des représentations véhiculées par le ministère de la Santé s'appuiera sur l'analyse d'un premier sous-corpus constitué à partir des questions écrites trouvées sur le site de l'Assemblée nationale et des documents diffusés sur le site du ministère qui permettront aussi de relever certains effets du numérique sur la communication de cet actant concernant la musicothérapie. Nous étudierons les représentations de la musicothérapie véhiculées par la HAS à travers des référentiels de bonnes pratiques, qui en influencent la représentation professionnelle et scientifique. Les contenus que nous avons extraits des sites web des CHU et leurs contributions au média participatif « reseau-chu.org » permettront de voir émerger les représentations pouvant être véhiculées ou portées par les établissements et les professionnels de santé. Nous présenterons aussi une analyse comparée des représentations véhiculées par la communication numérique des formations universitaires, qui renvoient à une diversité à situer également par rapport à l'ensemble du système de formation constitué par de nombreux autres organismes. Et l'entretien que nous avons mené avec un responsable de formation permettra d'enrichir notre interprétation, par rapport à cette diversité et aux représentations qu'elle fait émerger au cœur même de la formation universitaire. A l'appui des résultats de l'enquête

diffusée en ligne auprès des praticiens et de nos entretiens, nous nous intéresserons à leurs propres représentations de la musicothérapie et à leur rapport à la représentation professionnelle. Ce point permettra d'articuler les représentations véhiculées ou portées par les praticiens au rôle de la FFM, ou d'autres associations, dans la représentation professionnelle de la musicothérapie.

Le dernier chapitre de cette troisième partie conduira à préciser la dynamique communicationnelle des représentations de la musicothérapie, à partir des effets de la communication numérique que nous avons pu appréhender à travers l'observation en ligne des sites des acteurs ou encore l'enquête auprès des praticiens. Dans ce chapitre nous livrerons aussi une analyse de quelques exemples de communication numérique qui impliquent d'autres acteurs du web, contribuant à l'expression des représentations de la musicothérapie.

## **CHAPITRE 1 : L'APPROCHE COMPRÉHENSIVE DES ACTEURS ET DE LEURS RELATIONS AUTOUR DE LA MUSICOTHÉRAPIE**

Dans ce premier chapitre ouvrant sur les résultats de la recherche, nous présenterons d'abord le schéma que nous avons élaboré, à partir de l'observation en ligne des sites web de nombreux acteurs qui diffusent sur internet des contenus se rapportant à la musicothérapie et que nous avons présentés dans la deuxième partie de la thèse. Il permettra d'avoir une vision globale de l'ampleur de la musicothérapie et des réseaux d'acteurs qu'elle a permis de constituer, qui utilisent désormais internet pour avoir une certaine visibilité. Ce schéma, qui rend compte de l'existence des acteurs de la musicothérapie dans une forme de coprésence sur internet, donnera ainsi des points de repère, pour approcher en compréhension les représentations de la musicothérapie. Dans notre démarche empirico-inductive, il a constitué une étape permettant de cibler la recherche sur quelques acteurs, tout en considérant l'ensemble de ceux qui contribuent à l'expression des représentations que nous étudions.

A partir de cette représentation que nous commenterons, nous préciserons le positionnement des acteurs que nous impliquons plus particulièrement dans la thèse, en nous appuyant sur l'analyse actionniste que nous avons mise en œuvre et en utilisant certains éléments de l'analyse de contenu du corpus. En effet, la complémentarité de ces méthodes nous a permis d'interpréter la vision respective des acteurs par rapport à la situation de la musicothérapie. En ce sens, nous ferons déjà référence à quelques-uns des éléments du corpus, notamment aux résultats de l'enquête en ligne et aux entretiens que nous avons menés, sur lesquels nous appuierons notre interprétation de la vision des praticiens. Cette analyse nous conduira à un schéma de modélisation de leurs relations autour de cet objet, afin d'avancer nous-même vers sa connaissance, d'un point de vue communicationnel.

### **1. LE SCHÉMA DE LA REPRÉSENTATIVITÉ DES ACTEURS QUI DIFFUSENT SUR INTERNET DES CONTENUS SE RAPPORTANT A LA MUSICOTHÉRAPIE**

Les représentations de la musicothérapie impliquent de nombreux acteurs et actants à qui internet offre désormais la possibilité d'avoir davantage de visibilité. Le schéma que nous présenterons dans le sous-paragraphe suivant est représentatif d'une coexistence en ligne qui renvoie aussi à une réalité sociale co-construite par les acteurs et qui peut avoir différentes significations en fonction de leur positionnement respectif. Cette « réalité » est aussi à situer

par rapport à l'histoire de la musicothérapie, que nous avons présentée dans la première partie de la thèse, et de son développement, notamment à partir de la fin des années 1970 avec la mise en place des premières formations et leur développement, y compris dans les universités. Rappelons également ici qu'en parallèle de ce développement, le système de santé s'est structuré et continue d'évoluer, mettant en œuvre de nombreux changements dans les établissements de santé et les pratiques professionnelles de leurs acteurs, notamment depuis le début des années 2000. Prenant en considération cette dimension diachronique qui permet également de situer la musicothérapie par rapport à l'évolution des politiques de santé publique, ce schéma permettra d'avancer vers la connaissance de notre objet, pour mieux comprendre les relations des acteurs vis-à-vis de la musicothérapie.

### **1.1 Présentation du schéma**

Ce schéma est une construction visant à pouvoir nous représenter un ensemble d'acteurs qui contribuent à l'expression des représentations de la musicothérapie sur internet, donnant lieu à une sorte de *discours circulant* en ligne, concernant cette pratique ou spécialité. Il repose donc sur une interprétation de la présence des acteurs sur le réseau, que nous envisageons ici de manière synchronique, c'est-à-dire en termes de coprésence et de liens supposés permettre leur existence sociale respective. Comme énoncé dans la deuxième partie, pour élaborer ce schéma, nous avons symbolisé les acteurs par des cercles de différentes tailles, signifiant les actants auxquels ils sont rattachés. En le construisant, nous avons effectué des regroupements par ton de couleur en utilisant une gamme de bleu, du violet et du rose. Ce choix de couleur est déjà catégorisant d'une signification que nous attribuons aux acteurs et aux actants. En effet, avec le bleu foncé nous représentons le ministère de la Santé, les lieux de pratique (établissements de santé publics, privés ou structures médico-sociales), la HAS et la CNCP. Nous projetons ainsi une caractéristique sur ces actants, qui correspond à une valeur institutionnelle. Et, bien que la HAS soit une Autorité Publique Indépendante (API), son rôle d'expert dans l'évaluation du fonctionnement des établissements de santé et des pratiques professionnelles de leurs acteurs est désormais notoirement institué et en fait un actant clé de la politique de santé publique, en tant que partenaire du ministère. Nous symbolisons les liens existant entre ces actants « institutionnels » par un trait épais de la même couleur qui permet de représenter une entité renvoyant à l'idée de système. Nous avons donc utilisé ce même procédé pour représenter d'autres entités qui renvoient au système de formation à la musicothérapie, à l'entité que symbolise les regroupements de praticiens et à celle réunissant les médias.

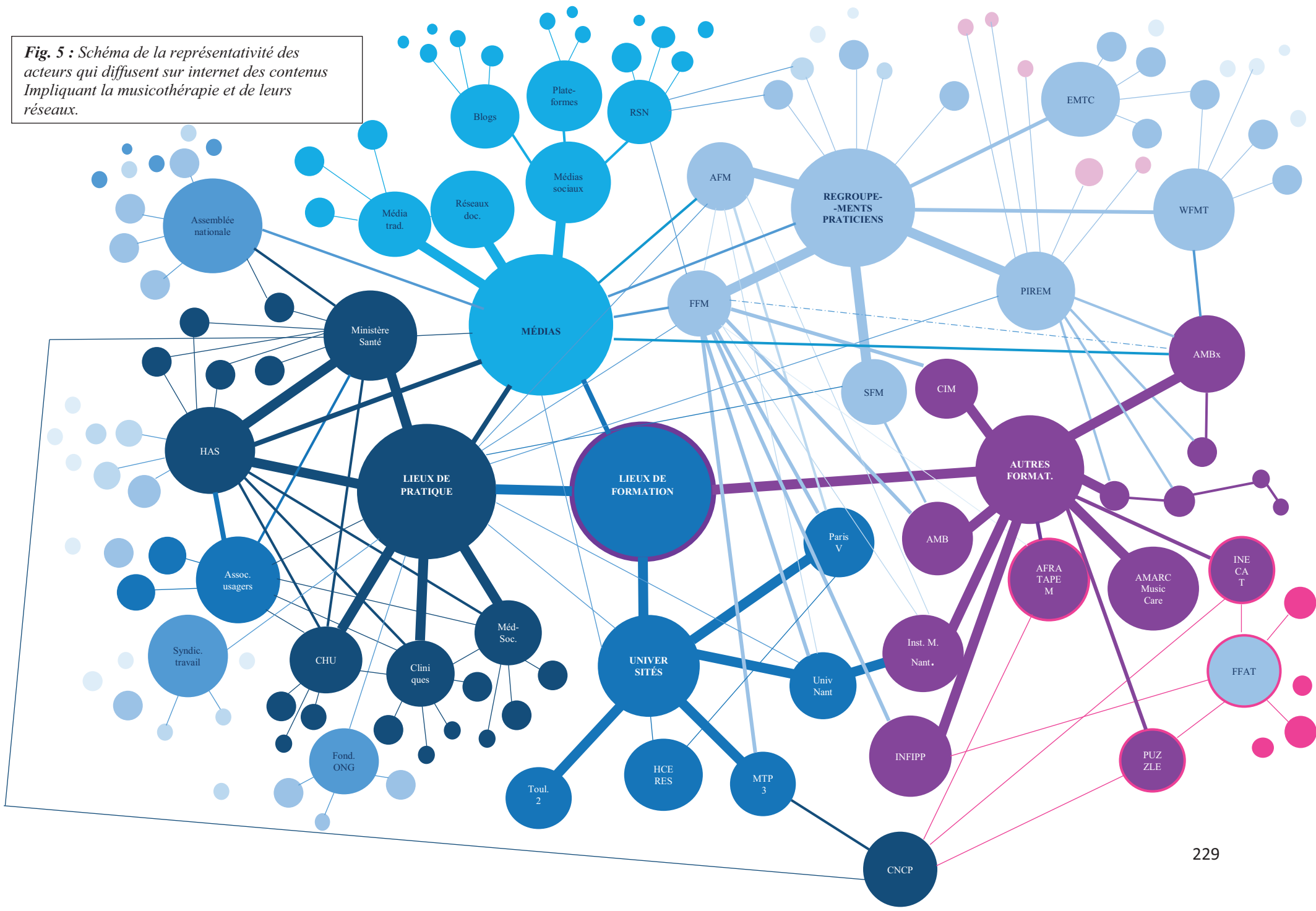
A cette étape de notre approche, les liens que nous avons symbolisés entre ces systèmes ou les actants d'une même entité peuvent rendre compte de différents types de relation. Par exemple, nous symbolisons un lien assez fort entre les lieux de formation et les lieux de pratique. En effet, qu'ils soient universitaires ou associatifs, tous les organismes de formation à la musicothérapie proposent des cursus incluant un stage pratique. Cette obligation pour les apprenants ne saurait exister sans relation complice entre les organismes de formation et les établissements de santé. Par ailleurs nos observations en ligne des sites web des acteurs permettent de confirmer la responsabilité ou la présence de nombreux professionnels de santé dans les organismes de formation. D'autres traits, plus ou moins fins, évoquent d'autres types de relation. Notamment, entre l'ensemble des acteurs et les médias, ou encore entre la FFM et certains organismes de formation, rendant ainsi compte d'une certaine force sur laquelle cette association prend appui. Les lignes plus fines correspondent à des relations que nous avons observées en ligne ou que nous signifions afin de pouvoir imaginer la façon dont se tissent les réseaux d'acteurs.

Dans sa globalité, le schéma rend compte d'un vaste réseau d'acteurs et d'actants impliqués dans l'existence de la musicothérapie. Cette formalisation vise à appréhender les représentations de la musicothérapie dans leur ensemble, considérant la visibilité des acteurs sur internet. Elle constitue aussi une étape vers la modélisation des relations entre les acteurs plus particulièrement ciblés pour la recherche, qu'elle permet déjà d'envisager par rapport à l'ensemble des acteurs de la musicothérapie. Nous présentons ce schéma à la page suivante, avant de le commenter davantage<sup>285</sup>.

---

<sup>285</sup> Nous avons également intégré ce schéma aux annexes de la thèse, pour permettre de mieux suivre les commentaires qui s'y rapporteront. Cf. : annexe 13, p. 141 des annexes de la thèse.

**Fig. 5 :** Schéma de la représentativité des acteurs qui diffusent sur internet des contenus Impliquant la musicothérapie et de leurs réseaux.



## 1.2 Commentaires du schéma

Ce schéma, qui propose une représentation globale de la visibilité des acteurs sur internet, renvoie d'emblée à la complexité du phénomène des représentations de la musicothérapie que nous étudions dans cette thèse. Il en reflète également des aspects communicationnels et dynamiques. En effet, nous repérons des regroupements perceptibles par des effets de couleur. A l'intérieur de ces entités, nous figurons les actants par des cercles reliés entre eux par des traits relativement épais. Nous voyons ainsi apparaître, en bleu foncé à gauche du schéma, la représentation d'actants qui contribuent au fonctionnement du système de santé : lieux de pratiques, auxquels nous rattachons les établissements de santé publics, privés et les structures médico-sociales, la HAS et le ministère de la Santé. Plus au centre, dans un autre ton de bleu et cerclé de violet, nous représentons les lieux de formation qui se divisent entre les universités (en bleu en bas du schéma) et les autres organismes de formations que nous distinguons, plus à droite, en violet. Cet ensemble, renvoie à l'idée d'un système de formation auquel participent différents types d'organisme. Au-dessus de ce système, en bleu clair, nous représentons les regroupements de praticiens qui contribuent à la formation d'une entité concernant la représentation professionnelle de la musicothérapie. A sa gauche, au-dessus des lieux de pratiques et de formation, nous figurons dans un ton de bleu différent, les médias qui configurent un autre système participant de l'expression des représentations de la musicothérapie. Les traits plus ou moins fins symbolisent des relations existant entre les actants ou les systèmes, qui en permettent le fonctionnement. Nous avons limité la représentation de ces relations afin de ne pas trop brouiller le schéma. Pour autant, elle permet déjà de visualiser différents réseaux d'acteurs dont les liens apparaissent de façon plus ou moins marquée, ce qui permet de repérer certains aspects dynamiques des relations entre les acteurs qui participent de façon différente au renforcement des systèmes. En effet, nous pouvons observer des liens étroits qui existent entre les acteurs du système de santé, alors que le système de formation ou encore l'entité représentant les regroupements de praticiens semblent plus éclatés. Dans ce qui suit, nous proposons de revenir plus en détail sur chaque partie du schéma.

En bas à gauche et en bleu foncé, nous associons certains acteurs clés du système de santé : le ministère de la Santé, la HAS et les lieux de pratiques que nous déclinons en trois catégories (les CHU, les cliniques privées et les structures relevant du secteur médico-social). Ces actants sont reliés entre eux par des traits relativement épais qui marquent, soit un lien d'appartenance visant à faciliter le regroupement des lieux de pratiques, soit un lien d'interdépendance comme



c'est le cas entre le ministère de la Santé, la HAS et les lieux de pratiques. Au-dessus à gauche du ministère, nous figurons un lien moins épais avec l'Assemblée nationale, dans la mesure où celle-ci ne participe pas de la même manière au fonctionnement du système de santé. Gravitant autour de ces acteurs clés, les cercles de plus petites tailles sans indication textuelle et de différents tons de bleu représentent d'autres actants pouvant contribuer à la production de certains contenus diffusés sur les sites web des acteurs. Concernant le ministère de la Santé, il peut s'agir d'un organe ministériel ou d'un autre ministère, par exemple l'Inspection des affaires sociales, le ministère de l'Éducation nationale, etc. que nous avons identifié avec l'analyse de contenu des éléments du corpus. Autour de la HAS, ce même procédé permet de faire référence à des sociétés savantes, des organes ministériels, etc. pouvant être partenaires ou commanditaires de certaines productions. Au-dessous de la HAS et également en lien avec le ministère de la Santé et les lieux de pratiques, nous figurons par un cercle d'un ton plus clair les associations d'usagers. Bien entendu, nous n'occultons pas la place centrale des usagers dans le système de santé. Toutefois, leur visibilité sur internet passe essentiellement par la présence des associations qui les représentent dans les groupes de travail menés par la HAS ou dans les lieux de pratiques. On observe aussi la notoriété de certaines d'entre elles au sein du ministère de la Santé, via un accord d'agrément stipulé sur le site de cet actant. Autour des CHU et autres lieux de pratiques, les petits cercles sans indication textuelle rendent compte de l'existence de nombreuses structures dans lesquelles la musicothérapie peut être présente ou représentée. Dans l'angle en bas à gauche et au-dessous des CHU et des cliniques, nous représentons aussi les syndicats de travailleurs, les fondations et les ONG qui sont parties prenantes, selon différents niveaux d'implication, du fonctionnement du système de santé et que notre enquête en ligne a permis d'identifier<sup>286</sup>. Avec ce focus sur cette partie du schéma, la figuration des « lieux de pratiques » renvoie à la place importante qu'occupent les acteurs des établissements sanitaires et médico-sociaux dans ce système. Et nous observons les relations existentielles qu'ils entretiennent avec le ministère de la Santé (par exemple via les dotations qu'il leur attribue) ainsi qu'avec la HAS (dont la mission est aussi de certifier leurs droits d'existence). Les traits plus fins qui relient l'ensemble de ces actants donnent une idée de la façon dont se trame le réseau des acteurs concernés par le fonctionnement du système de santé et sa gouvernance. Un système qui apparaît aussi en relation avec des représentants de la société civile et d'autres systèmes signifiés par d'autres tons de couleur.

---

<sup>286</sup> Cf. : paragraphe « Les acteurs considérés pour la recherche », p. 141-178 de la thèse.

Plus au centre de ce schéma, en lien avec les lieux de pratiques, nous figurons les lieux de formation qui se divisent en deux catégories : les formations universitaires et les autres. Déjà dans la première partie de la thèse, nous avons vu que ces formations peuvent être très diverses, autant par la variabilité de leur durée que par celle de leur contenu. Rappelons aussi que cette diversité existe non seulement entre les organismes, mais également en leur sein, y compris concernant les organismes rattachés à une université, ce qui laisse supposer quelques tensions entre les organismes de formation en général, qui ont pu nous être confirmées via notre enquête auprès des praticiens et nos entretiens. Sur ce schéma, nous figurons les formations universitaires que le terrain de la recherche nous a permis d'identifier, à savoir celles qui sont rattachées aux universités de Paris V, Nantes, Montpellier 3 et Toulouse 2. Cette dernière, apparue en 2018 n'est pas reconnue par la Fédération Française de Musicothérapie (FFM). Concernant les autres formations, nous ne les signalons pas toutes sur ce schéma. Souvenons-nous qu'il serait illusoire de prétendre à une réelle exhaustivité de leur représentation sur un « modèle » obligatoirement simplifiant. Parmi elles, nous mentionnons celles que nous avons particulièrement identifiées et qui jouent un rôle significatif dans les représentations de la musicothérapie. En l'occurrence, nous représentons les organismes agréés par la FFM : le Centre International de Musicothérapie (CIM), les Ateliers de Musicothérapie de Bourgogne (AMB) et l'INFIPP. Nous signifions également l'Institut de Musicothérapie de Nantes qui est rattaché à l'université de Nantes via un partenariat avec la faculté de médecine et qui a une existence propre en ligne. Nous représentons aussi les Ateliers de Musicothérapie de Bordeaux (AMBx), dont le fondateur, Gérard Ducourneau, a tenu un rôle important dans le développement de la musicothérapie, notamment via la création des Éditions du Non verbal et de la revue *Musique – Thérapie – Communication*. En outre, les AMBx sont aussi à l'origine de la création d'autres ateliers de musicothérapie : AMB, AM Toulouse, AM d'Ile de France, de la Réunion, etc. Pour faciliter la compréhension de notre schéma, certains de ces ateliers ne sont pas obligatoirement nommés, mais notre schématisation permet d'en concevoir le réseau. Nous signalons aussi la présence en ligne de l'AMARC qui propose aux professionnels de santé des formations visant l'utilisation du dispositif « Music Care ». Nous justifions ce choix par rapport au fait que ce dispositif est relativement connu et valorisé dans le secteur médical, notamment concernant le traitement de la douleur. Et l'association AMARC forme des professionnels de santé à son utilisation. Parmi ces autres formations, nous observons des cercles violets entourés de rose. Cette distinction cherche à signifier les formations à l'Art-thérapie qui proposent des spécialisations en musicothérapie. Nous retrouvons ainsi l'AFRATAPEM, l'INECAT et PUZZLE dont nous avons déjà parlé dans la première partie de

la thèse, dans le paragraphe « Des représentations en lien avec un processus de professionnalisation complexe ». Précisons ici qu'afin de ne pas trop brouiller notre schéma, nous avons volontairement omis de représenter les facultés de médecine de Lille, Tours et Grenoble qui délivrent des DU d'Art-thérapie, en lien avec l'AFRATAPEM. Nous signifions aussi la distinction entre ces formations et celles qui sont davantage spécialisées en musicothérapie par l'épaisseur de leur lien avec le cercle intitulé « Autres formations ».

La diversité de ces formations que nous rattachons au cercle « lieux de formation » constitue un système de formation complexe que nous mettons en lien avec le système de santé par un trait plus épais entre les « lieux de pratiques » et les « lieux de formation ». En effet, les établissements de santé et autres structures pouvant être associées sont des lieux qui accueillent de nombreux stagiaires, en cours de formation. Et rappelons ici que les stages pratiques sont obligatoires pour tous les organismes qui délivrent les certificats ou les diplômes que nous avons identifiés. Ce lien repose sur l'aspect conventionné des stages et la mission de formation attribuée aux établissements de santé. Le cercle « lieux de formation » auquel les formations sont rattachées facilite ainsi la lecture du schéma. Sans vouloir trop chargé celui-ci, nous signifions un lien direct entre les lieux de pratiques et les universités ou encore l'Institut de Musicothérapie de Nantes, afin de représenter le tissage du réseau des acteurs. Bien entendu, ces liens directs avec les lieux de pratiques existent pour l'ensemble des formations, essentiellement par la présence des stagiaires et des conventions. De la même couleur que les universités, en bas du schéma, nous représentons le HCERES en lien avec l'université Paris V. Rappelons ici que nous avons intégré au corpus un rapport de cette AAI concernant le master Création artistique, Dans un bleu plus foncé rappelant les acteurs rattachés au système de santé, nous figurons la Commission Nationale des Certifications Professionnelles (CNCP) qui diffuse en ligne les fiches des formations qu'elle enregistre. Pour des raisons de lisibilité, nous avons rapproché cette institution des formations, ce qui sur le schéma crée une distance avec les autres institutions. Cet éloignement est à relativiser, notamment de par le caractère institutionnel de la CNCP. Et il est à noter ici que les DE des professionnels de santé figurent dans le répertoire de cette institution. Par ailleurs, si la plupart des formations universitaires, toutes filières confondues, sont enregistrées dans le répertoire de cette commission, seule la formation au DU 2<sup>ème</sup> niveau de *musicothérapeute clinicien* de l'université Paul-Valéry Montpellier 3 a fait l'objet d'une déclaration auprès de cette institution. Les autres liens figurés par des traits roses entre la CNCP et les formations d'art-thérapie renvoient à celles qui sont également enregistrées et qui déclarent une compétence de *musicothérapeute*.

Le schéma permet aussi d'observer le rattachement des formations à un ou plusieurs regroupement(s) de praticiens. Par exemple, en bas à droite du schéma, les organismes davantage orientés vers l'art-thérapie peuvent être en lien avec la Fédération Française des art-thérapeutes (FFAT), dont l'AFRATAPEM se tient (ou est tenue) à distance, cette dernière étant représentée en lien avec la Fédération Française de Musicothérapie (FFM), par un trait peu marqué. En effet, sur la liste de praticiens diffusée sur le site de la FFM, nous avons pu observer l'adhésion de quelques individus issus de cette formation. Ce lien est représenté par un trait fin bleu pâle sur notre schéma, pour en signifier la fragilité. D'autres petits cercles roses non identifiés gravitent autour de la FFAT, pour signifier des formations en art-thérapie qui peuvent proposer des approches en musicothérapie sans toutefois revendiquer une compétence de musicothérapeute. D'autres relations entre la FFM et les organismes de formation apparaissent de manière plus franche. En l'occurrence, nous voyons celles existant avec Paris V, l'université de Nantes et Montpellier 3, signifiées par des traits bleus moyennement épais. Cette épaisseur de trait se rapporte à la force que ces liens donnent à la FFM, dans la mesure où ils impliquent de manière indirecte des institutions. En ce sens, si ces liens sont exprimés de façon explicite sur le site de la FFM, ils n'apparaissent pas du tout sur les pages de présentation des formations universitaires concernées. D'autres relations sont représentées entre la FFM et le CIM, les AMB, l'INFIPP et les AMBx. Certains d'entre eux sont confirmés sur les sites web respectifs des acteurs, notamment concernant le CIM et les AMB qui affichent leur affiliation à la FFM. Comme nous l'avons déjà précisé, le lien avec le CIM peut s'expliquer par le rôle historique que cette formation a joué dans la mise en place et le développement de la musicothérapie. En revanche ceux avec les AMB et l'INFIPP sont plus récents, notamment ils datent du début de l'année 2019 concernant l'INFIPP. Et il est à noter qu'au début de la recherche (2013-2015), les Ateliers de Musicothérapie de Bordeaux (AMBx) faisaient partie des organismes de formation agréés par la FFM. Actuellement, ils se tiennent (ou sont tenus) à distance de cette fédération, ce qui n'exclut pas que certains praticiens, formés par les AMBx soient membres de la FFM. Nous signifiions cette relation particulière par un trait discontinu entre ces deux actants.

Nous observons également un lien relativement épais entre l'Association Française de Musicothérapie (AFM) et la formation de Paris V. Il est à noter ici que celui-ci est particulièrement manifeste sur le site web de l'AFM. En effet, le site de l'AFM contient une rubrique « musicothérapie-formation » qui renvoie, de façon explicite et exclusive, vers le master Création artistique de l'université Paris-Descartes. Ce lien tient, en grande partie, au rôle qu'a joué Édith Lecourt à la fois dans la création de l'AFM et dans la mise en place des

formations universitaires franciliennes, notamment du master de Paris V en 2011. En revanche, aucune référence à l'AFM n'est faite sur le site de cette université, si ce n'est via la page membre du laboratoire Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse (PCPP) d'Édith Lecourt, toujours accessible en ligne<sup>287</sup>. D'autres relations concernant l'AFM sont figurées sur ce schéma, notamment avec la FFM, l'université de Nantes et l'Institut de musicothérapie de Nantes. Celles-ci se rapportent à la présence au sein de l'AFM de certains responsables, formateurs et praticiens, en lien avec ces actants. En outre, sur le site de la FFM, la liste des organismes de formation agréés mentionne celle de l'université Paris-Descartes par une référence explicite à l'AFM, à travers l'intitulé suivant : « *Université Sorbonne-Paris-Cité – Association Française de Musicothérapie* »<sup>288</sup>.

Parmi les regroupements de praticiens, notre schéma permet aussi de visualiser un lien direct entre la Société Française de Musicothérapie (SFM), dont l'existence est récente et les Ateliers de Musicothérapie de Bourgogne (AMB). En effet, la création de la SFM date de 2012 et son président est aussi le responsable pédagogique des AMB. Aussi, si nous ne signalons pas de lien direct entre la SFM et la Fédération Française de Musicothérapie (FFM) celui-ci existe quand même de manière implicite. Et, par rapport aux objectifs de la SFM, qui sont de « *Faire valoir les qualifications et compétences des musicothérapeutes vis-à-vis des autorités de santé et contribuer à la reconnaissance et à la réglementation du métier de musicothérapeute en le faisant admettre comme nouveau métier auprès des autorités de santé à l'échelle nationale* »<sup>289</sup>, nous pouvons supposer quelques tensions au sein de la FFM concernant la SFM qui brouille, en partie, la représentation professionnelle visée par la FFM.

En haut à droite du schéma et en bleu clair, nous repérons un autre regroupement de praticiens via la représentation de la plateforme numérique du Pôle International de Recherche en Musicothérapie « PIREM.org ». Cette catégorisation du PIREM parmi les groupements de praticiens peut poser question. En effet, il ne s'agit pas exactement d'une association. Le PIREM se présente plutôt comme « *une plateforme d'échanges et de ressources relative aux travaux réalisés en Musicothérapie* »<sup>290</sup>. Son utilisation nécessite néanmoins une adhésion qui

---

<sup>287</sup> Page consultée le 29 août 2019,

URL : [http://recherche.parisdescartes.fr/pcpp\\_eng/Membres/Permanents/LECOURT-Edith](http://recherche.parisdescartes.fr/pcpp_eng/Membres/Permanents/LECOURT-Edith)

<sup>288</sup> Site de la FFM, [consulté le 29 août 2019],

URL : <https://www.musicotherapie-federationfrancaise.com/organismes-de-formation-agrees/>

<sup>289</sup> Site de la SFM, rubrique « Qui sommes-nous ? », [consulté le 03 septembre 2019], URL : <https://francemusicotherapie.fr/qui-sommes-nous/presentation/>

<sup>290</sup> Site de la plateforme [pirem.org](http://pirem.org), [consulté le 29 août 2019], URL : <http://pirem.org/buts-et-principes-2/>

est gratuite. Celle-ci doit être demandée et acceptée par les modérateurs (anonymes) du site. Elle permet d'avoir accès à certaines publications, des informations ou de pouvoir poster diverses annonces, dont les propositions sont régulées par les administrateurs de la plateforme. Ses adhérents sont des praticiens de la musicothérapie, des médecins, d'autres professionnels de santé, des étudiants ou encore des personnes souhaitant se former à cette spécialité. Comme figuré sur notre schéma, on trouve également en lien avec cette plateforme des organismes de formation, notamment les Ateliers de Musicothérapie de Bordeaux (AMBx) et d'autres ateliers de musicothérapie dispersés en France et à l'étranger. Nous représentons ces organismes par des petits cercles violets, sans indication textuelle, ou encore par des points d'un violet plus clair tout en haut à droite de notre schéma, qui renvoient à d'autres ateliers ou organismes de formation situés à l'étranger. Permettant à la fois de s'informer, de communiquer et de réunir une communauté virtuelle, dont de nombreux praticiens de la musicothérapie, cette plateforme numérique a été difficile à catégoriser pour l'intégrer dans notre schéma. En raison de sa spécificité qui nous a permis d'identifier des praticiens que nous avons sollicités pour notre questionnaire en ligne, nous avons donc choisi de la faire figurer parmi les regroupements de praticiens de la musicothérapie.

Au-dessus du cercle « regroupements praticiens », nous visualisons d'autres petits cercles bleus qui représentent des associations rassemblant à une échelle locale quelques praticiens. En effet, nous avons évoqué leur existence dans le paragraphe consacré à la présentation des acteurs considérés pour la recherche, dans le deuxième chapitre de la seconde partie de la thèse. Dans ce paragraphe, nous avons fait référence à l'association « Auvergne-Musicothérapie » ou encore à « Musique-Handicap-Méditerranée » située à Montpellier. Il s'agit de regroupements que nous avons pu identifier plus particulièrement grâce à notre questionnaire en ligne et à nos entretiens. Ces associations que nous avons retrouvées en ligne visent à faciliter l'exercice professionnel des praticiens en libéral ou leur employabilité par les institutions publiques.

Ainsi, notre focus sur les regroupements de praticiens permet d'observer, à travers les liens que nous figurons, l'aspect communicationnel des représentations professionnelles de la musicothérapie. Par exemple, celui-ci se révèle à travers les relations de l'AFM et de la FMM avec les formations universitaires. Nous percevons aussi la dynamique instaurée par les usages des dispositifs numériques qui permettent le déploiement de différents réseaux de formation et de praticiens. La plateforme « PIREM », qui permet la mise en lien de plusieurs Ateliers de Musicothérapie et de nombreux praticiens en est un exemple. D'ailleurs, le site de la SFM en

lien avec les AMB dont nous avons parlé plus haut se présente également comme « *une plateforme d'échange, de partage des pratiques et des connaissances entre musicothérapie clinique et neurosciences, d'accès à la recherche internationale, de mise au point d'outils d'évaluation.* »<sup>291</sup>, mobilisant de la sorte les fonctionnalités des technologies numériques. La SFM utilise aussi les TIC pour faire connaître ses projets aux pouvoirs publics, s'auto-déclarant expert « *contribuant à la législation des pratiques de musicothérapie, des compétences et du cadre professionnel* »<sup>292</sup>. Les TIC offrent ainsi de nombreuses opportunités à l'ensemble des associations pour faire connaître leurs actions et rassembler des praticiens pouvant être éloignés d'un point de vue géographique, comme c'est le cas avec la FFM qui vise plus précisément la représentation professionnelle de la musicothérapie. Toutefois, la visibilité de ces réseaux d'acteurs sur internet relève un paradoxe. D'un côté elle transforme la représentation professionnelle de la musicothérapie en la renforçant, et en ce sens nous percevons sur notre schéma comment les réseaux d'acteurs se déploient aussi à l'échelle internationale. En effet, en haut dans l'angle à droite de notre schéma, nous figurons l'Européen Music Therapy Confederation (EMTC) et la World Federation of Music Therapy (WFMT), en lien avec les regroupements de praticiens et d'autres organisations étrangères faisant partie des réseaux de l'EMTC et de la WFMT. D'un autre côté, la visibilité de ces réseaux d'acteurs « floute » la représentation professionnelle des praticiens de la musicothérapie, en en proposant différentes perspectives qui mettent également en œuvre une forme de concurrence lisible tout autant entre les organismes de formation qu'entre les associations et les réseaux de praticiens.

Sur cette partie du schéma, nous voyons comment les regroupements des praticiens forment un système dans lequel les représentations professionnelles de la musicothérapie s'expriment, de façon relativement morcelée. Et ce sentiment a pu nous être confirmé par les résultats des enquêtes que nous avons menées. Par ailleurs, le schéma montre aussi, via des liens que nous n'avons pas tous représentés afin de ne pas brouiller davantage ce schéma, que les praticiens sont aussi en relation avec les autres systèmes. Par exemple, avec les lieux de pratique où ils exercent la musicothérapie et procèdent à des échanges avec d'autres professionnels sur leurs lieux de travail. On les retrouve également en lien avec les lieux de formations dans lesquels certains d'entre eux interviennent et d'autres se perfectionnent. Ces relations existent aussi avec les médias qui jouent un rôle dans la formation des apprenants, tout autant que dans la

---

<sup>291</sup> Site de la SFM, rubrique « Qui sommes-nous ? », [consulté le 03 septembre 2019], URL : <https://francemusicotherapie.fr/qui-sommes-nous/presentation/>

<sup>292</sup> Ibid.

formation, la circulation et la transformation des représentations de la musicothérapie auprès de nombreux publics.

Sur notre schéma nous symbolisons les « médias » comme un autre système qui relie différents actants : les médias traditionnels, les réseaux documentaires et les médias sociaux, dont les plateformes de type YouTube, les blogs de praticiens et les réseaux socio-numériques (RSN). Ce système est mis en relation avec les autres, faisant apparaître des liens particuliers entre certains actants. En ce sens, les nombreuses bibliothèques qui disposent d'un site internet constituent des réseaux documentaires pouvant concerner la musicothérapie. Et nous avons vu dans la première partie de la thèse comment le site de la Bibliothèque Nationale Française (BNF) conserve de nombreux documents que nous avons utilisés pour notre présentation de la musicothérapie. Ici, nous faisons plutôt référence aux réseaux documentaires utilisés par les acteurs que nous considérons pour la recherche. Par exemple, pour élaborer ses recommandations, la HAS privilégie les réseaux internationaux tels que Medline/PubMed, Cochrane ou encore EMBASE, dont l'accès est payant. Ces réseaux complémentaires permettent d'accéder à de nombreuses données bibliographiques, dont la plupart des références relève de la publication scientifique, couvrant différents champs du secteur médical. Et en référence aux éléments E-51 et E-52 du corpus, ces réseaux permettent d'identifier des articles produits à partir d'études randomisées, affirmant ainsi certains niveaux de preuve de l'efficacité de la musicothérapie dans plusieurs domaines médicaux. Ces mêmes réseaux documentaires peuvent être utilisés par les acteurs des lieux de pratique, notamment les médecins. En fonction des catégories de professionnels de santé ou d'un secteur particulier de l'activité médicale, d'autres réseaux peuvent être exploités. Comme nous l'avons déjà évoqué, le réseau documentaire Ascodocpsy qui nécessite un droit d'accès, via celui d'un établissement de santé, propose une vaste bibliographie concernant le secteur de la psychiatrie. Dans un autre registre, le catalogue de la plateforme Cairn.info permet l'accès à d'autres références bibliographiques, dont une vaste littérature en sciences humaines et en français. Ces ouvrages peuvent impliquer plusieurs disciplines : la recherche infirmière, la psychologie, la psychiatrie, etc. Et les acteurs des lieux de formation, notamment les universitaires, bénéficient d'un accès privilégié à ce réseau dont certaines publications peuvent être payantes pour d'autres publics. Via internet, ils ont aussi accès à Medline/PubMed, Cochrane, voire aux documents diffusés sur le site de la HAS. Et, rappelons-le, la plateforme ABES permet aussi de trouver en ligne des thèses consacrées à la musicothérapie, qui ne sont pas obligatoirement utilisées en tant que ressources par les acteurs de la HAS, ni ceux du ministère de la Santé.



Sur notre schéma nous symbolisons également des relations directes entre l'AFM et les médias. Comme déjà précisé, l'Association Française de Musicothérapie (AFM) publie la *Revue Française de Musicothérapie* depuis 1981. Et rappelons ici que cette revue *hybride*, longtemps diffusée sur le réseau restreint d'Ascodocpsy est désormais en *open access* en ligne. Le lien représenté entre la Fédération Française de Musicothérapie (FFM) et les médias relève d'un autre type de relation. En effet, la FFM oriente ses publics vers Cochrane et la *Revue Française de Musicothérapie*. En outre, les membres de l'AFM et de la FFM peuvent tout à fait avoir accès aux autres réseaux documentaires via internet. Nous signifions également un lien direct entre les AMBx (en haut à droite et en violet) et les médias. En effet, nous avons fait référence aux Éditions du Non Verbal qui publie la revue *Musique – Thérapie – Communication*, également en relation avec cet organisme de formation. Et même si ces publications ne sont pas accessibles en ligne, elles y sont présentées et commercialisées, notamment sur les sites des AMBx et de Pirem.org.

Nous figurons aussi les médias « traditionnels » que nous avons déjà présentés dans la deuxième partie de la thèse, de façon très ouverte, comprenant les médias de masse, les dictionnaires, les encyclopédies, etc. et qui touchent, en ligne, un public pouvant être très hétérogène. Les contenus que proposent ces médias véhiculent de nombreuses représentations de la musicothérapie pouvant influencer l'opinion publique. Autour des médias, nous situons également la catégorie des « médias sociaux » que nous relient aux blogs de praticiens (même si ceux-ci sont difficiles à repérer sur internet), aux plateformes de types YouTube ou DailyMotion, qui diffusent des contenus audiovisuels se rapportant à la musicothérapie et aux Réseaux Socio-numériques (RSN). Relevons ici la particularité des RSN qui sont plus ou moins socio-professionnels : LinkedIn, Facebook, etc. Et, notons que les RSN font désormais partie des stratégies de communication des organisations, favorisant la « viralité » de la circulation des informations et la mise en lien des acteurs. Sur notre schéma, nous signalons quelques-uns de ces liens, notamment entre la FFM et les RSN, en référence à sa page Facebook. Il en existe aussi de nombreux autres entre Facebook et les praticiens.

Avec ce schéma qui rend compte de la visibilité des acteurs sur internet, nous pouvons mieux nous représenter l'ensemble des acteurs qui participent à l'expression des représentations de la musicothérapie. Ce schéma permet aussi de relever l'aspect communicationnel et dynamique des représentations de la musicothérapie. En effet, les liens que nous avons symbolisés et

expliqués entre les acteurs permettent de penser différents types d'interaction qui sous-tendent leurs relations et contribuent à l'expression de ces représentations.

Ces relations peuvent être d'ordre synchronique, renvoyant à la nécessité de la communication et des échanges qui permettent le fonctionnement respectif des acteurs et que nous pouvons situer aussi bien à l'intérieur des structures (à la fois organisée et organisante) qu'entre les actants. Par exemple, comme nous l'avons déjà précisé, les formations qui permettent la professionnalisation de la musicothérapie ne pourraient exister sans les établissements de santé qui contribuent à la formation des apprenants. Ces échanges renforcent la crédibilité des organismes de formations et le rattachement de certains d'entre eux aux universités met en œuvre un processus de récursivité qui leur apporte une force supplémentaire, influençant le choix de certains étudiants. Les contenus de nos entretiens confirment cette assertion : « *Ouais c'était important que ce soit un DU que ça passe par Paul-Valéry, enfin par la fac (...) Par l'université c'est important parce que ça... y' avait un peu plus de... Alors je sais pas si c'est de rigueur, mais en tous cas de... ouais de légitimité dans l'apprentissage, quelque chose de plus formel peut-être (...) De crédibilité, hum hum oui tout à fait !* »<sup>293</sup>. Et l'analyse des relations de la FFM avec les organismes de formation montre comment cette association trouve également une force en prenant appui sur certaines formations, dont trois sont universitaires. Des relations qui ont aussi des effets sur la réputation des formations.

Bien sûr, notre schéma présente aussi des limites, pouvant être relatives à un manque d'exhaustivité ou encore à des difficultés de catégorisation comme nous l'avons évoqué par rapport à la plateforme « PIREM ». De plus, du fait de sa plasticité, il semble fixer des catégories d'acteurs que nous pouvons penser relativement fermées. En effet, cette représentation renvoie à des ensembles sociaux dont les relations définissent un système vivant, dans lequel les acteurs du ministère de la Santé, de la HAS et des établissements de santé exercent un certain pouvoir. Pour autant, la médiation numérique contribue aussi au déploiement de réseaux d'acteurs, selon une diversité de formations et de praticiens qui rend manifeste l'existence d'un discours pluriel sur la musicothérapie. Dans cette sorte de débat intégré en ligne, les discours que l'on pouvait appréhender jusque-là à une échelle locale se déplacent dans l'espace virtuel d'internet, permettant la prise de parole d'acteurs pouvant être considérés comme relativement marginaux ou alternatifs. Et via internet, ils donnent lieu à une forme de *discours circulant* sur la musicothérapie. Pour mieux comprendre ces discours et les

---

<sup>293</sup> Extrait de l'élément E-82 du corpus, codage pour la recherche : E-82\_PDF\_N-Verdier\_Re transcription\_Entretien-individuel-V-R-musicothérapeute\_18-07-2019. Voir page 6

représentations qui en émergent, nous proposons dans ce qui suit d'opérer un focus sur les acteurs ciblés pour la recherche que nous comprenons désormais davantage par rapport aux relations qu'ils entretiennent avec l'ensemble des acteurs considérés.

## **2. LE POSITIONNEMENT DES ACTEURS ET LEURS RELATIONS AUTOUR DE LA MUSICOTHÉRAPIE**

Comme nous l'avons expliqué dans la deuxième partie de la thèse consacrée à la méthodologie de la recherche, nous avons particulièrement ciblé certains acteurs pour étudier les représentations de la musicothérapie. Rappelons ici quels sont ces acteurs, qui renvoient aux éléments du corpus :

- le ministère de la santé : à travers les questions écrites trouvées sur le site de l'Assemblée nationale et les contenus extraits de son site ;
- la HAS : essentiellement à partir des recommandations de bonnes pratiques que nous avons intégrées au corpus ;
- les établissements de santé : en nous intéressant en priorité à ceux qui présentent un lien géographique avec les formations universitaires, puis à d'autres notamment à travers des contenus trouvés sur le site du média numérique *Réseau CHU. L'actu des CHU* ;
- les universités qui proposent des formations spécialisées en musicothérapie : à travers des contenus diffusés sur leurs sites web respectifs et un entretien avec le responsable pédagogique de la formation de Montpellier 3 ;
- la FFM : via des contenus extraits de son site web et notre entretien de groupe avec trois de ses membres, dont l'actuel président qui intervient également dans la formation de Montpellier ;
- les praticiens de la musicothérapie : à travers les résultats de notre enquête en ligne auprès d'un ensemble représentatif, que nous avons complété par quelques interviews.

Pour approcher en compréhension les représentations de la musicothérapie à travers les éléments du corpus, nous avons mis en œuvre la méthode actionniste que nous avons décrite dans la deuxième partie, afin de mieux situer le positionnement des acteurs, qui contribue à la définition du cadre d'énonciation de leurs discours et influence leurs relations. Nous avons mené cette analyse en nous servant à la fois de nos observations en ligne des sites des acteurs et de certains contenus relatifs aux éléments du corpus. A l'aide d'un premier tableau, nous

avons envisagé les rôles et attentes de rôle des acteurs<sup>294</sup>. Puis dans un deuxième temps, nous avons cherché à comprendre leurs visions respectives de la musicothérapie, les actions typiques qu'ils mettent en œuvre par rapport à cette vision, les significations qu'ils attachent à leurs actions et les conséquences qui en résultent<sup>295</sup>. Dans ce qui suit, nous proposons donc de faire un retour sur les visions respectives des acteurs concernant la situation de la musicothérapie. Ce point nous conduira dans la deuxième section de ce paragraphe à la présentation d'un schéma de modélisation de leurs relations que nous commenterons.

## **2.1 Les visions respectives des acteurs concernant la situation de la musicothérapie**

A partir des données que nous avons recueillies via notre observation en ligne du site des acteurs ciblés pour la recherche, de la méthode d'analyse actionniste et de l'analyse de contenu des éléments du corpus, nous avons étudié les visions respectives des acteurs concernant la situation de la musicothérapie. Ce point a été effectué en vue de pouvoir modéliser leurs relations, pour permettre de mieux situer leurs discours respectifs et les formes de représentation qui en émergent.

### **2.1.1 Concernant le ministère de la Santé**

La mission globale du ministère de la Santé consiste à mettre en œuvre la politique du gouvernement en matière de santé publique et à faire appliquer la réglementation concernant le fonctionnement des établissements et des professions de santé dans ce secteur d'activité, élargi à celui du médico-social. Pour accomplir sa mission qui vise aussi à préserver les intérêts de l'État, le ministère dispose d'un partenaire allié, la HAS qu'il reconnaît en tant qu'expert à caractère scientifique. A ce partenaire, il délègue un pouvoir d'évaluation (ou de contrôle) des établissements et des professionnels de santé, qui ont besoin d'être certifiés pour continuer d'exister et d'être financés par les ARS au moyen de dotations, complétées par les organismes de sécurité sociale et les mutuelles. En échange, il accorde à la HAS un avis consultatif contribuant aux décisions des pouvoirs publics. Ces relations sont également modérées par le pouvoir des ordres professionnels représentant désormais plusieurs catégories de professionnels de santé.

---

<sup>294</sup> Ce tableau figure dans les annexes de la thèse. Cf. : annexe 9, p. 83-103 des annexes de la thèse.

<sup>295</sup> Ce deuxième tableau a été également intégré aux annexes de la thèse. Cf. : annexe 10, p. 104-114 des annexes de la thèse.

Pour le ministère, au moins depuis le début des années 2010, la musicothérapie est envisagée comme une *réalité, notamment en psychiatrie et en gériatrie*<sup>296</sup>. Toutefois, cette pratique n'est pas reconnue en tant que profession dans la réglementation des métiers de la fonction publique hospitalière. Elle est plutôt considérée comme un *support de médiation*<sup>297</sup> thérapeutique, une *thérapie non pharmacologique*<sup>298</sup> ou une *thérapie* pouvant être *basée sur une stimulation sensorielle*<sup>299</sup>, devant être mise en œuvre par un professionnel de santé plus ou moins formé et pouvant être *musicothérapeute*<sup>300</sup>. D'ailleurs, les experts de la HAS qui sont les partenaires du ministère de la Santé, préconisent son utilisation dans certains secteurs de l'activité médicale, sous réserve d'évaluation. Les professionnels de santé ou encore ceux qui peuvent user du titre de psychothérapeute (psychiatres, psychanalystes et psychologues) peuvent pratiquer la musicothérapie<sup>301</sup> et même contribuer à des projets de recherche institutionnels que l'État finance, en partie<sup>302</sup>.

Par ailleurs, les diplômes universitaires (DU), qualifiant pour les professionnels de santé ne sont pas des diplômes nationaux de professionnels de santé. Le problème de certaines catégories de praticiens relève de la responsabilité des universités dans lesquelles on dispense ces formations<sup>303</sup>. A noter qu'il existe aussi des alternatives à l'embauche pour ces catégories de praticiens, notamment par le biais de certaines conventions collectives qui permettent de qualifier, en les nommant, les musicothérapeutes intervenants dans les établissements sanitaires et sociaux<sup>304</sup>, ou encore via des interventions ponctuelles rendues possibles par des partenariats avec des associations. Et les établissements de santé, ainsi que les structures pouvant être

---

<sup>296</sup> Cf. : élément E-9 du corpus, codage : E-9\_Siteweb-AssembléeNationale\_communication\_reponse-ministèreSanté-questionécrite-17383-9sur16\_2011

<sup>297</sup> Ibid.

<sup>298</sup> Cf. : élément E-20 du corpus, codage : E-20\_Siteweb-MinistèreSanté\_communication-diffusion\_PDF\_Ministère-des-Affaires-Sociales-et-de-la-Santé\_Rapport\_final-Pathos\_2012

<sup>299</sup> Cf. : élément E-23 du corpus, codage : E-23\_Siteweb-MinistèreSanté\_communication-diffusion\_PDF\_Verger-P\_Rapport-Politiquedu-medicament-en-EHPAD\_2013

<sup>300</sup> Ibid.

<sup>301</sup> Cf. : élément E-24 du corpus, codage : E-24\_Siteweb-MinistèreSanté\_communication-diffusion\_PD\_Ministère-des-Affaires-Sociales-et-de-la-Santé-Réseau-Documents-Archive\_TESS-liste-hierarchique\_2014

<sup>302</sup> Cf. élément E-22 du corpus, codage : E-22\_Siteweb-MinistèreSanté\_communication-diffusion\_DocExcel\_Ministère-des-Affaires-sociales-2013\_Resultats\_Prog-Hosp-Recherche-Inf-Param\_2013

**N.B.** : pour ces citations, le lecteur peut aussi se référer à l'annexe 8 qui renvoie ANNEXE 8 : à la grille de recueil de données concernant plusieurs éléments du corpus pouvant être associés au site web du ministère

<sup>303</sup> Cf. : élément E-9 du corpus, codage : E-9\_Siteweb-AssembléeNationale\_communication\_reponse-ministèreSanté-questionécrite-17383-9sur16\_2011

<sup>304</sup> En référence par exemple à notre propre expérience et à celle d'un musicothérapeute que nous avons interviewé et qui bénéficie d'un contrat à durée indéterminée dans une structure de soin sanitaire

assimilées, peuvent bénéficier d'aides financières, de la part des collectivités territoriales, permettant ce type d'intervention.

### 2.1.2 Concernant la HAS

Pour la HAS qui est un partenaire notoirement reconnu du ministère de la Santé et se trouve en position intermédiaire entre le ministère et les acteurs de la santé (établissements, professionnels de santé, représentants d'usagers, etc.), la musicothérapie est en effet *l'une de ces thérapies non-médicamenteuses*<sup>305</sup> qui peut intervenir dans certains secteurs de l'activité médicale. Notamment elle peut présenter un intérêt dans la prise en charge des personnes âgées à différents titres : prise en charge de la douleur, interventions portant sur le comportement. Et la mise en œuvre de la certification des établissements de santé depuis le début des années 2000 permet d'observer que cette pratique peut être intégrée aux dispositifs de prise en charge globale de certains patients. Elle peut être utilisée en complément d'autres thérapies. Elle peut également être mise en œuvre par des *professionnels formés*<sup>306</sup> pouvant provenir *d'horizon et de pratiques différentes*<sup>307</sup>, qui ne sont pas obligatoirement des médicaux ou des paramédicaux. Sur le terrain, les équipes soignantes fonctionnent avec ce type d'intervenants. Elles accueillent aussi de nombreux stagiaires. Toutefois, ces pratiques n'ont pas prouvé leur efficacité<sup>308</sup>. Elles pourraient davantage faire l'objet *d'études de bonne qualité méthodologique*<sup>309</sup>. D'ailleurs, ce type de projet, pouvant être institutionnel est à encourager. *De tels projets, encore rares en France, permettraient aux professionnels qui s'y investiraient de valoriser une expertise et de se sentir mieux reconnus.*<sup>310</sup>. Par ailleurs, les professionnels de santé peuvent tout à fait se former à cette pratique qui demande des compétences spécifiques.

---

<sup>305</sup> Cf. : éléments E-31, E-35, E36 du corpus, codage :

- E-31\_Siteweb-HAS\_communication-diffusion\_PDF\_ANAES\_Évaluation-et-prise-en-charge-thérapeutique-de-la-douleur-chez-les-personnes-âgées-troubles-de-la-communication-verbale\_2000
- E-35\_Siteweb-HAS\_communication-diffusion\_PDF\_HAS\_Recommandation-maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentées-diagnostic-et-prise-en-charge\_2011
- E-36\_Siteweb-HAS\_communication-diffusion\_PDF\_HAS\_Recommandations-Comportements-perturbateurs-chez-les-personnes-ayant-des-lésions-cérébrales-acquises-avant-l'âge-de-2-ans-prévention-et-p-en-c\_2014

<sup>306</sup> Cf. : élément E-33 du corpus, codage : E-33\_Siteweb-HAS\_communication-diffusion\_PDF\_HAS\_guide-médecin-alzheimer-finale-web\_2009

<sup>307</sup> Cf. : élément E-35 du corpus, codage : E-35\_Siteweb-HAS\_communication-diffusion\_PDF\_HAS\_Recommandation-maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentées-diagnostic-et-prise-en-charge\_2011

<sup>308</sup> Cf. : éléments E-35, E-36 (codage déjà cités ci-dessus).

<sup>309</sup> Élément E-38, codage : E-38\_Siteweb-HAS\_communication-diffusion\_PDF\_HAS\_rapport-élaboration-burnout\_2017

<sup>310</sup> Cf. : E-36 (déjà cité ci-dessus)

### 2.1.3 Concernant les établissements de santé

Par rapport aux missions et aux prérogatives qui leur sont attribuées par la loi (HSPT, 2009), les établissements de santé contribuent à la formation des professionnels de santé y compris des personnels non soignants. Participer à la professionnalisation des stagiaires ne pose pas de problème. Cela rentre dans leurs clauses de compétences et les conventions de stage avec les organismes de formation établissent un cadre règlementaire. De plus, dans certains secteurs, la musicothérapie apporte une plus-value dans l'organisation des prises en charge. Quelques *musicothérapeutes* interviennent ou travaillent dans certains établissements.

Par ailleurs, les centres de formation à la musicothérapie peuvent aussi être investis par des professionnels de santé. Certaines personnalités en portent la responsabilité et les professionnels de santé interviennent dans les formations. Ce qui permet d'avoir un regard sur leur contenu et leur accorde du crédit. D'autres suivent ces formations, notamment dans le cadre de la formation continue. La formation des professionnels de santé peut alors être avantageuse pour l'amélioration de la qualité des soins dans certains secteurs de l'activité médicale. Elle peut répondre à certains de leurs besoins. En outre, les projets institutionnels de recherche sur les thérapies non-médicamenteuses sont encouragés par le ministère de la Santé et la HAS. La double qualification des professionnels de santé pourrait aussi faciliter la gestion des ressources humaines dans l'établissement. En revanche l'embauche de certaines catégories de praticiens est plus problématique, notamment d'un point de vue financier, que les établissements de santé peuvent aussi argumenter par rapport à la réglementation des professions de santé. Ce problème peut éventuellement être contourné par l'établissement de conventions avec des structures associatives qui facilitent l'intervention ponctuelle d'autres catégories de professionnels, sans trop demander d'engagement, ni dans la durée, ni sur le plan financier.

### 2.1.4 Concernant les organismes de formation universitaire

Pour les organismes de formation universitaires ou rattachés à une université, la situation est relativement problématique, sur différents points. D'une part il existe une grande diversité de formations qui pour certains *est catastrophique*, parce qu'elle *décrédibilise le métier*<sup>311</sup> de

---

<sup>311</sup> Cf. : éléments E-79 et E-80 du corpus, codage :

*musicothérapeute*. Les formations universitaires ne savent pas toujours ce qui se fait dans les autres formations. Et, certaines d'entre elles attendent de la FFM qu'elle contribue au repérage de leur identité et de leur contenu, d'autant que les médias véhiculent des représentations triviales de la musicothérapie : « *dernièrement j'ai vu on passait de la musique dans une cave à fabriquer le fromage par exemple (...) c'est tout et n'importe quoi !* »<sup>312</sup>. Par ailleurs, les organismes universitaires ont une responsabilité dans la formation et la professionnalisation des étudiants. Elles continuent de développer des acquis théoriques en se référant à des études qui valident l'efficacité de la musicothérapie sur certaines pathologies, notamment en neurologie, ou en permettant aux étudiants d'accéder à la recherche, comme c'est le cas à Paris V. Toutefois, elles proposent des modèles différents et ciblent des publics hétérogènes, ce qui crée de la diversité également dans la formation universitaire. Et, en fonction des publics qu'elles accueillent, elles s'inquiètent aussi de l'insertion professionnelle. En effet, aucun des diplômes qu'elles attribuent ne justifie de droit le titre de professionnel de santé, y compris le master de Paris-Descartes et le DU de *musicothérapeute clinicien* de Montpellier 3 enregistré auprès de la CNCP. Ce qui est embarrassant, notamment pour Montpellier 3 qui accueille à la fois des étudiants en formation initiale et des professionnels de santé, qui quant à eux peuvent se satisfaire d'un DU de 1<sup>er</sup> niveau (en deux ans) pour utiliser la musicothérapie dans leurs pratiques. Concernant le DU de l'université de Nantes dont l'accès demande un prérequis de bac + 3, le problème est sensiblement différent. Son rattachement à Faculté de médecine lui permet de cibler des professionnels de santé. Les autres publics sont minoritaires et disposent déjà d'un profil professionnel pouvant favoriser leur insertion. En outre, le partenariat avec l'Institut de Musicothérapie de Nantes permet aux professionnels de santé d'effectuer des formations plus courtes (de sensibilisation) qu'ils peuvent faire valoir sur le terrain professionnel ou qui peuvent les motiver à envisager un cursus de formation plus complet en musicothérapie. D'un autre côté, Toulouse 2 a ouvert en 2017-2018 un DU de courte durée (un an) qui vient complexifier la représentation des formations universitaires. Ce qui décrédibilise aussi la valeur des autres DU et crée une concurrence.

Aussi, certains organismes de formation universitaire cherchent à faire évoluer leur modèle. Le DU de l'université Nantes a souhaité une transformation vers un master qui n'a pas pu aboutir.

- 
- E-79\_Doc-audio\_N-Verdier\_Enregistrement-Entretien-responsable-DU-Musicothérapie-UPVM3\_16-03-2019
  - E-80\_PDF\_N-Verdier\_Re transcription\_Entretien-responsable-pédagogique-DU-UPV-Montpellier3\_16-07-2019

<sup>312</sup> Ibid.



Il vise désormais une inscription au RNCP. Le DU de Montpellier 3 projette depuis plusieurs années sa transformation en Diplôme d'État (DE)<sup>313</sup>. Sa vision de la situation, soutenue par la FFM est que : « *Le DU a cette spécificité française, c'est à dire c'est une spécialisation par rapport à un métier existant (...). Or nous on accueille des personnes qui sont aussi dans le soin ou qui veulent se reconverter, mais aussi maintenant, des formations initiales* ». Ce type de diplôme n'est pas satisfaisant pour favoriser l'insertion professionnelle par rapport à d'autres diplômes *qui ont une assise administrative reconnue* (en référence aux DE des professions de santé). Et pour Montpellier 3, la reconnaissance d'une identité professionnelle des musicothérapeutes passe *automatiquement* par le ministère de la santé. La transformation du DU en DE, obligeant à une révision de son contenu et de son nombre d'heures de stage, permettrait de réguler le *métier de musicothérapeute clinicien*. Ce choix par rapport au master tiendrait à la nécessité d'un nombre plus conséquent d'heures de stage pratique, équivalent aux DE des professions de santé.

### 2.1.5 Concernant la FFM

Par rapport à son objet, qui est de *promouvoir et de favoriser la représentativité de la musicothérapie en France et au niveau international*<sup>314</sup>, la FFM éprouve un sentiment de légitimité de sa place dans la représentation de la musicothérapie et des *professionnels musicothérapeutes*. Sa raison d'être au début de sa création en 2003 (« *être l'interlocuteur privilégié auprès des pouvoirs publics* ») et sa contribution à l'élaboration de différents textes de référence (guide déontologique, fiche métier, référentiel métier) renforcent ce sentiment. En ce sens, elle s'octroie un droit d'appréciation des organismes de formation et de la pertinence des demandes d'adhésion des praticiens qui lui adressent leur candidature. Des demandes qui visent aussi leur inscription sur le registre national des musicothérapeutes que la FFM tente de constituer.

Pour la FFM, la situation de la musicothérapie est problématique vis-à-vis de la diversité des formations qui donne lieu à des profils de praticiens trop différents<sup>315</sup>. Leur manque

---

<sup>313</sup> Cf. : éléments E-79, E-80 (déjà cités à la page précédente), et E-81 et E-82 du corpus, codage :

- E-81\_Doc-audio\_N-Verdier\_Enregistrement-Entretien-individuel-V-R-musicothérapeute\_18-07-2019  
- E-82\_PDF\_N-Verdier\_Retrancription\_Entretien-individuel-V-R-musicothérapeute\_18-07-2019

<sup>314</sup> Fédération Française de Musicothérapie, *Statuts de la FFM*, 2016, [en ligne], URL : <https://www.musicotherapie-federationfrancaise.com/wp-content/uploads/2019/02/STATUTS-FFM-MIS-EN-PAGE.pdf>, [consulté le 02/09/2019].

<sup>315</sup> Cf. : élément E-74 et E-75 du corpus, codage :

d'homogénéité rend difficile la construction d'une identité professionnelle et de sa représentation, y compris concernant les formations universitaires. De plus, cette diversité ne promeut pas la reconnaissance de la musicothérapie et de ses praticiens en tant que professionnels. De par son alliance avec les formations universitaires et son rattachement international à l'European Music Therapy Confederation (EMTC), la FFM s'est positionnée en faveur de l'évolution des diplômes vers un master, durant un certain temps. Actuellement, sa vision est que la mise en place du master à Paris-Descartes n'a pas changé la « *représentation fondamentale* » de la musicothérapie, ni fait avancer le statut professionnel des *musicothérapeutes*. En réaction, elle soutient le projet porté par Montpellier 3 qui vise la transformation du DU de *musicothérapeute clinicien* en DE. Pour elle, même si le modèle des masters peut valider des compétences professionnelles à un niveau national et international, les DE correspondent davantage aux attendus des professions de santé. Ils garantissent également l'employabilité dans ce secteur d'activité. Ce projet permettrait de règlementer l'usage du titre de musicothérapeute et que les patients puissent bénéficier davantage de ce type de prise en charge. Face à cette situation « *très compliquée* », la FFM met aussi en place des actions de repérage des formations existantes et de leurs contenus. Elle souhaiterait leur harmonisation afin de favoriser l'évolution vers le DE. En ce sens, elle travaille aussi en lien avec l'EMTC qui mène une réflexion sur le besoin d'harmonisation des formations en Europe. Au sein de l'EMTC, la FFM est représentée par une déléguée.

Par ailleurs, le sentiment de légitimité de la FFM est mis à l'épreuve. En effet, elle n'est pas la seule association qui mette en œuvre une forme de représentation professionnelle des praticiens de la musicothérapie. D'un point de vue historique l'AFM, cofondée par Édith Lecourt en 1981, dispose d'une certaine notoriété, à un niveau national, international, tout autant qu'auprès des médias. Et, ces derniers sollicitent plus volontiers des personnalités connues et reconnues, également du point de vue de leur statut social, plutôt que les représentants de la FFM qui le sont moins. Pour la FFM qui souhaite défendre une certaine vision de la musicothérapie, cette situation est embarrassante<sup>316</sup>. De plus, la création de nouvelles associations, telles que la SFM ou le regroupement qui s'opère à travers la plateforme PIREM viennent brouiller la représentation professionnelle visée par la FFM.

- 
- E-74\_Doc-audio\_N-Verdier\_Enregistrement-Entretien-de-groupe\_Président-FFM-musicothérapeutes-membreFFM\_03-07-2019
  - E-75\_PDF\_N-Verdier\_Retranscription\_Entretien-de-groupe\_PrésidentFFM-musicothérapeutes-membresFFM\_03-07-19

<sup>316</sup> Cf. : éléments E-74 et E-75 du corpus, déjà cités à la page précédente.

De sa place, la FFM ne comprend pas bien le manque de soutien de la part des praticiens de la musicothérapie, notamment ceux qui sont diplômés par les organismes de formation qu'elle soutient. Début 2019, elle a justement fait le choix d'élire des représentants proches des praticiens, dans le souci de mieux défendre leurs intérêts, s'éloignant ainsi d'une représentation davantage axée sur les organismes de formation.

### 2.1.6 Concernant les praticiens

L'enquête que nous avons menée en ligne auprès de cent quinze praticiens<sup>317</sup> ainsi que nos entretiens avec des musicothérapeutes de la région de Montpellier, appuyés par des éléments d'analyse obtenus via la méthode actionniste, constituent un point d'appui à l'interprétation de leur vision de la situation de la musicothérapie que nous présentons ci-dessous.

Globalement, ils sont confrontés à certains écarts entre leur motivation initiale qui les a fait s'orienter vers cette spécialité et leur réalité professionnelle. En effet, leur choix vers une formation à la musicothérapie correspond souvent à un désir (ou un besoin) d'évolution professionnelle, par lequel ils ont souhaité redonner du sens à leur parcours de formation ou à leur travail. Quelques-uns d'entre eux ont effectué ce choix de manière accompagnée, par un professionnel via un bilan de compétences, s'appuyant sur celles de consultants. Nombre d'entre eux projettent également un idéal sur les métiers du soin, la musicothérapie étant envisagée comme permettant d'allier pratique soignante ou de relation d'aide et pratique artistique, pour laquelle ils ont une *passion*. Ce choix leur semble également pertinent dans la mesure où ils ont eux-mêmes déjà pu observer les *bienfaits* de la musique, à travers leurs propres pratiques musicales ou sur leur entourage<sup>318</sup>. Et, pour la plupart, leur expérience sur le terrain professionnel, les retours qu'ils ont des patients ou des équipes avec lesquelles ils travaillent, parfois même des familles, sont encourageants. D'ailleurs, une moyenne de 56,1 % des praticiens estiment que la musicothérapie est très valorisée ou assez valorisée sur leurs lieux de

---

<sup>317</sup> Dans ce qui suit, nous ferons référence à leurs commentaires pouvant être extraits de l'élément E-73 du corpus, codage : E-73\_Doc-Excel-généré-par-Google-Enquête-en-ligne\_Praticiens-de-la-musicothérapie-(réponses)\_juin-août-2019.

**N.B.** : Nous citerons les praticiens en leur attribuant un numéro de répondant à l'enquête, formulé comme suit : R.n, correspondant à l'ordre des réponses obtenues via le questionnaire en ligne.

<sup>318</sup> Cf. : annexe 14, p. 142 des annexes de la thèse : « Thématization des motivations exprimées par les praticiens enquêtés vis-à-vis de leur choix d'orientation vers la musicothérapie ».

travail. Pour eux, « elle occupe une place importante dans la demande des patients et les objectifs du service, au même titre que les ateliers thérapeutiques proposés par les 5 autres soignants de l'équipe » (R.35). Elle est « partie prenante dans l'accompagnement des patients » (R.33) ou encore « de plus en plus valorisée et prise en compte » (R.21). Pour d'autres, les avis sont plus mitigés : « Davantage considérée par la direction et les éducateurs en établissements spécialisés (FAM, MAS), méconnue par les équipes soignantes (infirmières, aides-soignants etc.) de manière générale sur tous les établissements » (R.67) ; « Dans un lieu la place est celle d'une prise en charge paramédicale au même titre que l'orthophonie ou la psychomotricité, bien identifiée par tous les professionnels. Dans l'autre, c'est une prise en charge thérapeutique mal identifiée par les éducateurs, mais identifiée par les coordinateurs, psychologues, psychiatre et directrice. » (R.72). Parmi les 43,9 % qui pensent qu'elle n'est pas si valorisée que ça, 15,8 % pensent qu'elle ne l'est pas du tout : « trop à part » (R.3), « Très "Annexe" !!! » (R.34), « secondaire malheureusement » (R.53), « reconnue pour ses bienfaits mais peu utilisée faute de moyens » (R.56), « Compliquée et pas toujours très acceptée des cadres » (R.59).

Sur nos 115 praticiens, l'enquête montre que 78 % d'entre eux doivent cumuler jusqu'à quatre lieux de travail pour une activité professionnelle qui reste partielle. Parmi eux, 52,8 % travaillent d'1 à 15 heures par semaine, dont la plupart seulement d'1 à 5 heures. D'autres, 5,6 % sont à mi-temps et 30 % à temps partiel supérieur à un mi-temps, ou à temps plein. Parmi les 11,1 % qui ne travaillent pas, on trouve aussi des infirmiers, dont un en arrêt maladie (R.79). Parmi les autres, deux ont entrepris une autre formation (R.52 ; R.62), les autres ne trouvent pas de travail dans ce domaine. On peut aussi se demander si ces chiffres correspondent à un choix de vie, ou encore si le peu de temps de travail occupé par cette activité musicothérapeutique ne correspond pas à l'utilisation de la musicothérapie dans le cadre d'une autre spécialité professionnelle. Quoi qu'il en soit, cette situation se répercute également sur leurs conditions de travail, même s'ils ne s'en plaignent pas obligatoirement et trouvent des solutions sur le terrain professionnel. Par exemple, 51 % disent ne pas toujours disposer d'un espace adapté à leur pratique sur leur lieu de travail. La plupart d'entre eux se déplacent aussi avec leur propre matériel, ce qui constitue un investissement financier.

Bien que la plupart d'entre eux travaillent dans des institutions (84 %), ils cumulent différents statuts pour pouvoir exercer leur activité, faisant preuve de ténacité et d'une certaine capacité d'adaptation : intervenant via une association : 21,1 % ; salarié : 49,1 %, autoentrepreneur : 53,5 %, intermittent du spectacle : 1,8 %, autre : 7,9 %. Pour certains d'entre eux que nous

avons reçus en entretien, l'exercice de la musicothérapie n'est pas assez régulé et la diversité des formations décrédibilise le *métier*. Pour pallier ces difficultés, les musicothérapeutes cherchent parfois à devenir formateurs, voire à créer leur propre organisme, ce qui rajoute de la diversité et ne valorise pas obligatoirement la réputation des formations. D'autres, 69 % des enquêtés, rejoignent des associations ou des regroupements, pensant parfois que cela va les aider dans leur recherche d'emploi. Ces adhésions sont loin d'être systématiques, d'autant que les objectifs de ces associations peuvent être confus pour certains praticiens enquêtés via le questionnaire<sup>319</sup> ou que nous avons interviewés.

Ces quelques éléments d'analyse montrent que les praticiens ont des avis assez partagés sur la situation de la musicothérapie. Ceux qui travaillent à plein temps ont généralement une double qualification professionnelle (infirmier, éducateur ou autre). Toutefois, près de la moitié des praticiens enquêtés ont du mal à trouver leur place sur leurs lieux de travail, voire à s'intégrer dans des équipes : 30,7 % ne sont pas obligatoirement invités à des réunions pluridisciplinaires, dont 7 % qui n'y ont jamais participé. Et environ la moitié des enquêtés estime que la musicothérapie est assez mal connue, voire pas du tout connue des autres professionnels qu'ils croisent sur leurs lieux de travail. Nombreux sont ceux qui sont en demande d'une reconnaissance socio-professionnelle et qui en attendant, focalisent le sens de leur travail sur leur relation aux patients qu'ils accompagnent ou soutiennent.

## **2.2 Analyse des relations des acteurs et de la situation de la musicothérapie**

Face à la stabilité des institutions qui participent au fonctionnement et à la gouvernance du système de santé, les centres de formation, la FFM et les praticiens se trouvent aux prises avec une situation qui ne leur est pas toujours très favorable. D'autant qu'à travers les paragraphes précédents nous avons pu percevoir qu'il existe certaines tensions entre les organismes de formation, les associations qui réunissent les praticiens et les praticiens, certains se sentant exclus de la FFM, à cause d'un choix de formation. A partir des différentes visions des acteurs vis-à-vis de la musicothérapie, nous avons esquissé un schéma de modélisation visant à mieux nous représenter les relations pouvant exister entre eux. A la suite de sa présentation, nous le commenterons.

---

<sup>319</sup> Cf. : graphique et commentaires correspondant à la question n° 32 du questionnaire, pages 55-56 du résumé d'enquête, élément E-72 du corpus, codage : E-72\_PDF\_N-Verdier\_Résumé-RESULTATS-ENQUETE-en-ligne\_Praticiens de la musicothérapie\_juin-août-2019

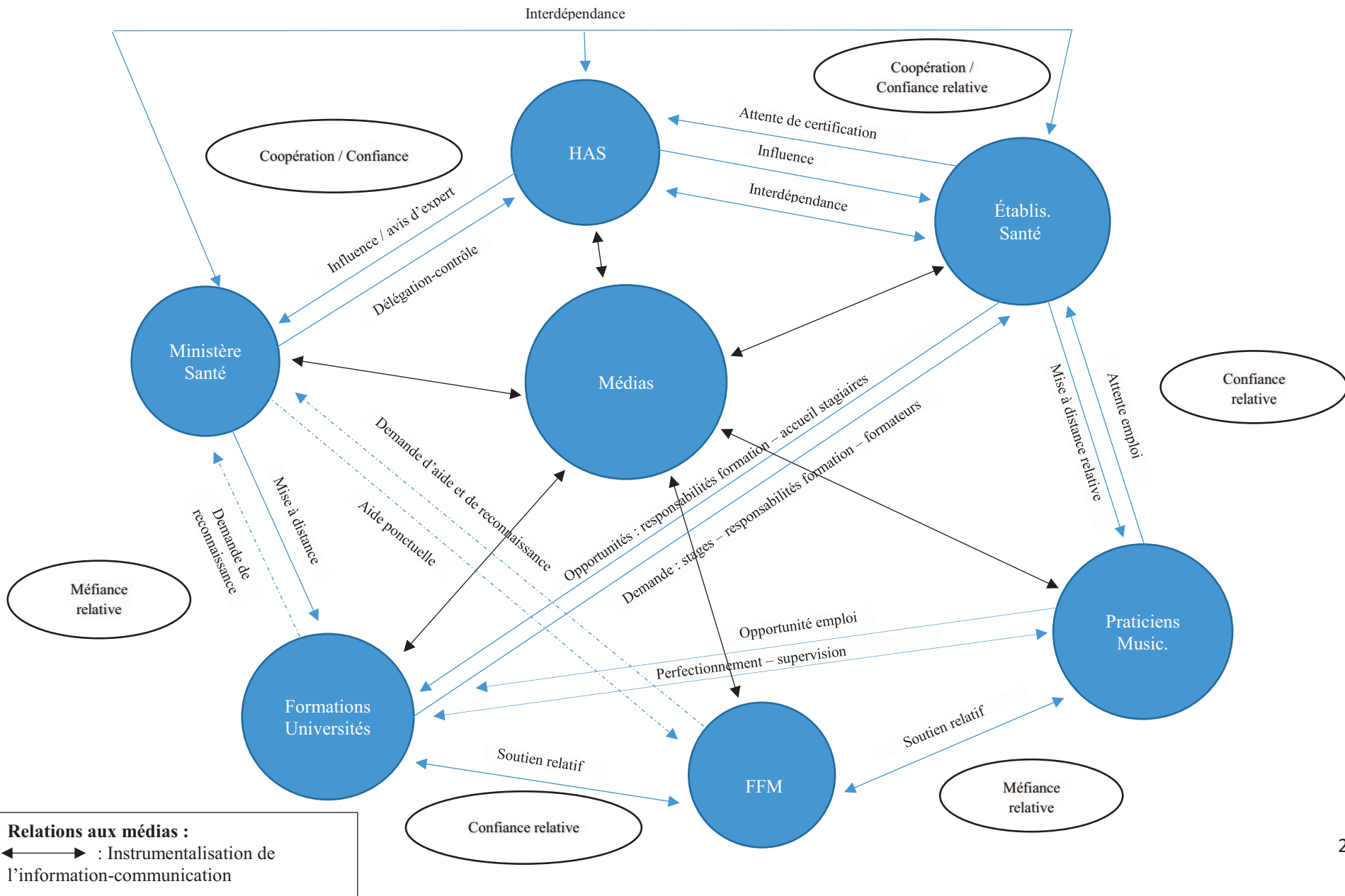
### **2.2.1 Schéma de modélisation des relations entre les acteurs ciblés pour la recherche**

Dans ce schéma, nous prenons en considération les acteurs ciblés pour la recherche :

- le ministère de la Santé
- la HAS
- les établissements de santé
- les formations universitaires
- la FFM
- les praticiens de la musicothérapie
- les médias

Si dans le paragraphe précédent nous n'avons pas fait de commentaire concernant les médias, dans celui-ci nous rappelons que nous leur accorderons un chapitre dans cette troisième partie de la thèse. En effet, nos observations montrent que les acteurs instrumentalisent les médias de différentes manières pour véhiculer des représentations de la musicothérapie. Notamment l'utilisation des revues oriente sa représentation professionnelle et scientifique. Et en ce sens, la dernière partie de l'enquête, qui interroge le rapport des praticiens à leurs usages de différents types de dispositifs pour s'informer et communiquer sur la musicothérapie, apportera des éléments complémentaires à cette analyse. Aussi, dans ce paragraphe, nous ne développerons pas davantage les relations que les acteurs entretiennent avec les médias, mais commenterons plutôt celles qu'ils entretiennent entre eux autour de la musicothérapie. Nous signalons juste la présence des médias sur ce schéma, pour observer qu'ils occupent une place assez importante dans l'émergence des représentations de la musicothérapie. A la page suivante, nous proposons donc une modélisation que nous commenterons dans le paragraphe suivant.

## Modélisation des relations entre les acteurs ciblés pour la recherche



### 2.2.2 Commentaires du schéma de modélisation

Sur ce schéma, nous représentons les acteurs ciblés pour la recherche par des cercles bleus que nous avons mis en lien par des flèches de même couleur, commentées de façon réduite par des indications textuelles et que nous allons préciser dans ce paragraphe. Nous observons aussi des ovales cerclés de noir qui indiquent des tendances se rapportant au climat de confiance que nous percevons entre les acteurs. Les flèches noires symbolisent les relations au média, que nous préciserons plus loin, comme énoncé dans le paragraphe précédent.

Sur le haut du schéma, nous retrouvons la HAS dans une position intermédiaire entre le ministère et les établissements de santé (ou lieux de pratiques), avec une ligne horizontale qui les surplombe en les reliant pour signifier leurs relations d'interdépendance. A gauche entre le ministère et la HAS, nous figurons des relations par des flèches bleues qui signifient le rôle attribué à la HAS par le ministère, via son partenariat qui constitue une forme de délégation du contrôle des établissements et des professionnels de santé. Cette attribution relève de notre interprétation de la mission d'évaluation et d'accompagnement de la HAS qui est aussi un levier de changement organisationnel des professionnels de ce secteur, contenant une dimension politique. En retour, la HAS exerce un droit d'influence sur le ministère, par ses avis d'experts à caractère scientifique qui jouent un rôle dans les décisions des pouvoirs publics<sup>320</sup>. Leurs missions respectives sont définies sur les sites des acteurs, aussi bien sur celui du ministère que celui de la HAS. Ce qui laisse supposer certains jeux politiques possibles entre les acteurs, notamment concernant les nominations par décret présidentiel des membres du collège de la HAS. Et ces nominations peuvent interférer, de façon sensible, sur la gouvernance du système de santé, sans toutefois menacer le système. La réciprocité des relations entre ces deux actants instaure un climat de confiance, dans lequel ils coopèrent.

Entre la HAS et les établissements de santé, nous repérons trois flèches bleues, dont l'une est à double sens. Elle signifie des relations d'interdépendance entre ces deux actants qui marquent des intérêts réciproques : la HAS a besoin d'experts visiteurs qu'elle recrute dans les établissements de santé. Sa complicité avec les acteurs des établissements de santé lui permet aussi de pérenniser sa place dans le système ; d'un autre côté les établissements de santé ont besoin de la HAS pour être informés de l'évolution de la politique de santé. Ces relations

---

<sup>320</sup> Cf. : annexe 9, « Tableau synthétique du rôle et des attentes de rôle des acteurs ciblés pour la recherche », p. 83-103 des annexes de la thèse.



pouvant également permettre des évolutions individuelles. Une autre flèche partant de la HAS marque son influence sur le fonctionnement des établissements de santé à travers les procédures de certification qui constituent un levier de changement organisationnel pouvant servir les intérêts du ministère. En retour les établissements attendent d'être certifiés pour continuer à mener leur activité. Et la HAS, qui a aussi une mission d'accompagnement des acteurs, renforce sa propre autonomie en exerçant son pouvoir d'expert. Aussi, il existe entre ces deux actants un climat de confiance relative aux objectifs de certification qui contraignent les établissements de santé à coopérer.

En bas du schéma, entre les formations universitaires, la FFM et les praticiens de la musicothérapie, le climat de confiance est moins serein. A l'intérieur de chaque cercle, il existe des tensions que nous avons précisées au paragraphe précédent :

- entre les organismes universitaires (ou rattachés à une université) et de leur part vis-à-vis de la diversité des autres formations ;
- au sein de la FFM qui a du mal à se renforcer<sup>321</sup> ;
- et entre les praticiens de la musicothérapie qui proviennent de différents horizons et présentent une grande diversité de profils.

Néanmoins, d'un point de vue historique, la FFM soutient les formations universitaires qui ont contribué, avec les autres organismes reconnus par la fédération, à l'élaboration des textes de référence qui précisent les valeurs et les compétences attendues de la part des organismes de formation et des *musicothérapeutes*. En retour, les formations universitaires soutiennent la FFM avec un certain recul, pouvant être relatif à des intérêts collectifs se rapportant à une tendance universitaire et au courant de musicothérapie qu'elle véhicule. D'ailleurs, les acteurs de ces formations ne se reconnaissent pas toujours, à titre individuel, dans les représentations auxquelles la FFM donne lieu<sup>322</sup>. Et l'on peut supposer que le projet porté par Montpellier 3, concernant la transformation du DU en DE, crée quelques tensions au sein de la FFM, notamment vis-à-vis des acteurs du master de Paris-Descartes. Également, que les formations représentées au sein de la FFM ne partagent pas obligatoirement les mêmes intérêts. Ces

---

<sup>321</sup> Rappelons aussi ici la création de la SFM depuis 2012 par le responsable de l'AMB qui est un organisme figurant parmi ceux que la FFM reconnaît.

<sup>322</sup> Cf. : analyse de la liste des membres des différentes associations, que nous avons constituée pour la recherche, notamment pour diffuser le questionnaire de l'enquête en ligne.

relations mêlées de tensions internes à chaque cercle instaurent un climat de confiance relatif entre les organismes de formation et la FFM.

Entre la FFM et les praticiens, il existe une certaine méfiance. La fédération a besoin de leur soutien, mais ses objectifs ne sont pas toujours bien compris des praticiens. Certains d'entre eux, ayant choisi une formation dont ils sont satisfaits et pouvant avoir un certain statut social (infirmier, psychologue) ne comprennent pas l'exclusion des AMBx depuis quelques années. D'autres souhaiteraient être mieux informés des actions de la FFM. Avec ces éléments qui se rajoutent à la diversité représentée au sein de la FFM, certains praticiens ne se reconnaissent pas dans cette association. Et, les actions ponctuelles qui ont pu être menées par la FFM auprès du ministère de la santé, que nous figurons en pointillé sur le schéma, ne lui donnent pas suffisamment de poids, même si elles ont conduit à l'élaboration des textes de référence qui sont des points de repère aussi bien pour les formations que pour les praticiens.

Certains praticiens se raccrochent plutôt aux organismes de formation, où ils peuvent trouver des ressources, éventuellement une opportunité d'emploi, et surtout maintenir le lien avec d'autres praticiens, notamment dans le cadre des modules professionnels et de supervision proposés par quelques organismes rattachés aux universités. Ce qui permet à ces organismes de développer leur activité. De façon encore peu unifiée, les formations universitaires sont en demande de reconnaissance vis-à-vis du ministère de la Santé. En retour, celui-ci les tient relativement à distance, usant de ses prérogatives en matière de réglementation des professions de santé. Ce qui met en œuvre une forme de cadrage politique qui fait réagir les acteurs des formations dans différentes directions : projet avorté de la transformation du DU de l'université de Nantes en master, mise en œuvre du projet de DE de Montpellier 3. Quoi qu'il en soit, depuis de nombreuses années, en consolation de ces rejets, les formations sont soutenues par quelques personnalités du milieu médical qui trouvent des opportunités de notoriété dans la représentation des formations. Ces ententes sont parfois peu motivées, elles peuvent être transitoires, ou viser le renforcement de la valeur des formations<sup>323</sup>. Ces ententes peuvent également permettre l'intervention de quelques personnalités médicales, ou d'autres professionnels de santé, dans les formations. Comme nous l'avons vu à travers certains

---

<sup>323</sup> Cf. : élément E-82 du corpus, codage : E-82\_PDF\_N-Verdier\_Retranscription\_Entretien-individuel-V-R-musicothérapeute\_18-07-2019

Voir commentaire p. 7 : « on était pile dans la transition où y'a eu le docteur... Oh j'ai oublié son nom tellement on l'a peu vu cet homme... »

éléments de l'analyse actionniste présentée plus haut, les relations entre les formations et les établissements de santé permettent aussi de répondre aux besoins de stage des étudiants. Les établissements de santé y répondent favorablement, sans toutefois contribuer à la gratification des stagiaires. Et les embauches dans l'après-coup des stages sont très rares.

Ainsi, les relations entre les praticiens et les établissements de santé peuvent faire l'objet de quelques tensions. Rappelons que l'enquête montre que près de la moitié ont du mal à trouver leur place dans les établissements où ils travaillent, d'autant que leurs interventions, souvent ponctuelles ne favorisent pas les échanges avec les équipes soignantes. De nombreux praticiens sont en attente de la part des établissements de santé qui sont censés être de potentiels recruteurs. Ils sont tenus (ou se tiennent) à distance. Et, la nature de leur diplôme rend difficile leur employabilité, même si certains réussissent à s'insérer professionnellement, pour une activité que nous avons identifiée comme étant majoritairement partielle. Et, pour ceux qui se démenent à trouver des solutions intermédiaires, l'argument des établissements de santé devient financier. D'ailleurs, même pour les professionnels de santé, la spécialité d'un DU de musicothérapie, qui rajoute trois années d'étude à leur formation initiale, ne permet pas obligatoirement une revalorisation de salaire sur le terrain professionnel, ce qui peut leur faire éprouver un sentiment d'injustice et les conduire à rejoindre des associations de praticiens pouvant indirectement défendre leur point de vue<sup>324</sup>.

Sur notre schéma de modélisation nous observons qu'il n'y a pas de flèche reliant la HAS et les formations, la HAS et la FFM, la FFM et les établissements de santé ou encore la HAS et les praticiens. Bien entendu, cela n'exclut pas que des relations puissent exister entre les individus qui traversent ou constituent ces actants. Par exemple, la présence des praticiens de la musicothérapie sur le terrain professionnel peut les conduire à rencontrer des experts sur le terrain professionnel. Les praticiens véhiculent auprès d'eux des représentations pouvant être sociales ou professionnelles de la musicothérapie. A travers ces rencontres, ils peuvent aussi faire référence à leur formation à cette spécialité. Et l'on peut supposer que leurs échanges, puissent permettre aux experts-visiteurs de s'intéresser à leur parcours de formations. Ce même type de relation peut exister entre les membres de la FFM et les établissements de santé. D'autres relations existant entre le ministère et les établissements de santé, notamment via les

---

<sup>324</sup> Cf. : élément E-72 du corpus, codage : E-72\_PDF\_N-Verdier\_Résumé-RESULTATS-ENQUETE-en-ligne\_Praticiens de la musicothérapie\_juin-août-2019  
Voir commentaires de la question n° 11, p. 22.

ARS, ne sont pas symbolisées sur le schéma. Nous percevons aussi que l'ensemble des acteurs sont en relation avec les médias, ce qui met en évidence le rôle de l'information et de la communication dans la circulation et la transformation des représentations de la musicothérapie. En ce sens, la publication d'articles dans des revues et leur diffusion via les réseaux documentaires à l'intention de différents publics de lecteurs contribuent à l'émergence ou au renforcement de représentations professionnelles, voire scientifiques de la musicothérapie. Ces productions, tout autant que celles des recommandations de la HAS trouvent un écho particulier chez les acteurs, participant à la transformation de leurs propres représentations de musicothérapie. Et leur instrumentalisation de l'information-communication existant sur le sujet de la musicothérapie peut donner lieu à des processus d'appropriation des représentations véhiculées par les médias, pour critiquer ou valoriser l'efficacité de la musicothérapie.

Ces relations que nous ne symbolisons pas obligatoirement sur notre schéma renvoient également aux limites de la modélisation : tout en permettant une représentation ciblée des acteurs que nous impliquons plus particulièrement dans la recherche, elle occulte d'autres acteurs que nous avons repérés en ligne et/ou qui contribuent à l'expression des représentations de la musicothérapie (organismes de formation associatifs spécialisés en musicothérapie et en art-thérapie, équipes soignantes dans les institutions, patients, associations d'utilisateurs du système de santé, fondations, etc.). Cette réduction tient aussi aux caractéristiques de la modélisation qui est obligatoirement simplifiante. Elle permet néanmoins de mieux situer le positionnement des acteurs, les cadres de normes posés par les actants auxquels ils sont rattachés et qui induisent des types de relation entre les acteurs. Ces relations peuvent être plus ou moins investies par les acteurs. Elles créent des dépendances, des interdépendances, des influences, des attentes, des revendications, des mises à distance qui contribuent à l'instauration d'un climat de confiance relative entre les acteurs. Et notre schéma invite aussi à relever que les échanges entre les acteurs, qui nécessitent la mise en place de dispositifs sociotechniques, donnent lieu à des situations de communication pouvant aussi être investies comme des espaces de médiation dans lesquels les représentations de la musicothérapie sont mises en jeu et évoluent.

## **CHAPITRE 2 : LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE ÉMERGEANT DES ÉLÉMENTS DU CORPUS**

Les résultats que nous présenterons dans ce chapitre s'appuient sur l'analyse de contenu des éléments du corpus que nous avons réunis et qui forment des sous-corpus, renvoyant à différents acteurs et contextes discursifs dans lesquels s'expriment les représentations de la musicothérapie. L'interprétation que nous en ferons tient compte du positionnement respectif des acteurs par rapport aux cadres sociaux à partir desquels ils s'expriment, que nous avons précisé au chapitre précédent et qui donne lieu à des situations de communication dans lesquelles la musicothérapie est mise en jeu ou en représentation. Nous ferons part de nos résultats en revenant sur chaque catégorie d'acteurs et en relevant certaines variables des représentations qui émergent de leurs discours respectifs. En ce sens, nous mettrons parfois en dialogue les acteurs, afin de mieux comprendre les représentations de la musicothérapie qu'ils véhiculent ou dont ils peuvent être porteurs. Pour expliquer notre cheminement, au fur et à mesure de notre présentation, nous ferons référence aux éléments du corpus, ainsi qu'à différentes annexes de la thèse qui ont conduit à produire des relations de sens et des inférences, prévalant dans notre interprétation des représentations de la musicothérapie auxquelles l'ensemble des acteurs contribue.

### **1. LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE VÉHICULÉES PAR LE MINISTÈRE**

Pour étudier les représentations de la musicothérapie du ministère de la Santé, nous avons utilisé les éléments E-1 à E-29 du corpus, qui constituent un sous-corpus de la communication produite ou diffusée par cet acteur entre les années 2000 à 2017. Notre interprétation s'appuie sur l'analyse d'une série de questions écrites diffusées sur le site de l'Assemblée nationale et sur des documents extraits du site web du ministère. Les documents parlementaires (E-1 à E-16 du corpus) contiennent des réponses ministérielles qui contribueront à situer l'évolution du discours du ministère concernant la musicothérapie depuis les années 2000. On y trouve aussi les implications croisées pouvant exister entre différents ministères, qui font référence à la musicothérapie dans leurs discours respectifs. Les autres éléments du corpus (E-17 à E-29), extraits du site du ministère, font intervenir des actants qui rendent compte du poids des institutions dans la construction du discours du ministère : Direction Générale de la Santé (DGS), Inspection générale des Affaires sociales, ministère de l'Éducation nationale, de

l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ainsi que des rapports publics pouvant renvoyer à un auteur. Le discours du ministère s'appuie aussi sur les contributions de quelques partenaires : la HAS, des fédérations de maisons de santé (FéMaSac et FFMPS).

### 1.1 Les représentations de la musicothérapie à travers les questions écrites

Avec l'analyse de contenu des questions écrites trouvées sur le site de l'Assemblée nationale, dont les réponses impliquent le ministère de la Santé, nous avons identifié une petite communauté de sept députés qui portent une forme de représentation politique de la musicothérapie, entre les années 2000 et 2010<sup>325</sup>. Et cette représentation ne tient pas à un parti politique en particulier. Les contenus des éléments du corpus concernés précisent : Parti Socialiste (PS) = E-1, E-9 ; Radical Citoyen Vert = E-2 ; Union pour un Mouvement Populaire (UMP) = E-3, E-5, E-7, E10. De leur place dans l'espace de médiation qu'institue le dispositif des questions écrites, ils se font les porte-paroles des *musicothérapeutes diplômés par l'université* (E-1, E-2, E-9) qui rencontrent des difficultés sur le plan de l'insertion professionnelle, ou des *éducateurs spécialisés en musicothérapie* (E-3, E-4) qui pourraient apporter une amélioration de l'accueil de certains publics dans les Conservatoires de musique. Deux d'entre eux rapportent que les *musicothérapeutes* sont *inquiets quant à la reconnaissance professionnelle de leur diplôme* (E-1, E2). Un autre évoque un besoin de régulation vis-à-vis de *certains qui pratiquent cette activité en dilettantes et sans diplôme*. (E-10). De manière globale, ils identifient la musicothérapie en tant que *pratique* spécifique, voire *de plus en plus reconnue* (E-7). Pour eux, la musicothérapie peut être un facteur d'inclusion sociale des personnes souffrant d'un handicap (E-3), avoir un effet thérapeutique, *en matière de prévention de la douleur et de soutien psychologique des patients face à la maladie* ou encore *en apportant du mieux-être aux patients* (E-7). Leurs interpellations du ministère de la Santé montrent que dans leurs représentations sociales la musicothérapie, identifiée en tant que pratique spécifique, est l'affaire des *musicothérapeute* (E-1, E-2, E-7, E-9), d'*éducateurs spécialisés en musicothérapie* (E-3, E-4), ou en tous cas, de personnes devant être diplômées (E-10). Leurs discours respectifs renvoient ainsi à une certaine diversité de la représentation professionnelle des praticiens de la musicothérapie qui permet aussi de situer ses différents champs d'interventions : dans le secteur médical, médico-social et médico-pédagogique, voire éducatif et culturel, à l'intention de publics pouvant être « fragilisés » (E-3, E-4).

---

<sup>325</sup> Cf. : annexe 15, « Fiche récapitulative des contenus de discours sur la musicothérapie des députés dans les questions écrites de l'Assemblée Nationale », p. 143-147 des annexes de la thèse.

En réponse à leurs questions, le ministère peut adopter différentes attitudes. Selon le Règlement de l'Assemblée nationale, celui-ci dispose d'un délai légal d'un mois pour répondre au député qui l'interpelle. Il est autorisé à éluder la question posée, en déclarant par écrit que celle-ci ne présente aucun intérêt public, ou en l'ignorant. En cas de non-réponse dans les délais impartis, il est de la responsabilité de l'auteur de la question, ou d'un autre député, d'en demander le renouvellement<sup>326</sup>. Ci-dessous, nous proposons un tableau synoptique des questions écrites de l'Assemblée nationale, respectant l'ordre chronologique des réponses ministérielles. A la suite de sa présentation, nous commenterons ce tableau :

<b>Tableau synoptique des questions écrites de l'Assemblée nationale (2000-2017)</b> <b>Musicothérapeute (nombre d'occurrence)</b> <b>Musicothérapie (nombre d'occurrence)</b> <b>0 = pas d'occurrence dans le contenu textuel</b> <b>Néant = pas de réponse du ministère</b>			
<b>Éléments du corpus</b>	<b>Question</b>	<b>Ministère</b>	<b>Réponse</b>
E-1	Musicothérapeute (2)	Santé, handicapés	Musicothérapie (2)
E-2	Musicothérapeute (2)	Santé, familles, personnes handicapées	Néant
E-3	Musicothérapie (1)	Santé, jeunesse et sport	Néant
E-4	Musicothérapie (1)	Personnes handicapées, Culture et Communication	0
E-5	0	Personnes âgées	0
E-6	0	Sécurité sociale, personnes âgées, etc.	Musicothérapie (1)
E-7	Musicothérapie (2) Musicothérapeute (1)	Santé, Solidarité, Santé, jeunesse et sport	Néant
E-8	0	Santé, sport Travail, solidarité et fonction publique	Musicothérapie (1)
E-9	Musicothérapie (4) Musicothérapeute (2)	Santé jeunesse et sport, Travail, emploi et santé	Musicothérapie (1)
E-10	Musicothérapie (4)	Santé	Musicothérapie (1)
E-11	0	Justice	Musicothérapie (1)
E-12	0	Justice	Musicothérapie (1)
E-13	0	Justice	Musicothérapie (1)

<sup>326</sup> Cf. : Art. 135 du *Règlement de l'Assemblée nationale*, 2019, p. 108, [en ligne], URL : <http://www.assemblee-nationale.fr/connaissance/reglement.pdf>

E-14	0	Justice	Musicothérapie (1)
E-15	0	Justice	Musicothérapie (1)
E-16	0	Justice	Musicothérapie (1)

Sur ce tableau récapitulatif, nous observons que toutes les questions des députés ne font pas obligatoirement référence à la musicothérapie. Comme nous l'avons précisé en introduction de ce paragraphe, seulement sept députés interrogent le ministère en impliquant la *musicothérapie* ou les *musicothérapeutes*. Parmi ces questions, trois dont deux se rapportent directement à la situation des musicothérapeutes, ne sont pas traitées par le ministère : E-2 ; E-3 ; E-7. Pour les quatre autres, quand les députés parlent de la situation des musicothérapeutes, le ministère répond à propos de la musicothérapie. Ce dernier n'évince pas pour autant la question des musicothérapeutes, qu'il renvoie à la responsabilité des universités délivrant des diplômes : E-1, E-9, E10. Cela conduit à identifier une situation problématique pour certains praticiens qui est connue du ministère et qui dure depuis au moins près de vingt ans (2000-2019). Et, cette approche temporelle du problème de la musicothérapie à travers les questions écrites rend compte d'un blocage de la situation qui renvoie aux logiques socio-économique et politique du ministère et des organismes de formations universitaires. Celles-ci pouvant se mettre en œuvre de façon divergente, au détriment de certaines catégories de population : à la fois des publics ciblés par les formations, des praticiens diplômés et des personnes qui pourraient bénéficier de ce type de prise en charge non-médicamenteuse.

Nous observons aussi que les contenus des réponses ministérielles font ressortir des occurrences du mot *musicothérapie*, alors qu'il n'y en a aucune dans les questions correspondantes des députés. En l'occurrence, au bas du tableau, via les réponses du ministère de la justice aux questions concernant l'organisation sanitaire dans les centres pénitentiaires : E-11 à E-16. En effet le ministère de la Justice fait référence à la *musicothérapie* en tant qu'*activité adaptée* à la prise en charge de publics fragilisés, tels que les *détenus handicapés* (E-11, E-12, E-13, E-14, E-15) ou présentant des *troubles psychologiques* (E-16). Ces observations conduisent à repérer les relations existant entre les ministères, dont les discours s'articulent afin de pouvoir répondre aux besoins de santé publique dans différents types d'institutions publiques, y compris dans les centres de détention. Les contenus des réponses ministérielles montrent que le discours du ministère de la Santé peut aussi être véhiculé à travers celui d'autres ministères, participant ainsi à la circulation de représentations de la musicothérapie, dans différents milieux sociaux. Et ces actants instrumentalisent la *musicothérapie* pour défendre l'image des institutions. On



retrouve ce type de processus dans les questions E-6 et E-8 concernant les modalités de prise en charge des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Ces observations montrent également que la communication numérique de l'Assemblée nationale laisse des traces du comportement des gouvernements successifs depuis le début des années 2000, vis-à-vis de la musicothérapie. Notamment, ils lui accordent volontiers une valeur thérapeutique dans la prise en charge des personnes les plus démunies : personnes âgées, personnes souffrant d'un handicap psychique ou physique. Ces traces renvoient aussi à des représentations collectives, dans lesquelles la question de la musicothérapie et des musicothérapeutes qui pourraient intervenir auprès de ces publics ne semble pas faire l'objet d'un enjeu crucial. En effet, parmi les nombreux sujets pouvant être abordés via le dispositif de la question écrite, le peu de questions existant sur la musicothérapie permet de relativiser cet enjeu, susceptible de concerner de nombreuses personnes qui pourraient bénéficier de ses effets thérapeutiques. Rappelons ici la vision des praticiens de la musicothérapie sur la situation de la musicothérapie, que nous avons présentée en fonction des résultats de l'enquête menée auprès d'eux, dans le chapitre 1 de cette troisième partie. A travers l'enquête, ils précisent que leur temps d'intervention auprès de ces personnes démunies est relativement restreint, à quelques heures par semaine, en jonglant avec plusieurs lieux d'intervention. Et les musicothérapeutes que nous avons interviewés évoquent aussi des difficultés par rapport à des restrictions budgétaires dans les établissements concernés : E-72 à E-74.

Sur le tableau récapitulatif des questions écrites, nous remarquons également que dans l'élément E-5 il n'y a aucune occurrence du mot musicothérapie, ni dans le contenu de la question, ni dans celui de la réponse. Ce document parlementaire a été retenu par rapport à la communication de l'Assemblée nationale qui analyse une question concernant la création d'un Diplôme Universitaire de Musicien Intervenant en milieu hospitalier, en l'assimilant au *développement* de la *musicothérapie*. Ce type d'amalgame, créé par la communication de l'Assemblée nationale, montre qu'il peut exister une certaine confusion des représentations sociales concernant la musicothérapie chez cet actant. En effet le DUMI ne prétend pas à une dimension thérapeutique, bien qu'il défende les valeurs thérapeutiques de la musique (E-5). Il permet l'intervention de musiciens dans un cadre défini, fixé par un partenariat entre le ministère de la Culture et celui de la Santé. Ce cadre renvoie au dispositif « Culture à l'hôpital » que nous avons évoqué dans la première partie de la thèse. Il est intéressant de relever ici que dans cette question écrite, entre le discours du député et celui du ministère, il émerge une

représentation partagée accordant à la musique *des vertus apaisantes, voire thérapeutiques*, dans une formulation qui reste politiquement correcte vis-à-vis des professionnels de santé, n’empiétant pas sur leur « territoire » ou leur champ d’intervention. Cela renvoie aussi à un défaut de définition du cadre sociojuridique d’intervention de certaines catégories de praticiens de la musicothérapie, qui pourrait donner davantage de sens à leurs pratiques et leur permettre d’occuper une place plus précise dans les dispositifs de soins.

Ainsi à travers les réponses aux questions écrites des députés, le discours du ministère sur la musicothérapie évolue par rapport à un postulat réglementaire très clair. Nous proposons de retracer cette progression à travers le tableau suivant :

<b>Évolution du discours du ministère à travers les questions écrites diffusées sur le site de l’Assemblée nationale (2000-2014)</b>	
E-1 (2000)	<i>La musicothérapie n’est pas reconnue en tant que telle en France. Elle n’est pas agréée par le ministère de la Santé (...) néanmoins cette technique peut être mise en œuvre par des professionnels de santé pouvant avoir suivi une formation.</i>
E-2 (2002)	Nous avons déjà répondu à la question des musicothérapeutes diplômés par l’université
E-3 (2002)	La question des <i>éducateurs spécialisés en musicothérapie</i> susceptibles d’intervenir dans les Conservatoires de musique à l’intention de certains publics ne concerne pas le ministère de la Santé.
E-4 (2002)	Nous avons transmis cette question au ministère intéressé qui vous répond qu’il l’étudie.
E-5 (2003-2004)	Nous avons pris connaissance du projet de création du DUMI intervenant en milieu hospitalier dont le ministère souhaiterait connaître l’avancée et qu’en regard de la communauté universitaire qui l’a étudié, nous considérons comme <i>une référence en termes de compétences acquises</i> .
E-6 (2005-2006)	<i>Il existe un certain nombre de techniques de rééducation basées sur la cognition pouvant être proposées à des personnes souffrant de la maladie d’Alzheimer, dont la musicothérapie. Leur efficacité doit être évaluée et la DGS soutient (...) un projet de recherche (...) portant sur l’évaluation de ces thérapeutiques non-médicamenteuses.</i>
E-7 (2006)	La question du financement des formations de musicothérapie ne nous concerne pas.
E-8 (2010)	La musicothérapie présente un intérêt dans la prise en charge <i>des personnes âgées</i> . Elle fait partie des <i>activités sociales à effets thérapeutiques</i> pouvant être proposées, visant à <i>maintenir les capacités fonctionnelles et cognitives des personnes âgées</i> . Ces activités sont mises en place dans les EHPAD, PASA, UHR, etc.
E-9 (2008-2011)	<i>La musicothérapie consiste à utiliser la musique comme support de médiation dans le cadre d’une prise en charge orientée vers le mieux-être de la personne dans son environnement, qui s’inscrit aussi dans un dispositif pluridisciplinaire. Le recours à cette pratique est une réalité, notamment en gériatrie et en psychiatrie. Cette activité n’est pas seulement exercée par des professionnels de santé ayant réalisé une formation complémentaire. Nous renvoyons les professionnels d’autres secteurs diplômés par les universités vers la responsabilité de l’université. Ces pratiques doivent être évaluées. C’est seulement sur la base de ces travaux que des dispositifs réglementaires pourront être éventuellement envisagés.</i>
E-10 (2010-2011)	<i>Ibid.</i>
E-11 à E-17 (2013-2014)	La musicothérapie intervient dans l’organisation sanitaire des centres de détention.

A travers cette interprétation du discours du ministère, les représentations de la musicothérapie du ministère se précisent dans une alliance entre les institutions de l'État et les professionnels de santé. Et le dispositif des questions écrites qui instaure un cadre normatif des relations entre les acteurs, permet un recadrage politique de l'exercice de la musicothérapie, au détriment de certains praticiens. En ce sens le discours du ministère est aussi catégorisant de différents profils de praticiens, dont certains ne sont pas des professionnels de santé. Les représentations de la musicothérapie apparaissent ici comme des représentations collectivement partagées, tenant au postulat règlementaire qui en oriente la signification : *la musicothérapie n'est pas reconnue en tant que telle en France*. Face à ce postulat, la situation des musicothérapeutes semble difficilement négociable : *Ces pratiques doivent être évaluées. C'est seulement sur la base de ces travaux que des dispositions règlementaires pourront être éventuellement envisagées* (E-9). D'autant que ce « noyau » de la représentation influence également la représentation professionnelle de la musicothérapie, en faveur des professionnels de santé formés à cette *pratique* ou à cette *technique*. Cette attribution de la représentation aux professionnels de santé renvoie aussi à différents cadres normatifs (thérapeutique, institutionnels, sociétal) dans lesquels la musicothérapie évolue à travers les pratiques des professionnels de santé et trouve un sens, qui participe à sa dimension thérapeutique. Elle fait également émerger une représentation scientifique de la musicothérapie portée les professionnels de santé qui mènent *des études randomisées* dans le cadre de *projets de recherche multicentriques* (E-6). A l'intérieur de ces cadres, son rôle et sa place se précisent de manière relative à chaque catégorie de praticiens, dans une entente tacite impliquant l'ensemble des acteurs de la musicothérapie.

## **1.2 Les représentations de la musicothérapie à travers les contenus diffusés sur le site web du ministère**

Les éléments E-17 à E-29 du corpus, couvrant la période 2009-2017, permettent de préciser les représentations de la musicothérapie circulant sur le site web du ministère de la Santé, impliquant les contributions d'autres actants. Notre analyse de ces représentations s'appuie sur différents outils : grilles de recueil<sup>327</sup>, analyse actionniste qui a permis de préciser la vision du ministère sur la situation de la musicothérapie dans le chapitre 1 ainsi que des fiches récapitulatives auxquelles nous ferons référence au fur et à mesure de notre présentation.

---

<sup>327</sup> Cf. : annexe 8, p. 54-82 des annexes de la thèse.

Avec l'élément E-17, qui correspond à la capture d'écran de la page de résultats obtenue sur le site du ministère à partir du mot *musicothérapie*, nous percevons d'emblée que la musicothérapie est mise en représentation sur le site du ministère, au travers de différents documents, accessibles en ligne, via des liens hypertextes. Ces documents sont diffusés selon différents formats : PDF, document Excel, diaporama, documents Word. Nous avons retenu ceux qui étaient les plus stables et significatifs pour la recherche : des documents PDF et un document Excel, qui renvoie à l'attribution de subvention pour des projets de recherche menés par des infirmiers et des paramédicaux dans un cadre institutionnel. Pour rappel, ces documents sont produits par différents actants, pouvant être rattachés au ministère de la Santé (DGS, Inspection des Affaires sociales, etc.), des partenaires (HAS, ANESM, FéMaSac, FFMPS) ou encore des personnalités qui sont les auteurs de *Rapports publics* commandités par le ministère. Ils impliquent aussi une grande diversité d'acteurs qui ont pu être consultés pour avis ou s'impliquer dans des groupes de travail. Ces acteurs peuvent être institutionnels (hauts fonctionnaires du secteur de la santé publique, médicaux, paramédicaux, chercheurs, etc.), tout autant que des représentants de sociétés savantes, de fondations, d'associations d'usagers ou autres. Cette diversité renvoie à l'idée de consensus mis en œuvre par les méthodes utilisées par les acteurs pour l'élaboration des documents. Leurs contenus donnent une dimension collective aux représentations de la musicothérapie qui en émergent.

Les représentations de la musicothérapie que nous interpréterons reposent donc sur un discours du ministère co-construit avec les contributions d'autres actants et acteurs. A partir de leurs contenus, nous avons procédé à un relevé d'indicateurs textuels que nous avons thématiques en fonction d'émergences saisies au fil de la lecture et de l'analyse. Cette catégorisation constitue une étape vers l'interprétation des représentations de la musicothérapie véhiculées par le site web du ministère. Nous avons alors regroupé ces données sur un tableau récapitulatif, permettant de revenir de façon plus condensée sur chaque élément du corpus concerné et leur contenu respectif<sup>328</sup>. Cette étape nous a permis de faire des regroupements par thème sur d'autres fiches récapitulatives, afin de pouvoir étudier de manière transversale les catégories thématiques et leurs contenus, se rapportant aux représentations des acteurs. Dans ce qui suit, nous présenterons et commenterons ces fiches récapitulatives, afin de donner au lecteur des points de repère. Les thèmes émergeant de ces contenus constituent donc des éléments des

---

<sup>328</sup> Cf. : annexe 16, p. 148-150 des annexes de la thèse.

représentations de la musicothérapie, plus ou moins partagées par les acteurs impliqués. Pour rappel, les thèmes que nous avons définis par rapport aux émergences saisies sont :

- définition de la musicothérapie ;
- définition des praticiens de la musicothérapie ;
- champ(s) de pratique de la musicothérapie ;
- rôle de la musicothérapie ;
- identification d'un parcours de formation à la musicothérapie ;
- économie de la musicothérapie.

<b>Thème émergent : définition de la musicothérapie</b>		
E-18 (2009)	DGAS (Action Sociale)	La musicothérapie peut contribuer à la <i>prise en charge des troubles du comportement (notamment aux stratégies non médicamenteuses de gestion des symptômes psycho-comportementaux)</i> .
E-19 (2012)	HAS-ANESM	La musicothérapie est une <i>discipline dite alliée</i> , dont on ne connaît pas suffisamment les effets sur les <i>compétences sociales</i> et qui n'a pas prouvé son <i>efficacité</i> dans la prise en charge de <i>l'autisme</i> , malgré un <i>essai randomisé</i> .
E-20 (2012)	Rapport Comité scientifique AGGIR PATHOS Ministère Santé	La <i>musicothérapie</i> fait partie des <i>thérapies non pharmacologiques</i> . Elle s'appuie sur les <i>qualités non verbales de la musique</i> .
E-21 (2013)	Inspection G. Affaires sociales	La musicothérapie pourrait être un moyen de <i>prise en charge</i> répondant à certains besoins des <i>personnes âgées</i> .
E-22 (2013)	Ministère Affaires sociales Santé	La musicothérapie est un objet d'étude dans la <i>recherche infirmière</i> , notamment le ministère investit financièrement dans un recherche concernant son utilisation en <i>réanimation</i> .
E-23 (2013)	Rapport Verger Ministère Affaires sociales Santé	La musicothérapie fait partie des <i>thérapies basées sur une stimulation sensorielle</i> . Elle s'appuie sur les <i>qualités non verbales de la musique (son, rythme, harmonie, mélodie)</i> . « <i>En fonction du contexte, la musicothérapie est une pratique de soin, de rééducation ou de relation d'aide, utilisant le son et la musique sous toutes leurs formes, comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse.</i> »
E-24 (2014)	Ministères Réseau doc Archives	La musicothérapie est utilisée dans les pratiques de psychothérapie.
E-25 (2014)	Ministères Réseau doc Archives	La musicothérapie est thérapeutique. Elle est utilisée dans les pratiques de psychothérapie.
E-26 (2014)	CNSA (Solidarité Autonomie) Ministère -DGCS (Cohésion Sociale)	La musicothérapie est une <i>activité de soutien</i> à dimension <i>culturelle et artistique</i> pouvant être proposée aux publics des <i>dispositifs de répit</i> .
E-27 (2014- 2019)	Ministères Enseignement sup. Affaires sociales Santé	La <i>musicothérapie</i> est une <i>méthode de prise en charge thérapeutique non-médicamenteuse</i> qui demande à être évaluée scientifiquement.
E-28 (2015)	FéMaSac	La musicothérapie permet de mettre en œuvre des actions de médiation dans les maisons de santé.
E-29 (2017)	Rapport Clanet Ministère Santé	La musicothérapie est une <i>alternative thérapeutique</i> non médicamenteuse dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

A travers ces éléments du corpus que nous situons d'un point de vue chronologique et par rapport aux actants auxquels ils renvoient, la musicothérapie est globalement identifiée comme une *thérapie non-médicamenteuse* (E-18, E-27), selon différentes formulations. En fonction du champ de l'activité médicale, paramédicale ou médico-sociale observée par les acteurs, elle se révèle comme une *discipline dite alliée* (E-19), une *pratique de soin* (E-23), un support de médiation thérapeutique (E-24, E-25), une *méthode* (E-27), ou encore une *alternative thérapeutique* (E-29). Et la représentation de la musicothérapie se précise comme une *thérapie* pouvant permettre d'adapter la prise en charge de patients souffrant de différents troubles. L'élément E-23 en donne une définition relativement élaborée : « *elle s'appuie sur les qualités non verbales de la musique (son, rythme, harmonie, mélodie). En fonction du contexte, la musicothérapie est une pratique de soin, de rééducation ou de relation d'aide, utilisant le son et la musique sous toutes leurs formes, comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse* ». Cette définition empruntée à l'AFM et à Édith Lecourt, qui sont citées dans le rapport de Philippe Verger, montre les effets de la circularité de la communication qui oriente la représentation professionnelle de la musicothérapie. En effet, Édith Lecourt est une référence pour les acteurs du rapport. La dimension thérapeutique de la musicothérapie en tant que *thérapie non médicamenteuse* ou *non pharmacologique* est ici intégrée au noyau des représentations de la musicothérapie, qui renvoie à une représentation collectivement partagée par le ministère et l'ensemble des actants y sont rattachés, via leurs contributions respectives à la communication numérique du ministère. Et ce, même si la HAS précise que son efficacité reste à évaluer (E-19), ce qui en fait aussi un objet d'étude (E-22) pouvant intéresser la recherche infirmière et paramédicale, dans le cadre de projets institutionnels. En l'occurrence, cette attribution renforce l'idée que nous avons également repérée à travers les questions écrites, concernant la recherche infirmière et son investissement de la représentation scientifique de la musicothérapie, dans un cadre porté par les institutions et encouragé par le ministère.

Concernant les praticiens de la musicothérapie, les représentations sont plus complexes :

<b>Thème émergent : définition des praticiens de la musicothérapie</b>		
E-18 (2009)	DGAS (Action Sociale)	Des professionnels formés aux techniques de soins, de communication, d'observation et d'analyse, intégrés dans une équipe placée sous la responsabilité d'un médecin.
E-20 (2012)	Rapport Comité scientifique AGGIR PATHOS Ministère Santé	De manière implicite, des professionnels relevant de l' <i>apparition de nouvelles professions (psychomotriciens, ergothérapeutes...)</i> .

E-22 (2013)	Ministère Affaires sociales Santé	Une infirmière.
E-23 (2013)	Rapport Verger Ministère Affaires sociales Santé	<i>Le musicothérapeute.</i>
E-24 (2014)	Ministères Réseau doc Archives	De façon implicite (par rapport à la réglementation sur l'usage du titre de psychothérapeute) les praticiens de la musicothérapie sont des psychologues, des médecins, des psychanalystes .
E-25 (2014)	Ministères Réseau doc Archives	Ibid.
E-26 (2014)	CNSA (Solidarité Autonomie) Ministère DGCS (Cohésion Sociale)	<i>D'autres types de professionnels relevant des métiers d'animation (animateur, art-thérapeute, artiste...).</i>
E-28 (2015)	FéMaSac	Des médiateurs qui se sont professionnalisés. Des <i>catégories de professionnels</i> que l'on peut situer <i>au-delà de la définition juridique des professionnels de santé.</i>
E-29 (2017)	Rapport Clanet Ministère Santé	Les professionnels de santé dont la formation en musicothérapie fait évoluer les pratiques.

Le discours des actants est plus ou moins propice à la catégorisation des praticiens. Les *Thésaurus* partagés via le réseau documentaire des ministères situent essentiellement la *musicothérapie* comme un support de médiation thérapeutique dans les prises en charge en *psychothérapie* (E-24, E-25). Rappelons ici que pour les institutions l'usage du titre de psychothérapeute est réservé aux ayant droit (psychiatres, psychanalystes et psychologues). Compte tenu de l'ensemble des représentations véhiculées par les contributions des actants, cette définition des praticiens n'est pas obligatoirement partagée. En effet, les contenus des éléments du corpus font référence à différents types de praticiens : *Des professionnels formés aux techniques de soins, de communication, d'observation et d'analyse, intégrés dans une équipe placée sous la responsabilité d'un médecin* (E-18), des paramédicaux de type *psychomotriciens, ergothérapeutes, etc.* (E-19), des *infirmiers* (E-22), des psychothérapeutes (E-24, E-25), des *professionnels relevant des métiers d'animation (animateur, art-thérapeute, artiste...)* (E-26), des *médiateurs qui se sont professionnalisés* (E-28), des professionnels de santé dont les formations peuvent faire évoluer les pratiques (E-29). Cette énumération qui peut paraître catégorisante de la part du ministère, ouvre aussi à une conception des acteurs de la santé qui inclut des *habitants relais* dans le fonctionnement des dispositifs de santé communautaire (E-28) et d'autres professionnels que l'on peut situer *au-delà de la définition juridique des professionnels de santé* (E-18, E-26, E-29), pouvant tous jouer un rôle dans le secteur de la santé. Toutefois, le *Rapport Verger* (E-23) qui fait référence au *musicothérapeute*, est à situer dans un contexte de citation qui renvoie à « *Édith Lecourt, professeur de psychologie*

et psychopathologie clinique à l'Université Paris-Descartes », orientant la signification de la représentation vers certaines pratiques de psychothérapie. Une référence qui introduit néanmoins le mot *musicothérapeute* dans le lexique du ministère.

Comme nous l'avons vu sur le tableau ci-dessus, tous les éléments du corpus ne renvoient pas obligatoirement à la thématique « définition des praticiens de la musicothérapie ». Cela peut tenir à des oublis relatifs aux passages de certains documents que nous avons retenus. Par exemple, les éléments E-19 et E-27 qui correspondent à une contribution de la HAS et au *Plan Maladies Neuro Dégénératives 2014-2019*, sont des documents relativement longs par rapport auxquels nous nous rendons compte qu'il aurait peut-être fallu retenir aussi d'autres passages. Quoiqu'il en soit, cette lacune n'empêche pas d'observer que la représentation des praticiens de la musicothérapie peut être variable entre les acteurs qui contribuent à la communication du ministère, en fonction des secteurs et des publics pris en charge dans ces secteurs. Et, ces contextes se précisent avec la fiche récapitulative de la représentation des champs de pratique de la musicothérapie :

<b>Thème émergent : champ de pratique de la musicothérapie</b>		
E-18 (2009)	DGAS (Action Sociale)	Santé – EHPAD – UHR – personnes âgées présentant des troubles du comportement modérés.
E-19 (2012)	HAS-ANESM	Selon les cas d'autisme, <i>l'activité musicale, les activités ludiques, culturelles et artistiques peuvent être recommandées.</i>
E-20 (2012)	Rapport Comité scientifique AGGIR PATHOS Ministère Santé	Les EHPAD – auprès des personnes présentant des troubles de démence.
E-22 (2013)	Ministère Affaires sociales Santé	Réanimation.
E-23 (2013)	Rapport Verger Ministère Affaires sociales Santé	Les EHPAD auprès d' <i>une population très âgée, dépendante et polypathologique, Elle s'adresse à des personnes présentant des difficultés liées à des troubles psychiques, sensoriels, physiques, neurologiques ou en difficulté psycho-sociale.</i>
E-24 (2014)	Ministères Réseau doc Archives	Santé médecine.
E-25 (2014)	Ministères Réseau doc Archives	Santé médecine.
E-26 (2014)	CNSA (Solidarité Autonomie) Ministère DGCS (Cohésion Sociale)	Médico-social, auprès des <i>couples aidant-aidé</i> ou des <i>aidants</i> .
E-27 (2014- 2019)	Ministères Enseignement sup. Affaires sociales Santé	Santé, auprès de patients souffrant de maladies neuro-dégénératives.
E-28 (2015)	FéMaSac	Santé de proximité – santé communautaire.
E-29 (2017)	Rapport Clanet Ministère Santé	Dans la prise en charge des patients souffrant de maladie neurodégénérative.



En effet, les professionnels que l'on peut situer *au-delà de la définition juridique des professionnels de santé* renvoient aux structures accueillant des personnes âgées : les EHPAD, UHR (E-18,) où les praticiens de la musicothérapie interviennent ponctuellement (cf. : éléments E-72 et E-73 du corpus : résultats de l'enquête auprès des praticiens). Dans ces lieux, où peuvent aussi être accueillies des personnes souffrant de maladies neurodégénératives (E-27), on retrouve ces *nouvelles professions (psychomotriciens, ergothérapeutes...)* (E-20), *D'autres types de professionnels relevant des métiers d'animation (animateur, art-thérapeute, artiste...)* (E-26), y compris des *musicothérapeutes* (E-23). On trouve aussi dans les dispositifs de santé communautaire des *habitants relais* qui se professionnalisent (E-29). Tous prennent une valeur socio-professionnelle auprès des publics les plus démunis, pouvant intégrer de façon plus ou moins ponctuelle et précaire les institutions. On retrouve aussi la musicothérapie dans des pratiques plus spécifiques en réanimation (E-22) ou comme support de médiation thérapeutique des *psychothérapies* dans quelques champs de la médecine (E-24, E-25).

En fonction de ces secteurs, le discours du ministère conduit à l'émergence d'autres représentations de la musicothérapie, concernant son rôle, ou ses effets :

<b>Thème émergent : rôle de la musicothérapie</b>		
E-18 (2009)	DGAS (Action Sociale)	Elle joue un rôle social et <i>thérapeutique</i> . Elle permet de mobiliser les fonctions sensorielles.
E-19 (2012)	HAS-ANESM	<i>Pour aider l'enfant/adolescent à développer ses facultés cognitives et éventuellement permettre l'épanouissement social de l'enfant et de l'adolescent.</i>
E-20 (2012)	Rapport Comité scientifique AGGIR PATHOS Ministère Santé	Stimuler les fonctions <i>sensorielles</i> .
E-22 (2013)	Ministère Affaires sociales Santé	<i>Produire un effet sur la tolérance et l'acceptation de la ventilation non-invasive au cours de l'insuffisance respiratoire aiguë.</i>
E-23 (2013)	Rapport Verger -Ministère Affaires sociales Santé	<i>Elle peut même permettre d'optimiser le potentiel restant des résidents facilitant la prise en soin du personnel soignant.</i>
E-24 (2014)	Ministères Réseau doc Archives	En tant que support de médiation dans les psychothérapies.
E-25 (2014)	Ministères Réseau doc Archives	En tant que support de médiation dans les psychothérapies.
E-26 (2014)	CNSA (Solidarité Autonomie) Ministère -DGCS (Cohésion Sociale)	<i>Elle contribue à améliorer les capacités fonctionnelles, cognitives et sensorielles des personnes malades.</i>
E-27 (2014- 2019)	Ministères Enseignement sup. Affaires sociales Santé	Elle pourrait contribuer à ralentir <i>l'évolution des MNDs</i> .
E-28 (2015)	FéMaSac	Outil de médiation.
E-29 (2017)	Rapport Clanet Ministère Santé	Type d'intervention pouvant s'inscrire parmi les interventions d'ordre psychosocial.

Dans les EHPAD et autres structures assimilées, elle peut jouer un rôle social et permettre un accompagnement à *effet thérapeutique* des personnes âgées, intervenant aussi sur la stimulation des fonctions sensorielles (E-18, E-20, E-26, E-27, E-29). *Elle peut même permettre d’optimiser le potentiel restant des résidents facilitant la prise en soin du personnel soignant* (E-23). Dans les projets de recherche, on peut évaluer *ses effets sur la tolérance et l’acceptation de la ventilation non-invasive au cours de l’insuffisance respiratoire aiguë* (E-22). A travers les discours des actants qui contribuent à celui du ministère, nous observons que la terminologie employée est marquée de l’influence du discours de la HAS. Des expressions telles que « mobiliser les *fonctions sensorielles* », « *thérapie à effet thérapeutique* », se retrouvent aussi dans les recommandations de la HAS. Et les éléments du corpus extraits du site du ministère contiennent de nombreuses références aux *Recommandations de bonnes pratiques*. Ce même effet de circularité se retrouve par rapport à l’expression *professionnels formés*, qui renvoie à un certain vide idéique sur les formations supposées, à propos desquelles, rappelons-le, le ministère ne se sent pas concerné (cf. : paragraphe précédent concernant les réponses aux questions écrites des députés) :

<b>Thème émergent : formation à la musicothérapie</b>		
E-23 (2013)	Rapport Verger Ministère Affaires sociales Santé	<i>L’indispensable qualité de formation des personnels travaillant auprès des personnes âgées.</i>
E-28 (2015)	FéMaSac	Diplôme de technicienne médiation service (?)

Ici, l’élément de la représentation est flou : *l’indispensable qualité de formation des personnels travaillant auprès des personnes âgées* (E-23). Nous observons que si la formation constitue une dimension importante des pratiques des personnels intervenant auprès des personnes âgées, dans certains milieux, la formation permettant d’exercer la musicothérapie donne lieu à une représentation particulière qui ne rend pas obligatoirement de sa spécificité : un *diplôme de technicienne médiation service pour mettre en œuvre de nombreuses actions à la demande des habitants (ateliers « Bien-être », « Estime de soi », musicothérapie, débats, éducation thérapeutique du patient)* (E-28). Et les Thésaurus qui situent la musicothérapie comme une pratique de psychothérapie n’éclairent que de façon partielle sur cette question, renvoyant à une formation préalable de psychologue ou autres ayant droit à l’usage du titre psychothérapeute. Ce vide sur la question des formations, que l’on peut croiser avec celui laissé par le ministère à la question écrite d’une députée concernant le coût de la formation de musicothérapeute (E-7), semble symptomatique des logiques économiques et politiques mises en œuvre par les acteurs.

Il nous conduit à observer les représentations qui se dégagent du thème « économie de la musicothérapie », présenté ci-dessous :

<b>Thème émergent : Economie de la musicothérapie</b>		
E-20 (2012)	Rapport Comité scientifique AGGIR PATHOS Ministère Santé	L'outil Pathos ne permet pas la prise en compte des thérapies non médicamenteuses (ou de la musicothérapie) dans la mesure de la charge de soin en EHPAD.
E-21 (2013)	Inspection G. Affaires sociales	Elle n'est pas financée par l'assurance maladie.
E-22 (2013)	Ministère Affaires sociales Santé	Le ministère de la Santé peut financer des projets de recherche infirmière impliquant la musicothérapie à hauteur de 152 303 €.
E-23 (2013)	Rapport Verger - Ministère Affaires sociales Santé	<i>les moyens en personnel affectés à la prise en charge de la dépendance et des soins sont calculés, autorisés et financés en fonction de l'évaluation GIR (groupes iso-ressources) et PATHOS (...). Personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation : 6,40 % des ETP.</i>
E-26 (2014)	CNSA (Solidarité Autonomie) Ministère - DGCS (Cohésion Sociale)	<i>47 plateformes présentent dans leurs effectifs d'autres types de professionnels (...) d'où le recours à des financements complémentaires (...). 15 plateformes déclarent recevoir des financements complémentaires à la dotation annuelle de l'assurance maladie.</i>

Les logiciels AGGIR, PATHOS, GIR, visant à évaluer les besoins des résidents et la charge de soin des EHPAD, mis en place à partir de 2008, ne prévoient pas la prise en compte des thérapies non-médicamenteuses (E-20, E-23, E-26). Ces systèmes d'information ne permettent pas de valoriser les interventions de certains professionnels. La musicothérapie ne constitue pas un acte remboursable par l'assurance maladie (E-23). Et les moyens financiers sont distribués en fonction des catégories de personnel affectés à la prise en charge de la dépendance et des soins (E-23, E-26). Ainsi, il doit être fait *recours à des financements complémentaires* pour permettre l'intervention de certains *types de professionnels*.

## **2. LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE VÉHICULÉES PAR LA HAS ET LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

Dans ce paragraphe nous regroupons les représentations véhiculées par la HAS et les établissements de santé, qui entretiennent des relations d'interdépendance, notamment par les procédures de certification influençant les pratiques des professionnels et le positionnement intermédiaire de la HAS entre les établissements de santé et le ministère.

## 2.1 Les représentations de la musicothérapie véhiculées par la HAS

Dans cette section nous présenterons les représentations de la musicothérapie que nous avons vu émerger des recommandations de bonnes pratiques et du guide médecin que nous avons étudiés (E-31 à E-38). Ces documents diffusés sur le site de la HAS suivent une procédure éditoriale très stricte. Leur élaboration peut être commanditée par un service du ministère (DGS) (E-31), pouvant être associé à une société savante, par exemple la Société Française de Gériatrie (E-32), ou encore faire l'objet d'une auto-saisine de la HAS, comme c'est le cas avec le guide médecin concernant la prise en charge des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer (E-33). La production de ces documents mobilise un grand nombre d'acteurs pour des avis consultatifs et pour la mise en place de comités d'organisation, de groupes de travail et de lecture : sociétés savantes, associations d'experts, chercheurs, professeurs, médecins spécialistes, médecins généralistes, cadre de santé, directeurs d'établissement, professionnels de santé, travailleurs sociaux, psychologues, fondations, représentants d'usagers, etc. De fait, aucun *musicothérapeute* n'est mentionné dans les documents que nous avons étudiés.

A partir de l'analyse de contenu de ces recommandations et de ce guide, nous avons construit des notices pour faciliter le repérage d'indices permettant de situer le discours de la HAS et nous avons traité ces données à l'aide de la grille de recueil-analyse présentée en annexe 11 de la thèse<sup>329</sup>. Ce procédé a facilité l'analyse d'indicateurs textuels se rapportant à la musicothérapie pour en voir émerger des représentations que nous avons interprétées en tenant compte du positionnement des acteurs. Ces représentations ont été thématiques pour permettre d'en faire une analyse transversale. Nous livrons dans ce qui suit, le récapitulatif de ces émergences, par thème identifié :

<b>Thématisation des représentations émergent des RBP diffusées par la HAS</b> <b>Éléments E-31 à E-38 du corpus</b>
<b>Définition générique de la musicothérapie</b>
La musicothérapie est l'une de ces thérapies non-médicamenteuses (E-31, E-33, E-35, E-36, E-38), dont les interventions peuvent être indiquées en fonction des profils de patients et de leurs besoins (E-33, E-34, E-35, E-36, E-38). Elle peut être un élément important de la prise en charge, sans toutefois se substituer aux traitements médicamenteux et à la prise en charge psychologique des patients (E-32, E-34). Dans les psychothérapies, elle peut aussi constituer une approche (E-34).

<sup>329</sup> Cf. : annexe 11, p. 115-133 des annexes de la thèse.

<b>Champs d'indication de la musicothérapie</b>
Elle peut être indiquée dans la prise en charge de la douleur de certains sujets âgés présentant un trouble de la communication verbale, la maladie d'Alzheimer et autres démences ou maladies apparentées (E-31, E-33, E-35), Également en soins palliatifs (E-32). Elle peut aussi intervenir dans la prévention et la prise en charge des comportements perturbateurs chez les personnes ayant des lésions cérébrales (acquises avant l'âge de deux ans) et dans celle du syndrome de Rett (première cause de polyhandicap) (E-37). Elle peut aussi être utilisée dans la prise en charge psychothérapeutique de l'anorexie mentale (E-34) et dans le repérage et la prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou <i>burn out</i> (E-38).
<b>Rôle thérapeutique</b>
Elle peut constituer un adjuvant utile dans le traitement antalgique de la douleur, influencer les contrôles inhibiteurs périphériques de la douleur et sa composante cognitivo-comportementale (E-31, E-32). Par rapport à certains patients, ce type d'interventions centrées sur la personne peut réduire les troubles du comportement, améliorer le bien-être, les capacités motrices ou sensorielles et les aptitudes sociales (E-33, E-34, E-35, E-36, E-38). La musicothérapie peut aussi jouer un rôle dans le développement de la partie non verbale de la communication, visant à maintenir et favoriser l'interaction (E-37). Dans un autre champ, une méta-analyse montre que les interventions centrées sur la personne, comme la musicothérapie, peuvent aussi réduire le burnout, mesuré en termes d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel (E-38). Dans les psychothérapies, elle peut favoriser la médiation thérapeutique (E-34).
<b>Cadre d'intervention</b>
La musicothérapie peut être intégrée aux approches globales des patients, recommandées par l'OMS (E-32). Son indication peut s'inscrire dans le cadre d'un projet de soin et s'articuler à d'autres types d'approche (E-31, E-32, E-33, E-34, E-35, E-36, E-37, E-38). Ses interventions peuvent être ponctuelles ou durables (E-36). Elle doit être fondée sur les besoins du patient et l'analyse du rapport bénéfice/risque par une équipe pluridisciplinaire, pilotée par un médecin. Elle fait l'objet d'un suivi et sa pertinence doit être évaluée au moyen d'outils existants (E-31, E-32, E-33, E-35, E-37). En ce sens, il est utile d'établir des relations privilégiées avec une équipe pluridisciplinaire spécifique dans laquelle se nouent progressivement des relations de confiance (E-36).
<b>Définition des praticiens de la musicothérapie</b>
Elle doit être pratiquée par un personnel formé. Elle peut faire intervenir des professionnels d'horizons et de pratiques différents, dans le but d'organiser la meilleure prise en charge, ce qui peut inclure d'autres professionnels que médicaux et paramédicaux (E-33, E-35, E-37). Concernant l'algologie, elle doit être pratiquée par des soignants qui participent à la démarche diagnostique et de traitement de la douleur (E-32).
<b>Perspectives pour la musicothérapie</b>
Bien que leur efficacité ne soit pas prouvée (E-33, E-35, E-36, E-38), dans certains cas, les thérapies non-médicamenteuses doivent être préférées au traitement médicamenteux qu'on envisage d'instaurer ou de poursuivre (E-36). La musicothérapie est l'une de ces thérapies non-médicamenteuses que peu d'études rigoureuses permettent de valoriser (E-33, E-35, E-36, E-38). Des facteurs économiques jouent également un rôle important dans l'organisation des soins. Ils influencent leur qualité, l'importance des dispositifs mis en place et la variété des intervenants ainsi que leur compétence. Les projets institutionnels orientés vers les soins qui utilisent des médiations en s'appuyant sur des compétences spécifiques de professionnels et qui sont rigoureusement évaluables à terme, sont pourtant à encourager. Ils permettraient aux professionnels qui s'y investiraient de valoriser une expertise et de se sentir mieux reconnus (36). Par exemple, dans la prise en charge de certaines formes de polyhandicap, des outils de communication exploitant les compétences préservées (regard, expression du visage, gestes simples) pourraient être expérimentés (E-36). D'autres études de bonne qualité méthodologique, pourraient être menées sur le long terme, concernant ses effets sur la prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel (E-38).

L'analyse de contenu des éléments E-31 à E-38 du corpus et les relations de sens que nous avons effectuées entre eux ont fait émerger des représentations de la musicothérapie qui s'appuient sur différentes dimensions, pour préciser, notamment ses champs d'indication, son

rôle thérapeutique et le cadre de ses interventions. En effet, la définition générique de la musicothérapie en tant que *thérapie non-médicamenteuse* est un noyau de représentation collectivement partagé par les acteurs de la HAS, dont les professionnels de santé qui contribuent à l'élaboration des recommandations. Et, nous avons vu que ce jargon médical circule aussi dans le discours du ministère, renforçant ainsi l'influence de la HAS sur les représentations de nombreux acteurs de la santé. Son rôle thérapeutique se précise dans le même sens, trouvant un écho dans les contributions diffusées sur le site du ministère, notamment concernant ses effets de *bien-être* et son action sur la stimulation des *capacités sensorielles* et *sociales* des personnes âgées, ce qui renvoie à un champ d'application de la musicothérapie concernant cette population particulièrement considérée également dans le discours du ministère, de façon relativement suivie. Les autres indications des thérapies non-médicamenteuses auxquelles il est fait référence se rapportent la prise en charge des personnes en soins palliatifs, des comportements perturbateurs chez les personnes ayant des lésions cérébrales, de celles présentant un syndrome de Rett ou encore un syndrome d'épuisement. Le discours de la HAS met ainsi en avant les différents champs d'intervention possible de la musicothérapie, dont l'efficacité reste à évaluer.

La HAS précise aussi les effets thérapeutiques de la musicothérapie, en tant qu'adjuvant utile dans le traitement de la douleur (E-31-, E-32). Une utilisation possible de la musique qui renvoie aux toutes premières communications des médecins du début du XXe siècle sur la musicothérapie, dont nous avons parlé dans la première partie de la thèse. Dans sa version actualisée par la HAS, la question de l'utilisation de la musique en algologie est abordée avec un vocabulaire plus spécifique, ou à caractère scientifique. Les caractéristiques de la musicothérapie, visant à utiliser les qualités non-verbales de la musique pour maintenir ou favoriser l'interaction avec certains patients sont moins précisées. Cela nous renvoie à l'une des spécificités de la musicothérapie qui demande l'intervention d'un professionnel formé, disposant à la fois de connaissances théoriques sur certains aspects pathologiques des patients pris en charge et des compétences musicales. Et c'est bien le savoir-faire du *musicothérapeute* qui lui permet d'adapter sa pratique aux besoins du patient, contribuant ainsi à sa prise en charge globale. Sur ce point le discours de la HAS renvoie à une représentation collectivement partagée du cadre d'intervention de la musicothérapie, pouvant s'inscrire dans un projet de soin et être combinée à d'autres types d'approche, ce qui selon les résultats de l'enquête auprès des praticiens de la musicothérapie n'est pas toujours le cas (E-72, E-73). La HAS présente aussi les thérapies non-médicamenteuses comme devant faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation

reposant sur des outils. En effet, dans le discours des experts, la musicothérapie, au même titre que d'autres thérapies non-médicamenteuses (ergothérapie, psychomotricité...) renvoie à des incertitudes. La documentation scientifique est critiquée et instrumentalisée, permettant aussi d'argumenter des besoins en recherche. Ces arguments mettent en perspective la musicothérapie en tant qu'objet d'étude qui pourrait être investigué dans le cadre de projets institutionnels, permettant éventuellement l'implication de professionnels disposant de compétences spécifiques dans différents domaines, notamment en musicothérapie. Tout comme dans les représentations du ministère, la représentation de la musicothérapie est construite sur un noyau assez stable qui permet à la HAS de préciser le cadre d'invention et le rôle de la musicothérapie, tout en laissant un certain flou sur la spécificité des formations attendues de la part des professionnels concernés. Et il est à noter ici que le mot *musicothérapeute* n'est jamais employé dans le lexique de la HAS, alors qu'il émerge dans celui du ministère, à travers le Rapport de Philippe Verger (E-23). Ainsi, nous observons le jeu de la HAS à travers sa politique linguistique qui fait ressortir un sentiment de marginalisation de certains professionnels formés pouvant provenir d'horizons et de pratiques différents, dans une attitude qui reste politiquement correcte et lui permet de se présenter comme un acteur structurant et pivot de l'évaluation de la musicothérapie, renforçant aussi sa position d'expert.

## **2.2 Les représentations de la musicothérapie véhiculées par les établissements de santé**

Dans cette sous-partie, nous approcherons les représentations de la musicothérapie à travers différentes catégories de contenus pouvant renvoyer à ceux trouvés sur les sites web des CHU (E-39 à E-48) ou encore sur le site du média participatif « [reseau-chu.org](http://reseau-chu.org) », dont l'élément du corpus (E-49) constitue une capture d'écran. Il nous a semblé intéressant d'utiliser ce site dans la recherche, dans la mesure où il offre un autre cadre d'expression aux institutions et à leur communication sur la musicothérapie, ce que les contenus exploités confirment.

### **2.2.1 Les représentations de la musicothérapie émergeant des sites web des CHU**

Comme déjà énoncé dans la deuxième partie, nous nous sommes plus particulièrement intéressée aux CHU qui présentent un lien de proximité géographique avec les formations universitaires, dont nous étudierons les représentations dans un prochain paragraphe. Précisons ici que les acteurs rattachés à ces établissements publics peuvent être en relation avec les acteurs

des formations universitaires, dans lesquelles ils ont des responsabilités et/ou interviennent, en tant que formateur auprès des étudiants.

A travers l'analyse des contenus qu'ils diffusent sur leurs sites web respectifs, nous observons des discours et des comportements communicationnels très différents chez les acteurs des CHU. Cela conduit à relever une forte variabilité des représentations de la musicothérapie qu'ils véhiculent. En effet, le CHU de Nantes présente la musicothérapie comme partie prenante de son offre de soin, à l'intention de certains usagers. Une simple recherche générique via le moteur de recherche de son site web permet de trouver une liste de résultats concernant la musicothérapie qui rend compte de l'investissement des acteurs de ce CHU vis-à-vis de la musicothérapie<sup>330</sup>. Notamment en psychiatrie et en pédopsychiatrie, à travers la mise en avant du projet de recherche « Musicautisme », dirigé par le professeur Bonnot, qui est aussi le responsable du DU de musicothérapie de la Faculté de médecine de l'université de Nantes (E-55). Les éléments E-41 à E-43 du corpus renvoient à une présentation de la musicothérapie, du rôle du musicothérapeute et d'une unité de médiation transversale à tous les services psychiatriques de cet établissement. La musicothérapie y est présentée comme une médiation thérapeutique parmi l'offre de soin proposée par des équipes pluridisciplinaires, dans un cadre organisant de ce type d'activité (E-43). Une présentation qui met aussi en avant la participation des patients : enregistrement d'œuvres composées et interprétées par des patients, de contes musicaux, etc. (E-41). Cette présentation passe également par le portrait d'un infirmier-musicothérapeute qui précise les grands axes de sa pratique, dans une orientation qui peut mêler l'utilisation de différents médias : musique, image, vidéo pour inciter l'expression créative du patient (E-42). Et nous relevons ici que le CHU de Nantes ne semble pas empêché par des questions d'ordre économique pour mettre en œuvre une politique de soins psychiatriques axée sur l'utilisation de différentes médiations thérapeutiques, parmi lesquelles il compte la présence d'un *musicothérapeute*, même si celui-ci est aussi infirmier.

En revanche, via le contenu du *Rapport sur les médecines complémentaires à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris* de mai 2012 (E-39), le discours du rédacteur, fait ressortir le positionnement relativement ferme de cette institution à l'égard de la musicothérapie qu'il assimile aux *médecines complémentaires*. En effet, le rapport précise qu'à l'APHP, ce type d'activité est exclusivement pratiqué par des *professionnels de santé*, en l'occurrence des

---

<sup>330</sup> Site du CHU de Nantes, page de résultats « musicothérapie », [consultée le 02 août 2018], URL : <https://www.chu-nantes.fr/servlet/com.jsbsoft.jtf.core.SG>



*infirmiers spécialistes cliniques*, pouvant consacrer une partie de leur temps de travail à l'exercice de la *musicothérapie*. Par ailleurs, il met l'accent sur la difficulté de valorisation de cette catégorie d'acte, dont l'enregistrement est *sous valorisé* par défaut de *cotation spécifique* ou de *règles de facturation*. Pour autant *la musicothérapie s'installe en salle d'opération* dans les Hôpitaux de Paris, pour être utilisée par des *anesthésistes* qui *se servent de la musique pour détendre leurs patients en salle d'opération*. Ou encore, on la retrouve dans des *ateliers d'initiation* participant au projet culturel de cette institution (E-40).

Sur le site du CHU de Montpellier (E-46, E-47), peu de contenus se rapportent à la musicothérapie. Elle est présentée à travers deux articles publiés en 2017. Le premier (E-46) est illustré par la photo d'un homme portant un casque-écouteur, avec à l'arrière-plan un écran d'ordinateur et l'interview d'un médecin. L'intitulé de l'article et son introduction définissent la musicothérapie en tant que *technique de soin non médicamenteuse utilisée dans le traitement de la douleur et de la maladie d'Alzheimer*. Le discours sur la musicothérapie valorise le CHU de Montpellier précisant que celui-ci l'utilise *depuis 1999*. Puis, l'article se développe en précisant son utilisation dans le traitement de la douleur, considérant que *tout soignant formé à l'utilisation de la méthode « Music Care »* peut pratiquer un soin par la musique. Il fait référence à une *technique dont l'efficacité a été confirmée par de nombreuses études et recherches cliniques dont les premières ont été réalisées au CHU de Montpellier*. L'utilisation de ce dispositif élaboré par Stéphane Guétin, musicothérapeute formé à Montpellier 3, qui est également devenu docteur psychologie clinique et psychopathologie<sup>331</sup>, nécessite en effet quelques jours de formation. Celles-ci sont dispensées par l'association AMARC dont il est le directeur<sup>332</sup>. A travers ce contenu, la musicothérapie semble réduite à un appareillage et à des gestes techniques qui après quelques explications ne nécessiteraient même plus la présence d'un soignant : *il [le patient] peut s'approprier la méthode. Il peut l'utiliser quand il le souhaite*. Un autre contenu diffusé sur le site de ce CHU vient relativiser cette représentation de la musicothérapie, notamment en faisant référence à un projet de recherche visant à évaluer son efficacité dans le traitement de certains *troubles de la maladie d'Alzheimer*, pour lequel le CHU a obtenu une subvention (E-47). Alors que la création du DU de Montpellier 3 a été initiée par une personnalité du CHU de Montpellier à la fin des années 1970 et que sa responsabilité est

---

<sup>331</sup> Cf. Guétin S., 2009, *Évaluation de l'effet de la musicothérapie* *Évaluation de l'effet de la musicothérapie sur les manifestations anxieuses et psycho-comportementales chez des personnes atteintes de démence de type Alzheimer au stade léger à modéré*. Thèse de doctorat : Psychologie clinique et Psychopathologie. Université Paris-Descartes.

<sup>332</sup> Site de l'AMARC, rubrique « A propos de nous », [consulté le 28 juin 2017], URL : <http://www.amarc.fr/>

confiée depuis à des chefs de service de cette institution, notamment rattachées au pôle psychiatrique, on peut se demander si les représentations de la musicothérapie véhiculées par le CHU de Montpellier ne créent pas quelques tensions entre le CHU et la formation universitaire de Montpellier 3, voire entre les acteurs hospitaliers du CHU. En effet, la représentation qui émerge de la communication du CHU à propos du dispositif *Music Care* est très éloignée de celle portée par la formation au DU de musicothérapeute clinicien de Montpellier 3 (E-61 à E-64) et défendue par la FFM (E-69 à E-71 et E-74, E-75). Pour les acteurs de cette formation universitaire et de sa représentation professionnelle, la musicothérapie contient une dimension humaine essentielle à la mise en œuvre des effets thérapeutiques de la musique. Celle-ci passe par l'intermédiaire du *musicothérapeute*, dont la capacité d'observation et d'analyse de la relation musicothérapeutique avec le patient contribuent au processus thérapeutique. Cette vision de la musicothérapie prend aussi en considération la singularité du patient, de ses besoins et de sa réceptivité.

Tout près de Montpellier, au CHU de Nîmes, la musicothérapie est mise en représentation différemment, dans ses relations à l'équipe du pôle de gérontologie (E-44) et de l'institut de cancérologie du Gard, où elle rajoute une valeur à *l'offre médico-soignante d'excellence* d'un *plateau technique de pointe* (E-45). Ces références à la musicothérapie, qui restent relativement succinctes, en donnent une représentation permettant d'imaginer la place de la musicothérapie dans les dispositifs de soins. Elles renvoient aussi à l'identification d'une *musicothérapeute* intégrée dans l'équipe de soins (E-44). Ce qui est moins le cas sur le site du CHU de Toulouse, qui se situe à proximité du DU de l'université Jean-Jaurès Toulouse 2. En effet, la recherche ciblée via le moteur de recherche de ce site donne un résultat qui correspond à l'annonce d'un journal télévisé de 2007, dans lequel il semblerait que l'hôpital ait présenté un événement concernant la *musicothérapie à l'hôpital des enfants* (E-48).

A travers les contenus qui sont accessibles au grand public, la communication numérique des CHU vise essentiellement la présentation des établissements de santé. Concernant la musicothérapie, elle renvoie à une représentation de la musicothérapie, de sa place, des professionnels qui l'exercent et de son sens pouvant être variable. Au CHU de Nantes et de Nîmes elle est représentée par l'intégration des *musicothérapeutes* aux équipes soignantes, mettant en avant la dimension pluridisciplinaire et personnalisée de l'offre de soins. Dans les hôpitaux de Paris, elle renvoie à une *médecine complémentaire* et à la spécialité *clinique* d'un infirmier, qui valorise l'aspect pluridisciplinaire des équipes soignantes. Au CHU de

Montpellier, la musicothérapie peut faire l'objet d'une réification, avec le dispositif *Music Care*, par lequel elle est considérée comme un *outil* pouvant être *utilisé en neurologie, en anesthésie-réanimation, au bloc opératoire*. Elle y est aussi une *thérapie non-médicamenteuse innovante* et un objet d'étude, dans la prise en charge des *patients âgés* présentant *des troubles neurocognitifs majeurs*. Au CHU de Toulouse, elle semble en retrait, souffrant d'un manque de visibilité sur le site web de cet actant.

### **2.2.2 Les représentations de la musicothérapie émergeant du média « réseau-chu.org »**

Le site « réseau-chu.org » est un média numérique créé en 1998 par une conseillère en communication et consacré à l'actualité des CHU. Il prend le relais, d'un journal papier fondé un an plus tôt. En 2017, le réseau comprend une trentaine de membres qui sont des Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires (CHRU). Ce média consacré à l'actualité des CHU cible un public relativement diversifié : *tous les professionnels exerçant dans les hôpitaux, aux institutions de santé et à tous les partenaires des établissements de soins, aux journalistes, aux documentalistes et à l'ensemble des internautes concernés par les questions de santé*<sup>333</sup>. Les contenus, généralement postés par les communicants des CHU, véhiculent des informations valorisant l'image de leur institution. A partir d'une recherche ciblée sur le moteur de ce média numérique, nous avons obtenu une page de vingt-deux résultats, concernant la musicothérapie. Nous en avons gardé trace en la stabilisant par une capture d'écran pour créer l'élément E-49 que nous avons intégré au corpus. Les articles en lien avec le contenu de cet élément ont été explorés en ligne et nous en avons conservé des données pouvant servir la recherche, au moyen d'une grille de recueil-analyse qui est présentée en annexe 17 de la thèse<sup>334</sup>. L'élément E-50 du corpus donne un exemple de la présentation en ligne de ces articles.

Sur les vingt-deux articles relatifs au contenu de la page de résultats obtenue sur le site de ce média (E-50), seulement quinze ont pu être exploités pour la recherche. En effet, leur référencement en ligne renvoie à des liens pouvant être obsolètes ou provoquant des doublons. Les articles restants couvrent une période allant de 2004 à 2017, qui permet de relativiser la notion d'*actualité* mise en avant par l'intitulé (ou le slogan) de la page d'accueil de ce site :

---

<sup>333</sup> Site du média réseau-chu.org, rubrique « Qui sommes-nous ? », URL : <https://www.reseau-chu.org/reseau-chu/qui-sommes-nous/>, [consulté le 02 novembre 2017].

<sup>334</sup> Cf. : annexe 17, p. 151-175 des annexes de la thèse.

CHU Réseau. *L'actu des CHU*. Le contenu de ces articles fait émerger des représentations de la musicothérapie que nous interprétons dans ce qui suit.

A travers ces contenus, la musicothérapie est présentée en tant que *thérapie non-médicamenteuse*, selon divers angles. Elle peut intervenir dans le *traitement de la douleur*, et ce dans différents pôles de l'activité médicale : *en chirurgie thoracique*, dans la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), dans les *services de maternité*, ou encore en *soins palliatifs* ou elle constitue un *soin de support et de confort*. Dans les établissements accueillant des *personnes âgées*, elle peut même viser un *double soulagement des soignants et des patients*. On la retrouve en tant qu'*activité* thérapeutique dans différents secteurs : en psychiatrie, en addictologie, en gériatrie, travaillant à la restauration du *lien social* ou à la stimulation des *fonctions cognitives*, ainsi que dans les *approches corporelles des troubles du comportement alimentaire*. Et, il est à noter que cette tendance à la valorisation des thérapies non-médicamenteuses fait aussi l'objet d'une actualité plus large visant à informer les usagers du système de santé, lorsque *Le Monde* du 28 mai 2018 titre l'un de ses articles « *Alzheimer : vers le déremboursement des médicaments. La Haute Autorité de santé avait jugé en octobre 2016 que ces traitements présentaient un « intérêt médical insuffisant* ». Ce qui permet de relever ici l'influence de la HAS sur les pratiques des professionnels de santé, qui touche aussi le grand public, via la presse.

Dans ce même sens, les articles diffusés sur ce média participatif mettent en avant la contribution des infirmiers dans des projets de recherche clinique, visant à évaluer l'efficacité de la musicothérapie dans l'accompagnement de soins pouvant être plus « techniques », par exemple dans *la réfection de pansement*. Ils renvoient à des représentations professionnelles et scientifiques de la musicothérapie, investies par les professionnels de santé, dans une forme de récupération économique et politique de la musicothérapie qui se met en œuvre au détriment de certaines catégories de praticiens pouvant être relégués à une place d'animateur d'*ateliers de création artistique*.

Si dans les communications du ministère de la Santé et de la HAS, la question de la formation des professionnels n'est quasiment pas soulevée, celle du média réseau-chu.org montre que la formation à la musicothérapie fait également l'objet d'une récupération de la part des facultés de médecine, ciblant plus particulièrement les professionnels de santé. En effet, deux créations de DU sont mises en avant. L'article de 2008 du CHU de Montpellier informe : *la*

*musicothérapie dans le cadre du DU d'Art Thérapie à la faculté de médecine de Montpellier.* Ce DU intitulé « Art-thérapie et musicothérapie adapté au sujet âgé » a été mis en place à l'université de Montpellier 1, par l'association AMARC dont nous avons parlé plus haut, par rapport au dispositif Music Care<sup>335</sup>. Il vient directement concurrencer le DU de musicothérapie de Montpellier 3. Un autre article plus récent, datant de 2016 et diffusé par le service de communication du CHU d'Amiens, mentionne la création d'un « *DU de Thérapies Non Médicamenteuses, premier du genre en France [grâce auquel] les professionnels de l'hôpital sont sensibilisés ou formés à (...) la musicothérapie (...)* ». Ces créations de DU dans les facultés de médecine nous apparaissent comme étant en lien avec la question économique de la musicothérapie et une volonté politique qui ne va pas dans le sens de la valorisation du statut de certaines catégories de praticiens, qui quant à eux génèrent des dépenses pour les établissements de soins. En effet, ces derniers, financés en grande partie par la tarification à l'activité, semblent alors contraints par le système de santé de mettre en œuvre des logiques socio-économiques qui orientent l'évolution des formations, des pratiques et de la recherche sur la musicothérapie. Ces logiques ont des répercussions sur celles, plus managériales, des établissements de santé, notamment en matière de recrutement de certaines catégories de *musicothérapeutes*.

### **3. LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE VÉHICULÉES PAR LES SITES WEB DES FORMATIONS UNIVERSITAIRES**

Bien que nous ayons déjà pu faire référence aux contenus des formations universitaires dans la première partie de la thèse, dans ce nouveau paragraphe, nous présenterons une analyse transversale des représentations que véhiculent leurs discours respectifs. Cette analyse s'appuie sur les éléments E-54 à E-62 du corpus qui concernent la présentation en ligne de ces formations ainsi que des documents PDF se rapportant à leurs contenus. Pour rappel, ces formations renvoient :

- au master création artistique qui propose un parcours spécialisé en musicothérapie, rattaché à l'Institut de psychologie de l'université Paris Descartes ou Paris V (E-57 à E-60) ;

---

<sup>335</sup> Source : site de l'AMARC, rubrique « histoire », qui date cette création de 2011, [consulté le 18 novembre 2017], URL : <https://www.music-care.com/fr/histoire>

- au DU de musicothérapie de la Faculté de médecine de l'université de Nantes qui est dispensé en partenariat avec l'Institut de Musicothérapie de Nantes (E-54 à E-56)
- aux DU de musicothérapie (1<sup>er</sup> niveau) et de musicothérapeute clinicien (2<sup>ème</sup> niveau) de l'université Montpellier 3, dont la formation est présentée comme une filière du département musique rattaché à l'UFR 1 (E-61 à E-64) ;
- au DU de musicothérapie de l'université Jean Jaurès de Toulouse 2, qui est présenté en ligne comme une exclusivité de la formation continue, sans précision concernant son rattachement (E-65 et E-66).

Concernant ces résultats, le lecteur peut également se référer l'annexe 18 de la thèse<sup>336</sup> qui présente la fiche récapitulative de certaines données concernant ces formations, qui font émerger des représentations de la musicothérapie en lien avec leur présentation en ligne.

Les contenus diffusés par les organismes de formation universitaire renvoient à des variables de contenus et d'objectifs qui rajoutent de la diversité à celle déjà véhiculée par l'ensemble des formations que nous avons identifiées en ligne (cf. : schéma de la représentativité des acteurs qui diffusent sur internet des contenus se rapportant à la musicothérapie, chapitre 1 de cette troisième partie). Entre les formations universitaires, ces différences existent à plusieurs niveaux, à travers :

- les intitulés de diplômes ;
- leur contenu et leur durée ;
- les formes de rattachement universitaire auxquelles elles donnent lieu ;
- les conditions de leur accès.

En effet, le master Création artistique de Paris V, rattaché à l'Institut de psychologie de cette université, se démarque des DU de Nantes et de Montpellier non seulement par rapport à son intitulé qui correspond à une autre catégorie de diplôme (national), mais aussi par rapport à son niveau de prérequis, sa durée et son objectif visant l'initiation des futurs diplômés à la recherche. Le DU de musicothérapie rattaché à la Faculté de médecine de l'université de Nantes nécessite quant à lui un prérequis de Bac + 3. Il suit un cycle de formation étalé sur trois ans. L'université de Montpellier 3 propose deux types de DU ouverts à la formation initiale,

---

<sup>336</sup> Cf. : annexe 18, p. 176-184 des annexes de la thèse.

présentant deux intitulés différents : le DU de musicothérapie qui se déroule en deux ans et le DU de *musicothérapeute clinicien*, qui nécessite une année supplémentaire. Ce dernier étant le seul enregistré au RNCP, depuis septembre 2016. Le DU de Toulouse 2, quant à lui, se déroule en un an, son accès nécessite un prérequis de Bac + 2. D'emblée ces premiers éléments d'information induisent une instabilité de la représentation de la formation universitaire en musicothérapie.

Une autre variable est observable par rapport à la définition de la musicothérapie que véhicule la présentation en ligne de ces formations. A Paris V, la *spécialité* du master Création artistique en musicothérapie s'est transformée en *parcours* (E-58), depuis son évaluation par le HCERES en 2013 (E-60). Son actuel responsable est professeur de psychologie. Il dirige également le Laboratoire Adaptations Travail- Individus (LATI), rattaché à Paris-Descartes. Au niveau de son contenu, il est construit sur les *théories et la méthodologie de la création artistique* comme base de tronc commun aux autres parcours : danse-thérapie, dramathérapie, arts-plastiques-thérapie. Il contient aussi une réflexion sur l'identité professionnelle, l'éthique et la déontologie, des apports théoriques en psychopathologie et sur les pratiques d'arts-thérapies, la place du corps en arts thérapies. Un autre volet concerne la formation pratique, via 500 heures de stages au total et un suivi visant l'évaluation des pratiques de terrain. En deuxième année, l'accent est également mis sur la méthodologie de la recherche et une sensibilisation à la recherche internationale. La spécificité de la musicothérapie par rapport aux autres médiations thérapeutiques n'est pas précisée dans la maquette de la formation, ce qui donne une représentation floue de la musicothérapie. Le nombre d'heures d'enseignement n'est pas indiqué, la spécificité de l'équipe pédagogique non plus (E-58, E-59). Ce master qui a fait l'objet d'une évolution depuis son évaluation par le HCERES, désignait en 2013 ses futurs diplômés en termes *d'arts-thérapeutes/psychothérapeutes* ou musicothérapeutes (E-60). En réponse aux critiques des évaluateurs, les acteurs du master ont pu tenir un discours de circonstance auprès du HCERES, en lien avec la nouveauté de ce cursus créé en 2011 par Édith Lecourt. Le contenu du rapport précise que l'objectif du master vise à récupérer un vivier d'étudiants existant pouvant être issus de la filière psychologie mais aussi de professionnels disposant d'un DU d'arts-thérapies ou de musicothérapie dont le *type de candidature sera vite marginal*<sup>337</sup> afin de faire évoluer ce master vers la formation initiale (E-60). Cherchant à

---

<sup>337</sup> Cf. AERES, 2013, *Rapport d'évaluation du master Arts-Thérapies de l'université Paris-Descartes, 2012-2013*. Rappelons ici que ce master Arts-Thérapies est devenu après son évaluation le master Création artistique que nous mentionnons dans notre fiche récapitulative et qui est suspendu pour la rentrée universitaire 2018-2019.

valoriser la formation universitaire, ces commentaires font également émerger une représentation relativement négative des autres formations universitaires ou DU existants.

La Faculté de médecine de l'université de Nantes présente le DU de musicothérapie par rapport à un partenariat avec l'Institut de Musicothérapie de Nantes (IMN), posant ainsi une présentation relativement claire de son cadre. Les informations diffusées sur le site de l'université de Nantes sont également relayées par l'IMN selon une autre présentation qui propose aussi des formations plus courtes. Ces précisions valorisent à la fois l'Institut de Musicothérapie de Nantes et la Faculté de médecine en tant que porteur du projet de développement de l'IMN. Cet échange est lisible également sur le site de l'IMN (E-54, E-56). La présentation en ligne sur le site de la Faculté de médecine cible en priorité *les professionnels de santé et les professionnels des filières éducatives et de l'animation*. Elle précise les objectifs du DU : *comprendre les enjeux de la musique et du vécu musical dans une prise en charge thérapeutique, un accompagnement ou un soutien psychologique à partir d'un savoir théorique, pratique et clinique en psychologie et neuropsychologie, psychiatrie, psychopathologie, neurophysiologie de la musique*. Il s'agit également d'*intégrer la musicothérapie dans une démarche de soin, d'accompagnement ou de soutien psychologique* (E-54). La maquette de ce DU est accessible sur le site de l'université de Nantes et sur celui de l'IMN. Elle présente différents modules par des intitulés relativement succincts, permettant de se représenter la spécificité de la formation : *anthropologie et ethnomusicologie, l'audition et l'écoute : aspects physiologiques et psycho-acoustiques ; le groupe : approches théoriques et applications à la musicothérapie, les techniques psychomusicales ; historique de la musicothérapie, ses développements actuels ; psychothérapie et musique : différents courants en art-thérapie ; Musicothérapie clinique : théories et méthodes, études de cas, improvisation et accompagnement*. D'autres aspects plus réflexifs sur la pratique de la musicothérapie et son cadre d'exercice sont prévus dans la formation. L'actualisation de la maquette en ligne informe de l'organisation de la formation, selon 1 358 heures sur 3 années universitaires, réparties entre 518 heures de théorie et 840 heures de stage, plus la rédaction de différents écrits dont un mémoire. La responsabilité de ce DU est portée par un professeur, praticien hospitalier en pédopsychiatrie, particulièrement impliqué dans la recherche en musicothérapie, notamment à travers le projet « Musicautisme », que nous avons déjà évoqué en lien avec le CHU de Nantes. Son coordinateur pédagogique est *musicothérapeute et directeur de l'IMN*. Celui-ci a été à l'initiative de la création de la FFM en 2003 et a joué un rôle important dans l'élaboration des textes de référence de cette fédération. Le contenu de la plaquette de la formation permet



d'accéder à une représentation de la musicothérapie, même s'il n'en précise pas une définition particulière. Et, bien que l'Institut de Musicothérapie de Nantes soit cité en tant que partenaire, il n'y a pas de lien qui renvoie à cet institut sur le site de l'université. En revanche, on trouve ce lien sur le site de l'IMN et une définition de la musicothérapie empruntée au préambule du référentiel métier finalisé en 2016 par la FFM : « *pratique de soin, de relation d'aide, d'accompagnement, de soutien ou de rééducation, utilisant le son et la musique, sous toutes leurs formes, comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation* »<sup>338</sup>. Elle se poursuit en précisant les techniques de musicothérapie dites *active* et *réceptive*. On y trouve aussi un descriptif de l'équipe pédagogique intervenant dans le DU : *professeurs d'université en psychologie, médecine, sociologie, philosophie, musicologie ; des musicothérapeutes, exerçant en institutions et participant à des travaux de recherche clinique ou encore d'autres professionnels*<sup>339</sup>.

La page d'accueil du site du DU de Montpellier 3, fait d'emblée référence au *DU de musicothérapie de niveau II*, enregistré au répertoire de la CNCP, selon un *code NSF* intitulé *331 Santé* (E-61). Elle contient quelques informations sur l'agenda d'événements organisés par les acteurs de la formation : *Journée d'information et d'orientation pédagogique*, info sur un *reportage* média, actualité des actions de communication dont les liens ne sont pas obligatoirement toujours actifs. Sa page de présentation permet d'identifier la *directrice* de la formation, *professeure de psychiatrie* au *C.H.R.U. de Montpellier* et son *responsable pédagogique*, en nom propre, sans autre précision. Notre entretien avec ce responsable de formation permet de préciser qu'il est musicien et musicothérapeute, lui-même diplômé de l'université Montpellier 3 (off de l'entretien). La charte graphique utilisée pour la présentation en ligne du DU de Montpellier 3 n'est pas actualisée par rapport à celle en vigueur sur le site de l'université, qui a changé en 2017. Seul le nouveau logo a été rajouté. Ces détails renvoient à l'idée d'un décalage par rapport à l'ensemble des autres contenus du site de cette université, qui ne joue peut-être pas en faveur des actants concernés. La rubrique « *fiches pédagogiques* » permet d'accéder à la plaquette de la formation, dans laquelle est précisé un lien avec l'UFR1 de l'université (E-63). Les pages de l'UFR1 sont quant à elles actualisées et renvoient vers le « *site du DU de musicothérapie* », pour plus d'information. Dans la plaquette de la formation, on trouve une définition de la musicothérapie : « *La musicothérapie est l'utilisation de la*

---

<sup>338</sup> Site de l'Institut de Musicothérapie de Nantes, rubrique « *présentation de la musicothérapie* », [consulté le 09 septembre 2019], URL : <http://www.musicotherapie-nantes.com/>

<sup>339</sup> Ibid., rubrique « *Diplôme universitaire* », « *Consulter un diaporama synthétique sur l'organisation des études* ».

*musique dans une démarche de soins. La médiation musicale d'une relation thérapeutique pose l'exigence, pour le musicothérapeute, d'une formation et d'une pratique musicale de qualité et des bases solides de connaissances en psychiatrie, psychologie, psychopathologie, neuro-psychobiologie, neuro-musicologie, neuropsychologie ainsi que l'apprentissage des règles éthiques et déontologique de la profession* ». Cette définition met en avant le rôle du *musicothérapeute* dans la *relation thérapeutique*. Le cadre de cette relation est précisé par rapport à l'expression *démarche de soins*, sans donner lieu à une définition plus étayée. Le contenu de la plaquette décrit les objectifs de compétences visées, d'ordre théorique et pratique. Celles-ci se rapportent aux matières énoncées dans la définition de la musicothérapie ainsi qu'à une *formation musicale*. En effet, le DU de Montpellier 3 comprend des enseignements de *solfège*, des *dictées musicales*, une *initiation à l'improvisation*, à la pratique de *chant* en chorale, etc. Les étudiants sont également évalués sur l'interprétation musicale de morceaux imposés et à déchiffrer, par *des professeurs du Conservatoire National de Région de Montpellier*. Et notre entretien avec le responsable pédagogique de ce DU permet de relever que celui-ci met l'accent sur l'importance de cet aspect dans l'évolution de cette formation depuis le début des années 2000. En ce sens, les étudiants doivent désormais satisfaire à l'apprentissage obligatoire de la guitare, comme moyen d'accompagnement musical dans la pratique de la musicothérapie. Selon lui, la pratique instrumentale est indispensable à la *crédibilité* des *musicothérapeutes* sur le terrain professionnel, permettant de les distinguer de certains professionnels de santé qui s'improvisent parfois « musicothérapeutes » étant plutôt amateurs ou dilettantes (E-79, E-80). L'enregistrement du DU de niveau II au RNCP précise les compétences attestées par le diplôme de *musicothérapeute clinicien*. Il définit le *musicothérapeute* comme *un professionnel qui exerce une pratique soignante ou de développement personnel fondée sur l'utilisation de la musique et du son*. Il en situe également les *secteurs d'activité dans divers domaines (sanitaire et social, prévention, réinsertion...)* intégrant ses interventions au sein d'un *projet thérapeutique institutionnel* proposant ainsi une représentation relativement structurée de la pratique de la musicothérapie et des musicothérapeutes (E-64). Les DU (niveau I et niveau II) sont accessibles en formation initiale, bien que sur le descriptif de la fiche RCNP il soit précisé : *L'exercice de la musicothérapie peut aussi être complémentaire à une spécialité initiale : infirmière, infirmier, éducateur(trice) spécialisé(e), éducateur (trice) de jeunes enfants, aide-soignant (e), aide médico-psychologique, orthophoniste, psychomotricien (enne), musicien professionnel, professeur de musique* (E-64), renvoyant ainsi à la diversité de profils de *musicothérapeutes cliniciens* possible. L'équipe pédagogique est présentée en nom propre, sans précision de qualification (E-63).

Dans sa présentation en ligne le DU de musicothérapie de Toulouse 2, apparaît rattaché à un service administratif de la *formation continue* qui ne présente aucun lien vers une filière ou une UFR (E-65). La responsabilité pédagogique est attribuée à une *professeure de didactique musicale, musicothérapeute*<sup>340</sup> rattachée à l'Institut de Formation des Musiciens Intervenants (IFMI) de Toulouse 2, qui forme au DUMI et à un DE de musicien intervenant<sup>341</sup>. Pour les acteurs de ce DU dispensé en un an et accessible avec un prérequis de Bac +2, la musicothérapie *peut se définir comme une forme de psychothérapie médiatisée par la musique et plus largement par le sonore ou une discipline paramédicale qui utilise le son, la musique et le mouvement dans le but d'établir ou rétablir des canaux de communication* (E-65). La communication des acteurs de cette formation relève que ses praticiens sont des *musicothérapeutes* formés selon des *règles déontologiques de la profession* visant aussi à *travailler tout au long du suivi en partenariat avec les équipes pluridisciplinaires, les différents acteurs du réseau (médico-socio-éducatif) dans le strict respect du secret professionnel* (E-65). La formation s'appuie sur 180 heures d'enseignement dont 60 heures de stage pratique, abordant : *psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychopathologies contemporaines dans la vie quotidienne, une approche catégorielle de la névrose, psychose, perversion, et des états limite*, fondée sur les manuels de psychiatrie. Elle comprend aussi 24 heures d'enseignement pour la *connaissance des outils du musicothérapeute*. Selon les conditions de prérequis mentionnées ci-dessus, ce DU est ouvert à *Toute personne ayant a minima une pratique musicale personnelle souhaitant se former à la pratique de la musicothérapie dans une perspective de professionnalisation : des musiciens confirmés (musiciens, musiciens intervenants, enseignants, etc.) engagés ou désirant s'engager dans la relation d'aide dans le cadre d'une pratique professionnelle* (E-66).

La présentation en ligne des DU de musicothérapie renvoie ainsi à une représentation plurielle de la qualification des *musicothérapeutes*, de leur origine socio-professionnelle respective ou sociale, dans la mesure où Montpellier 3 accueille aussi des étudiants en formation initiale. Cette diversité, rajoutée à celle des autres organismes de formation que nous prenons en considération dans la recherche, ne favorise pas la construction d'une identité professionnelle des musicothérapeutes. On observe en effet une terminologie différentielle des formations universitaires, à travers leurs définitions de la musicothérapie, de leurs intitulés

---

<sup>340</sup> Source : site du DU de musicothérapie, rubrique « Contacts », [consulté le 10 septembre 2019], URL : <https://www.univ-tlse2.fr/du-musicotherapie-516870.kjsp>

<sup>341</sup> Source : site de l'IFMI, [consulté le 10 septembre 2019], URL : <https://blogs.univ-tlse2.fr/ifmi/lequipe/>

d'enseignement, de leurs objectifs, qui dans le jargon du DU de Toulouse 2 présente un risque de glissement du cadre de compétences des musicothérapeutes : « *élaborer un diagnostic à partir des renseignements observés ou racontés par le patient* » (E-65). Si les DU des universités de Nantes et de Montpellier 3 sont davantage spécialisés en musicothérapie, ils présentent des différences aussi bien dans leurs conditions d'accès que dans leurs contenus. Ces contenus pourraient être réunies pour renforcer le socle de connaissance de la musicothérapie. En effet, l'aspect intégratif des différents courants de la musicothérapie, développés à la fois d'un point de vue historique, ethnomusicologique et contextuel du DU de Nantes pourrait s'enrichir de l'approche par la formation musicale du DU de Montpellier et réciproquement. En revanche, la dimension recherche qui est une valeur ajoutée à la qualité des formations universitaires n'est pas obligatoirement investie par les acteurs des DU, sauf à Nantes où on y sensibilise les musicothérapeutes, et bien sûr à Paris V, dans le cadre du master. Cet investissement tient aussi au rapport des responsables de formations à la recherche. Rappelons qu'à Nantes, le responsable pédagogique est un professeur de psychiatrie impliqué dans le projet « Musicautisme », ce qui instaure une dynamique de la recherche sur la musicothérapie qui permet l'implication de quelques *musicothérapeutes* diplômés. Il peut également tenir aux représentations sociales de la recherche, pouvant être relatives aux acteurs des formations ou à leur origine socioprofessionnelle. A Montpellier 3, l'accent est mis sur l'aspect pratico-clinique de la musicothérapie. Le responsable pédagogique de cette formation relève que « *c'est qui manque peut-être c'est des études* » sur lesquelles appuyer certains aspects théoriques de la formation. Pour lui, « *c'est vrai que la neuroscience a été d'une aide importante (...) l'impact de la musique sur le cerveau (...) au moins par rapport à nos interlocuteurs médecins* ». Toutefois, « *on forme des cliniciens en priorité* » et « *soit on fait de la recherche soit on fait de la clinique* » (E-19, E-80).

Par ailleurs, le coût de l'ensemble de ces formations universitaires, également accessible dans le cadre de la formation continue, est variable entre celui d'une inscription administrative universitaire pour le master de Paris V et 13 000 euros selon le statut des étudiants à Montpellier 3. Cet aspect de la formation universitaire est fondé sur des logiques socio-économiques et politiques qui se développent dans les universités, tout autant que dans les autres organismes de formation à la musicothérapie. Il renvoie à des représentations de la formation universitaire et de la musicothérapie qui tendent à interroger le système dans lequel s'inscrivent ces formations qui ne garantissent ni statut socio-professionnel, ni employabilité aux personnes à qui elles attribuent des diplômes. Et avec les résultats de notre enquête auprès des praticiens,

nous verrons qu'en fonction de leur statut d'origine certaines catégories de praticiens rencontrent réellement des difficultés pour s'insérer dans le milieu du travail. Cette situation des musicothérapeutes ne laisse pas insensibles les acteurs de la formation universitaire. Ils se rendent bien compte que les DU ont une valeur de *spécialité par rapport à un métier existant*. Comme nous l'avons déjà précisé, à Montpellier 3 il est question d'une proposition de transformation des DU en DE (E-79, E-80). Toutefois, avec le développement des DU de thérapies non-médicamenteuses dans les facultés de médecine qui ciblent des publics de professionnels de santé, y compris à Montpellier 1, quel sens peut prendre l'évolution de ce projet qui pourrait permettre de réguler l'usage du titre de musicothérapeute et la reconnaissance d'une identité professionnelle actuellement morcelée ?

#### **4. LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE DES PRATICIENS ET LEUR RAPPORT A LA REPRÉSENTATION PROFESSIONNELLE**

Alors que depuis le début de cette troisième partie nous avons déjà pu faire référence à l'enquête menée auprès des praticiens de la musicothérapie via le questionnaire que nous avons diffusé en ligne et quelques entretiens, dans ce nouveau paragraphe, nous nous intéresserons plus particulièrement à leurs représentations de la musicothérapie et à leur rapport à la représentation professionnelle. En ce sens, nous nous appuyerons essentiellement sur les éléments E-72 et E-73 du corpus, pouvant aussi faire référence aux contenus des entretiens. Et pour citer ou renvoyer aux praticiens qui ont participé à l'enquête, nous utiliserons l'abréviation R pour répondant et un numéro correspondant à celui de l'ordre des réponses dans le document Excel généré par l'enquête<sup>342</sup>.

##### **4.1 Les représentations de la musicothérapie chez ses praticiens : retour d'enquête**

Sur les 115 praticiens que nous avons enquêtés via le questionnaire en ligne, on trouve une majorité de femmes (76,5 %). Les personnes ayant répondu déclarent toutes avoir suivi une formation à la musicothérapie. Elles disposent de titres de formation pouvant être très variables. Ceux ayant suivi une formation universitaire représente moins de la moitié, soit 36,9 %. D'autres détiennent un certificat pouvant être attribué par l'un des organismes de formation conseillé par la FFM (28 %). Les praticiens peuvent aussi avoir été formés par les AMBx (18,4

---

<sup>342</sup> A noter qu'il existe un décalage dans cette numérotation, relative à la première ligne du document Excel qui reprend l'intitulé des questions. (R.1) correspond de fait à la ligne 2 du document.

%) ou encore par un autre organisme n'étant pas mentionné sur le questionnaire (16,7 %). Et l'enquête nous a permis d'en identifier, entre autres, le Centre Européen Musical Alain Carré (CEMAC).

La plupart des praticiens disposent d'une formation complémentaire (77,7 %). Parmi eux on trouve : des psychologues, des soignants (infirmier.e.s, aide-soignant, aide médico-psychologique (AMP), des éducateurs spécialisés, des éducateurs jeunes enfants, des enseignants de l'éducation nationale, des professeurs de musique, des musiciens professionnels, etc. Certains peuvent avoir plusieurs spécialisations, ce qui rend difficile leur catégorisation. Par exemple : *DE d'assistante sociale, licence psychologie clinique et interculturelle, certificat en relaxation* (R.52) ; *Licence de psychologie, actuellement en double cursus DE & Master en psychomotricité* (R.54) ; *Licence Médiation Culturelle et Communication, Master 2 de Musicologie, Certification de Maître Praticien en PNL, Hypnose Ericksonnienne, Neurosémantique* (R.67) ; *Remédiation cognitivo-musicale, enseignant en éducation musicale, licencié en musicologie* (R.69), etc. Les résultats de l'enquête renvoient donc à une grande diversité de profils de praticiens, dont les représentations de la musicothérapie et les pratiques peuvent être influencées par un parcours personnel, un choix de formation, une sensibilité à un type de pratique, etc. Par exemple, à travers les expressions types émergeant de leurs définitions de la musicothérapie, nous avons pu effectuer quelques regroupements qui montrent une orientation vers les pratiques de musicothérapie « actives », passant par le jeu musical, pouvant être particulièrement mises en valeur par certains organismes de formation : *Ouvrir des canaux de communications autres que le verbal* (R.25) ; *Médiation thérapeutique utilisant les éléments constitutifs de la musique pour ouvrir de canaux de communication* (R.67) ; *L'ouverture de canaux de communication* (R.91). Leur jargon partagé renvoie, en l'occurrence ici, aux Ateliers de Musicothérapie. D'autres, ont une représentation plus intégrative des différentes méthodes pouvant être utilisées en musicothérapie : (R.1) *L'utilisation de l'objet sonore sous toutes ses formes afin de permettre le travail de communication, de relation et d'analyse de cette dernière* ; (R.15) : *La musicothérapie est l'art d'utiliser la musique et les sons sous toutes les formes* ; (R.68) : *l'utilisation de la musique sous différentes formes*.

A partir de leurs verbatim répondant à la question « Comment définiriez-vous brièvement la musicothérapie ? », nous avons identifié des indicateurs textuels qui ont donné lieu à l'émergence de thèmes que nous avons définis de la façon suivante<sup>343</sup> :

- définition générique de la musicothérapie
- place de la musique
- rôle du praticien dans la médiation thérapeutique
- objectifs de la musicothérapie
- bénéficiaires de la musicothérapie
- sens de la musicothérapie : par rapport à un cadre ou un dispositif de soin impliquant des acteurs
- autre

Tenant compte de la formulation parfois synthétique de leur part, de leur profil et de leur parcours de formation, cette catégorisation permet d'observer des variables. En effet, leurs définitions ne couvrent pas obligatoirement tous les champs thématiques précisés ci-dessus. Par exemple, concernant la première thématique identifiée au moyen d'une lecture cherchant à segmenter les idées contenues dans leurs propos<sup>344</sup>, nous avons constitué des nuages de mots ou d'expression renvoyant à une désignation initiale de la musicothérapie. Ces nuages de mots que le lecteur peut retrouver en annexe 19 de la thèse<sup>345</sup>, ont permis d'effectuer des regroupements par relation de sens ou inférence, comme nous le présentons dans la fiche récapitulative ci-après :

<b>DÉFINITION GÉNÉRIQUE DE LA MUSICOTHÉRAPIE</b>
<b>Avec le mot « thérapie » et « thérapeutique »</b>
<i>thérapie psycho sonore (R.2) -Thérapie non médicamenteuse (R.5 ; R.75) - thérapie à médiation (R.6) - Une thérapie de soutien (R.7) -Thérapie du non verbal (R.10) - Une thérapie complémentaire (R.16) - Une thérapie humaine et de soutien (R.38) - Thérapie psychocorporelle (R.55) - Une thérapie (R.56 ; R.105) - Thérapie par l'utilisation de la musique (R.68) - Une technique thérapeutique (R.79) - Thérapie utilisant le sonore (R.83) - Thérapeutique (R.89) - Une approche thérapeutique (R.90) -Une thérapie qui passe par le média musical (R.95) - Thérapie de réadaptation (R.106) - Une thérapie par le son la musique le bruit le rythme (R.113) - Thérapie employant le sonore et le musical. (R.115)</i>
<b>Avec le mot « pratique »</b>
<i>pratique (R.1) - Pratique de soin (R.9 ; R.17 ; R.27 ; R.50 ; R.60 ; R.66 ; R.70 ; R.72 ; R.87 ; R.92) - Pratiques à but thérapeutique (R.18) - pratique thérapeutique (107) - Pratique qui utilise le son, la musique, le geste comme médiateurs (R.29)</i>

<sup>343</sup> Cf. : annexe 12, p. 134-140 des annexes de la thèse

<sup>344</sup> Cf. : annexe 12, p.134-140 des annexes de la thèse

<sup>345</sup> Cf. : annexe 19, p. 185-189 des annexes de la thèse.

<b>Autres formes d'expression que « pratique de soin » avec le mot « soin »</b>
<i>Démarche de soin</i> (R.20 ; R.97 ; R.106) - <i>L'utilisation de la musique à des fins de soin</i> (R.33) - <i>Un complément de soin</i> (R.42 ; R.86) - <i>Un soin</i> (R.46 ; R.71 ; R.108) - <i>Soins de l'âme</i> (R.62) - <i>Soin thérapeutique</i> (R.63) - <i>Technique de soin</i> (R.100)
<b>Avec le mot psychothérapie</b>
<i>Psychothérapie</i> (R.19 ; R.84 ; R.96 ; R.111) - <i>psychothérapie du non verbal</i> (R.53)
<b>Avec le mot accompagnement</b>
<i>Accompagnement thérapeutique</i> (R.14 ; R.34) - <i>un accompagnement psychologique</i> (R.98)
<b>Avec l'expression médiation thérapeutique</b>
<i>Médiation thérapeutique</i> (R.54 ; R.67 ; R.76) - <i>Un outil de médiation thérapeutique</i> (R.58 ; R.99)
<b>Autres expressions</b>
<i>outil a l'accès de l'inconscient</i> (R.13) - <i>L'art d'utiliser la musique et les sons sous toutes les formes</i> (R.15) - <i>l'art de communiquer de manière essentiellement non verbale</i> (R.30) - <i>technique d'inspiration analytique</i> (R.31) - <i>Intervention centrée sur le sujet</i> (R.41 ; R.62) - <i>Outil de structuration de la relation</i> (R.43) - <i>Une méthode</i> (R.44) - <i>Une discipline</i> (R.47) - <i>Activité musicale</i> (R.48) - <i>Traitement des troubles de la communication relationnelle, affective</i> (R.69) -

Avec cette étape de catégorisation, on observe une grande diversité de définitions, pouvant être très éloignées du jargon médical relevé à travers les contenus de la HAS et des établissements de santé, dont la définition générique de la musicothérapie renvoie à l'expression *thérapie non-médicamenteuse*. Parmi les enquêtés, seulement deux répondants utilisent cette terminologie : R.5 et R.75. Resituer en contexte phrastique, la plupart des formulations utilisant les mots *thérapie* ou *thérapeutique* peuvent être associées à la dimension non médicamenteuse de la musicothérapie, venant préciser son orientation musicale ou son caractère complémentaire. Comme en écho à la définition posée par le *Référentiel métier* de la FFM, on retrouve l'expression *Pratique de soin* chez de nombreux praticiens : R.9 ; R.17 ; R.27 ; R.50 ; R.60 ; R.66 ; R.70 ; R.72 ; R.87 ; R.92. Et d'autres verbatim peuvent lui être associés : *Démarche de soin* (R.20 ; R.97 ; R.106) - *L'utilisation de la musique à des fins de soin* (R.33) - *Un complément de soin* (R.42 ; R.86). La terminologie *médiation thérapeutique* est plus rarement utilisée. Quelques définitions sont plus réductrices, se limitant à un *mot* dans la réponse de l'enquêté ou à une expression qui ne contient pas de référence à la musique : *Thérapeutique* (R.89) ; *Soin, [soutien, apaisement, humanité]* (R.46) ; *thérapie [qui vient en aide aux personnes en situation de handicap et/ou de souffrance]* (R.56). Ces définitions sont aussi à resituer par rapport à la thématique de l'enquête, qui bien sûr permet de supposer que l'on parle bien de musicothérapie. Par rapport aux profils des enquêtés, le mot *psychothérapie* employé par les répondants R.19 ; R.53 ; R.84 ; R.96 ; R.111, est détourné de son usage, marquant aussi une frontière fragile entre la musicothérapie et d'autres champs disciplinaires plus affirmés (psychologie, etc.) que certains formateurs reconnaissent (éléments E-79 et E-80 du corpus). Ces usages montrent une difficulté des praticiens à se situer par rapport à d'autres professionnels. Il en émerge parfois des représentations de la musicothérapie pouvant être



relativement triviales : *psychothérapie du non verbal* (R.53). On trouve également des jargons plus personnels, dont certains que nous n'avons pas pu catégoriser dans la fiche : *thérapie psycho sonore* (R.2) ; *Thérapie du non verbal* (R.10) ; *Une thérapie humaine et de soutien* (R.38) ; *Une rencontre* (R.88) ; *Relation – partage – humain* (R.102) ; *Union* (R.103) ; *De l'air pur* (R.37).

A travers le contenu des verbatim des praticiens, le rôle de la musique est globalement précisé en tant que *médiation sonore* ou *médiation musicale*, renvoyant à une conception de la musicothérapie qui élargit la musique à l'univers sonore. Si cette dimension de la musicothérapie semble évidente pour les praticiens, on peut supposer qu'elle le soit moins chez les autres professionnels avec lesquels les praticiens échangent sur le terrain et que cela puisse entraîner certains décalages. La place de la musique en musicothérapie peut aussi être explicitée, de façon plus ou moins maladroite, renvoyant à la représentation d'une relation triangulaire « thérapeute-musique-patient » : *Pratique de soin, d'accompagnement médiatisé par la musique* (R.9) ; *Une pratique de soin et d'accompagnement utilisant la musique comme outil* (R.17) ; *C'est une pratique de soin, d'aide ou d'accompagnement par la musique et le sonore sous toutes ses formes* (R.66) ; *Une pratique de soin utilisant le sonore dans le cadre d'une relation thérapeutique* (R.70) ; *Le soin, l'accompagnement, le soutien par tous les éléments constitutifs de la musique* (R.71). Certaines définitions prises au pied de la lettre viennent brouiller la représentation, en ne précisant pas son contexte d'utilisation : *L'utilisation des éléments constitutifs de la musique pour soutenir les interactions* (R.23) ; *Ouvrir des canaux de communications autres que le verbal* (R.25) ; *sonore qui soigne* (R.59) ; *Développement de la communication par le son* (R.73) ; *Prendre soin de la relation et permettre l'ouverture de canaux de communication par le sonore* (R.114). Ces expressions renvoient à des phénomènes d'appropriation d'éléments de discours circulant sur la musicothérapie, qui hors contexte perdent leur sens. Les conditions de l'enquête en ligne influencent aussi peut-être l'expression écrites des praticiens qui donne lieu à des raccourcis quelques peu « sauvages ».

Le rôle que les praticiens s'attribuent émerge d'expressions que nous avons regroupées, telles que : *relation d'aide, de soutien, d'accompagnement et/ou de rééducation* (R.1 ; R.15 ; R.50 ; R..66 ; R.71 ; R.92 ; R.97 ; R.106) ; *un accompagnement* (R.9 ; R.17 ; R.24 ; R.41 ; R.74 ; R.81 ; R.100) ; *relation [basée sur la musique], soutien* (R.21 ; R.40 ; R.46 ; R.48 ; R.90 ; R.94) ; *relation thérapeutique* (R.72 ; R.70 ; R. 93) ; *la relation [soin- thérapeutique]* (R.12) ; *thérapeute* (R.5 ; R.83) ; *accompagnement psychologique* (R.98) *accompagnement de la*

*relation* [d'aide] (R.85) ; *rencontre de l'autre* (R.95). Précisons ici que ce rôle que les praticiens définissent globalement dans le sens d'une relation d'aide ou d'un accompagnement peut être variable en fonction de leurs formations et de leurs profils respectifs. Leurs verbatim ne renvoient pas toujours à la dimension thérapeutique de la musicothérapie. Certains parlent de la musique comme un moyen de communiquer dans lequel la place de l'un, de l'autre et de la musique n'est pas précisé : *Communication, ouverture* (R.36) ; *Développement de la communication par le son* (R.73) ; *Relation - partage – humain* (R.102). Ce type d'expression peut forcément porter à confusion sur le terrain professionnel. Le rôle du praticien se précise également par rapport aux secteurs d'activité dans lesquels les praticiens enquêtés exercent et à la particularité de leurs publics. En effet, la majorité de ceux qui se sont exprimés travaillent en gériatrie ou en EHPAD : R.3 ; R.6 ; R.35 ; R.36 ; R.49 ; R.51 ; R.58 ; R.60 ; R.67 ; R.71 ; R.74 ; R.76 ; R.79 ; R.89 ; R.90 ; R.91 ; R.93 ; R.95. On les trouve aussi dans des services de soins palliatifs : R.7 ; R.79 ; R.81 ; R.93. Certains d'entre eux travaillent également en psychiatrie : R.1 ; R.2 ; R.3 ; R.9 ; R.46 ; R.81 ; R.83. D'autres interviennent auprès d'enfants malades, polyhandicapés ou dans des instituts médico-pédagogiques : R.3 ; R. 35 ; R. 50 ; R.67 ; R.73 ; R.76 ; R.88 ; R.110 ; R.114. Aussi, le rôle qu'ils s'attribuent doit être situé par rapport à des publics pouvant être très fragilisés et à l'égard desquels leurs objectifs peuvent parfois sembler peu construits. L'une des praticiennes enquêtées témoigne : *Le musicothérapeute intervient souvent quand les autres pratiques deviennent difficiles ou impossibles, car la musique et le rythme restent accessibles même pour les patients les plus démunis* (R.55).

Pour la plupart d'entre eux, il s'agit d'apporter un bien-être : R.4 ; R.15 ; R.20 ; R.26 ; R.30 ; R.40 ; R.46 ; R.51 ; R.54 ; R.61 ; R.77 ; R.82 ; R.85 ; R.90 ; R.108 ; R.112. Egalement de favoriser la communication ou le lien social : R.1 ; R.3 ; R.23 ; R.29 ; R.39 ; R.47 ; R.48 ; R.51 ; R.60 ; R.62 ; R.65 ; R.67 ; R.74 ; R.77 ; R.79 ; R.80 ; R.81 ; R.90 ; R.93 ; R.94 ; R.100 ; R.114. Ces objectifs sont rarement exprimés de façon plus ciblée. Quelques praticiens précisent qu'ils visent à maintenir ou développer des capacités pouvant être d'ordre social, cognitif, moteur, communicationnel ou relationnel : R.7 ; R.35 ; R.41 ; R.64 ; R.75 ; R.106. Dans ce même sens, les patients pris en charge sont évoqués en termes de *personnes*, renvoyant à la démarche respectueuse et sensible des praticiens de la musicothérapie auprès de leurs publics. Parfois, ils ont des retours gratifiant de leurs interventions, pouvant être marqués par l'attitude, le comportement du patient ou un commentaire de la part de leurs collègues, voire des familles

des personnes prises en charge<sup>346</sup> : *Rarement, car la plupart n'ont pas les ressources cognitives pour le faire (R.5) ; un retour verbal des institutions des renouvellements de contrat ou des avis sur les réseaux sociaux, des recommandations (R.24) ; Ces personnes étant non-verbales ou avec d'importants troubles du langage, il est difficile de recueillir des retours. Le principal indicateur est leur motivation à venir à la séance suivante (R.41) ; Des parents d'enfants pris en charge en musicothérapie, constatent du mieux-être, de l'apaisement, des évolutions positives. En institution, les équipes avec lesquelles je suis toujours en lien (R.47). Pour les ateliers collectifs je propose toujours un bilan en fin d'action ou intermédiaire. Pour celles et ceux qui sont en capacité d'expression verbale les retours les plus nombreux sont : la détente, les échanges avec les autres (sortir de l'isolement), découvrir des capacités, s'exprimer autrement que par la parole (R.51).*

La dernière thématique que nous avons vu émerger des verbatim des praticiens, concerne le sens de leur travail, par rapport à un dispositif de soin plus global, impliquant d'autres acteurs et pouvant faire l'objet d'autres cadres de médiation qui interfèrent sur les représentations de la musicothérapie et sa dimension thérapeutique. Peu de répondants ont pris en considération ce champ de la représentation de la musicothérapie dans leurs définitions. En effet, seulement deux d'entre eux apportent des précisions qui couvrent l'ensemble des thématiques : *une intervention centrée sur le sujet utilisant les éléments constitutifs de la musique. C'est un accompagnement qui vise à développer les capacités communicationnelles et relationnelles de personnes en situation de handicap, afin de les aider dans leurs rapports sociaux et avec les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire (psychologues, orthophonistes, éducateurs...)* (R.41) ; *Une thérapie utilisant le sonore dans la relation d'aide dans un cadre préétabli entre un thérapeute une personne en soins ou un groupe de soignés (et une institution de soins) avec des objectifs thérapeutiques co-construits entre les différents partenaires du soin* (R.83). Ces deux praticiens ont des profils et des parcours de formation très différents. R.41 est un intervenant éducatif, formé aux bases de la psychologie comportementale appliquée et disposant d'un certificat de musicothérapie délivré par les AMBx. R.83 est une infirmière, également dépositaire d'un DU de musicothérapie de la Faculté de médecine de l'université de Nantes. Leur point commun est de travailler dans une institution, même si leurs secteurs d'activité respectifs sont très différents. D'autres répondants font relativement référence à cette notion de cadre, pour la ramener à celui du dispositif musicothérapeutique et de la relation

---

<sup>346</sup> Cf. : item 13 du questionnaire, deuxième partie.

thérapeutique avec le patient : R.70 ; R.74 ; R.106 ; R.110. On peut aussi retrouver cette dimension à travers des expressions faisant référence à la musicothérapie en tant que thérapie complémentaire : R.16 ; R.42 ; R.44 ; R.86.

Ce premier point sur les représentations de la musicothérapie chez ses praticiens, à partir de leurs verbatim visant à définir la musicothérapie, montre aussi les effets d'une appropriation partielle de la définition proposée par le référentiel métier de la FFM, dont nous rappelons le début ci-après : « *La musicothérapie est une pratique de soin, de relation d'aide, d'accompagnement, de soutien ou de rééducation, utilisant le son et la musique, sous toutes leurs formes, comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation. Elle s'adresse, dans un cadre approprié, à des personnes présentant des souffrances ou des difficultés liées à des troubles psychiques, sensoriels, physiques, neurologiques, ou en difficulté psycho-sociale ou développementale. Elle s'appuie sur les liens étroits entre les éléments constitutifs de la musique, l'histoire du sujet, les interactions entre la/les personne(s) et le musicothérapeute.* »<sup>347</sup>. Cette définition couvre en effet, de manière relative, différents champs de la représentation de la musicothérapie. Notre analyse permet également de relever la part de responsabilité des praticiens, et peut-être aussi celle des formateurs, dans les représentations de la musicothérapie qui circulent dans les milieux où ils en incarnent une forme de représentation professionnelle. Et relevons ici que l'enquête montre que la musicothérapie peut aussi être valorisée par les praticiens dans les établissements où ils exercent : 14,9 % des enquêtés estiment qu'elle est très valorisée sur leurs lieux de travail, 41 % qu'elle l'est assez. Leur action et leur comportement sur le terrain y sont sans doute pour quelque chose.

## **4.2 Les praticiens et la représentation professionnelle**

Sur le terrain professionnel, la présence des praticiens est déjà une forme de représentation professionnelle de la musicothérapie. Et leur contribution à l'enquête montre que les médecins et les équipes leur font plutôt confiance. Les résultats à l'item 14 du questionnaire précisent que les prises en charge en musicothérapie passent par des indications médicales (54,4 %), des demandes de la part des équipes soignantes (73,5 %) ou des équipes pédagogiques (32,7 %), selon les secteurs d'activité. Et les actions de stimulation des patients de la part des praticiens dans certains services de soins peuvent aussi générer leur participation et avoir des effets sur

---

<sup>347</sup> Fédération Française de Musicothérapie, *Musicothérapeute : Référentiel métier*, 2016. (Élément E-70 du corpus)

les représentations de la musicothérapie. En ce sens, 46 % des praticiens reçoivent aussi des demandes spontanées de la part des patients ou encore de la part de leur entourage familial (45,1 %).

Nous avons déjà pu relever que le temps d'activité en musicothérapie peut être relativement faible pour les praticiens (1 à 5 heures par semaine) pour nombre d'entre eux qui cumulent plusieurs lieux d'intervention. Certains sont en attente de quelques heures de travail de la part d'un potentiel employeur : *J'attends des réponses d'une maison de retraite privée pour commencer une à deux heures par semaine dès Septembre* (R.63). Seulement 15,7 % travaillent à temps complet et leurs interventions demandent des temps de préparation et de bilans (R.64). Ces conditions de travail ne favorisent pas obligatoirement leur présence dans les réunions d'équipe. Et nous avons vu qu'ils ne disposent pas toujours d'un espace adapté à leur activité. Toutefois, les praticiens de la musicothérapie s'intègrent progressivement dans les institutions, partageant parfois des locaux avec d'autres professionnels en affirmant leur propre identité professionnelle : *Je dispose d'une salle réservée aux séances de musicothérapie avec du matériel sonore et un instrumentarium* (R.35) ; *cela n'a pas toujours été le cas souvent besoin de s'adapter à un local pas toujours adapté ! mais aujourd'hui oui (salle psychomot. de l'institution)* (R.48) ; *Dans un EHPAD, pas de salle fermée. Je dispose l'espace d'expression dans un angle de la salle principale mais il y a parfois quelques allers et venues des soignants. Dans tous les autres lieux, super conditions d'accueil dans les locaux* (R.51) ; *Le secteur de pédopsychiatrie s'est doté d'une salle de musicothérapie dans laquelle je reçois des groupes de plusieurs unités* (R.110). Certains d'entre eux interviennent au chevet ou au lit du patient, dans une démarche plus « clinique » : R.73 ; R.76 ; R.88, révélant ainsi un autre aspect des pratiques de la musicothérapie qui contribue à sa représentation professionnelle. Et à travers l'enquête contre 15,7 % qui travaillent à plein, plus de 70 % d'entre eux investissent la représentation professionnelle des praticiens de la musicothérapie dans les réunions pluridisciplinaires, malgré leurs difficultés. Ils permettent ainsi une visibilité de la musicothérapie sur le terrain professionnel, où elle est encore peu connue de nombreux professionnels de santé ou d'autres catégories de professionnels pouvant être rencontrées dans les différents secteurs d'activité. Le travail en équipe marque en effet le professionnalisme des praticiens auprès de nombreuses catégories de professionnels : des infirmiers, des psychologues, des psychiatres, des neuropsychologues, des aides-soignants, etc. Ces échanges leur permettent de se situer d'un point de vue professionnel, même si leur reconnaissance sur le terrain n'est pas obligatoirement unanime et que certains ont du mal à trouver leur place (cf. :

item 22 du questionnaire, voir éléments E-72 ou E-73 du corpus). Cette reconnaissance peut également passer par une communication auprès de leurs collègues, concernant la musicothérapie, afin de faire évoluer leurs représentations sociales des musicothérapeutes (cf. : entretiens, éléments E-76 à E-78 et E-81, E-82 du corpus). Et, l'intervention de quelques musicothérapeutes dans des formations auprès de professionnels de santé peut également influencer leurs représentations de la musicothérapie, voire valoriser les formations universitaires plus complètes et les compétences nécessaires à la pratique de la musicothérapie (cf. : éléments E-74 et E-75 du corpus).

Par ailleurs, la représentation professionnelle des praticiens peut aussi passer par leur adhésion à une association. Et l'enquête montre que la Fédération Française de Musicothérapie peut susciter pour eux un intérêt (item 31 du questionnaire d'enquête). D'ailleurs, il est intéressant de relever ici que l'enquête a été initialement diffusée auprès de praticiens repérés sur les sites des associations de l'AFM et de la FFM ainsi que sur la plateforme PIREM qui nécessite une inscription-adhésion gratuite. Or 30,4 % des enquêtés disent ne pas être affiliés à une association regroupant des praticiens de la musicothérapie, ce qui rend compte de certaines réticences de leur part ou encore de quelques exclusions de la part de ces associations. En effet, les commentaires laissés par les praticiens à ce propos sont très mitigés. Certains attribuent aux associations une complémentarité : *Actives, dans deux champs différents. Complémentaires et sérieuses* (R.1). D'autres y investissent un espoir, notamment sur la FFM : *je crois qu'ils sont aux prémices et qu'ils font tout ce qu'ils peuvent pour faire évoluer la profession vers un statut reconnu : ce n'est pas une mince affaire... Depuis 2004 que je pratique, j'ai l'espoir de partir à la retraite en espérant que tout aura progressé pour les prochaines générations de professionnels...* (R.4) ; *la fédération garantit les formations sérieuses et pas les dérives au rabais* (R.21) ; *assez bien mais il manque encore beaucoup d'affiliés pour pouvoir avoir un vrai rôle dans le monde de la santé* (R.44) ; *La FFM est une l'association unique en France membre de l'EMTC disposant d'un code de déontologie, d'un registre des professionnels et des centres de formation agréé* (R.76). D'autres praticiens sont plus critiques par rapport à la représentation professionnelle des praticiens de la musicothérapie, qu'ils envisagent par rapport à la diversité des pratiques et des formations existant : *autant d'écoles, autant de praticiens, autant de musicothérapie. Il n'y a aucune homogénéité du métier, pas étonnant que les autres professionnels s'y perdent* (R.11) ; *Il existe en France une grande disparité des formations et des pratiques qui nuit au profil de notre métier, et à sa reconnaissance. Il semble demeurer encore beaucoup de travail pour que les associations et fédérations professionnelles de*

*musicothérapie puissent parvenir à la reconnaissance de la profession. Le retard en ce domaine est encore trop important, par rapport aux autres pays d'Europe (R.14). D'autres encore mesurent les enjeux que soulèvent cette diversité : le terme "musicothérapie" regroupant des pratiques diverses, chaque association peut représenter une certaine approche du métier, mais pas les praticiens dans leur ensemble (R.41) ; le problème étant que les formations (théories et applications clinico-pratiques) sont très différentes, voire même les définitions. Par exemple, un neuro-musicothérapeute est très loin du musicothérapeute pratiquant le massage sonore ; un musicothérapeute avec un ancrage théorique psychodynamique est encore un autre "type" ... ce qui fait que les associations regroupent beaucoup de monde avec des définitions très larges (R.100). Et parmi les praticiens enquêtés, certains ne comprennent pas le manque d'adhésion d'autres praticiens ou le rôle de ces associations : 5 musicothérapeutes dans l'Etablissement : aucun ne fait partie d'une association (R.83). Quelques-uns ressentent même un sentiment d'exclusion : La Fédération Française de Musicothérapie représente depuis peu et de manière exclusive uniquement les professionnels issus des formations agréées par elle, après avoir exclu sommairement l'AMBx qui y était affiliée lorsque j'ai choisi d'y débiter ma formation pour cette raison (R.79). Et, les missions même de ces associations ne sont pas toujours comprises par les praticiens (cf. : entretiens individuels). Certains praticiens trouvent que leurs objectifs ne sont pas clairs. D'autres peuvent penser qu'une simple adhésion à la FFM va faciliter leur employabilité (cf. : entretien de groupe). Le témoignage d'une praticienne le confirme : difficile de trouver du travail et d'être actif dans ces associations. Le bénévolat ne paie pas mais il faut en passer par là pour se faire connaître (R.11). Ces discours peuvent aussi être symptomatiques d'un défaut de stratégie de communication de la part de certaines associations ou d'un manque d'analyse de la situation. Une situation qui renvoie en effet, à la difficulté de construction d'une identité professionnelle des musicothérapeutes parmi une telle diversité de profils de praticiens, de pratiques et de formations. Aussi, de nombreux praticiens restent en retrait de ces associations, alors même qu'ils peuvent ressentir une forme d'isolement après leur formation, qu'ils compensent de différentes façons : en accueillant des stagiaires sur leurs lieux de travail, en gardant un lien avec les organismes de formation dont ils sont issus, en cherchant à s'informer et à communiquer autour de leurs pratiques et de la musicothérapie, changeant aussi parfois d'orientation professionnelle.*

### CHAPITRE 3 : DE LA DYNAMIQUE COMMUNICATIONNELLE DES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE

A travers notre présentation de la musicothérapie posée dans la première partie de la thèse, nous avons d'emblée observé le rôle de l'information et de la communication dans l'émergence des représentations de la *musicothérapie*. Par exemple, nous avons vu comment la publication d'articles sur l'utilisation de la musique par quelques médecins du XIXe siècle a pu susciter l'enthousiasme de certains de leurs confrères, ou au contraire créer des réticences, que la presse de l'époque relayait volontiers auprès de l'opinion publique. Le développement de la musicothérapie en France est aussi le fruit des échanges et de la communication de quelques personnalités qui ont pu se réunir autour de Jacques Jost, dès le milieu des années 1950, pour permettre une série de publications entre 1964 et 1977 et l'organisation du 1<sup>er</sup> Congrès Mondial de Musicothérapie au C.H.U de la Pitié-Salpêtrière à Paris en 1974. D'ailleurs, la dimension internationale de ce congrès a fait évoluer la musicothérapie vers différentes tendances ou courants : réceptif, actif, analytique, non verbal, etc.

Avec la mise en place des premières formations via le CIM, l'inscription de la musicothérapie dans l'offre de différentes filières universitaires et le développement d'autres formations plus ou moins spécialisées en musicothérapie, nous avons vu comment la communication des acteurs (praticiens y compris) contribue à la formation, la circulation et la transformation des représentations de la musicothérapie. En effet, ces différentes créations ont renforcé des tendances de la musicothérapie, pouvant faire l'objet de divergences entre ses praticiens, voire de conflits d'intérêt. Elles ont mis en œuvre des rapports de force entre des acteurs dont l'action est également portée par des enjeux identitaires. Et, le schéma de la représentativité des acteurs de la musicothérapie sur internet, que nous avons présenté dans le premier chapitre de cette troisième partie, montre que l'évolution des technologies de l'information et de la communication a pu favoriser le développement de différents réseaux de la musicothérapie, incluant désormais le numérique aux réseaux des acteurs.

Cette évolution renforce l'évidence du rôle de la communication en tant qu'actant à part entière du développement de la musicothérapie et de son projet. Aussi dans ce dernier chapitre de la thèse, nous nous pencherons sur la dynamique communicationnelle des représentations de la musicothérapie à laquelle contribue l'ensemble des acteurs, comme nous l'avons envisagé sur notre schéma de modélisation impliquant aussi différentes catégories de médias dont internet



et les dispositifs numériques. Nous donnerons quelques exemples de cette dynamique, en nous référant aux réseaux documentaires pouvant être utilisés par les acteurs (E-51, E-52, E-53, E-67), à l'enquête menée en ligne auprès des praticiens qui apporte quelques éléments sur leurs pratiques info-communicationnelles ou encore à des exemples de mise en représentation de la musicothérapie sur certaines plateformes numériques. Ces exemples permettront de repérer, en partie, la dynamique communicationnelle des représentations de la musicothérapie, selon des effets du numérique pouvant également orienter la représentation professionnelle et scientifique de la musicothérapie.

## **1. QUELQUES EFFETS DE LA COMMUNICATION NUMÉRIQUE DES ACTEURS SUR LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE**

A travers le chapitre précédent qui nous a permis de mieux comprendre les représentations de la musicothérapie émergeant du discours des acteurs ciblés pour la recherche, nous avons aussi pu faire référence à l'instrumentalisation que certains d'entre eux font de l'information-communication pour s'approprier des formes de représentation de la musicothérapie. Notamment, la communication numérique du ministère de la Santé fait de nombreuses références aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS, voire parfois à des personnalités telles qu'Édith Lecourt, pour situer la musicothérapie, son intérêt dans la prise en charge de certains patients et son cadre d'exercice. Et à travers sa communication numérique, il valorise son utilisation par les professionnels de santé. Un positionnement vis-à-vis des *professionnels formés* qui semble moins radical de la part des acteurs de terrain qui contribuent à la communication du ministère, via une série de documents que nous avons pu stabiliser pour la recherche et qui ne sont actuellement plus accessibles sur le site de cet actant, bien que certains d'entre eux puissent continuer d'avoir une existence propre sur internet.

Nous avons aussi vu comment la HAS se réfère à la publication scientifique internationale pour critiquer le manque d'études fiables concernant la musicothérapie et comment sa communication peut influencer la mise en œuvre de projets de recherche clinique par les professionnels de santé. Et dans le cadre institutionnel posé par les établissements de santé publics, ces projets peuvent être soutenus financièrement par le ministère, orientant la représentation professionnelle et scientifique de la musicothérapie.

Nous avons aussi relevé que les acteurs des formations universitaires, de manière relative à leur position vis-à-vis de la recherche, peuvent instrumentaliser l'information-communication pour valoriser la musicothérapie. Par exemple, à l'université Paris-Descartes le master Création artistique peut ouvrir à un doctorat permettant de faire avancer la recherche sur la musicothérapie. Et le cas de Stéphane Guétin montre que d'autres disciplines peuvent servir l'évolution des connaissances sur la musicothérapie, notamment la Psychologie. A l'université de Nantes, d'autres structures permettent l'implication de *musicothérapeutes* dans des recherches cliniques impliquant la musicothérapie. A Montpellier 3, les acteurs du DU ont besoin des études scientifiques, notamment menées en neurologie, pour appuyer l'intérêt de la musicothérapie auprès de leurs étudiants et pouvoir se référer à un discours scientifique, auprès des médecins. Ces positionnements induisent des comportements info-communicationnels chez les acteurs qui orientent les représentations de la musicothérapie pouvant aussi être véhiculées auprès du grand public, via les médias numériques. Dans ce paragraphe, nous nous intéresserons donc aux pratiques info-communicationnelles des acteurs et à leurs répercussions sur les représentations de la musicothérapie.

### **1.1 Les effets de la communication numérique des acteurs clés de la santé sur les représentations de la musicothérapie : le ministère, la HAS et les établissements de santé**

Comme présentée sur son site web, la politique de la communication numérique du ministère de la Santé, s'appuie sur l'article 47 de la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des chances, qui stipule que tous les services de l'État doivent être accessibles à tous, dans les systèmes mis en place. Énoncée de la sorte, elle vise la transparence de l'action du ministère en matière de santé publique. Toutefois, pour l'internaute lambda, les relations autorisées avec le ministère relèvent d'un ordre pratique : s'informer sur différents sujets organisés en rubriques, télécharger des formulaires, faire une saisine en ligne auprès des institutions en lien avec le ministère, etc. Même s'il dispose d'une possibilité de contact par mail avec le ministre ou le webmestre du site web, celui-ci occupe essentiellement une place de visiteur (ou de lecteur), parmi les publics ciblés par la communication du ministère, qui s'adresse plus particulièrement aux professionnels de santé. Et à travers cette recherche, nous avons vu que l'accessibilité à une information sur la musicothérapie nécessite une intention particulière et que cette information n'est pas obligatoirement pérenne. En effet, la communication du ministère est organisée. Celui-ci dispose d'une DICOM et d'un webmestre qui contribuent à la régulation de la

communication et des échanges avec ses publics. La sécurisation du système d'information réduit aussi le lien social avec les usagers, pouvant être soumis à quelques sanctions en cas de débordement. D'autres moyens peuvent être utilisés pour communiquer avec le ministère, nécessitant un cadre sociotechnique. La reconnaissance du ministère vis-à-vis de certaines associations ou fondations et de ses partenaires montre que ces cadres de médiation existent. Toutefois, à travers sa communication numérique, le ministère ne semble pas favoriser particulièrement la *démocratie sanitaire vivante* revendiquée par certains acteurs du système de santé, notamment par la HAS. Et, les contributions que nous avons étudiées, laissent percevoir la circularité de la communication existant entre le ministère, la HAS et les établissements de santé. Celle-ci peut se lire à travers les références faites aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS qui sont citées dans la majeure partie des contributions, tout autant que dans les idéologies qu'elles véhiculent, comme cela peut être le cas à l'intention des personnes âgées ou à l'égard des *professionnels formés*, entretenant un certain flou vis-à-vis des supposées formations. Ainsi on observe une forme d'embranchement discursif du texte d'une institution à un autre qui évince aussi la question du problème de certaines catégories de praticiens de la musicothérapie diplômés par l'université, qui ne sont pas obligatoirement des professionnels de santé bien qu'ils aient des *compétences spécifiques*. Et cette idéologie véhiculée par la communication du ministère affecte la représentation professionnelle de la musicothérapie, influençant les politiques managériales des établissements qui sont de potentiels recruteurs pour les *musicothérapeutes*, tout autant que l'opinion publique. Et la mise en visibilité des documents se rapportant à des projets de recherche met en évidence une volonté politique visant à préciser l'efficacité de la musicothérapie qui va aussi dans le sens de celle des experts de la HAS qui eux-mêmes exercent une forte influence sur les professionnels de santé.

Par ailleurs, bien que la plupart des contributions soient élaborées avec la participation de nombreux acteurs : sociétés savantes, chercheurs, représentants d'usagers, etc., aucune d'entre elles n'utilise le terme *musicothérapeute* pour parler des *professionnels formés* à la musicothérapie. Rappelons ici que l'exception faite par le *Rapport sur la politique du médicament en EHPAD* de Philippe Verger se réfère à une signification de la musicothérapie orientant la représentation professionnelle de la musicothérapie vers l'Association française de musicothérapie et Édith Lecourt. Et nous l'avons vu avec les commentaires portés sur l'entretien de groupe avec des membres de la FFM qui vise la représentativité de la musicothérapie et des *musicothérapeutes*, ce type de communication crée un certain malaise au sein de la FFM, altérant la représentation professionnelle visée par cette association. Les

pratiques communicationnelles des acteurs semblent alors contraintes par le statut plus ou moins institutionnel des représentants de la musicothérapie, rendant aussi difficile le rôle de médiateur espéré par la FFM.

Nous retrouvons des effets de circularité de la communication des acteurs institutionnels dans les réponses aux questions écrites diffusées sur le site de l'Assemblée nationale. En effet, dans ces documents parlementaires, le ministère s'en tient au discours des experts, préconisant l'évaluation de la musicothérapie, contribuant ainsi à la marginalisation de certaines catégories de praticiens, même si quelques acteurs de terrain relèvent la participation de *professionnels* dont les caractéristiques *dépassent le cadre juridique* de la désignation des professionnels de santé. Et aucun contenu diffusé par le ministère ne fait référence à la recherche pouvant être menée sur la musicothérapie dans quelques disciplines relevant des SHS, valorisant ainsi la recherche médicale au détriment de quelques recherches plus qualitatives qui témoignent également de l'efficacité de la musicothérapie. Contrairement au ministère de la Justice qui fait référence à des textes de loi, le ministère de la Santé semble plutôt dans une forme de complaisance vis-à-vis de l'autorité de l'État et des autorités médicales, pour situer le cadre d'exercice de la musicothérapie. Ces formes d'autoréférences donnent un ton performatif au discours du ministère qui, de façon implicite, renforce les représentations professionnelles de la musicothérapie en faveur des professionnels de santé, d'autant que la présentation sous forme de tableau des questions écrites diffusées par l'Assemblée nationale intensifie l'impression de cadrage portée par la légitimité de l'autorité du ministère et de l'État.

Par ailleurs, la redondance du contenu de plusieurs réponses ministérielles aux questions écrites diffusées sur le site de l'Assemblée nationale, interroge les pratiques de production de contenu des communicants du ministère. En effet, certaines reprennent de façon littérale la réponse apportée à une autre question. Le numérique facilite le repérage de ces réitérations qu'il était plus difficile de suivre avec les publications des questions écrites au *Journal Officiel*, surtout quand les questions sont posées à plusieurs mois d'intervalle, voire parfois plusieurs années. Si ce type de redondance que nous retrouvons dans cinq questions écrites valorise la musicothérapie, il permet aussi de relativiser cette valeur, par rapport à des procédés mécaniques de « copier-coller » qui interroge la qualité de l'information ministérielle. D'autant que l'information donnée par le ministère de la Justice concernant les *activités adaptées* à certains *détenus handicapés* est à relativiser. En effet, quelques musicothérapeutes contribuent à la prise en charge d'un petit nombre de détenus, alors que le taux de personnes handicapées

(tout type de handicap confondu) est relativement élevé dans la population carcérale (Noali, 2014)<sup>348</sup>. Ainsi, le nombre d'occurrences du mot *musicothérapie* généré par cette répétition altère la stabilité des représentations de la musicothérapie qui peut conduire à penser que la musicothérapie est très présente dans les centres de détention. Notre enquête auprès des praticiens montre que ces interventions existent de manière rarissime : trois répondants, pouvant cumuler plusieurs lieux de travail pour une activité hebdomadaire de 5 à 10 heures interviennent effectivement en milieu carcéral : R.6 (en arrêt maladie) ; R.29 ; R.111.

La communication numérique de la HAS qui influence le ministère et de nombreux professionnels de santé fait ressortir un sentiment de mise à distance des *professionnels formés* qui pourraient aussi s'impliquer dans les groupes de travail qu'elle organise. Son site web dispose d'un accès réservé à la contribution en ligne de nombreux acteurs participant à ces groupes. Les potentialités du numérique pourraient permettre la mise en place de livres blancs autorisant la mise en œuvre de *la démocratie sanitaire* visée par cette instance. Nous l'avons vu, si les groupes de travail pluridisciplinaires de la HAS intègrent des représentants d'utilisateurs, des sociétés savantes, quelques chercheurs en SHS et des paramédicaux pouvant discuter la pertinence de la musicothérapie dans certains champs de l'activité médicale, les spécialistes de la musicothérapie (formations et praticiens) sont quant à eux tenus à l'écart des débats. Pourtant, comme nous avons pu le mettre en évidence à travers l'enquête auprès des praticiens, sur le terrain clinique, il existe des échanges sociaux de diverses natures pouvant impliquer des relations avec les experts-visiteurs. Et, nous avons aussi vu comment la musicothérapie fait l'objet d'une récupération de la part de la HAS qui prône l'intégration des *thérapies non-médicamenteuses* dans les dispositifs de soin, tout en critiquant son efficacité. En ce sens, la HAS instrumentalise la publication de la recherche scientifique, pour appuyer son discours sur la validité d'études reposant exclusivement sur des méthodes quantitatives, orientant sa recherche documentaire hors des circuits de la communication universitaire en SHS. Les réseaux documentaires utilisés (PubMed, Cochrane, etc.) font plus volontiers référence aux études randomisées publiées dans des revues internationales. En effet, ces réseaux permettent le repérage de quelques publications portant sur la musicothérapie, dans différents secteurs de la médecine (E-51). Et, par rapport au contenu des éléments E-51 et E-52 du corpus, la plupart des travaux engagés s'intéressent à l'utilisation de la musicothérapie dans le traitement de la douleur, de l'anxiété et du stress. Un domaine qui semble également particulièrement investi,

---

<sup>348</sup> Noali Loup, 2014, La peine de prison à l'usure ? *Ibid.*

par la recherche infirmière française. Et si les études se développent en ce sens, orientant les pratiques de la musicothérapie, sa représentation professionnelle et scientifique, cela tient aussi aux méthodes de recherche clinique préconisées par la HAS, qui s'appuient sur l'utilisation de référentiels existant, limitant par là-même les prises de risque de la validation d'autres types de projets et d'un refus de subvention. Et les contenus des éléments du corpus montrent qu'en revanche peu d'études ont été menées en pédopsychiatrie ou en psychiatrie. Au vu des résultats de l'enquête, ces secteurs pourraient être davantage investis par la musicothérapie, ses praticiens et la recherche scientifique, d'autant que d'un point de vue historique, la musicothérapie trouve un point d'ancrage en psychiatrie. Ce qui est peut-être aussi symptomatique de la difficulté de la psychiatrie en France, sur laquelle les autres spécialités de la médecine portent un regard particulier. A noter aussi que les études randomisées sont peut-être moins évidentes à mettre en place en psychiatrie où les patients peuvent présenter des cas très singuliers.

Revenons aussi ici sur les effets de la communication numérique des établissements de santé qui utilisent la musicothérapie pour valoriser leur image, donnant parfois lieu à des représentations triviales de la musicothérapie, comme nous l'avons relevé par rapport au dispositif *Music Care* qu'un médecin commente dans une interview. A contrario, la communication du CHU de Nantes renvoie à une représentation valorisante de la musicothérapie, même si le portrait du *musicothérapeute* qu'il diffuse en ligne attribue sa représentation professionnelle à un *infirmier psy*. Par ailleurs, le média participatif « réseauchu.org » montre un intérêt relatif des professionnels de santé vis-à-vis de la musicothérapie qui renvoie à des représentations très variables de son intégration dans les établissements de santé : *ateliers de création artistique* pour les uns, *approches non-médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer* pour d'autres, ou encore objet d'étude pour la recherche infirmière. Cette communication oriente la représentation professionnelle des praticiens de la musicothérapie dans différentes directions. En effet, l'inscription d'un projet de recherche impliquant la musicothérapie au programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI) peut être valorisante pour un établissement, voire en encourager d'autres. Et les actions mises en place dans certains services difficiles, comme en soins palliatifs ou auprès de patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, lorsqu'elles mettent en avant un souci du mieux-être du patient et de ses proches pris en charge par des intervenants musicothérapeutes le sont aussi.

Précisons aussi ici que les professionnels de santé ont, depuis déjà deux décennies, intégré les technologies numériques à leurs pratiques professionnelles. L'activité des établissements de santé est également mesurée par différents logiciels. Et si en 2012 l'évaluation de ceux utilisés en EHPAD a pu permettre de relever qu'ils nécessitaient certaines améliorations concernant le relevé des actes thérapeutiques non-médicamenteux, la mise en œuvre de la nouvelle version du référentiel PATHOS devrait entrer en vigueur seulement au second semestre 2019<sup>349</sup>, ce qui témoigne de la lenteur de certains projets qui pourraient être profitables aux praticiens de la musicothérapie tout autant qu'aux patients, voire aux équipes soignantes. Relevons également que la communication numérique des CHU renvoie à des représentations de la formation en musicothérapie ciblant les professionnels de santé qui tiennent à distance les formations universitaires que nous avons plus particulièrement étudiées et qui visent la professionnalisation des pratiques de musicothérapie et de leurs spécificités. Et, si le ministère et la HAS ont pu développer des services de DICOM et des stratégies de communication particulièrement organisée et organisante du secteur de la santé, d'autres acteurs de la musicothérapie n'en sont pas encore là, notamment les organismes de formation, la FFM et les praticiens de la musicothérapie, comme nous le verrons plus loin.

## **1.2 Les effets de la communication numérique des acteurs des formations universitaires sur les représentations de la musicothérapie**

Nos observations en ligne des sites web des formations universitaires montrent comment les acteurs s'approprient une forme de représentation institutionnelle pouvant renforcer leur propre notoriété et leur rôle dans la professionnalisation de la musicothérapie. Mis à part le master de Paris V, la plupart de ces formations renvoient à des formes de partenariat avec les universités. C'est le cas pour le DU de musicothérapie de la Faculté de médecine de l'université de Nantes, qui contribue à la valorisation de l'Institut de Musicothérapie de Nantes, dans lequel d'autres formations sont proposées. Et si dans cette université la présentation du DU a été intégrée au site de la Faculté de médecine (E-54), c'est moins le cas à Montpellier 3 où le site du DU de musicothérapie fait l'objet d'une gestion indépendante de l'université qui met en évidence un décalage relatif à la charte graphique, interférant sur la communication de cet actant. Ces formes de rattachement aux universités contribuent à la réputation des formations. Elles peuvent aussi donner lieu à des compositions très variables des collègues de formateurs d'une université à une

---

<sup>349</sup> Source : site de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie (CNSA), [consulté le 12 octobre 2019], URL : <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/organisation-de-loffre/les-soins-en-ehpad-aggir-pathos>

autre, pouvant être constitués *essentiellement par des professionnels de santé et de la musique* (E-63). On assiste alors à une forme de mise en scène de la musicothérapie par rapport à la représentation institutionnelle portée par les universités. La communication avec les publics ciblés par ces formations met en lien des individus (apprenants potentiels) et des organismes de formation rattachés aux universités, contribuant aussi à une forme d'institutionnalisation de la musicothérapie qui influence le choix des publics, même si cette influence est relative comme le montre l'enquête. Les stratégies de communication qui se déploient à partir de ces partenariats orientent alors autrement que vers les professionnels de santé la représentation professionnelle de la musicothérapie, introduisant le terme *musicothérapeute* dans différents milieux sociaux : via la Faculté de médecine de Nantes auprès des professionnels de santé, via l'université des Arts, Lettres, Langues et Sciences Humaine de Montpellier auprès d'autres publics, ou encore à Paris-Descartes et à Toulouse 2. Ces rattachements influencent également l'opinion publique, selon un processus relativement lent par rapport à celui mis en œuvre par le ministère de la Santé, la HAS et les établissements de santé. Et entre les acteurs, le mot *musicothérapeute* prend différentes significations, pouvant renvoyer à un *métier*. Il s'insinue aussi dans le lexique d'autres institutions, notamment via les praticiens sur leurs lieux de travail et dernièrement par l'inscription de l'un des DU auprès de la CNCP, évoluant vers la terminologie *musicothérapeute clinicien*. Précisons ici que le terme *musicothérapeute* circule aussi sur le site de l'Observatoire Nationale d'Information Sur les enseignements Et les Professions (ONISEP) renvoyant au master Création artistique de Paris V. Relevons également que la communication des acteurs contient une dimension performative qui contribue à influencer les représentations de la musicothérapie, n'empêchant pas qu'elles prennent différentes directions ou significations.

Par ailleurs, ces réseaux universitaires s'inscrivent plus ou moins dans des circuits de la communication scientifique, pouvant être différents de ceux empruntés par les professionnels de santé, la HAS ou le ministère. Par exemple, à travers les catalogues des bibliothèques universitaires, nous avons observé l'existence de nombreux articles, monographies, thèses, etc. sur le sujet de la musicothérapie qui ne sont pas obligatoirement utilisés par les autres acteurs. Pourtant, la recherche qualitative particulièrement développée en SHS, notamment en psychologie clinique, peut conduire à valoriser la musicothérapie et permettre de préciser son rôle dans les dispositifs de soins pluridisciplinaires des établissements de santé. Ces approches donnent lieu à d'autres formes de représentation de la musicothérapie que celles véhiculées par le discours des professionnels de santé et leurs représentants dont nous avons étudié le



positionnement dans la thèse. Les liens particuliers qui existent entre Paris V et l'AFM, qui édite la *Revue Française de Musicothérapie* depuis 1981, montre aussi le rôle de la communication dans les représentations de la musicothérapie. Une potentialité qui est peut-être moins investie par les autres acteurs universitaires qui du coup, instrumentalisent la communication d'autres acteurs pour valoriser la musicothérapie, reléguant aussi de la sorte la représentation professionnelle et scientifique de la musicothérapie à d'autres, plus habilités à mener des recherches. L'enquête et les entretiens menés pour la recherche montrent que ce positionnement des formations, dans leur ensemble, se répercute sur le comportement info-communicationnel des praticiens de la musicothérapie.

## **2. LES PRATIQUES INFO-COMMUNICATIONNELLES DES PRATICIENS ENQUÊTÉS**

Les résultats de l'enquête menée auprès des praticiens de la musicothérapie montrent que seulement 16,8 % disposent d'un compte sur un réseau social numérique, alors qu'il existe aussi des réseaux professionnels comme LinkedIn qui pourraient faciliter leurs démarches. Parmi nos enquêtés, 30,1 % ont un site ou un blog et 57,5 % déclarent ne pas utiliser les dispositifs numériques pour communiquer sur leur activité. Près de la moitié d'entre eux (42,1 %) ont eu l'occasion de communiquer au moins une fois sur leur activité en musicothérapie, dans le cadre d'un séminaire ou d'un congrès. Les lieux de ces communications sont relativement hétérogènes. Il en ressort une dominante par rapport au cadre de travail des praticiens dans le secteur médical. Viennent ensuite les journées cliniques organisées à Nantes. On trouve à égalité les interventions des praticiens dans les formations à la musicothérapie de divers publics et les conférences dans des lieux publics (cafés, salons professionnels). Quelques praticiens communiquent également dans le cadre des journées scientifiques organisées par l'AFM. Plus rarement, les praticiens interviennent dans des colloques, y compris des colloques universitaires. Aux résultats de l'enquête, ces lieux sont ouverts à différents profils de praticiens. On observe que ces actions de communication sur la musicothérapie s'inscrivent majoritairement dans un cadre institutionnel porté par des établissements de santé, notamment par le CHU de Nantes, dont nous avons déjà remarqué l'implication vis-à-vis de la musicothérapie, ce qui est moins le cas dans d'autres CHU proches géographiquement des formations universitaires.

Concernant la communication écrite, 17,5 % ont déjà publié un ou plusieurs articles. 10,5 % ne l'envisagent pas du tout. En revanche, la question a suscité « *pas pour l'instant* » auprès de 68,4 % de praticiens. Ces contributions paraissent pour la plupart dans la *Revue Française de Musicothérapie* éditée par l'AFM, qui est une revue hybride comme nous l'avons déjà relevé. Un praticien a également publié un article dans ce même type de revue : *Médecine palliative*. Les quelques autres publications s'inscrivent dans des revues professionnelles : *Empan*, qui est une revue pluridisciplinaire (éducation, social, santé) ; *Soins gériatrie* ; *Soins pédiatrie/puériculture* ; ou encore la revue *Musique Thérapie Communication : Revue de musicothérapie* des éditions du Non-Verbal, en lien avec les Ateliers de Musicothérapie de Bordeaux (AMBx). La réponse d'une praticienne (R.28) à cette question (« *j'ai oublié le nom...* ») et les entretiens que nous avons menés pour la recherche montrent que les praticiens de la musicothérapie ne sont pas particulièrement sensibles ou sensibilisés aux effets de la communication écrite sur la représentation professionnelle de la musicothérapie. 13,1 % des praticiens ont également déjà publié un ouvrage complet sur la musicothérapie, ou sont en cours de sa réalisation. Peu d'entre eux ont participé à un ouvrage collectif.

Les pratiques informationnelles des praticiens sont relativement hétérogènes et ouvertes. Concernant les habitudes de lecture ou de documentation, les livres sur la musicothérapie arrivent en tête (87,8 %), suivis des revues professionnelles pouvant relever d'autres spécialités, telles que la psychologie ou autres (68 %). Les revues spécialisées en musicothérapie arrivent en troisième position (58,3 %) suivies des mémoires étudiants et des revues scientifiques d'autres domaines. Les thèses de doctorat (25,2 %) précèdent de peu les magazines (20 %). Les remarques de quelques praticiens rendent compte d'un usage du numérique qui n'est peut-être pas suffisamment exploité par les formations pour faire connaître la musicothérapie et la rendre plus visible : *peu d'accès aux écrits en province...* (R.11) ; *Il serait intéressant que les mémoires des étudiants du Cim soient accessibles en ligne* (R.107). Et certains commentaires montrent des attentes particulières de la part de quelques praticiens vis-à-vis de la communication écrite sur la musicothérapie : *Je trouve cependant que l'on manque encore d'outils validés dans la recherche en musicothérapie (type échelles...) à intégrer dans notre pratique quotidienne pour mettre en évidence par des chiffres ce que l'on peut observer de façon clinique pour favoriser l'essor de la profession et surtout sa reconnaissance* (R.35), ce qui a pu également ressortir lors des entretiens. Les auteurs cités par les praticiens montrent qu'Édith Lecourt, Gérard Ducourneau et Rolando Benenson font figures de référence pour nos enquêtés, ne divisant pas obligatoirement la musicothérapie selon différentes tendances.

Par ailleurs, les pratiques informationnelles des praticiens s'orientent aussi vers d'autres catégories de dispositifs, parmi lesquels les dispositifs numériques arrivent en tête (65,5 %) devançant de peu les congrès, colloques ou journées d'étude (63,6 %) qui contribuent aux échanges entre les praticiens et à la construction de la connaissance sur la musicothérapie. Les associations formant des communautés d'intérêt autour de la musicothérapie sont aussi des dispositifs d'information et de communication importants, même s'ils sont un peu moins investis (46,4 %). Et, les praticiens restent également en relation avec les organismes de formation (36,4 %). Certains d'entre eux se regroupent de façon plus informelle pour rencontrer d'autres musicothérapeutes ayant suivi la même formation, quelques fois pour ne pas se sentir trop isolés.

Les informations recherchées dans ces dispositifs sont variables bien que majoritairement orientées vers des ressources concernant les pratiques professionnelles (85,3 %) et l'état de la recherche sur la musicothérapie (78,9 %). Cela montre aussi une certaine confusion entre les notions de pratique et de recherche, si l'on tient compte des habitudes de lecture des praticiens et de leur investissement dans les différentes catégories de dispositif qu'ils mobilisent pour s'informer et communiquer sur la musicothérapie. La recherche de formation en perfectionnement pour 45 % d'entre eux renvoie à la fois à un souci consciencieux de leur part et à l'opportunité de développement que représente ce souci pour les organismes de formation, dont certaines proposent de la supervision de pratiques. L'actualité des associations qui font circuler, entre autres, des informations concernant la programmation de différents événements intéressent également 40,4 % des praticiens. Et leurs usages de ces dispositifs peuvent aussi servir la recherche d'emploi pour 37,6 % d'entre eux.

Les résultats de l'enquête se rapportant à la recherche sur la musicothérapie posent question sur le positionnement des praticiens par rapport à la recherche. Ils renvoient aussi à certaines limites de l'enquête en ligne. En effet, le résumé de l'enquête (E-72) montre un taux de participation à cette question de 41 répondants sur 115. Sur le document Excel (E-73), nous observons que trois répondants (R.30 ; R.61 ; R.92) disent avoir fait une recherche sur la musicothérapie dans le cadre d'un doctorat. Or les profils de ces praticiens ne semblent pas correspondre à ceux de personnes ayant suivi une formation doctorale. En effet, R.30 signale une formation complémentaire d'éducateur spécialisé et un titre d'hypnothérapeute. Le répondant R.61, évoque un niveau de master 2, et R.92, celui d'un *DU d'art-thérapie à dominante musique*.

D'ailleurs, ils ne précisent pas dans quelle discipline universitaire ils auraient fait cette éventuelle thèse. Le taux de 7,1 % de répondants qui auraient mené une recherche doctorale sur la musicothérapie est donc à prendre en compte de manière plus que relative. D'autres répondants situent leur recherche sur la musicothérapie par rapport à un mémoire de DU ou DIU (R.24, R.76). Cela montre une tendance des formations à s'orienter vers la production de mémoire de recherche, visant à interroger les pratiques qui sont mises en œuvre par les étudiants dans le cadre de leur stage, et renvoie également à une représentation de la recherche chez les praticiens qui est peut-être mal située. La remarque d'un infirmier praticien de la musicothérapie, rend aussi manifeste une représentation particulière de la recherche pouvant circuler chez les praticiens de la musicothérapie : *Je ne suis pas un scientifique et encore moins un universitaire* (R.111). En revanche, les déclarations de certains répondants, qui informent de leurs contributions à des projets de recherche institutionnels, permettent de remarquer que ceux qui participent à des événements plus ou moins scientifiques concernant la musicothérapie sont davantage enclins à s'intégrer dans des projets collectifs de recherche : R.8, R.14, R.31, R.34, R.35, R.46, R.58, R.84, R.98 et R.101. Ainsi l'information-communication pouvant être mise en œuvre dans des dispositifs à dimension anthropologique semble instaurer une dynamique de participation des praticiens aux projets collaboratifs des institutions, favorisant par là-même la représentation professionnelle des *musicothérapeutes* dans des études cliniques. Une participation qui peut aussi être mal vécue par certains praticiens, qui projettent des jugements de valeur sur la communication écrite et la recherche, laissant à d'autres l'occasion d'investir la représentation professionnelle et scientifique de la musicothérapie (cf. : enquête et entretiens).

### **3. QUELQUES AUTRES EFFETS DE LA COMMUNICATION NUMÉRIQUE SUR LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE**

L'abondance des contenus circulant sur le réseau internet, pouvant se rapporter à la musicothérapie, et que nous n'avons pas pu traiter en totalité dans le cadre de cette thèse, nous conduit dans ce dernier paragraphe de la troisième partie à donner quelques exemples de la publicisation de la musicothérapie que peut générer le numérique.

Par exemple, internet donne lieu à de nouvelles formes de contenus « encyclopédiques » dénaturant la signification même du mot *encyclopédie*. Ainsi, il existe plusieurs sites web, à l'ergonomie plus ou moins complexifiée par des liens hypertextes vers des articles, des dossiers,

des vidéos ou des forums de discussion, qui permettent des interactions avec de nombreux internautes sur diverses thématiques, notamment sur la musicothérapie. *Wikipédia*, *Doctissimo* ou *L'encyclopédie de l'Agora* en sont des exemples illustratifs. Ces médias, élaborés selon des principes de citoyenneté participative et d'éthique du développement<sup>350</sup> sont le lieu de la circulation de discours sur la musicothérapie<sup>351</sup>. Une exploration succincte de leurs contenus permet de repérer que ce sujet y est traité de façon relativement triviale. Pour exemple, *Wikipédia* tente une approche de la musicothérapie par : « *La musicothérapie, entre dans le champ des thérapies à médiation musicale et diffère des techniques dites "psychomusicales" qui touchent plutôt le domaine de la relaxation.* », avec une note à l'intention des internautes précisant : « *Cet article ne cite pas suffisamment ses sources* »<sup>352</sup>. De son côté, *Doctissimo* introduit son propos sur la musicothérapie par : « *Le corps est une oreille* »<sup>353</sup>. Ce média propose également une série de liens, parfois obsolètes, vers des articles, des dossiers aux contenus multimédia et aux énoncés non moins triviaux tels que : « *les thérapies de la zénitude* » ; « *Quand la musique est bonne...pour la santé !* » ; « *Le chant prénatal* » ; « *Psychophonie : Eh bien chantez maintenant !* » ; « *Chants des baleines ou clapotis de vagues, les arpèges de la détente* »<sup>354</sup>, etc. Quant à *L'Encyclopédie de l'Agora*, celle-ci s'en réfère à une définition de la musicothérapie empruntée à l'Association Québécoise de Musicothérapie (AQM) : « *La musicothérapie est un mode d'intervention qui utilise les divers aspects de la musique afin de maintenir ou d'améliorer la santé physique ou psychique de l'individu. Elle résulte de l'interaction entre le client*<sup>355</sup>, *la musique et le musicothérapeute* »<sup>356</sup>. Sans entrer ici davantage dans l'analyse du contenu de ces médias, nous observons la place que la musicothérapie peut occuper dans les débats d'opinion circulant sur internet, via des discours ne valorisant pas

<sup>350</sup> Par exemple, la page de *L'Encyclopédie de l'Agora* affiche sur sa page d'accueil, en sous-titre de présentation, le slogan « *POUR UN MONDE DURABLE* » et précise sa politique éditoriale via un lien hypertexte indiqué par « *une oasis de sens* » figurant sur une barre d'outils en haut de page. Source : site de *L'Encyclopédie de l'Agora*, [consulté le 29 juillet 2016], URL : [http://agora.qc.ca/fr/une\\_oasis\\_de\\_sens](http://agora.qc.ca/fr/une_oasis_de_sens)

<sup>351</sup> Source :

- Site Doctissimo.fr, [consulté le 29 juillet 2016], URL : [http://www.doctissimo.fr/html/forme/mag\\_2000/mag0922/fo\\_2323\\_musicotherapie.htm](http://www.doctissimo.fr/html/forme/mag_2000/mag0922/fo_2323_musicotherapie.htm)
- Site de *L'Encyclopédie de l'Agora* [consulté le 29 juillet 2016], URL : <http://agora.qc.ca/dossiers/Musicotherapie>

<sup>352</sup> Site de *Wikipédia, l'encyclopédie libre*, [consulté le 29 juillet 2016], URL : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Musicotherapie>

<sup>353</sup> Site Doctissimo.fr, [consulté le 29 juillet 2016], URL : [http://www.doctissimo.fr/html/forme/mag\\_2000/mag0922/fo\\_2323\\_musicotherapie.htm](http://www.doctissimo.fr/html/forme/mag_2000/mag0922/fo_2323_musicotherapie.htm)

<sup>354</sup> Site Doctissimo.fr, [consulté le 29 juillet 2016], URL : <http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/medecines-douces/niv2/medecines-douces-musicotherapie.htm>

<sup>355</sup> C'est nous qui soulignons ici le mot client qui déontologiquement s'oppose à celui de patient, mais qui est un terme particulièrement utilisé dans les pays anglo-saxons pour désigner le patient.

<sup>356</sup> Site de *L'Encyclopédie de l'Agora*, [consulté le 29 juillet 2016], URL : <http://agora.qc.ca/dossiers/Musicotherapie>

toujours la musicothérapie et ses praticiens, ni l'image des formations. En effet, ces contenus sont souvent l'œuvre de web-journalistes souvent peu identifiables et pratiquant une écriture de type « rapport d'entrevue » ou produisant des articles sur des sujets qui ne relèvent pas de leur spécialité. Pour autant, ils continuent d'élargir le champ lexical de la musicothérapie en lui injectant une terminologie qui la connote : *psychophonie* ou *thérapie de la zénitude*, influençant de la sorte l'opinion publique. Ce jeu des médias peut être *catastrophique* pour certains responsables de formation (E-79 et E-80).

Notre exploration des représentations de la musicothérapie sur internet a aussi conduit à observer d'autres médias, dont l'origine en tant que média traditionnel a pu faire l'objet de quelques mutations et transformations avec le numérique<sup>357</sup>. Par exemple, la maison d'édition Larousse regroupe sur un même site web les versions informatisées des *Encyclopédies* et *Dictionnaires* qu'elle fait paraître<sup>358</sup>. Sur la page d'accueil de ce site, un moteur de recherche permet d'arriver sur une page web indiquant : « *musicothérapie. [MUSIQUE], Art de guérir les maladies par la musique* ». <sup>359</sup> Le mot *musique* mis entre crochet propose un lien actif vers un article extrait du *Dictionnaire de la musique*, initialement édité par Larousse en 2005 dans une version imprimée. En cliquant sur ce lien nous obtenons une définition qui situe la musicothérapie à travers un bref historique d'une dizaine de lignes introduisant le sujet par une référence philosophique : « *Déjà pour Platon la musique était capable de rétablir l'harmonie de l'âme perturbée par le corps* »<sup>360</sup>. La fin de ce paragraphe mentionne succinctement l'existence, en France, de l'Association de Recherches et d'Applications des Techniques Psychomusicales (ARATP), associant une connotation plus « sérieuse » à la musicothérapie : « *Aujourd'hui il existe à Paris l'Association de recherche et d'applications des techniques psychomusicales dont l'activité, en s'imposant, obtient des résultats de plus en plus positifs* »<sup>361</sup>. Sauf que l'ARATP n'est pas nouvelle et son activité est aujourd'hui rattachée à celle du CIM. Au-dessus de ce contenu figure une barre d'outils dont le bouton *Encyclopédie*, coloré en bleu, appelle le regard. Sur cette même ligne horizontale, un lien actif intitulé *Archives* permet de sélectionner le dictionnaire de référence de cet article dont nous découvrons

---

<sup>357</sup> Par exemple, les maisons d'éditions ont dû s'adapter au numérique. Le rachat des éditions Larousse en 2004 par le groupe Hachette a entraîné une nouvelle stratégie commerciale, en ligne. Source : site *Wikipédia, l'encyclopédie libre*, [consulté le 29 juillet 2016], URL : [https://fr.wikipedia.org/wiki/Éditions\\_Larousse](https://fr.wikipedia.org/wiki/Éditions_Larousse)

<sup>358</sup> Site de la maison d'édition Larousse, [consulté le 25 juillet 2016], URL : <http://www.larousse.fr/>

<sup>359</sup> Site de la maison d'édition Larousse, page de résultat pour une recherche à partir du mot *musicothérapie*, [consulté le 29 juillet 2016], URL : <http://www.larousse.fr/encyclopedia/rechercher?q=musicotherapie>

<sup>360</sup> Ibid.

<sup>361</sup> Ibid.

l'année d'édition : 2005. Ce lien ouvre une autre page et une nouvelle possibilité de recherche pour notre sujet. Après un clic supplémentaire, nous découvrons qu'en effet le mot *musicothérapie* figure bien dans ce dictionnaire, mais que la définition dont il fait l'objet est mot pour mot la même que celle que nous avons obtenue d'emblée, sans davantage de précision. Cette manipulation rend manifeste la circularité permise par le numérique entre les publications de différents ouvrages d'une même maison d'édition, ce qui n'en n'apporte pas obligatoirement de nouveaux éléments d'information concernant la musicothérapie et peut constituer une perte de temps.

Sur le site de l'*Encyclopædia Universalis* que nous avons également exploré, nous avons trouvé un article de Marie-Ève Hoffet qui situe d'emblée la musicothérapie par rapport à une définition empruntée, mot pour mot, à l'Association Française de Musicothérapie (AFM)<sup>362</sup> : « *la musicothérapie est l'utilisation du son et de la musique – sous toutes leurs formes – comme moyen d'expression, de communication, de structuration de la personnalité, et d'analyse de la relation. Elle s'inscrit dans un cadre soit clinique (psychothérapie), soit psychopédagogique et social* »<sup>363</sup>. L'auteure y précise les différentes techniques utilisées en musicothérapie en les distinguant : la *musicothérapie réceptive*, avec laquelle il s'agit d'une pratique à partir de l'écoute musicale, et la *musicothérapie active* qui utilise des pratiques de jeu musical. Elle évoque, également, d'autres procédés possibles à partir de ces deux formes de musicothérapie ainsi que l'idée d'un cadre nécessaire à cette pratique pour permettre la prise en charge de patients *en individuel ou en groupe*. Un second paragraphe précise que « *La musicothérapie entre dans le cadre général des thérapies avec médiations corporelles et artistiques dans la classification des psychothérapies établie par le C.I.L.F. (Conseil international de la langue française), à côté de la relaxation et des art-thérapies (arts plastiques, arts de la scène) auxquelles elle se rattache.* »<sup>364</sup>. Cette information que nous avons vérifiée sur le site du CILF renvoie à une fiche de classification répertoriée dans le *Dictionnaire des Sciences Humaines*, plus précisément dans le domaine de la psychologie et donne lieu à la définition suivante : « *Utilisation de la musique à des fins thérapeutiques* »<sup>365</sup>, sans autre commentaire. En revenant sur la page du mot *musicothérapie* de l'*Encyclopædia Universalis* en ligne, dans une colonne

---

<sup>362</sup> Source : site de l'Association Française de Musicothérapie (AFM), [consulté le 25 juillet 2016], URL : [http://www.musicotherapie-afm.com/\\_lafm\\_et\\_la\\_musicotherapie.html](http://www.musicotherapie-afm.com/_lafm_et_la_musicotherapie.html)

<sup>363</sup> Hoffet M.-È., « Musicothérapie », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], 2016, [consulté le 25 juillet 2016], URL : <http://www.universalis.fr/recherche/?q=musicotherapie&s=>

<sup>364</sup> Ibid.

<sup>365</sup> Source : site du Conseil International de la Langue Française, [consulté le 25 juillet 2016], URL : <http://www.cilf.fr/unepage-terminologie-terminologie-zoom-69217-0-1.html>

en haut à droite de l'écran, figure un sommaire proposant des liens actifs vers trois autres paragraphes de définition de la musicothérapie intitulés *Une pratique actuelle reconnue ; Bases théoriques contemporaines de la musicothérapie ; La musique, canal de communication* et une *Bibliographie*. Cette bibliographie fait état de trois ouvrages de référence dans l'ordre suivant :

- Sacks Olivier, *Musicophilia. La musique, le cerveau et nous*, Paris : Seuil, 2014.
- Ducourneau Gérard, *Éléments de musicothérapie*, Paris : Dunod, collection Psychothérapie, 2014.
- Lecourt Édith, *Découvrir la musicothérapie*, Paris : Eyrolles, 2005.

Notons qu'elle ne mentionne pas l'année de 1<sup>ère</sup> édition de chacun de ces livres<sup>366</sup>. En revanche, elle nous renseigne approximativement sur la période de mise à jour de l'encyclopédie en ligne, depuis environ deux ans, si l'on en juge par l'écart entre la date de publication de l'ouvrage d'Olivier Sacks et celle de notre consultation de l'article de Marie-Ève Hoffet<sup>367</sup>. Parmi ces références, celle portée à l'égard d'Olivier Sacks, qui était un médecin neurologue<sup>368</sup>, renforce l'*auctorialité* de Marie-Ève Hoffet, qui est praticien-hospitalier en psychiatrie, docteur en psychologie et rattachée à l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM).

A partir de ces quelques données descriptives, nous observons qu'avec son affiliation à l'INSERM, Marie-Ève Hoffet fait figure d'autorité institutionnelle parmi les rédacteurs contemporains de l'*Encyclopædia Universalis*, ce qui induit une connotation sérieuse au mot *musicothérapie* et à sa définition. Par ailleurs, sa notoriété crée un effet redondant et circulaire du discours de l'AFM qui renforce la légitimité de cette association. Dans cette forme de reconnaissance de l'AFM, nous repérons aussi l'alliance d'acteurs liés par une appartenance à une même catégorie socio-professionnelle. En effet, Marie-Ève Hoffet est également docteur en psychologie, ce qui la rapproche particulièrement d'Édith Lecourt, professeur des universités en psychologie clinique et psychopathologie et co-fondatrice de l'AFM. Nous percevons ainsi

---

<sup>366</sup> A titre d'exemples, le livre d'Olivier Sacks a fait l'objet d'une première parution traduite de l'anglais par Christian Cler en 2009 ; celui de Gérard Ducourneau d'une 1<sup>ère</sup> édition en 1997. En revanche, celui d'Édith Lecourt a bien été édité pour la 1<sup>ère</sup> fois en 2005.

<sup>367</sup> Il est à préciser ici que dans le référencement automatique des articles de cette encyclopédie en ligne, les dates de rédaction des articles cités ne sont pas renseignées. La date entre parenthèses, correspond à celle de notre consultation de l'article qui n'est pas obligatoirement celle de sa publication

<sup>368</sup> Source : site des Éditions du Seuil, [consulté le 28 juillet 2016], URL : <http://www.seuil.com/ouvrage/musicophilia-oliver-sacks/9782020969765>



la forme de contrat social que propose le contenu de cet article dont la publication en ligne facilite le repérage d'un dialogisme discursif qui fait la promotion d'une musicothérapie dont la représentation professionnelle peut être renforcée par les processus de production identitaire d'une catégorie d'acteurs en particulier. De cette situation de communication, il ressort un principe d'empathie jouant de connivence entre les acteurs qui tend à un procès normatif du « bon » usage du vocabulaire de la musicothérapie et de sa pratique, dans une sorte de jeu de miroir social catégorisant (Charaudeau, 1997). Ce jeu participe également d'un principe homéostatique qui renforce la représentation professionnelle de la musicothérapie, portée par Édith Lecourt. L'*Encyclopædia Universalis* en ligne devient alors le médium de l'institutionnalisation du « bon » usage du mot *musicothérapie* et de ses expressions dérivées. Cette définition de la musicothérapie renvoie à une volonté politique d'unification ethnolinguistique, mise en œuvre par les acteurs d'une communauté socioprofessionnelle restreinte (les psychologues qui utilisent la musicothérapie dans leurs pratiques psychothérapeutiques). Elle peut provoquer à la fois des certitudes chez certains publics et un sentiment de déstabilisation de certaines catégories de praticiens de la musicothérapie. Et, relevons aussi ici le poids des institutions sur la trajectoire des idées selon la convergence des intérêts des acteurs, pouvant être collectifs ou participer à des stratégies individuelles.

Dans un autre registre, les effets de la communication numérique sur la dynamique des représentations de la musicothérapie sont également perceptibles à travers le jeu des médias de masse qui diffusent parfois des vidéos sur des plateformes collaboratives et de partage. En l'occurrence, nous avons trouvé une vidéo produite par BFMTV intitulée « La musicothérapie méthode de lutte efficace contre Alzheimer ». Ce document audio-visuel de 1'23 est accessible sur le média participatif « You Tube »<sup>369</sup>. Il s'agit d'une vidéo reportage qui met en scène la musicothérapie, montrant des extraits d'une séance de groupe dans un hôpital, donnant lieu à une forme de représentation « pratiquante » de la musicothérapie. Ce document contient de nombreuses données visuelles, verbales et non verbales permettant de se représenter une pratique de la musicothérapie ainsi que sa place dans une institution publique, que la vidéo permet tout à fait d'identifier. Construit selon un enchaînement de plans-séquences et de discours entre le journaliste, la musicothérapeute, les patients et le médecin gériatre, ce document propose un contenu-témoignage. Celui-ci est conduit selon un schème narratif fondé

---

<sup>369</sup> Lien vers la vidéo accessible sur la plateforme « YouTube » : <https://www.youtube.com/watch?v=Ns4GUpYB33I>. [Consulté le 28 juillet 2016]. Toujours d'actualité en septembre 2019.

sur l'émotion et dont l'objectif peut être de toucher, d'éveiller ou de surprendre, en fonction de la culture de l'internaute :

« Chanter des airs connus – du chant mais aussi de la danse pour entretenir la forme physique dans la bonne humeur – y'en a qui laissent leur canne – retrouver une seconde jeunesse – c'est très entraînant, très joyeux – l'occasion aussi pour ces personnes âgées souvent seules de se resocialiser – trop souvent à la maison le patient est dévalorisé – les patients chantent pour montrer à leur famille un autre visage ».

Si la mise en scène que propose cette vidéo permet, en effet, d'accéder à une représentation de la pratique de la musicothérapie en contexte hospitalier, en revanche elle occulte quasiment la dimension pathologique des patients montrés et interviewés, ce qui altère la perception de la fonction soignante de la musicothérapeute qui, dans cette vidéo, est la seule « soignante » à ne pas porter de blouse blanche. Cette dernière apparaît beaucoup plus à l'aise avec son piano qu'avec la parole dans sa relation au(x) patient(s) ou avec la caméra. Par ailleurs, ce document montre une musicothérapie qui frise le divertissement socioculturel au sein de l'hôpital, de la part d'un groupe soignants/soignés qui semble n'avoir retenu que le caractère burlesque de la chanson *Tout va très bien madame la marquise* qui rythme le propos. En effet, le contenu sémantique de cette chanson créée en 1935 s'ancre, chez ses auteurs, dans une tentative de dénonciation de l'optimisme des gouvernements français face à la montée du nazisme depuis les années 1920, au point que l'expression *tout va très bien madame la marquise* en est même devenue une expression proverbiale qui désigne une attitude d'aveuglement par rapport à une situation désespérée. Avec ce montage vidéo, BFM TV, qui appartient au groupe Next Radio TV et se revendique être *la 1ère chaîne d'info de France*, brouille l'information sur la musicothérapie. Elle apparaît ici comme ayant une place *a priori* acquise dans le secteur médical et ne fait l'objet d'aucun débat, ni d'aucune interrogation. Et, le journaliste qui mène ce reportage tait les questions qui pourraient se poser autour du statut de cette pratique en France, laissant libre cours à la construction de sens pouvant être produite par le spectateur. Une information que nous pouvons supposer brouillée plus encore dans le contexte télévisé d'où est extraite cette vidéo, quand la fragmentation de l'information est mise en œuvre par le concept même de l'information continue (Tremblay-Pépin, 2013). Ainsi, malgré plus de 850 vues, ce document donne lieu à un seul commentaire : *je leur souhaite un bon rétablissement*, ce qui témoigne à la fois du statut et de l'usage spécifiques de ces spots. Pour autant, à travers cette vidéo, BFMTV propose un sujet insolite avec la musicothérapie, traité de façon

relativement objective, autour d'une question de société plus globale concernant les personnes âgées et la maladie d'Alzheimer. Ce reportage-témoignage véhicule également l'image d'un hôpital porté par des valeurs culturelles, sociales et humaines, renforcées ici par la place accordée à la musicothérapie dans le fonctionnement d'une institution publique. A travers les verbalisations des différents acteurs mis en scène, il transmet aussi un discours pluriel autour de la musicothérapie qui, bien que partiel, peut avoir un impact sur nos représentations. (Verdier, 2015). Cette vidéo qui met en scène une musicothérapeute pendant l'exercice de sa profession dans un établissement de soins public circule également sur le média participatif « Dailymotion » et a pu faire l'objet d'une récupération par la FFM, qui la diffuse toujours sur son site web, dans sa rubrique « presse ». Et, si tous les praticiens de la musicothérapie ne se reconnaissent pas obligatoirement à travers la pratique décrite sur cette vidéo, le discours porté par le journaliste et la gériatre qui commentent ces images met en avant les effets de la musicothérapie sur le *quotidien des malades*, notamment via la revalorisation sociale pouvant être instaurée par ce type de technique de soin.

La médiatisation de la musicothérapie sur internet permet d'appréhender le discours pluriel auquel elle donne lieu et l'émergence de différentes formes de représentations. Par exemple, la plateforme Dailymotion permet de retrouver la trace d'interviews ou d'événements à caractère scientifique dédiés au grand public impliquant des acteurs politiques, journalistes, scientifiques et artistes musiciens. Dans ces congrès, les acteurs interrogent les liens existant entre la musique et le cerveau, ainsi que la place de la musique dans la santé publique. C'est le cas d'une table ronde filmée et postée sur ce média participatif s'intitulant « Sacem Université : Table ronde "De la Musicothérapie à la Recherche Fondamentale" »<sup>370</sup>. Sur ce site web, nous trouvons également l'interview d'un Professeur en neurologie du CHU de Montpellier portant sur l'intérêt de la musicothérapie dans la prise en charge des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer. Toutefois, ce média diffuse également des vidéos en les présentant par des énoncés tels que « La Musicothérapie | Sciences Occultes » qui connotent cette pratique faisant émerger des représentations plus triviales. Ce phénomène de publicisation se retrouve sur les sites de certaines formations en musicothérapie, qui relaient l'agenda de différents événements plus ou moins scientifiques autour de la musicothérapie. Ces stratégies de communication favorisent également le développement en réseaux de nombreux acteurs, contribuant à l'expression des représentations de la musicothérapie et de leur diversité.

---

<sup>370</sup> Source site de la plateforme Dailymotion, [consulté le 28 août 2017], URL : <https://www.dailymotion.com/video/x1cfbbb>

## CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE

Dès le premier chapitre de cette troisième partie, avec le schéma de la représentativité des acteurs qui diffusent sur internet des contenus se rapportant à la musicothérapie, nous avons pu percevoir la complexité des représentations de la musicothérapie. Celle-ci émerge d'entre la diversité de acteurs, qui depuis leurs positionnements respectifs, forment des systèmes plus ou moins interdépendants les uns des autres : système de santé, système de formation, système de représentations des praticiens et système d'information-communication, représenté par les médias et pouvant être investi de manière sensiblement différentes par les acteurs. A partir de cette vision globale que la communication numérique des acteurs nous a permis de représenter, nous nous sommes plus particulièrement penchés sur quelques acteurs, pour étudier leurs points de vue respectifs concernant la musicothérapie ou son projet et leurs relations autour de cet objet.

Cette approche nous a conduite à mieux situer les représentations de la musicothérapie pouvant être véhiculées ou portées par les acteurs : représentations sociales, représentations collectives, représentations professionnelles, représentations scientifiques, représentations politiques. Notre étude a permis de considérer que l'ensemble des acteurs reconnaissent l'intérêt de la *musicothérapie*, se l'appropriant parfois au détriment de certaines catégories de praticiens. Toutefois, leurs points de vue respectifs sont aussi légitimes, voire légitimés par les pouvoirs publics, en raison de leur appartenance à des groupes socio-professionnels institutionnalisés. Ce qui met en avant le rôle des institutions dans le projet de la musicothérapie et de leur communication qui tend à orienter la représentation professionnelle et scientifique de la musicothérapie.

Les dispositifs sociotechniques mobilisés par les acteurs de la musicothérapie montrent que l'information-communication mise en œuvre par les formations et les praticiens joue également un rôle important dans le projet de la musicothérapie, l'expression de ses représentations et leur évolution. Face à la force des institutions, les résultats de l'enquête sur les sites web des formations universitaires et auprès des praticiens de la musicothérapie renvoient à un défaut de représentations collectives de la musicothérapie. Actuellement, le rattachement universitaire de certains organismes de formation ne compense pas ce manque, donnant lieu à une diversité qui se rajoute à celle des autres organismes de formation. Dans ce système, la diversité peut être perçue à la fois comme une richesse et comme un frein à la construction d'une identité

professionnelle des *musicothérapeutes*, aussi bien par les acteurs des formations, qu'au sein des associations ou chez les praticiens. Elle met en œuvre des tensions et des rapports conflictuels qui peuvent desservir la représentation professionnelle des praticiens sur le terrain professionnel et empêcher le sentiment d'appartenance aux associations regroupant certains praticiens. Ce climat induit une confiance relative entre l'ensemble des acteurs de la musicothérapie qui tendent à vouloir défendre la musicothérapie ou un titre de musicothérapeute qui prête à confusion. D'autant que certains praticiens sont aussi porteurs d'une autre identité professionnelle, à laquelle ils tiennent.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête montrent que la musicothérapie dispose désormais d'un vaste lexique, qui ne favorise peut-être pas obligatoirement les échanges sur le terrain professionnel, ni d'ailleurs entre ses praticiens. Certains d'entre eux réussissent néanmoins à investir les dispositifs sociotechniques et institutionnels, qui sont autant de dispositifs de médiation pouvant permettre leurs contributions à la représentation professionnelle, voire scientifique de la musicothérapie. Les *musicothérapeutes* s'introduisent dans les milieux médical, médico-social ou médico-pédagogique, même si leur intégration reste relative aux choix et aux logiques socio-économiques et politiques des acteurs susceptibles de les employer. Des choix qui peuvent aussi être légitimes de leur part, en lien avec l'évolution de la politique de santé publique.

Les organismes de formation, y compris les formations universitaires, ont une propre logique de fonctionnement qui alimente la diversité des représentations de la musicothérapie. Si en effet ils en permettent la professionnalisation, ils renvoient à une représentation pouvant être floue de leurs objectifs. Et les publics qu'ils visent, les conditions d'accès qu'ils instaurent, les contenus de formation qu'ils proposent et les catégories de diplômes qu'ils attribuent ne favorisent peut-être pas la reconnaissance de la musicothérapie en tant que technique thérapeutique spécifique pouvant être identifiée en tant que profession parmi les métiers de la fonction publique hospitalière. Ces organismes de formations sont contraints à la fois par des logiques économique-politiques, le fonctionnement du système de santé et l'évolution de la politique de santé publique qui donne aussi lieu à la multiplication des DU impliquant la musicothérapie, notamment dans les facultés de médecine. Les contenus de formation qu'ils proposent permettent de situer la musicothérapie au cœur même d'une interdisciplinarité impliquant *a minima* : la psychiatrie, la psychologie, la neuropsychologie, l'ethnomusicologie, la musicologie, etc. qui en fait toute sa spécificité. Pourtant les acteurs des formations,

notamment universitaires, sont restés attachés à leur « discipline » d'origine, ne permettant pas l'innovation d'une nouvelle discipline propre à la musicothérapie, qui semble avoir du mal à construire son socle théorique. Les implications des acteurs dans la mise en place des formations révèlent davantage des stratégies d'évolution individuelle que collective. Dans ces évolutions, rappelons que l'information-communication a joué un rôle important. Elle continue de le jouer, de façon relative aux acteurs et à leurs visions respectives du rôle de l'information-communication dans l'évolution du projet de la musicothérapie et de ses représentations professionnelles, voire scientifiques.

Par ailleurs, les médias ainsi que différentes catégories de dispositifs sociotechniques (groupes de travail, réunions pluridisciplinaires sur les lieux de travail, colloques, congrès, associations, centres de formation, etc.) peuvent être instrumentalisés par les acteurs et influencer ou orienter les représentations de la musicothérapie. Parmi eux, les médias numériques contribuent à la formation, la circulation et la transformation des représentations de la musicothérapie, selon des stratégies de communication d'acteurs pouvant être très variables, en raison des objectifs qui les sous-tendent et qui entretiennent leur diversité.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

A partir d'un questionnaire qui s'est initié sur le terrain professionnel concernant la place de la musicothérapie dans le système de santé français, notre évolution en SIC a déplacé notre approche de cet objet. Nous avons pu l'interroger différemment, en abordant la musicothérapie sous l'angle des représentations, pour mieux comprendre le rôle de l'information et de la communication dans leurs manifestations que nous avons saisies à travers différentes catégories de dispositifs : des documents, des sites web, des enquêtes, questionnant aussi les pratiques info-communicationnelle des acteurs. Ces dispositifs donnent lieu à des contextes discursifs pouvant être très divers, dans lesquels circulent de nombreux discours sur la musicothérapie.

La première partie de la thèse, nous a permis de poser des points de repère pour étudier les représentations de la musicothérapie. Notre présentation de la musicothérapie, à travers laquelle nous avons aussi mobilisé la recherche en SIC, montre que son actualité s'ancre dans des représentations héritées, qui renvoient à des pratiques ancestrales. Si au cours de l'histoire, la musique et les musiciens se sont introduits dans les milieux hospitaliers, dès la fin du XIXe siècle, la musique est aussi utilisée par quelques médecins mélomanes ou musiciens. Leurs échanges et leurs communications sur cette utilisation a conduit à l'émergence du mot *musicothérapie*, d'abord dans le milieu médical avant qu'il ne se propage dans différents milieux sociaux, notamment via des articles de la presse de l'époque. Son actualité tient aussi à la mise en place et au développement de nombreuses formations visant sa professionnalisation depuis le début des années 1970. Et, nous avons pu observer que cet essor de la musicothérapie relève aussi des trajectoires individuelles de quelques personnalités qui se sont particulièrement impliquées dans son développement en France, notamment en communiquant sur le sujet. Nous avons aussi posé que la musicothérapie pouvait trouver sa place dans les établissements de santé, où s'enchevêtrent différents cadres de médiation contribuant à sa dimension thérapeutique.

Par ailleurs, avec la notion de représentation que nous avons définie selon différents angles qui mettent en évidence ses aspects communicationnels, nous avons vu que le paradigme représentationnel est relativement ouvert à différentes disciplines scientifiques parmi lesquelles, les SIC ont un rôle à jouer. Et notre approche qui a permis de préciser des typologies de représentations a pu conduire à identifier des formes complexes de représentations de la musicothérapie pouvant être véhiculées ou portées par les acteurs que nous avons ciblés pour

la thèse. Avec le concept de dispositif, nous avons pu à la fois contextualiser la question de la musicothérapie par rapport aux dispositifs de soins dans lesquels elle s'inscrit, de façon relativement instable si l'on considère le fonctionnement du système de santé et sa gouvernance. En précisant ce concept par différentes catégories de dispositif, nous avons aussi mobilisé la recherche en SIC. Notamment, nous avons opéré un retour sur la théorie du document qui a permis de relever ses différentes dimensions, pouvant être plus ou moins investies par les acteurs que nous avons impliqués dans la thèse. Par ailleurs notre approche des représentations de la musicothérapie sur internet et par les dispositifs numériques a permis de mieux comprendre leurs qualités médiatiques ainsi que les usages auxquels ils peuvent donner lieu et qui participent à l'expression de ces représentations. Évoluant peu à peu par rapport à l'objet de la discipline, nous avons pu construire notre objet.

Dans la deuxième partie de la thèse, nous avons précisé notre positionnement constructiviste par rapport à différents courants existants, conduisant à pouvoir utiliser une méthode mixte pour la recherche, l'inscrivant aussi dans le sillon de la recherche qualitative. En ce sens, notre démarche empirico-inductive a permis la construction du terrain de la recherche qui a fait l'objet d'une description dans le deuxième paragraphe de cette partie de la thèse. Nous avons aussi présenté les acteurs que nous avons pris en considération, afin de cibler plus particulièrement un ensemble d'acteurs significatif pour la recherche pour recueillir un certain nombre de matériaux qui ont permis l'élaboration d'un corpus que nous avons présenté. Ce choix de matériaux (documents, résultats d'enquête, enregistrements audio) a conduit à mobiliser différentes méthodes et techniques de recueil et d'analyse de données que nous avons expliquées et précisées en tant que « bricolage méthodologique » propre à la recherche qualitative.

Dans la troisième partie de la thèse, nous nous sommes attachée à restituer nos résultats à partir d'une vision globale des acteurs qui diffusent sur internet des contenus se rapportant à la musicothérapie afin de mieux situer ceux que nous avons ciblés pour la recherche. Ce qui a conduit à étudier plus précisément leur positionnement vis-à-vis de la musicothérapie et les relations qu'ils entretiennent autour de cet objet, notamment à partir de l'analyse actionniste. En effet, les potentialités ou les fonctionnalités des sites web que nous avons observés définissent des contextes discursifs pouvant interférer avec la perception et l'interprétation des représentations de la musicothérapie. Ces interférences peuvent se situer à différents niveaux de dispositifs, englobés par le site d'un acteur. Et, nous avons vu comment internet qui permet



de naviguer, d'un site à un autre pour interroger la qualité informationnelle d'un contenu et repérer les stratégies de communication et le jeu des acteurs peut conduire à une signification plurielle des représentations de la musicothérapie qui permet de relativiser le discours des acteurs. En particulier, la recherche a permis de repérer le déploiement de différents réseaux d'acteurs, qui mettent en œuvre des stratégies communicationnelles et discursives tout autant diversifiées. Ces réseaux entraînent des effets circulaires et récursifs pouvant être catégorisant ou à tendance normative, comme cela peut être le cas concernant les acteurs clés du système de santé. Ils renvoient aussi à la dispersion des représentations de la musicothérapie, par rapport au système de formation et à la représentation professionnelle des praticiens. Ainsi, la visibilité des acteurs sur internet met en jeu les représentations de la musicothérapie dans une forme de débat en ligne, dans un espace qui se définit comme une forme de renouvellement de l'espace public. Dans cet espace, les discours institutionnels, politico-citoyens et ordinaires des acteurs s'enchevêtrent, pouvant conduire à plusieurs interprétations de la « réalité » sociale de la musicothérapie et de ses praticiens.

Dans cet espace également médiatique, les représentations de la musicothérapie sont mises en tension révélant des rapports de force entre les acteurs qui peuvent être mis en lien avec leurs intérêts respectifs tout en n'excluant pas leurs relations d'interdépendance. Cette forme d'espace public médiatique autorise aussi la participation (relative) et les libertés langagières de nombreux publics d'internautes. Mais quelle qualité peut-on attribuer à cette reconfiguration de l'espace public quand les discours qui y circulent ne sont pas obligatoirement d'actualité et que les stratégies des acteurs viennent comme brouiller l'information, demandant de nombreux efforts cognitifs et de technicité aux publics pour pouvoir situer les représentations qu'ils véhiculent ? Quoi qu'il en soit, la thèse montre que si les technologies numériques semblent favoriser l'instrumentalisation de la communication par l'ensemble des acteurs, réinterrogeant de manière relative la place de la musicothérapie dans le système de santé, elles instaurent aussi une pragmatique sociale qui n'échappe qu'en partie au contrôle des institutions dont le discours dominant tend à normaliser les pratiques socioprofessionnelles et la place de la musicothérapie dans le système de santé.

Par ailleurs, cette recherche présente aussi des limites. Dès le début de la thèse nous avons fait part de notre expérience personnelle, projetant aussi certaines idées dans notre présentation et notre approche des représentations de la musicothérapie. Nous avons ainsi mêlé des éléments autobiographiques à d'autres plus extérieurs. Nous avons également impliqué certains acteurs

dans la recherche, à leur insu. Notamment ceux qui sont rattachés à des actants clés du fonctionnement du système de santé, sans mener directement auprès d'eux des entretiens qui pourraient permettre de préciser leurs attitudes vis-à-vis de la musicothérapie et leurs représentations. Toutefois, nous avons tâché de rester au plus près de la définition que ces actants donnent d'eux-mêmes, pour interpréter les représentations qui émergent de leurs discours respectifs. La recherche peut également être critiquée par rapport aux méthodes d'enquête, notamment l'enquête en ligne. En effet, les potentialités du dispositif Google Form que nous avons mobilisé interfèrent sur les résultats de l'enquête, ayant conduit à des formes d'expression écrite qui altèrent peut-être notre interprétation des représentations des praticiens enquêtés. L'enquête pourrait aussi s'élargir auprès de patients qui expérimentent la musicothérapie dans différents lieux de soins, pour connaître leur point de vue sur le sujet. Ou encore, auprès d'une population étrangère au contexte d'exercice de la musicothérapie, pour étudier leurs représentations sociales. D'autant que les représentations sociales sont des savoirs de sens commun ou des savoirs naïfs, qui se distinguent des représentations relativement collectives que nous avons étudiées dans la thèse.

Avec le recul, nous pouvons aussi dire que la méthodologie de la recherche a été difficile à mettre en œuvre et à réaliser, notamment concernant le cadrage empirique de l'enquête auprès d'acteurs cibles. L'abondance des contenus circulant sur internet nous a demandé un fort investissement à la fois temporel et méthodologique pour les choisir et réaliser l'intérêt d'une enquête complémentaire que nous avons mise en œuvre auprès des praticiens et d'autres acteurs clés de la musicothérapie. Ce fut aussi pour nous l'occasion de nous entretenir avec eux et nous les remercions de l'intérêt qu'ils ont porté à cette recherche, qui répond modestement à certaines de leurs questions ou attentes.

Ce travail appelle aussi à poursuivre un questionnement en SIC sur les pratiques info-communicationnelles via les usages du numérique, par exemple pour appréhender de manière plus ciblée la technicisation des pratiques info-communicationnelles des acteurs de l'internet et ses effets sur les formes de médiation sociale, culturelle ou politique que ce média est susceptible de générer. Les publics d'internet développent aussi des compétences techniques et des stratégies informationnelles qui peuvent interférer sur l'interprétation de nombreuses données circulant sur le web. Or la diffusion et la médiatisation de ces données posent question sur leur cycle de vie, comme nous avons pu l'observer par rapport à certains contenus non actualisés ou devenus obsolètes concernant notre recherche sur la musicothérapie. Avec la

multiplicité des traces numériques, il serait intéressant d'évaluer plus précisément les contextes de réception des discours du web et les formes de relation que les usagers mettent en œuvre avec certains contenus dont la dimension technologique interfère aussi sur les processus cognitifs qui permettent d'évaluer la pertinence d'une information.

Avec ce dernier paragraphe de la thèse, nous avons souhaité mettre en avant les apports d'une approche info-communicationnelle des représentations de la musicothérapie qui a permis de mieux comprendre leur dynamique, dans un contexte numérique sans cesse renouvelé qui a également conduit à des rencontres.

## BIBLIOGRAPHIE

- ABRIC J.-C., 1987, *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset : Del Val.
- ABRIC J.-C., 2003, L'étude expérimentale des représentations sociales. In Jodelet D. (dir), *Les représentations sociales*, 7<sup>ème</sup> éd., [1989]. Paris : PUF, p. 203-223.
- AKRICH M., CALLON M., LATOUR B., 2006, *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*. Paris : Presses de l'École des Mines.
- APPEL V., BOULANGER H., MASSOU L. (dir), 2014, *Les dispositifs d'information et de communication : concepts, usages et objets*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- ARISTOTE, [384-322 av. J.-C.], *Politique d'Aristote*. Traduit d'après le texte collationné sur les manuscrits et les éditions principales par Barthélémy-Saint-Hilaire J., Paris : Ladrangé, 1874.
- ARMENGAUD F., 1996, Foucault (Michel) 1929-1984. In *Encyclopædia Universalis*. Corpus 9. Paris : Éd. Encyclopaedia Universalis, p. 746-747.
- ARNAUD M., 2005, Interopérabilité. In France. Commission pour l'Unesco, *La « Société de l'information » : glossaire critique*. Paris : La Documentation française, p. 94-96.
- ARVEILLER J., 1980, *Des musicothérapies*. Issy-les-Moulineaux : E. A. P., coll. Psychologie et Pédagogie de la Musique.
- ASSABGUI J., 1990, *La musicothérapie*. Paris : Grancher.
- ATTALI J., 1977, *Bruits. Essai sur l'économie politique de la musique*. Paris : PUF.
- AUREY N., 2016, *L'Alerte ou l'Enquête. Une sociologie pragmatique du numérique*. Paris : Presses des Mines.
- AVENIER M.-J., 2010, *Retrouver l'Esprit de la vallée du Constructivisme en remontant à ses sources épistémiques*. 20 p. halshs-00526755
- BARDIN L., 2013, *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.
- BATAILLE M., BLIN J.-F., JACQUET-MIAS C., PIASER A., 1997, Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles. *L'Année de la Recherche en Sciences de l'Éducation*, p. 57-89.
- BEAUD S., WEBER F., 2010, *Guide de l'enquête de terrain*. 4<sup>ème</sup> éd. augmentée, [1997]. Paris : La Découverte.
- BECKER H.-S., PESSIN A., 2006, Dialogue sur les notions de Monde et de Champ. *Sociologie de l'Art*, [en ligne], (OPuS 8), (1), p. 163-180. [Consulté le 09 juillet 2017]. URL : <https://www.cairn.info/revue-sociologie-de-l-art-2006-1-page-163.htm>

BECKER H.-S., 2014, Réflexions sur le travail de terrain et ses problèmes. *Recherches qualitatives*, [en ligne], vol. 33 (1). Vigilance ethnographique et réflexivité méthodologique, p. 1-8. ISSN: 1715-8702. [Consulté le 08 juillet 2017]. URL: [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition\\_reguliere/numero33\(1\)/rq-33-1-numero-complet\(1\).pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero33(1)/rq-33-1-numero-complet(1).pdf)

BÉNISTANT A., 2017, “*Mi disquera no es Sony, mi disquera es la gente*”. Processus hégémoniques et contre-hégémoniques dans l’industrie musicale latino de Miami. *Les Enjeux de l’information et de la communication*, [en ligne], 1 (N° 18/1), p. 21-36. [Consulté le 04 mars 2019]. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2017-1-page-21.htm>

BÉNISTANT A., 2018, La transnationalisation de l’industrie musicale de Miami. *Communication*, [en ligne], vol. 35/1, [consulté le 04 mars 2019], URL : <http://journals.openedition.org/communication/7607>

BENOIT D., 2004, Le constructivisme en communication : une évidence à revisiter. *Questions de communication*, [en ligne], (1), n° 5, p. 185-202. [Consulté le 20 février 2017]. URL : <https://www.cairn.info/revue-questions-de-communication-2004-1-page-185.htm>

BENRAHHAL-SERGHINI Z., MATUSZAK C., 2009, Lire ou relire Habermas : lectures croisées du modèle de l’espace public habermassien. *Études de communication*, [en ligne], 32, p. 33-49. [Consulté le 07 août 2017]. URL : <http://journals.openedition.org/edc/868>

BERCHE P., 2012, « La médecine idéale n'existe pas », *Les Tribunes de la santé*, [en ligne], 4 (n° 37), p. 29-34. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2012-4-page-29.htm> [consulté le 24 février 2019]

BERGER P., LUCKMAN T., *La construction sociale de la réalité*. Paris : Broché, 1997.

BERNIER M.-F., ROMEYER H., 2006, *France 2 et Radio-Canada : deux conceptions de la médiation*, [mis en ligne le 09 janvier 2006], URL : <https://lesenjeux.univ-grenoble-alpes.fr/wp-content/uploads/2018/12/03-2005-Bernier-Romeyer.pdf>. [Consulté le 17 août 2018].

BERTEN A., 1999, Dispositif, médiation, créativité : petite généalogie. *Hermès*, [en ligne], n° 25. Le dispositif entre usage et concept, p. 33-47. [Consulté le 18 juillet 2016]. URL : <http://documents.irevues.inist.fr/handle/2042/14972>

BERTRAND D., Penser la musique : la part du diable. *Insistance*, [en ligne], 1, (n° 1), p. 59-84. [Consulté le 20 juillet 2019]. URL : <https://www.cairn.info/revue-insistance-2005-1-page-59.htm>

BESSIERES D., 2009 La définition de la communication publique : des enjeux disciplinaires aux changements de paradigmes organisationnels. *Communication et organisation*, 35, p. 14-28.

- BESSONE M., CUKIER A., LAZZERI C., WILLEMS M.-C., 2015, Identités et catégorisations sociales. *Terrains/Théories*, [en ligne], 3 | 2015. [Consulté le 29 août 2019]. URL : <http://journals.openedition.org/teth/503>
- BLANCHARD G., GADRAS S., WOJCIK S., 2013, Analyser la participation politique en ligne : des traces numériques aux pratiques sociales. In Barats C. (dir.), *Manuel d'analyse du web*. Paris : Armand Colin, p. 166-180.
- BLONDEAU C., 2002, La boucherie : un lieu d'innocence ? *Ethnographiques.org*, [en ligne], n° 2, novembre 2002. ISSN : 1961-9162. [Consulté le 23 juillet 2017]. URL : <http://www.ethnographiques.org/spip.php?article58>
- BONACCORSI J., 2013, Disparitions, empreintes et ubiquités : analyse intermédiatique d'un faire œuvre en bande dessinée, in Deseilligny Oriane, Ducas, Sylvie (coord.), *L'auteur en réseau, les réseaux de l'auteur*, Nanterre : Presses universitaires de Nanterre, p. 87-99.
- BONACCORSI J., FLON É., 2014, La « variation » médiatique : D'un fondamental sémiotique à un enjeu d'innovation industrielle. *Les Enjeux de l'information et de la communication*, 2 (n° 15/2), p. 3-10. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2014-2-page-3.htm>
- BONHOMME J., 2017, Numérique (anthropologie). In *Encyclopædia Universalis* [en ligne], [consulté le 30 août 2017]. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/numerique-anthropologie>
- BONNET J., GALIBERT O., 2016, Organisations et savoirs : quelles médiations ? *Communication et organisation*, 49, p. 5-17.
- BONNEVILLE L., GROSJEAN S., LAGACÉ M., 2007, *Introduction aux méthodes de recherche en communication*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière inc.
- BOUGNOUX D., 2001, *Introduction aux sciences de la communication*. Paris : La Découverte.
- BOUGNOUX D., 2006, *La crise de la représentation*. Paris : La Découverte.
- BOURDIEU P., 1982, Les rites comme actes d'institution. *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 43, p. 58-63.
- BOURDIEU P., 1992, *Réponses : pour une anthropologie réflexive*. Paris : Seuil.
- BOURDONCLE, R., 2000, Autour des mots : "professionnalisation, formes et dispositifs". *Recherche et formation*, n° 35, décembre 2000.
- BRETON P., PROULX S., 2012, 11/ Usages des technologies de l'information et de la communication. In Breton P. éd., *L'explosion de la communication. Introduction aux théories et aux pratiques de la communication*. Paris : La Découverte, « Repères », p. 263-287.
- BREWER J.-D., 2000, *Ethnography*. Buckingham: Open University Press.

BRIENT P., 2007, Du regard à la parole : la relation soignant-soigné en psychiatrie. *Cahiers de psychologie clinique*, [en ligne], n° 28, (1), p. 61-68. [Consulté le 28 mai 2017], URL: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-61.htm>

BROUDOUX È., 2016, Contours du document numérique connecté. In Paganelli C., Chaudiron S., Zreik K. (dir), *Documents et dispositifs à l'ère post-numérique, Actes du 18ème colloque international sur le Document Electronique (CIDE)*. Paris : Europa, p. 7-16.

BROUSTAU N., 2008, *Comment définir une représentation médiatique ? De la décentration à la trajectoire argumentative*. [En ligne], site web academia.edu, [consulté le 23 octobre 2017], URL : [https://www.academia.edu/7672422/Comment\\_définir\\_une\\_représentation\\_médiatique\\_De\\_la\\_décentration\\_à\\_la\\_trajectoire\\_argumentative](https://www.academia.edu/7672422/Comment_définir_une_représentation_médiatique_De_la_décentration_à_la_trajectoire_argumentative)

BUCKLAND M., 1997, What is a “document” ? *Journal of the American Society for Information Science*, n° 9, (48), p. 804-809.

CABIN P., DORTIER J.-F., 2008, *La communication. État des savoirs*. Auxerre : Sciences humaines Éditions.

CALLON M., FERRARY M., 2006, Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau. *Sociologies pratiques*, [en ligne], (2), n° 13, p. 37-44. [Consulté le 13 août 2017]. URL : <http://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2006-2-page-37.htm>

CARDU H., 2008, Construction identitaire professionnelle et interaction en contexte de transition culturelle : l'étude d'un cas. *Connexions*, [en ligne], (1), n° 89, p. 171-180. [Consulté le 29 août 2016]. URL : <http://www.cairn.info/revue-connexions-2008-1-page-171.htm>

CARRÉ D., 2010, Trois postures communicationnelles en santé : désingularisation, culpabilisation et imposition. In Routier C., D'Arripe A. (Éds), *Communication & santé : enjeux contemporains*. Villeneuve-D'ascq : Presses Universitaires du Septentrion, p. 173-180.

CARRE D. PANICO R., 2011, Le contrôle social à l'heure des technologies de mobilité et de connectivité. *Terminal*, 108-109, p. 17-31.

CARRE D., VETOIS J., 2016, Contrôle social et techniques numériques. *Terminal* [en ligne], 118, [consulté le 18 août 2019], URL : <http://journals.openedition.org/terminal/1411>.

CATELLIN S., 2014, *Sérendipité. Du conte au concept*. Paris, Seuil, coll. « Science ouverte ».

CERTEAU M. (de), 1990, *L'invention du quotidien. 1. Arts de faire*. [1980]. Paris : Gallimard.

CHANDES G., 2017, Introduction. Ce que le son nous fait. *Communication & Langages*, [en ligne], n° 193,3, p. 25-37 – [consulté le 06 mars 2019] URL : <https://www.cairn.info/revue-communication-et-langages1-2017-3-page-25.htm>

CHARAUDEAU P., 1997, *Le discours d'information médiatique : la construction du miroir social*. Paris : Nathan : [Bry-sur-Marne] : Institut national de l'audiovisuel.

CHARAUDEAU P., 1999, La médiatisation de l'espace public comme phénomène de fragmentation. *Études de communication*, [en ligne], 22, p. 73-92. [Consulté le 08 août 2017]. URL : <http://journals.openedition.org/edc/2346>

CHARAUDEAU P., 2009, Dis-moi quel est ton corpus, je te dirai quelle est ta problématique. *Corpus*, [en ligne], 8, p. 37-66. [Consulté le 30 octobre 2017]. URL : <http://journals.openedition.org/corpus/1674>

CHARAUDEAU P., 2010, Pour une interdisciplinarité "focalisée" dans les sciences humaines et sociales. *Questions de communication*, [en ligne], (17), p. 195-222. [Consulté le 20 juillet 2016]. URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/385>

CHAUDIRON S., 2007, Technologies linguistiques et modes de représentation de l'information textuelle. *Documentaliste-Sciences de l'Information*, [en ligne], vol. 44, (1), p. 30-39. [Consulté le 27 août 2016]. URL : <http://www.cairn.info/revue-documentaliste-sciences-de-l-information-2007-1-page-30.htm>

CHAUVIER É., 2015, Amy et Jake. *Care, réflexivité, négativité. Recherche en soins infirmiers*, [en ligne], 3, (N° 122), p. 97-101. [Consulté le 25 février 2019], URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-97.htm>

CHRISTOPHE T., 2014, Plasticité de l'entretien : multiplier les situations de communication autour de l'écoute musicale. *Sciences de la société*, 92, p. 129-141.

CISLARU G., STIRI F., 2009, TEXTE ET DISCOURS. Corpus, co-texte et analyse automatique du point de vue de l'analyse de discours. *Corpus*, 8, p. 85-104.

CLAVIER V., MANES-GALLO M.-C., MOUNIER E., *et al.*, 2010, Dynamiques interactionnelles et rapports à l'information dans les forums de discussion médicale. In Millerand F., Proulx S. et Rueff J. (dirs), *Le Web relationnel : mutation de la communication ?* Québec : Presses de l'Université du Québec, p. 297-314.

CLOAREC P., 2008, Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle. *Recherche en soins infirmiers*, [en ligne], n° 93, (2), p. 28-31. [Consulté le 12 juin 2017]. URL : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-2-page-28.htm>

CORDELIER, B., 2013, Mise en invisibilité des individus et reconnaissance des activités. *Communication et organisation*, 44, p. 29-40.

CORDELIER B., 2014, Acteurs, auteurs, spectateurs. Questions pour une réarticulation de la notion d'acteur. In Bonnet J., Bonnet R., Raichvarg D. (dir), *Communication et intelligence du social. Acteurs, auteurs ou spectateurs des savoirs, de l'éducation et de la culture*, Tome 2. Paris : L'Harmattan, p. 145-153.

CORNU B., 2005, Réseau(x). In France. Commission pour l'Unesco, *La « société de l'information » : glossaire critique*. Paris : La Documentation française, p. 121-123.



COSTES M., 2010, La culture à l'hôpital : de nouvelles modalités communicationnelles ? In Routier C., D'Arripe A. (Éds), *Communication & santé : enjeux contemporains*. Villeneuve-d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, p. 205-211.

COTTE D., 2004, Le concept de « document numérique ». *Communication et langages*, [en ligne], n° 1, vol. 140, Dossier : du « document numérique » au « textiel », p. 31-41. [Consulté le 27 juin 2017]. URL : [www.persee.fr/doc/colan\\_0336-1500\\_2004\\_num\\_140\\_1\\_3265](http://www.persee.fr/doc/colan_0336-1500_2004_num_140_1_3265)

COURBIERES C., REGIMBEAU G., 2006, Entrées pour le document : praxis, matières et formes sociales. *Sciences de la société. Dimensions sociales du document*, n° 68, Dossier coordonné par Courbières C. et Régimbeau G., p. 3-9.

COUZINET V. (dir), 2001, *Jean Meyriat, théoricien et praticien de l'information documentation : textes réunis à l'occasion de son quatre-vingtième anniversaire*. Paris : ADBS éditions.

COUZINET V., REGIMBEAU G., COURBIERES C., 2001, Sur le document : notion, travaux et propositions. In Couzinet V. (dir), *Jean Meyriat, théoricien et praticien de l'information-documentation : textes réunis à l'occasion de son quatre-vingtième anniversaire*. Paris : ADBS éditions, p. 467-506.

COUZINET V., GARDIES C., 2009, L'ancrage des savoirs des professeurs documentalistes en SIC : question de professionnalisation et d'identité. *Documentaliste-Sciences de l'Information*, [en ligne], (2), vol. 46, p. 4-12. [Consulté le 13 mars 2017]. URL : <http://www.cairn.info/revue-documentaliste-sciences-de-l-information-2009-2-page-4.htm>

COUZINET V., 2015, Ce que disent les revues : de la revue scientifique à une typologie des revues. In Couzinet V. (dir), *Les revues : figures et cas*. Toulouse : Cépaduès Éditions, p. 9-32.

COUZINET V., MAROUKI M., 2015, La revue professionnelle : contribution à une définition. In Couzinet V. (dir.), *Les revues : figures et cas*. Toulouse : Cépaduès-Éditions, p. 79-106.

CROZAT S., BACHIMONT B., 2004, Réinterroger les structures documentaires : de la numérisation à l'information. *Revue I3 – Information, interaction, intelligence*, [en ligne], Cépaduès, 4, (1), <sic\_00001015> [Consulté le 27 juin 2017]. URL : [http://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic\\_00001015](http://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00001015)

DAHLGREN P., RELIEU M., 2000, L'espace public et l'internet. Structure, espace et communication. *Réseaux*, [en ligne], vol. 18, n° 100, p. 157-186. [Consulté le 07 août 2017]. URL : [http://www.persee.fr/doc/reso\\_0751-7971\\_2000\\_num\\_18\\_100\\_2217](http://www.persee.fr/doc/reso_0751-7971_2000_num_18_100_2217)

DALAGE É., VANDIEDONCK D., 2001, Impression d'originalité. *Études de communication*, 24, p. 107-123.

DALBERA J.-P., 2002, Le corpus entre données, analyse et théorie. *Corpus*, [en ligne], 1 | 2002, [consulté le 07 septembre 2019]. URL : <http://journals.openedition.org/corpus/10>

DANIC I., 2006, La notion de représentation pour les sociologues. Premier aperçu. *ESO, travaux et documents*, [en ligne], n° 25, p. 29-32. [Consulté le 27 août 2016]. URL : <http://eso.cnrs.fr/fr/publications/eso-travaux-et-documents/n-25-decembre-2006.html>

DAVALLON J., 2004, Objet concret, objet scientifique, objet de recherche. *Hermès, La Revue*, n° 38, p. 30-37. [Consulté le 15 mars 2016]. URL : <http://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2004-1-page-30.htm>

DAVALLON J., 2004, La médiation : la communication en procès ? *MEI*, n° 19, p. 43.

DAVALLON J., JEANNERET Y., 2006, La posture épistémologique, un geste pratique. In SFSIC et auteurs, *Questionner les pratiques d'information et de communication. Agir professionnel et agir social, Actes du XV<sup>e</sup> Congrès des sciences de l'information et de la communication, Université de Bordeaux, 10-12 mai 2006*, p. 203-210.

DEBRUYNE F., 2015, Faire et (se) défaire (d') une expérience publique de l'écoute. *Culture & Musées*, 25, 69-93.

DE CERTEAU M., 1990, *L'invention au quotidien : 1. Arts de faire*. Paris : Gallimard.

DE LAVERGNE C., 2007, La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches Qualitatives*, [en ligne], Hors-Série n°3 : Actes du colloque Bilan et perspectives de la recherche qualitative, p. 28-43. ISSN 1715-8702. [Consulté le 20 avril 2014]. URL : <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/les-collections/hors-serie-les-actes/>

DEMONT É., 2009, *La psychologie : histoire, concepts, méthodes, expériences*. Auxerre : Éditions Sciences Humaines.

DENIS M., DUBOIS D., 1976, La représentation cognitive : quelques modèles récents. *L'année psychologique*, vol. 76, n° 2, p. 541-562.

DENIS M. 1989, *Image et cognition*, Paris : PUF.

DENZIN N.-K., 1978, *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw- Hill, 370 p.

DENZIN N.-K., LINCOLN Y.S. (eds), 1998, *Strategies of qualitative inquiry*. Thousand Oaks : Sage Publications.

DE OLIVEIRA J.-P., 2017 La communication publique comme support de légitimation et d'institutionnalisation des normes sociales : le cas de la prévention du sida. *Études de communication*, 48, 71-90.

DIDIER-WEILL A., 1995, *Les trois temps de la loi*, Paris : Seuil.

DI FELICE M., 2013, Net-activisme » et action sociale à l'époque des réseaux. In Najar S. (dir), *Les réseaux sociaux sur Internet à l'heure des transitions démocratiques*. Tunis : IRMC ; Paris : Karthala, p. 401-412.

DI FILIPPO L., 2018, La franchise Conan ou l'intermédialité. *CinémAction*, n° 168, p. 104-110.

- DOISE W., 2003, Attitudes et représentations sociales. In Jodelet D. (dir), *Les représentations sociales*, 7<sup>ème</sup> éd., [1989]. Paris : PUF, p. 240-258.
- DOMENGET J.-C., 2015, Usages professionnels et figures d'usager des médias socio-numériques. *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, [en ligne], 6, [consulté le 20 août 2019]. URL : <http://journals.openedition.org/rfsic/1325>
- DUBAR C., 1991, *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.
- DULONG D., 2017, Institution. In *Encyclopædia Universalis* [en ligne], [consulté le 15 août 2017]. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/institution/>
- DUMONT G., 2014, Entre mobilité, virtualité et professionnalisation : éléments méthodologiques et conditions de réalisation d'une ethnographie des grimpeurs professionnels. *Recherches Qualitatives*, [en ligne]. Vigilance ethnographique et réflexe méthodologique, vol. 33 (1), p. 188-210. ISSN 1715-8702. [Consulté le 30 août 2017]. URL : <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>
- DURAMPART M., 2013, Le rôle des TIC en tension ou en conciliation dans un espace démocratique et social. In Najjar S. (dir), *Les réseaux sociaux sur Internet à l'heure des transitions démocratiques*. Tunis : IRMC ; Paris : Karthala, p. 95-104.
- DURAND D., 2010, *La systémique*. 11<sup>ème</sup> éd. mise à jour, [1979]. Paris : PUF, coll. « Que sais-je ? ».
- DURKHEIM É., 1898, Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*, [en ligne], tome VI, p. 273-302. [Consulté le 07 août 2016]. URL : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k11052n/f278.image.langFR>
- EVERAERT-DESMEDT N., 1984, *La communication publicitaire : étude sémio-pragmatique*. Louvain-La-Neuve : Cabay.
- EVERAERT-DESMEDT N., 2006, *Interpréter l'art contemporain. La sémiotique peircienne appliquée aux oeuvres de Magritte, Klein, Duras, Wenders, Chávez, Parant et Corillon*. Bruxelles : De Boeck, Culture & Communication.
- EVERETT-CHERINGTON H., 1996, La place du travail de terrain dans les sciences sociales. In Chapoulie J.-M. (dir), *Le regard sociologique. Extraits choisis*, [1971]. Paris : Éd. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, p. 267-279.
- EVERS A., 2012, *Le grand livre de l'art thérapie*. Paris : Eyrolles.
- FLAMENT C., 1965, *Réseaux de communication et structures de groupe*. Paris : Dunod.
- FLAMENT C., 2003, Structure et dynamique des représentations sociales. In Jodelet D. (dir), *Les représentations sociales*, 7<sup>ème</sup> éd., [1989]. Paris : PUF, p. 224-239.

FLICHY P., 2001, La place de l'imaginaire dans l'action technique. Le cas de l'internet. *Réseaux*, [en ligne], 5, n° 109, p. 52-73. [Consulté le 26 juillet 2017]. URL : <http://www.cairn.info/revue-reseaux-2001-5-page-52.htm>

FOUCAULT M., 1961, *Folie et déraison : histoire de la Folie à l'âge classique*. Paris : Plon.

FOUCAULT Michel, 1975, *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris : Gallimard.

FRANCE. Commission pour l'Unesco, 2005, *La « société de l'information » : glossaire critique*. Paris : La Documentation française.

GADRAS, S., 2012, Public Sphere and Political Communication: how Does the Public Sphere Evolves with the Development of ICTs in French Local Politics? In Morganti L. et Bekemans L. (dir.). *The European Public Sphere. From critical thinking to responsible action*, Bruxelles, Peter Lang

GALLOT S., VERLAET L., 2016, La transparence : l'utopie du numérique ? *Communication & organisation*, [en ligne], n° 49, p. 203-217. [Consulté le 14 juillet 2018]. URL : <https://www.cairn.info/revue-communication-et-organisation-2016-1-page-203.htm>

GARDÈRE É., MONTAGNAC M.-H, PASCAL C., YILMAZ E., 2010, Co-construction d'un réseau de partenaires en recherche-action : prévention et promotion de la santé mentale des personnes en insertion socio-économique. In Routier C., D'Arripe A. (éds), *Communication & santé : enjeux contemporains*. Villeneuve-d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, p. 53-64.

GARDIÈS C., 2006, *De la mouvance identitaire à l'ancrage scientifique des professionnels de l'information-documentation dans l'enseignement agricole*. Thèse de doctorat : SIC. Université Toulouse III Paul Sabatier.

GARDIÈS C., FABRE I., 2012, Définition et enjeux de la médiation numérique documentaire. In Galaup X. (dir), *Développer la médiation documentaire numérique*. Villeurbanne : Presses de l'Enssib, p. 45-58.

GAUTHIER B., 2009, *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*. 5<sup>ème</sup> édition, [1984], Québec : Presses de l'Université de Québec.

GENTES A., 1996, *La communication publique : de la mise en scène à la stratégie, de la norme à la démocratie*. Thèse pour le doctorat de science de l'information et de la communication, Université Stendhal - Grenoble III.

GEORGES F., 2009, Représentation de soi et identité numérique. Une approche sémiotique et quantitative de l'emprise culturelle du web 2.0. *Réseaux*, [en ligne], n° 154, 2, p. 165-193. [Consulté le 28 août 2016]. URL : [www.cairn.info/revue-reseaux-2009-2-page-165.htm](http://www.cairn.info/revue-reseaux-2009-2-page-165.htm).

GERVEREAU L. (dir), 2006, *Dictionnaire mondial des images*. Paris : Nouveau monde éd.

GHIGLIONE R., BEAUVOIS J.-L., CHABROL C., TROGNON A., 1980, *Manuel d'analyse de contenu*. Paris : Armand Colin.

- GIUST-DESPRAIRIES F., 2002, Représentation et imaginaire. In Barus-Michel J., Enriquez E., Lévy A., *Vocabulaire de psychosociologie*. Ramonville-Saint-Agne : ERES, p. 231-250.
- GIBELLO B., 2006, La question du fond et de la forme des représentations mentales. *Le Journal des psychologues*, [en ligne], 1, n° 234, p. 43-48. [Consulté le 21 août 2016]. URL : [www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2006-1-page-43.htm](http://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2006-1-page-43.htm).
- GLADSTONE B., 2014, *La machine à influencer : Une histoire des médias*. Bussy-Saint-Georges : Ça et là.
- GLASERSFELD E. (von), 1984, An introduction to radical constructivism. *The invented reality: How do we know what we believe we know*, P. Watzlawick (ed.), p. 17-40. New York: Norton.
- GLASERSFELD E. (von), 2005, Thirty years radical constructivism. *Constructivist Foundations* 1/1, p. 9-12.
- GOFFMAN E., 1968, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Traduit de l'anglais par Lainé L. Paris : Éditions de Minuit.
- GOMBAULT V., Division Conditions des ménages, INSEE, 2013, L'internet de plus en plus prisé, l'internaute de plus en plus mobile. *INSEE Première*, [en ligne], n° 1452. [Consulté le 03 juillet 2017]. URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281312>
- GRANJON F., DENOUEËL J., (dir), 2011, *Communiquer à l'ère numérique. Regards croisés sur la sociologie des usages*. Paris : Presses des Mines.
- GRANJON F., DENOUEËL J., 2011, Penser les usages des technologies numériques d'information et de communication. In Granjon F., Denouël J. (dir), *Communiquer à l'ère numérique. Regards croisés sur la sociologie des usages*. Paris : Presses des Mines, p. 7-43.
- GRAWITZ M., 1981, *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Dalloz.
- GROUPE  $\mu$ , 1992, *Traité du signe visuel. Pour une rhétorique de l'image*. Paris : Éd. du Seuil.
- GROS F., 2007, Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin. *Recherche en soins infirmiers*, [en ligne], 2 (N° 89), p. 15-20. URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-15.htm> [consulté le 07 mars 2019].
- GUBA, E.G., Y. S. Lincoln, 1998, *Competing paradigms in qualitative research*, in *The landscape of qualitative research*. N. Denzin and Y. Lincoln (eds), p. 195-220. London: Sage.
- GUERIN S., 1997, *Internet en questions*. Paris : Éd. Économica.
- GUERRERO-TAPIA A., 2008, Volonté d'être dans la construction des projets sociaux : éléments constitutifs de l'identité, subjectivité et sens. *Connexions*, [en ligne], n° 89, 1, p. 121-130. [Consulté le 04 août 2016]. URL : <http://www.cairn.info/revue-connexions-2008-1-page-121.htm>

GUETIN S., 2009, *Évaluation de l'effet de la musicothérapie* *Évaluation de l'effet de la musicothérapie sur les manifestations anxieuses et psycho-comportementales chez des personnes atteintes de démence de type Alzheimer au stade léger à modéré*. Thèse de doctorat : Psychologie clinique et Psychopathologie. Université Paris-Descartes.

GUYOT B., PEYRELONG M.-F., 2006, Le document dans une perspective organisationnelle : un objet comme un autre ? *Sciences de la société*, [en ligne], n° 68, p. 45-59.

HABERMAS J., 1987, *Théorie de l'agir communicationnel*. Tomes 1 et 2, [1981]. Paris : Fayard.

HABERMAS J., 1997, *L'espace public : archéologie de la publicité comme dimension constitutive de la société bourgeoise*. [1962]. Paris : Herman.

HABERMAS J., 1997, *Droit et démocratie : « entre faits et normes »*. [1992]. Paris : Gallimard.

HÉBERT L., 2016, *Dictionnaire de sémiotique générale*. [En ligne], n° de la version : 13.11, date de la version : 28/05/16. [Consulté le 20 juillet 2017], URL : <http://www.signosemio.com/documents/dictionnaire-semiotique-generale.pdf>.

HEID M.-C., JULIA P., MARTY F., MELIANI V., NOY C., RÉGIMBEAU G., 2018, L'expérience utilisateur (UX) : nouveau terrain de rencontre DES SIC avec les concepts et méthodes du monde professionnel. *Les Cahiers de la SFSIC*, [en ligne], n° 15, juin 2018, p. 282-291. [Consulté le 20 juillet 2019], URL : <https://fr.calameo.com/read/000755919a67cd0483553>

HENNION A., 1993, *La passion musicale : une sociologie de la médiation*. Paris : Éd. Métailié.

HENRY N., FEKETE J.-D., 2008, Représentations visuelles alternatives pour les réseaux sociaux. *Réseaux*, [en ligne], n° 152, 6, p. 59-92. [Consulté le 03 septembre 2017]. URL : <http://www.cairn.info/revue-reseaux1-2008-6-page-59.htm>

HERMÈS, *La Revue*, n° 25, 1999/3. Le Dispositif. Entre usage et concept. Paris : Éditions CNRS. [En ligne]. ISSN en ligne : 1963-1006. URL : <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-1999-3.htm>

HERMÈS, *La Revue*, n° 39, 2004/2. *Critique de la raison numérique*. Paris : Éditions CNRS. [En ligne]. ISSN en ligne : 1963-1006. URL : <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2004-2.htm>

HERMÈS, *La Revue*, n° 53, 2009/1. Traçabilité et réseaux. Paris : Éditions CNRS. [En ligne]. ISSN en ligne : 1963-1006. URL : <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2009-1.htm>

HOCHMANN J., 2015, *Histoire de la psychiatrie*. France : PUF.

HOMÈRE, [fin du VIIIe siècle avant J.-C.]. *L'Odyssée*. Trad. nouvelle de Lecomte de Lisle. Paris : Alphonse Lemerre, 1877. [En ligne]. Site de la BNF, [consulté le 02 juillet 2016]. URL : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k2003192/f302.item>

HUBERMAN M., MILES M.-B., 1991, *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*. Louvain-la-Neuve : De Boeck université.

INTHAVONG K., 2007, Du projet de soins infirmiers au projet de soin médico-soignant. Une vision plurielle. *Recherche en soins infirmiers*, [en ligne], n° 91, 4, p. 29-60. [Consulté le 12 juin 2017]. URL : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-4-page-29.htm>

ISAMBERT F.-A., 1989, Alfred Schütz entre Weber et Husserl. *Revue française de sociologie*, [en ligne], 30-2. p. 299-319. [Consulté le 16 février 2017]. URL : [www.persee.fr/doc/rfsoc\\_0035-2969\\_1989\\_num\\_30\\_2\\_2599](http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1989_num_30_2_2599)

JACOBI D., SCHIELE B. (dir), 1988, *Vulgariser la science. Le procès de l'ignorance*. Seyssel : Éditions Champ Vallon.

JAUURÉGUIBERRY F., PROULX S., 2011, *Usages et enjeux des technologies de communication*, [2001]. Toulouse : Éditions érès.

JEANNERET Y., OLLIVIER B., 2004, Introduction. Faire des Sic : praxis, méthodes, pratiques. *Hermès, La Revue*, [en ligne], n° 38, p. 130-132. ISSN en ligne : 1963-1006. [Consulté le 16 janvier 2017]. URL : <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2004-1-page-130.htm>

JEANNERET Y., 2005, Dispositif. In France. Commission pour l'Unesco, *La « Société de l'information » : glossaire critique*. Paris : La Documentation française, p. 50-51.

JEHEL-CATHELINEAU S., 1995, *Enquête sur la représentation de la violence dans la fiction à la télévision*. Paris : CSA.

JOBERT B., MULLER P., 1987, *L'État en action : politiques publiques et corporatismes*. Paris : PUF.

JODELET D., 2003, Représentations sociales : un domaine en expansion. In Jodelet D. (dir), *Les représentations sociales*, 7<sup>ème</sup> éd., [1989]. Paris : PUF, p. 45-78.

JOUËT J., 2011, Des usages de la télématique aux Internet Studies. In Denouël J., Granjon F. (dir), *Communiquer à l'ère numérique. Regards croisés sur la sociologie des usages*. Paris : Presses des mines, p. 45-90.

JOUËT J., LE CAROFF C., 2013, L'observation ethnographique en ligne. In Barats C. (dir.), *Manuel d'analyse du web*. Paris : Armand Colin, p. 147-160.

JOVCHELOVITCH S., ORFALI B., 2005, La fonction symbolique et la construction des représentations : la dynamique communicationnelle EGO/ALTER/OBJET. *Hermès, La Revue*, [en ligne], n° 41, p. 51-57. [Consulté le 27 juillet 2016]. URL : <http://documents.irevues.inist.fr/handle/2042/8952>

JUHEL F. (dir), 2006, *Dictionnaire de l'image*. Paris : Éd. Vuibert.

KATZ E., 2008, *Influence personnelle : ce que les gens font aux médias / Katz Elihu et Lazarsfeld Paul Félix*. Traduction de l'anglais (États-Unis) et postface par Cefaï D. Paris : Armand Colin.

KINCHELOE J. L., 2001, Describing the Bricolage: Conceptualizing a New Rigor in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 7, (6), p. 679 -692.

KLEIN J.-P., 1997, *L'art-thérapie*. Paris : PUF, coll. « Que sais-je ? ».

KRIEG-PLANQUE A., 2012, *Analyser les discours institutionnels*. Paris : Armand Colin.

*LA BIBLE, Segond 21*, 2015, 15<sup>ème</sup> éd. [2005]. Genève : Société biblique de Genève.

LALLI P., 2005, Représentations sociales et communication. *Hermès, La Revue*, [en ligne], n° 41, p. 59-64. [Consulté le 27 juillet 2016]. URL : <http://documents.irevues.inist.fr/handle/2042/8953>

LAMBEAU C., 2010, « Communication musicale » ? Construire la musique comme objet pour les SIC. *Études de communication*, 35, 135-148.

LAMIZET B., SILEM A. (dir), 1997, *Dictionnaire encyclopédique des sciences de l'information et de la communication*. Paris : ellipses, édition marketing S.A.

LAMIZET B., 2016, Rhétoriques de l'identité et discours identitaires. In Richard A., Hailon F., Guellil N., (dir) *Le discours politique identitaire dans les médias*, Paris : L'Harmattan, p. 25-48.

LANDRON G., 1995, Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. *Déviance et société*, [en ligne], vol. 19, n° 1, p. 3-21. [Consulté le 02 juillet 2016]. URL : [http://www.persee.fr/doc/ds\\_0378-7931\\_1995\\_num\\_19\\_1\\_1559](http://www.persee.fr/doc/ds_0378-7931_1995_num_19_1_1559)

LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., LAGACHE D., 2007, *Vocabulaire de la psychanalyse*, 5<sup>ème</sup> éd. [1967], Paris : PUF.

LAPLANTINE F., 2003, Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie : de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne. In Jodelet D. (dir), *Les représentations sociales*, 7<sup>ème</sup> éd., [1989]. Paris : PUF, p. 297-318.

LAPLANTINE F., 2005, *Le social et le sensible. Introduction à une anthropologie modale*. Paris : Téraède.

LATOUB B., WOOLGAR S., 1996, *La vie de laboratoire : la production des faits scientifiques*. Traduit par Biezunski M., [1979]. Paris : La Découverte.

LATZKO-TOTH G., PROULX S., 2013, Enjeux éthiques de la recherche sur le web. In Barats C. (dir) *Manuel d'analyse du web*. Paris : Armand Colin, p. 32-48.

LAURENS C. *Communication et travail collectif des soignantes en situation de métissage à l'hôpital : le cas des cadres de santé, infirmières et aide-soignantes. Ordinateur et société*



[cs.CY]. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2014. Français. NNT : 2014TOU20036. tel-01127207

LECLAIRE S., 1998, *Écrits pour la psychanalyse. 2. Diableries : 1954-1994*, [postmortem]. Paris : Seuil : [Strasbourg] : Arcanes.

LECLERC M., 1989, La notion de discipline scientifique, *Politique*, [en ligne] n° 15, p. 23-51. [Consulté le 14/06/2016]. URL : <http://id.erudit.org/iderudit/040618ar>

LECOURT É., 1986, *La pratique de la musicothérapie*. 3<sup>ème</sup> éd., [1977]. Paris : ESF.

LEGRAND J.-L., 1993, L'implexité : implication et complexité. *Cahiers de la section des sciences de l'éducation de l'Université de Genève, Penser la formation*, n° 72, p. 251-268.

LEINMAN Colette, 2011, Le catalogue d'art contemporain. *Marges*, [en ligne], 12, p. 51-63. [Consulté le 30 août 2016]. URL : <http://journals.openedition.org/marges/408>

LE MOIGNE J.-L., 1977, *La théorie du système général. Théorie de la modélisation*. Paris : PUF.

LE MOIGNE J.-L., 1995, *La modélisation des systèmes complexes*. [1990]. Paris : Dunod.

LE MOIGNE J.-L., 2012, *Les épistémologies constructivistes*, 4<sup>ème</sup> éd. [1995], « Que sais-je ? », Paris : PUF, coll. « Que sais-je ? ».

LECOCQ, D., et al., 2017, Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues. *Recherche en soins infirmiers*, vol. 129, no. 2, 2017, p. 27-51.

LETONTURIER É., 2017, Théorie de l'agir communicationnel, livre de Jürgen Habermas. In *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 8 août 2017. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/theorie-de-l-agir-communicationnel/>

LEVI-STRAUSS Claude, 1962, *La pensée sauvage*, Paris : Plon.

LINCOLN Y. S., GUBA E.-G, 1985, *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oak : SAGE publications.

LIQUÈTE V. (dir), 2010, *Médiations*. Paris : CNRS éditions, coll. Les Essentiels d'Hermès.

LUHMANN N., [1995], *La réalité des médias de masse*. Traduit de l'allemand par Le Bouter F. Paris : Diaphanes, 2012.

LUPOVICI C., 2005, Espace public de l'internet. In France. Commission pour l'Unesco, *La « société de l'information » : glossaire critique*. Paris : La Documentation française, p. 73-74.

MAINGUENEAU D., 2005, L'analyse du discours et ses frontières. *Marges linguistiques*, n° 9, p. 64-75. [En ligne], sur le site [texto.net](http://www.texto.net), [consulté le 12 08 2018], URL : [http://www.revue-texto.net/Parutions/Marges/00\\_ml092005.pdf](http://www.revue-texto.net/Parutions/Marges/00_ml092005.pdf)

MAINGUENEAU D., 2009, Auteur et image d'auteur en analyse du discours. *Argumentation et Analyse du Discours*, [en ligne], 3. [Consulté le 11 août 2016]. URL : <http://journals.openedition.org/aad/660>

MANNONI P., 2010, *Les représentations sociales*, 5<sup>ème</sup> éd., [1998]. Paris : PUF, coll. « Que sais-je ? ».

MARCEL J.-F., GARDIES C., 2011, La difficile construction de l'identité professionnelle des professeurs-documentalistes de l'enseignement agricole public. *Recherches en éducation*, Université de Nantes, Mars 2011, p. 146-160. <hal-01280288>. URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01280288/document>. [Consulté le 08 juillet 2017].

MARCHAND P. (dir), 2004, *Psychologie sociale des médias*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

MARCHAND P., 2016, Les représentations sociales dans le champ des médias. In Lo Monaco G., Delouée S., Rateau P. (dir), *Les représentations sociales. Théories, méthodes et applications*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur s.a., p. 381-392.

MARTIN D.-C., 2010, Jean Molino : Le singe musicien. Sémiologie et anthropologie de la musique. Précédé de : *Introduction à l'œuvre musicologique de Jean Molino* par Jean-Jacques Nattiez. *Cahiers d'ethnomusicologie*, n° 23, p. 257-265.

MAYAFFRE D., 2002, Les corpus réflexifs : entre architextualité et hypertextualité. *Corpus*, [en ligne], 1, [consulté le 21 août 2019], URL : <http://journals.openedition.org/corpus/11>

MAYAFFRE D., 2007, Philologie et/ou herméneutique numérique : nouveaux concepts pour de nouvelles pratiques ? In Rastier F., Ballabriga M. (dir), *XXVIIe Colloque d'Albi Langages et Signification. Corpus en Lettres et Sciences sociales. Des documents numériques à l'interprétation, Juillet 2006, Albi, France*. Toulouse : Presses universitaires de Toulouse, p. 15-25.

MAYERE A., GROSJEAN S., 2016, L'« échafaudage de soins » dans un hôpital. *Communication*, [en ligne], vol. 34/1, [consulté le 31 juillet 2019], URL : <http://journals.openedition.org/communication/6719>

MÉADEL C., 2010, *Quantifier le public : histoire des mesures d'audience de la radio et de la télévision*. Paris : Économica.

MENDRAS H., OBERTI M., 2000, *Le sociologue et son terrain : trente recherches exemplaires*. Paris : Armand Collin.

MENGER P.-M., 2001, Art, politisation et action publique. *Sociétés & Représentations*, [en ligne], 1, n° 11, p. 167-204. [Consulté le 03 juillet 2016]. URL : <http://www.cairn.info/revue-societes-et-representations-2001-1-page-167.htm>

MERZEAU L., 2009, Présence numérique : les médiations de l'identité. *Les Enjeux de l'information et de la communication*, 1 (Vol. 2009), p. 79-91. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2009-1-page-79.htm> [consulté le 12 juin 2019]

METZGER J.-P. (dir), 2004, *Médiation et représentation des savoirs : actes du colloque « Partage des savoirs »*, université Jean-Moulin Lyon 3, les 28 février et 1er mars 2003 / organisé par l'ERSICOM, Paris : Budapest : Torino : l'Harmattan.

METZGER J.-L., 2011, TIC et travail : de l'étude des usages à la critique de l'impératif du changement. In Denouël J., Granjon F. (dir), *Communiquer à l'ère du numérique. Regards croisés sur la sociologie des usages*. Paris : Presses des Mines, p. 91-125.

MEUNIER D., LAMBOTTE F., CHOUKAH S., 2013, Du bricolage au rhizome : comment rendre compte de l'hétérogénéité de la pratique de recherche scientifique en sciences sociales. *Questions de communication*, 23, p. 345-366.

MEUNIER J.-P., 1999, Dispositifs et théories de la communication : deux concepts en rapport de codétermination. *Hermès, La Revue*, [en ligne], n° 25, 3, p. 83-91. [Consulté le 16 mars 2016]. URL : <http://documents.irevues.inist.fr/handle/2042/14976>

MEUNIER J.-P., 2003, *Approches systémiques de la communication. Systémisme, mimétisme, cognition*. Bruxelles : De Boeck, p. 29-30.

MEYRIAT J., 1981, Document, documentation, documentologie. *Schéma schématisation. L'écrit et le document*, n° 14, p. 51-63. Repris in Couzinet V. (dir), 2001, *Jean Meyriat théoricien et praticien de l'information-documentation*. Paris : ADBS, p. 143-159.

MEYRIAT J., 2006, Pour une compréhension plurisystémique du document [par intention]. *Sciences de la société*, n° 68, p. 11-26. ISSN 1168-1446.

MICHEAU B., DESPRES-LONNET M., COTTE D., 2017, « La recommandation musicale entre inscriptions documentaires, pratiques sociales, et dispositifs d'écoute », *Études de communication*, 49, p. 33-56.

MICHELS U., 1993, *Guide illustré de la musique*. Traduit de l'allemand par Gribenski J. et Léothaud G., vol. 1 et 2. Paris : Fayard.

MIÈGE B., 2007, *La société conquise par la communication III. Les TIC entre innovation technique et ancrage social*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

MIÈGE B., 2008, L'imposition d'un syntagme : la Société de l'information. *Tic&société*, [en ligne], vol. 2, n° 2 p. 11-34. [Consulté le 30 septembre 2016]. URL : <http://journals.openedition.org/ticetsociete/467>

MOLINER P., VIDAL J., 2003, Stéréotype de la catégorisation et noyau de la représentation. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, n° 1, p. 157-176.

MOLINO J., 2009, *Le singe musicien. Sémiologie et anthropologie de la musique*. Précédé de : *Introduction à l'œuvre musicologique de Jean Molino* par Jean-Jacques Nattiez. Paris : Actes Sud / INA, p. 95.

MONNOYER-SMITH L., 2013, Le web comme dispositif : comment appréhender le complexe ? In Barats C. (dir), *Manuel d'analyse du web en Sciences Humaines et Sociales*. Paris : Armand Colin, p. 12-31.

MOREAU-RICAUD M., 2004, Une « utopie » à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle. *Topique* [en ligne], 3, n° 88, p. 95-108. [Consulté le 26 juillet 2016]. URL : [www.cairn.info/revue-topique-2004-3-page-95.htm](http://www.cairn.info/revue-topique-2004-3-page-95.htm).

MORIN E., LE MOIGNE J.-L., 1999, *L'intelligence de la complexité*. Paris : L'Harmattan : Montréal : L'Harmattan, inc.

MORIN E., 2005, *Introduction à la pensée complexe*, [1990]. Paris : Seuil.

MORNET J., 2007, Psychothérapie de groupe et psychose. *Vie sociale et traitements*, [en ligne], 3, n° 95, p. 30-39. [Consulté le 26 juin 2016]. URL : [www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2007-3-page-30.htm](http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2007-3-page-30.htm).

MORVILLERS, J.-M., 2015, Le *care*, le *caring*, le *cure* et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, vol. 122, no. 3, 2015, p. 77-81.

MOSCOVICI S., 2003, Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire. In Jodelet D. (dir), *Les représentations sociales*, 7<sup>ème</sup> éd., [1989]. Paris : PUF, p. 79-103.

MOSCOVICI S., 2004, *La psychanalyse, son image et son public*, 3<sup>ème</sup> éd., [1961]. Paris : PUF.

MUCCHIELLI A. (dir), 1996, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris : Armand Colin.

MUCCHIELLI A., Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains. *Recherches Qualitatives*, [en ligne], Hors-Série numéro 1, Actes du colloque Recherche qualitative et production de savoirs, UQAM, 12 mai 2004, p. 7-40. [Consulté le 21 mai 2018], URL : <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/les-collections/hors-serie-les-actes/>

MUCCHIELLI A, 2008, *Manuel de sémiotique situationnelle pour l'interprétation des conduites et des communications*. Montpellier : Le Moine Copiste.

MUCCHIELLI A.(dir), 2010, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. 3<sup>ème</sup> éd. mise à jour et augmentée, [1996]. Paris : A. Colin.

MÜLLER J.-E., 2000, L'intermédialité, une nouvelle approche interdisciplinaire : perspectives théoriques et pratiques à l'exemple de la vision de la télévision. *Cinemas*, [en ligne], vol. 10, n° 2-3, p. 105-134. [Consulté le 25 juillet 2017]. URL : <https://www.erudit.org/fr/revues/cine/2000-v10-n2-3-cine1881/024818ar/>

MURARD L., ZYLBERMAN P., 2003, Mi-ignoré, mi-méprisé : le ministère de la santé publique, 1920-1945. *Les tribunes de la santé*, [en ligne], 1, n° 1, p. 19-33. [Consulté le 03 juillet 2016]. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2003-1-page-19.htm>

NEGURA L., 2006, L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS*, [en ligne], Théories et recherches. [Consulté le 13 septembre 2018], URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/993>

NOALI L., 2014, La peine de prison à l'usure ? *Champ pénal/ Penal field*, [en ligne], vol. XI. [Consulté le 12 août 2018], URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/898>

NEIDHART R., LALA J.-L., FOURNIER T. *et al.*, 1997, *Connaissance de l'Assemblée nationale*. [En ligne], site de l'Assemblée nationale, [consulté le 14 avril 2017]. URL : <http://www.assemblee-nationale.fr/connaissance/collection/4.asp>

NZEZA BUNKETI BUSE R., 2016, Les chroniques musicales télévisées, inspiratrices latentes des jeunes pour une implication dans la sphère publique à Kinshasa (RD Congo). *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, [en ligne], 9 | 2016, [consulté le 02 octobre 2019]. URL : <http://journals.openedition.org/rfsic/2509>.

ODIN R., 2011, *Les espaces de communication : introduction à la sémio-pragmatique*. Grenoble : Presses Universitaire de Grenoble.

OLIVESI S., 2005, Le terrain : une mythologie scientifique ? *Questions de communication*, [en ligne], 7, p. 161-183. [Consulté le 10 juillet 2017]. URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/4639>

OLIVESI S., 2014, Présentation du dossier. De la démocratie en entreprise. Dialogue social et représentation des salariés. *Politiques de communication*, [en ligne], 1, n° 2, p. 5-12. [Consulté le 31 août 2016]. URL : [www.cairn.info/revue-politiques-de-communication-2014-1-page-5.htm](http://www.cairn.info/revue-politiques-de-communication-2014-1-page-5.htm).

OLIVIERI M., 2010, Syntaxe et Corpus. Présentation. *Corpus*, 9 | 2010, p. 7-20.

OLLIVIER-YANIV C., 2012, TIC et communication de santé publique : une normalisation ambivalente. *Actes du Colloque Communiquer dans un monde de normes. L'information et la communication dans les enjeux contemporains de la « mondialisation »*, Mars 2012, France. 2013, p. 167-172. <hal-00823886v3>. [En ligne]. [Consulté le 13 mai 2014]. URL : <http://hal.univ-lille3.fr/hal-00823886v3/document>

OLLIVIER-YANIV C., 2013, Communication, prévention et action publique : proposition d'un modèle intégratif et configurationnel. Le cas de la prévention du tabagisme passif. *Communication & Langages*, n° 176, p. 93-111.

OURY J., 2007, Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. *Vie sociale et traitements*, [en ligne], 3, n° 95, p. 110-125. ISSN en ligne : 1776-2898. [Consulté le 03 juillet 2016]. URL : [www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2007-3-page-110.htm](http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2007-3-page-110.htm)

PAGANELLI C. 2012, *Une approche info-communicationnelle des activités informationnelles en contexte de travail : Acteurs, pratiques et logiques sociales*. Mémoire d'HDR : SIC. Université de Grenoble. <tel-00776667>

PAGANELLI C., 2013, Les activités informationnelles en contexte de travail : questionnements en information-communication. In Clavier V. et Paganelli C. (dir), *L'information professionnelle*, Paris : Lavoisier, p. 221-240.

PAGANELLI C., 2017, Informations de santé et pratiques informationnelles des médecins : quelles approches en SIC ? In Fraysse P., Gardiès C., Fabre I., *Sur les sciences de l'information et de la communication : contributions hybrides autour des travaux de Viviane Couzinet*, Ed. Cepadeus, Toulouse, p. 301-318.

PAILLÉ P., MUCCHIELLI A., 2016, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 4<sup>ème</sup> éd., [2003]. Paris : Armand Colin, p. 13-33.

PALIER B., SUREL Y., 2005, Les "trois I" et l'analyse de l'État en action. *Revue française de science politique*, [en ligne], vol. 55, 1, p. 7-32. [Consulté le 03 mars 2015]. URL : <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2005-1-page-7.htm>

PAOLETTI F., 2011, Les libertés à l'épreuve de l'informatique : fichage et contrôle social, *Terminal*. Technologie de l'information, culture & société, n° 108-109, p. 3-5.

PAPILLOUD C., 2010, L'interactivité. *Tic&société*, [en ligne], vol. 4, n° 1. [Consulté le 29 juin 2017]. URL : <http://journals.openedition.org/ticetsociete/769>

PAQUIENSÉGUY F., 2007, Comment réfléchir à la formation des usages liés aux technologies de l'information et de la communication numériques ? *Les Enjeux de l'information et de la communication*, [en ligne], 1, vol. 2007, p. 63-75. [Consulté le 26 juillet 2017] URL : <http://www.cairn.info/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2007-1-page-63.htm>.

PAQUIENSÉGUY F., 2013, Lecteurs numériques : qui êtes-vous ? In Chaudiron S., Ihadjadene M., Jacquemin B. (dir), *Dispositifs numériques : contenus, interactivité et visualisation. Actes du 16e Colloque international sur le Document Électronique (CIDE)*, novembre 2013, Université Lille 3, Paris : Europa Productions, p. 17-25.

PAQUIENSEGUY F., *Open Data : Accès, collectivités territoriales et citoyenneté : des problématiques communicationnelles*. Paquienséguy F. France. Editions des Archives Contemporaines, 2016, 9782813001856.

PAVÉ F., 1989, *L'illusion informaticienne*, Paris : L'Harmattan.

PAVEAU M-A, 2013, Genre de discours et technologie discursive. *Pratiques*, 157-158, p. 7-30.

PEDAQUE R. (T), 2003, *Document : forme, signe et médium, les re-formulations du numérique*. <sic\_00000511>. [En ligne]. [Consulté le 18 avril 2016], URL : [http://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic\\_00000511](http://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00000511)

PEIRCE C.-S. (1839-1914), *Écrits sur le signe*. Charles S. Peirce. Rassemblés, traduits et commentés par Deledalle G., Paris : Seuil, 1978.

PERAYA D., 1995, Vers une théorie des paratextes : images mentales et images matérielles. *Recherches en communication*, n° 4, p. 119-157.

PERAYA Daniel, 1999, Médiation et médiatisation : le campus virtuel. *Hermès, La Revue*, n° 25, p. 153-167. [Consulté le 27 août 2016], URL : <http://documents.irevues.inist.fr/handle/2042/14983>

PERAYA D., BONFILS P., 2012, Nouveaux dispositifs médiatiques : comportements et usages émergents. *Distances et médiations des savoirs* [en ligne], 1, [consulté le 24 août 2017]. URL : <http://journals.openedition.org/dms/126>

PETEERS H., CHARLIER P., 1999, Introduction. Contributions à une théorie du dispositif. *Hermès, la Revue*, [en ligne], n° 25, p. 15-23. [Consulté le 16 mars 2016]. URL : <http://documents.irevues.inist.fr/handle/2042/14969>

PHANUEL D., 2002, Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle. *Politiques et management public*, [en ligne], vol. 20, n° 4, p. 115-132. Numéro spécial : « L'évaluation de l'action publique : pour quand ? ». [Consulté le 28 mai 2017]. URL : [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pomap\\_0758-1726\\_2002\\_num\\_20\\_4\\_2771](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pomap_0758-1726_2002_num_20_4_2771)

PIAGET Jean, 1926, *La représentation du monde chez l'enfant*. Paris : Alcan.

POSTEL J., 1998, *Dictionnaire de Psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Paris : Éditions Larousse.

POUCHOL J., 2012, La médiation numérique dans le cadre d'une politique documentaire raisonnée : l'exemple de la MIOP. In Galaup X. (dir), *Développer la médiation documentaire numérique*. Villeurbanne : Presses de l'Enssib, p. 20-44.

PROULX S., BELANGER D., 2001, La représentation des communautés immigrantes à la télévision francophone du Québec. Une opportunité stratégique. *Réseaux*, [en ligne], n° 107, 3, p. 117-145. [Consulté le 28 août 2016]. URL : <http://www.cairn.info/revue-reseaux1-2001-3-page-117.htm>

PROULX S., KWOK-CHOON M.-J., 2011, L'usage des réseaux socionumériques : une intériorisation douce et progressive du contrôle social. *Hermès, La Revue*, [en ligne], 1, n° 59, p. 105-111. ISSN en ligne : 1963-1006. [Consulté le 04 août 2017]. URL : <http://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2011-1-page-105.htm>

PUCHEU D., MATTHEWS J., 2006, L'industrie musicale en mutation : Pour une approche critique des usages et des échanges numériques. *Les Enjeux de l'information et de la communication*, 1, (Vol. 2006), p. 63-72. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2006-1-page-63.htm>

QUÉRÉ L., 1991, D'un modèle épistémologique de la communication à un modèle praxéologique. *Réseaux*, [en ligne], vol. 9, n° 46-47, p. 69-90. [Consulté le 22 mars 2016]. URL : [https://www.persee.fr/doc/reso\\_0751-7971\\_1991\\_num\\_9\\_46\\_1832](https://www.persee.fr/doc/reso_0751-7971_1991_num_9_46_1832)

QUINTON P., 2002, Le sens du terrain. *Études de communication*, 25, p. 41-50.

RATINAUD P., MARCHAND P., 2015, Des mondes lexicaux aux représentations sociales. Une première approche des thématiques dans les débats à l'Assemblée nationale (1998-2014). *Mots. Les langages du politique*, [en ligne], n° 108, p. 57-77. [Consulté le 28 août 2016]. URL : <http://journals.openedition.org/mots/22006>

RÉGIMBEAU G., COUZINET V., 2004, *L'énonciation de la recherche en information-documentation : enjeux sociaux de la médiation des savoirs*. Besançon : Maison des sciences de l'homme de l'Université de Franche-Comté, Cédérom. <hal-00604863>. Version PDF [en ligne], [consulté le 31 juillet]. URL : [http://elliadd.univ-fcomte.fr/archives\\_laseldi/document/colloque/sciences\\_écriture/documents/preactes/RegimbeauCouzinet.pdf](http://elliadd.univ-fcomte.fr/archives_laseldi/document/colloque/sciences_écriture/documents/preactes/RegimbeauCouzinet.pdf)

RÉGIMBEAU G., 2006, *Le 'sens inter-médiaire' : recherches sur les médiations informationnelles des images et de l'art contemporain*. Mémoire d'HDR : SIC. Toulouse Jean-Jaurès 2.

RÉGIMBEAU G., 2011, Médiation. In Gardiès C. (dir), *Approche de l'Information-Documentation : concepts fondateurs*, Toulouse : Cepaduès, p. 75-114.

RÉGIMBEAU G., 2013, Classifier les œuvres d'art : catégories de savoirs et classement de valeurs. *Hermès, La Revue*, [en ligne], n° 66, 2, p. 58-65. [Consulté le 09 août 2016]. URL : <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2013-2-page-58.htm>

RESWEBER J.-P., 2011, Les enjeux de l'interdisciplinarité. *Questions de communication*, 19, p. 171-200.

RICHARD J.-F., 1996, Le modèle en psychologie, Modèle. In *Encyclopædia Universalis*, corpus 15, Paris : Encyclopædia Universalis, p. 536-538.

RICHARD R., 2011, *Google décodé. Le fonctionnement de Google*. Tome 1, Paris : Société en ligne.

RIEFFEL R., 2015, *Sociologie des médias*, 4<sup>ème</sup> éd. [1999], Paris : Éllipse.

RIEGLER A., 2001, Towards a radical constructivist understanding of science. *Foundations of Science, special issue on impact of radical constructivism on science*, 6/1-3, p. 1-30

ROMEYER H., 2008, TIC et santé : entre information médicale et information de santé. *Tic&sociét*, [en ligne], vol. 2, n° 1, p. 26-44. [Consulté le 20 avril 2015]. URL : <http://journals.openedition.org/ticetsociete/365>

ROSOLATO G., 1979, *Essais sur le symbolique*. 2<sup>ème</sup> éd., [1969]. Paris : Gallimard.

ROUGET G., 1990, *La Musique et la Transe. Esquisse d'une théorie générale des relations de la musique et de la possession*, 2<sup>ème</sup> éd., [1980]. Paris : Gallimard.

ROQUAIS-BIELAK K., 2004, Groupes de discussion sur l'opéra et l'Internet. *Communication*, Vol. 23/1, p. 121-132.



ROUTIER C., D'ARRIPE A. (dir), 2010, *Communication & santé : enjeux contemporains*, Villeneuve-D'ascq : Presses Universitaires du Septentrion.

ROYER C., 2007, Peut-on fixer une typologie des méthodes qualitatives ? *Recherches Qualitatives*, [en ligne], Hors-Série n° 5 : Actes du colloque Recherche Qualitative : Les questions de l'heure, p. 82-98. ISSN 1715-8702. [Consulté le 26 mai 2014]. URL : [www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html)

ROYNIER C., 2015, Les professionnels de santé en Europe : contribution à une définition unitaire. *Les Tribunes de la santé*, 3, (n° 48), p. 33-38. [Consulté le 24 février 2019], URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2015-3-page-33.htm>

SAILLANT F., 2000, Identité, invisibilité sociale, altérité. Expérience et théorie anthropologiques au cœur des pratiques soignantes. *Anthropologie et sociétés*, vol. 24, n° 1, p. 155-171.

SAINT-AMAND M., PRONOVOST G., 2001, Usages et usagers d'Internet : l'état des lieux. *Les Enjeux de l'information et de la communication*, 1, (Vol. 2001), p. 97-103. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2001-1-page-97.htm>

SALANSKIS J.-M., 2015, Le computationnel et le sujet. In Larsonneur C., Regnauld A., Cassou-Noguès P., Touiza S. (di.), *Le sujet digital*. Dijon : Les Presses du réel, p. 82-98.

SALAÛN J.-M., 2007, La redocumentarisation, un défi pour les sciences de l'information. *Études de communication*, 30, p. 13-23.

SANDRI É., 2013, La sérendipité sur internet : égarement documentaire ou recherche créatrice ? *Cygne noir*, [en ligne], n° 1. [Consulté le 13 août 2017]. URL : <http://www.revuecygnenoir.org/numero/article/la-serendipite-sur-internet>

SAUVAGEOT A., 1987, *Figures de la publicité, figures du monde*. Paris : PUF.

SAUVETRE P., 2009, Michel Foucault : problématisation et transformation des institutions. *Tracés. Revue de Sciences humaines*, [en ligne], 17, p. 165-177. [Consulté le 14 août 2017]. URL : <http://journals.openedition.org/traces/4262>

SAUZE L., 2010, La transition thérapeutique, une révolution culturelle. *Les Tribunes de la santé*, 1, (n° 26), p. 125-134. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2010-1-page-125.htm>. [Consulté le 24 février 2019]

SCHUTZ A., 1987, *Le chercheur et le quotidien : phénoménologie des sciences sociales*. Traduit de « Collected papers » [1971] par Noschis-Gilliéron A. Paris : Klincksieck.

SILVERMAN D., 1974, *La théorie des organisations*. Paris : Dunod.

SIRE G., 2016, *Les moteurs de recherche*. Paris : La Découverte.

SIRE G., 2016, Le pouvoir normatif de Google. Analyse de l'influence du moteur sur les pratiques des éditeurs. *Communication & langages*, [en ligne], n° 188, p. 85-99. [Consulté le 17 août 2017] URL : <https://www.cairn.info/revue-communication-et-langages1-2016-2-page-85.htm>

SOUCHIER E., JEANNERET Y., LE MAREC J.*et al.*, 2003, *Lire, écrire, récrire, objets, signes et pratiques des médias informatisés*. Paris : Bibliothèque publique d'information.

SOULÉ B., 2007, Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches qualitatives*, [en ligne], vol. 27 (1), p. 127-140. ISSN 1715-8705. [Consulté le 23 juillet 2017]. URL : <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>

STAI A., 2012, De la normalisation et des TIC : Résistances, persistances et reconfigurations sociétales autour des questions de santé. In Zlitni S., Liénard F. (dir), *La communication électronique dans la « société de l'information » : Quels usages, quelles pratiques ?* Saint-Aignant : Klog, p. 257-266.

STAI, A., 2018. La santé connectée: entre aspirations communes et intérêts particuliers. In PAGANELLI, Céline (dir.). *Confiance et légitimité dans le champ de la santé*. Londres: ISTE. p. 201-226.

STASSIN B., 2016, *La blogosphère info-doc : une communauté de savoir, une mosaïque de médiations*. Toulouse : Cepaduès.

STIEGLER B., 1991, Annotation, navigation, édition électronique - vers une géographie de la connaissance. *Lynx*, [en ligne]. Texte et ordinateur. Les mutations du Lire-Écrire, Hors-Série n° 4, p. 121-131. [Consulté le 13 mai 2016]. URL : [https://www.persee.fr/doc/linx\\_0246-8743\\_1991\\_hos\\_4\\_1\\_1191](https://www.persee.fr/doc/linx_0246-8743_1991_hos_4_1_1191)

SVANDRA, P., 2015, *Le care* entre éthique, travail et politique. *Recherche en soins infirmiers*, vol. 122, no. 3, p. 18-25.

TABUTEAU D., 2010, Pouvoirs publics et professions de santé. *Les Tribunes de la santé*, n° 26, 1, p. 103-121. [Consulté le 20 juin 2017]. URL : <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2010-1-page-103.htm>

TABUTEAU D., 2012, Santé et politique en France. *Recherche en soins infirmiers*, [en ligne], n° 109, 2, p. 6-15. [Consulté le 20 juin 2017]. URL : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-2-page-6.htm>

THERY G., 1994, *Les autoroutes de l'information*, rapport au premier ministre. Paris : La Documentation française.

THIETART R. A. *et al.*, 2007, *Méthodes de Recherche en Management*. 3<sup>ème</sup> éd. [1999], Paris, : Dunod.

THOMAS J., 2010, Les lieux de communication dans l'urgence psychiatrique. In D'Arripe A. et Routier C. (dir.), *Communication et santé : enjeux contemporains*. Lille : Presses du Septentrion, p. 203.

THOMAS P., CHANDES G., HAZIF-THOMAS C., 2017, Efficacité de la musicothérapie sur la résilience dans la maladie d'Alzheimer. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, p. 299-306.

*TIC&SOCIETE*, vol. 2, n° 1 | 2008. [En ligne]. URL : <https://journals.openedition.org/ticetsociete/326>

THIETART R.-A.(dir), 2007, *Méthodes de recherche en management*. Paris : Dunod.

TIRAN A., 1997, Confiance sociale, confiance primordiale en partant de Georg Simmel. La construction sociale de la confiance. In Bernoux P., Servet J.-M. (eds), *La construction sociale de la confiance*. AEF / Montchrestien, p. 486, 1997. <halshs-00117799>. [En ligne]. [Consulté le 02 mars 2015]. URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00117799/document>

TOUATI Z., 2009, Les SIC face à la nécessité des références théoriques classiques. *Études de communication*, 32, p. 19-32.

TREMBLAY-PÉPIN S., 2013, *Illusions : petit manuel critique des médias*. Québec : Lux.

VAN BRAEKEL P., 1998, La figure du manager dans le monde semi professionnel du rock : une pratique de médiation. *Études de communication*, 21, p. 29-47.

VANDENINDEN É., 2009, L'art-thérapie au secours de la communication. *Questions de communication*, 15, p. 79-92.

VANDENINDEN É., 2010, Pour une approche de la médiation par ses usages professionnels : le cas de l'art comme médiateur en psychiatrie. *Les Enjeux de l'information et de la communication*, [en ligne], 2, p. 104-115. [Consulté le 23 mars 2018], URL : <https://www.cairn.info/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2010-2-page-104.htm> [consulté le 03 mars 2019]

VANDENINDEN É., 2015, Observer et interpréter la médiation culturelle en psychiatrie : vers une « cadre-analyse » des dispositifs. *Culture & Musées*, 26, p. 97-113.

VANDIEDONCK D., 1998, Musiques baroque et contemporaine : l'interprétation e(s)t la médiation. *Études de communication*, 21, p. 49-64.

VERDIER N., 2012, *Discours et santé mentale : perspectives pour une recherche en science de la communication*. Mémoire de recherche, Master 2. Institut de la communication (ICOM), Université Lumière, Lyon 2.

VERDIER N., CASSIANO V.-V., 2015, Da utilização das TIC nas políticas de saúde pública: abordagem comparativa entre a França e o Brasil. In Cassiano V.-V. (dir), *Tecnologia e sociedade: configuração, reconfiguração*, MediaLab. Goiânia : UFG/Ciar/Gráfica, p. 121-142.

VERDIER N., 2015, Entre objet numérique et pratiques professionnelles : émergences des représentations de la musicothérapie. In Marillaud P., Gauthier R. (dir), *Cultures et valeurs. La transmission des discours, des objets et des pratiques*. 35<sup>e</sup> Colloque d'Albi, Langages et signification, Toulouse : Université Jean-Jaurès, p. 331-342.

VIARD P., 2014, *Le soin communicant : un espace de médiation en vue de la construction d'une professionnalité soignante*. Sciences de l'information et de la communication. Université de Bourgogne, Français. NNT : 2014DIJOL036. tel-01221784

VIARD P., 2017, Le soin-communicant. Un espace de médiation en vue de la construction d'une professionnalité soignante. *Communication & Organisations*, 1, n° 51, p. 141-156.

VIRBEL J., 1994, Annotation dynamique et lecture expérimentale : vers une nouvelle glose ? *Littérature, Informatique et littérature*, [en ligne], n° 4, vol. 96, p. 91-105. [Consulté le 26 juin 2017] URL : [http://www.persee.fr/doc/litt\\_0047-4800\\_1994\\_num\\_96\\_4\\_2354](http://www.persee.fr/doc/litt_0047-4800_1994_num_96_4_2354)

VOIROL O., 2005, Les luttes pour la visibilité. Esquisse d'une problématique. *Réseaux*, 1, n° 129-130, p. 89-120.

VONTHRON A.-M., POHL S., DESRUMAUX-ZAGRODNICKI P. (dir), 2011, *Développement des identités, des compétences et des pratiques professionnelles*. Association internationale de psychologie du travail de langue française. Paris : L'Harmattan.

VRAIT François-X., *La musicothérapie*, Paris : PUF, coll. « Que sais-je ? », 2018.

WILLET G. (dir), 1992, *La communication modélisée*. Ottawa : Éditions du renouveau pédagogique.

WINKIN Y., (2017), Communication. In *Encyclopædia Universalis*, [en ligne], [consulté le 01 septembre 2017], URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/communication/>

WINNICOTT D.-W., 2010, *Les objets transitionnels*. [1951]. Paris : Payot & Rivages.

WOLTON D., 1992, Les contradictions de l'espace public médiatisé. *Hermès La Revue*, [en ligne], 1, n° 10, p. 95-114. ISSN en ligne : 1963-1006. [Consulté le 07 août 2017]. URL : <http://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-1992-1-page-95.htm>

## NETOGRAPHIE

<b>Sites des institutions</b>	
Agence Française de la Santé numérique (ASIP Santé)	<a href="http://esante.gouv.fr/">http://esante.gouv.fr/</a>
Assemblée nationale	<a href="http://www.assemblee-nationale.fr/">http://www.assemblee-nationale.fr/</a>
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (APHP)	<a href="https://www.aphp.fr/">https://www.aphp.fr/</a>
CHU de Nantes	<a href="https://www.chu-nantes.fr">https://www.chu-nantes.fr</a>
CHU de Nîmes	<a href="http://www.chu-nimes.fr/">http://www.chu-nimes.fr/</a>
CHU de Montpellier	<a href="http://www.chu-montpellier.fr">www.chu-montpellier.fr</a>
Cité de la musique Philharmonie de Paris	<a href="http://www.citedelamusique.fr/francais/">http://www.citedelamusique.fr/francais/</a>
Commission nationale de certification professionnelle (CNCP)	<a href="http://www.ncpc.ncpc.gouv.fr/grand-public/recherche">http://www.ncpc.ncpc.gouv.fr/grand-public/recherche</a>
Conseil International de la Langue Française (CILF)	<a href="http://www.cilf.fr/">http://www.cilf.fr/</a>
DU de musicothérapie de l'université Paul- Valéry Montpellier	<a href="http://musicotherapie.upv.univ-montp3.fr/">http://musicotherapie.upv.univ-montp3.fr/</a>
Fédération Hospitalière de France (FHP)	<a href="https://www.fhf.fr/">https://www.fhf.fr/</a>
Fédération Hospitalière de France (publics)	<a href="https://www.hopital.fr/">https://www.hopital.fr/</a>
Haute Autorité de Santé (HAS)	<a href="http://has-sante.fr/">http://has-sante.fr/</a>
Haut Conseil de l'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (HCERES)	<a href="http://hceres.fr/">http://hceres.fr/</a>
Législation française	<a href="https://www.legifrance.gouv.fr">https://www.legifrance.gouv.fr</a>
Ministère des Solidarités et de la Santé	<a href="https://solidarites-sante.gouv.fr/">https://solidarites-sante.gouv.fr/</a>
Office national d'information sur les enseignements et les professions (ONISEP)	<a href="http://www.onisep.fr/">http://www.onisep.fr/</a>
Conseil International de la Langue Français (CILF)	<a href="http://www.cilf.fr/">http://www.cilf.fr/</a>
Université de Nantes	<a href="http://www.univ-nantes.fr/">http://www.univ-nantes.fr/</a>
Université Paris-Descartes	<a href="https://www.parisdescartes.fr/">https://www.parisdescartes.fr/</a>
Université Paris-Sorbonne nouvelle Paris 3	<a href="http://www.univ-paris3.fr/">http://www.univ-paris3.fr/</a>
<b>Sites des associations</b>	
AFRATAPEM	<a href="http://art-therapie-tours.net">http://art-therapie-tours.net</a>
AMARC Music Care	<a href="https://www.music-care.com/fr">https://www.music-care.com/fr</a>
Association Française de Musicothérapie (AFM)	<a href="https://www.afm-musicotherapie.org/">https://www.afm-musicotherapie.org/</a>
Atelier de Musicothérapie de Bordeaux (AMBx)	<a href="http://www.ambx.net/">http://www.ambx.net/</a>
Atelier de Musicothérapie de Bourgogne (AMB)	<a href="http://www.amb-musicotherapie.com/">http://www.amb-musicotherapie.com/</a>
Atelier de Musicothérapie Ile de France	<a href="http://www.amif-paris.com">www.amif-paris.com</a>
Centre International de Musicothérapie (CIM)	<a href="http://www.musicotherapie.info/">http://www.musicotherapie.info/</a>
European Music Therapy Confederation (EMTC)	<a href="http://www.emtc-eu.com/">http://www.emtc-eu.com/</a>
Fédération Française des Art-Thérapeutes (FFAT)	<a href="https://www.ffat-federation.org/">https://www.ffat-federation.org/</a>
Fédération Française de Musicothérapie (FFM)	<a href="http://www.musicotherapie-federationfrancaise.com/">http://www.musicotherapie-federationfrancaise.com/</a>
Institut National Expression, de Création d'A et Transformation (INECAT)	<a href="http://www.inecat.org/">http://www.inecat.org/</a>
Institut de musicothérapie de Nantes	<a href="http://www.musicotherapie-nantes.com/">http://www.musicotherapie-nantes.com/</a>
Pôle International de Recherche en Musicothérapie	<a href="http://pirem.org/">http://pirem.org/</a>
PUZZLE (Nord pas de Calais)	<a href="http://www.puzzle-art-therapie.com/">http://www.puzzle-art-therapie.com/</a>
Société Française de Musicothérapie (SFM)	<a href="https://francemusicotherapie.fr/">https://francemusicotherapie.fr/</a>
Word Federation of Music Therapy (WFMT)	<a href="https://www.wfimt.info/">https://www.wfimt.info/</a>
<b>Sites des médias</b>	
Encyclopédie de l'Agora	<a href="http://agora.qc.ca/">http://agora.qc.ca/</a>
Doctissimo	<a href="http://www.doctissimo.fr/">http://www.doctissimo.fr/</a>
Encyclopædia Universalis	<a href="https://www.universalis.fr/">https://www.universalis.fr/</a>
Encyclopédie Larousse	<a href="http://www.larousse.fr/">http://www.larousse.fr/</a>
Réseau CHU, l'actu des CHU	<a href="https://www.reseau-chu.org/">https://www.reseau-chu.org/</a>
Trésor de la Langue Française informatisé	<a href="http://atilf.atilf.fr/">http://atilf.atilf.fr/</a>
Wikipédia, l'encyclopédie libre	<a href="https://fr.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:Accueil_principal">https://fr.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:Accueil_principal</a>

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	1
SOMMAIRE.....	2
AVANT PROPOS.....	3
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE.....</b>	<b>4</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : FONDEMENTS DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>14</b>
<b>CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....</b>	<b>15</b>
<b>1. CONSTRUCTION DE LA PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>16</b>
1.1 De l'identification d'un problème concernant la musicothérapie.....	16
1.2 Premières hypothèses de travail.....	18
1.3 Problématisation.....	20
<b>2. COMMENT APPRÉHENDER LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE ?.....</b>	<b>22</b>
2.1 Par une présentation de la musicothérapie dans la perspective d'une approche par les représentations.....	22
2.2 Par des typologies de représentation et de dispositif qui posent des points de repère pour la thèse.....	22
2.3 Par les acteurs qui diffusent sur internet des contenus se rapportant à la Musicothérapie.....	23
2.4 Par une enquête auprès de nombreux praticiens de la musicothérapie.....	23
<b>CHAPITRE 2 : LA MUSICOTHÉRAPIE. ÉLÉMENTS DE DÉFINITION POUR UNE APPROCHE PAR LES REPRÉSENTATIONS.....</b>	<b>25</b>
<b>1. LA MUSICOTHÉRAPIE : ENTRE REPRÉSENTATIONS HÉRITÉES ET REPRÉSENTATIONS VISÉES.....</b>	<b>26</b>
1.1 Des représentations ancrées dans un héritage socioculturel et historique.....	26
1.2 Des représentations évoluant dans le milieu médical.....	29
1.3 Des représentations émergeant d'un processus de professionnalisation complexe.....	32
<b>2. MUSIQUE ET THÉRAPIE : DEUX NOTIONS CLÉS DES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE.....</b>	<b>37</b>
2.1 La musique : médium, médiation et objet de médiation .....	37
2.2 Du soin à la thérapie : les diverses composantes d'un processus engageant une grande diversité d'acteurs.....	42
2.3 De l'association de la musique à la notion de thérapie.....	49
<b>3. AUTRES ÉLÉMENTS DE REPRÉSENTATION DE LA MUSICOTHÉRAPIE.....</b>	<b>51</b>
3.1 Des représentations émergeant du récit d'une musicothérapeute sur son	

expérience de praticienne.....	51
3.2 Des représentations émergent de la recherche sur la musicothérapie.....	57
<b>CHAPITRE 3 : NOTIONS ET CONCEPTS.....</b>	<b>63</b>
<b>1. LA NOTION DE REPRÉSENTATION.....</b>	<b>63</b>
1.1 Regard sur la notion de représentation en SHS : aspects formels et dimension communicationnelle.....	64
1.1.1 De la notion de représentation en Histoire de l'art.....	64
1.1.2 De la notion de représentation en Psychologie cognitive.....	65
1.1.3 De la notion de représentation en sociologie.....	68
1.1.4 De la notion de représentation en Psychologie sociale.....	70
1.2 Regards croisés sur la notion de représentation professionnelle.....	74
1.3 Représentation, média et médiation.....	80
<b>2. LE CONCEPT DE DISPOSITIF.....</b>	<b>85</b>
2.1 De la notion au concept de dispositif.....	86
2.2 Quelques typologies de dispositif.....	92
2.2.1 Un exemple de micro dispositif : le document.....	93
2.2.1.1 Les documents professionnels dans le secteur de la santé.....	93
2.2.1.2 Le cas particulier du dossier médical du patient.....	97
2.2.1.3 Quelques particularités du document numérique.....	100
2.2.2 Un exemple de dispositifs plus englobant : les dispositifs numériques...	102
2.2.2.1 Les potentialités médiatrices des dispositifs numériques.....	104
2.2.2.2 De la potentialité programmatique des dispositifs numériques...	107
2.2.3 Autre exemple de dispositif : le dispositif de soins.....	109
2.2.3.1 De la place du patient dans le dispositif de soins.....	110
2.2.3.2 Un dispositif qui s'insère dans un système plus englobant.....	113
<b>CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE.....</b>	<b>118</b>
<b>DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE LA RECHERCHE.....</b>	<b>120</b>
<b>CHAPITRE 1 : POSITIONNEMENT ÉPISTÉMOLOGIQUE.....</b>	<b>122</b>
<b>1. POSITIONNEMENT EN REGARD DU PARADIGME CONSTRUCTIVISTE.....</b>	<b>122</b>
1.1 Le paradigme constructiviste.....	123
1.2 Le paradigme de la complexité.....	127
<b>2. APPROCHES MOBILISÉES POUR L'ÉTUDE DES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE.....</b>	<b>129</b>
2.1 L'approche compréhensive.....	129
2.2 L'approche systémique.....	130
<b>3. POINT DE SYNTHÈSE SUR LES FINALITÉS DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>132</b>
<b>CHAPITRE 2 : TERRAIN, ACTEURS ET CORPUS DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>136</b>
<b>1. PRÉSENTATION DU TERRAIN DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>137</b>

1.1	Internet : une composante majeure du terrain de la recherche.....	138
1.1.1	Internet : un « monde de réseaux ».....	138
1.1.2	Internet : un lieu de discours circulant.....	140
1.2	D'internet au terrain de la recherche.....	142
1.2.1	De l'exploration des représentations de la musicothérapie sur internet...	142
1.2.2	Internet : un outil de médiation de l'information-communication sur la musicothérapie.....	144
1.2.3	Internet : un lieu d'observation participante.....	144
1.2.4	Internet : un moyen de mise en relation avec les acteurs.....	148
<b>2.</b>	<b>LES ACTEURS CONSIDÉRÉS POUR LA RECHERCHE.....</b>	<b>149</b>
2.1	Les acteurs qui diffusent sur internet des contenus se référant à la musicothérapie.....	151
2.2	Les acteurs ciblés pour la recherche.....	164
<b>3.</b>	<b>PRÉSENTATION DU CORPUS DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>166</b>
3.1	Un recueil de documents numériques et de contenus web issus de notre enquête en ligne sur les sites des acteurs.....	168
3.2	Des témoignages issus de notre enquête en ligne auprès des praticiens de la musicothérapie et des entretiens que nous avons menés.....	175
3.3	Codage et présentation du corpus.....	178
	<b>CHAPITRE 3 : MÉTHODES ET TECHNIQUES DE RECUEIL DE DONNÉES ET D'ANALYSE DU CORPUS.....</b>	<b>184</b>
<b>1.</b>	<b>MÉTHODES ET TECHNIQUES DE RECUEIL DES DONNÉES DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>185</b>
1.1	L'élaboration du questionnaire en ligne.....	185
1.2	Les techniques d'entretien.....	189
1.3	L'élaboration de notices.....	193
1.4	La grille de recueil de données appliquée à certains éléments du corpus.....	195
<b>2.</b>	<b>MÉTHODES ET TECHNIQUES D'ANALYSE DU CORPUS.....</b>	<b>200</b>
2.1	L'approche systémique des acteurs ciblés pour la recherche.....	201
2.1.1	La construction d'un schéma de la représentativité des acteurs qui diffusent sur internet des contenus se rapportant à la musicothérapie....	201
2.1.2	La méthode actionniste pour comprendre les relations entre les acteurs ciblés pour la recherche.....	204
2.2	L'analyse de contenu.....	211
2.2.1	De la méthode en analyse de contenu.....	212
2.2.2	La catégorisation des représentations de la musicothérapie.....	213
2.2.3	Les différents niveaux d'analyse.....	217
2.3	Une approche complémentaire : l'approche sémio-pragmatique.....	219
	<b>CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.....</b>	<b>222</b>
	<b>TROISIÈME PARTIE : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>225</b>



<b>CHAPITRE 1 : L'APPROCHE COMPRÉHENSIVE DES ACTEURS CIBLÉS POUR LA RECHERCHE.....</b>	227
<b>1. LE SCHÉMA DE LA REPRÉSENTATIVITÉ DES ACTEURS QUI DIFFUSENT SUR INTERNET DES CONTENUS SE RAPPORTANT A LA MUSICOTHÉRAPIE.....</b>	227
1.1 Présentation du schéma.....	228
1.2 Commentaires du schéma.....	231
<b>2. LE POSITIONNEMENT DES ACTEURS ET LEURS RELATIONS AUTOUR DE LA MUSICOTHÉRAPIE.....</b>	242
2.1 Les visions respectives des acteurs concernant la situation de la musicothérapie.....	243
2.1.1 Concernant le ministère de la Santé.....	243
2.1.2 Concernant la HAS.....	245
2.1.3 Concernant les établissements de santé.....	246
2.1.4 Concernant les organismes de formation universitaire.....	247
2.1.5 Concernant la FFM.....	248
2.1.6 Concernant les praticiens.....	250
2.2 Analyse des relations des acteurs et de la situation de la musicothérapie.....	253
2.2.1 Schéma de modélisation des relations entre les acteurs ciblés pour la recherche.....	253
2.2.2 Commentaires du schéma de modélisation.....	256
<b>CHAPITRE 2 : LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE ÉMERGEANT DES ÉLÉMENTS DU CORPUS.....</b>	261
<b>1. LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE VÉHICULÉES PAR LE MINISTÈRE.....</b>	261
1.1 Les représentations de la musicothérapie à travers les questions écrites.....	262
1.2 Les représentations de la musicothérapie à travers les contenus diffusés sur le site web du ministère.....	267
<b>2. LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE VÉHICULÉES PAR LA HAS ET LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....</b>	275
2.1 Les représentations de la musicothérapie véhiculées par la HAS.....	276
2.2 Les représentations de la musicothérapie véhiculées par les établissements de santé.....	279
2.2.1 Les représentations de la musicothérapie émergeant des sites web des CHU.....	279
2.2.2 Les représentations de la musicothérapie émergeant du média « reseachu.org ».....	283
<b>3. LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE VÉHICULÉES PAR LES SITES WEB DES FORMATIONS UNIVERSITAIRES.....</b>	285
<b>4. LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE DES PRATICIENS ET LEUR RAPPORT A LA REPRÉSENTATION PROFESSIONNELLE.....</b>	293

4.1 Les représentations de la musicothérapie chez ses praticiens : retour d'enquête.	293
4.2 Les praticiens et la représentation professionnelle.....	300
<b>CHAPITRE 3 : DE LA DYNAMIQUE COMMUNICATIONNELLE DES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE.....</b>	<b>304</b>
<b>1. QUELQUES EFFETS DE LA COMMUNICATION NUMÉRIQUE DES ACTEURS SUR LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE.....</b>	<b>305</b>
1.1 Les effets de la communication numérique des acteurs clés de la santé sur les représentations de la musicothérapie : le ministère, la HAS et les établissements de santé.....	306
1.2 Les effets de la communication numérique des acteurs des formations universitaires sur les représentations de la musicothérapie.....	311
<b>2. LES PRATIQUES INFO-COMMUNICATIONNELLES DES PRATICIENS ENQUETES.....</b>	<b>313</b>
<b>3. QUELQUES AUTRES EFFETS DE LA COMMUNICATION NUMÉRIQUE SUR LES REPRÉSENTATIONS DE LA MUSICOTHÉRAPIE.....</b>	<b>316</b>
<b>CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE.....</b>	<b>324</b>
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>327</b>
BIBLIOGRAPHIE.....	332
NETOGRAPHIE.....	357
TABLE DES MATIÈRES.....	358
GLOSSAIRE DES SIGLES.....	363
RÉSUMÉS EN FRANÇAIS : 4 <sup>ème</sup> de couverture	
RÉSUMÉS EN ANGLAIS : 4 <sup>ème</sup> de couverture	

## TABLE DES SIGLES

AAI	Autorité Administrative Indépendante
ABES	Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur
AERES	Agence d'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur
ACOSS	Agence Aentrale Des Organismes de Sécurité Sociale
ADELI	Automatisation DEs Listes
AFM	Association Française de Musicothérapie
AFRATAPEM	Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine
AM	Atelier de Musicothérapie
AMB	Atelier de Musicothérapie de Bourgogne
AMBx	Atelier de Musicothérapie de Bordeaux
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux
ANSP	L'Agence Nationale de Santé Publique
API	Autorité Publique Indépendante
ARATP	Association de Recherches et d'Applications des Techniques Psychomusicales
ARH	Agences Régionales de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ASIP Santé	l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
BNF	Bibliothèque Nationale de France
BIU	Bibliothèque Inter Universitaire
CESAM	Centre d'Études Supérieures de l'Art en Médecine
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CFM	Centre Français de Musicothérapie
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CILF	Conseil international de la langue française
CIM	Centre International de Musicothérapie

CNCP	Commission nationale de la certification professionnelle
CNG	Conseil National de Gestion
CNSA	Caisse Nationale de Sécurité pour l'Autonomie
CPPAP	Comité Paritaire des publications et Agences de Presses
CSA	Conseil Supérieur de l'Audiovisuel
CU	Certificat Universitaire
DE	Diplôme d'État
DGS	Direction Générale de la Santé
DICOM	Délégation à l'information et à la communication
DMP	Dossier Médical Personnel / Dossier Médical Partagé
DU	Diplôme Universitaire
EMTC	European Music Therapy Confederation
FAPAG	Fédération des Associations de Psychothérapie Analytique de Groupe
FéMaSac	Fédération des Maisons de Santé comtoises
FFAT	Fédération Française des Art-thérapeutes
FFM	Fédération Française de Musicothérapie
HAS	Haute Autorité de Santé
HCERES	Haut Conseil de l'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
INFIPP	L'Institut National de Formation des Infirmiers et des Personnels de Psychiatrie
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INECAT	Institut National d'Expression, de Création d'Art et Transformation
LabMin	Laboratoire de Recherche en Musicothérapie Institut de Nantes
LMD	Licence Master Doctorat
MCF	Maître de Conférences
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PAGSI	Programme d'Action Gouvernementale pour la Société de l'Information
PDF	Portable Format Document
PGI	Pôle de Gériatrie Inter-régional

PH	Praticien Hospitalier
PIREM	Pôle International de Recherche en Musicothérapie
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRES	Pôles de Recherche de l'Enseignement Supérieur
RNCP	Répertoire national des certifications professionnelle
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RSN	Réseaux Sociaux Numériques
SI	Sciences de l'Information
SHS	Sciences Humaines et Sociales
SC	Sciences de la Communication
SFM	Société Française de Musicothérapie
SIC	Sciences de l'information et de la communication
SPDRE	Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État
SPDT	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
STAPS	Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
TEC	laboratoire Techniques et Enjeux du Corps
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
TICN	Technologies de l'Information et de la Communication Numérique
UE	Union Européenne
UFR	Unité de Formation et de Recherche
UPVM3	Université Paul-Valéry Montpellier 3
URSSAFF	Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales
VAE	Validation des Acquis par l'Expérience
WFMT	World Fédération of Music Therapy

## RÉSUMÉ EN FRANCAIS

Cette thèse appréhende un objet peu exploré en Sciences de l'Information et de la Communication : la musicothérapie. Mon approche de cet objet sous l'angle des représentations propose d'observer les processus info-communicationnels d'où émergent diverses formes de représentations de la musicothérapie à travers différents types de dispositifs intégrant les technologies numériques pour mieux comprendre le discours pluriel qui existe sur cette pratique spécifique ainsi que la place qu'elle occupe dans le système de santé publique. Pouvant être également considérées comme des objets communicationnels ces représentations sont les produits d'interactions entre de nombreux acteurs.

Mes investigations s'ancrent sur un terrain construit pour la recherche, dont internet est une forte composante. Via ce média, nous avons pu observer de nombreux sites web et être en relation avec des acteurs selon plusieurs modalités, pour recueillir différentes catégories de matériaux : documents, contenus web, résultats d'enquête en ligne et enregistrement d'entretiens. Pour traiter ces données, nous avons mis en œuvre une méthodologie qui inscrit la recherche dans le sillon des recherches qualitatives, visant à approcher en compréhension les représentations de la musicothérapie.

A travers l'émergence de différentes catégories de représentations, ce travail interroge aussi les pratiques info-communicationnelles des acteurs et les jeux interactionnels pouvant être en lien avec leur positionnement respectif et contraint par différents cadres de normes.

**Mots clés :** *musicothérapie, représentation, dispositif, information-communication, contexte, acteurs, discours.*

## SUMMARY IN ENGLISH

This thesis apprehends an object unexplored in Information and Communication Sciences: music therapy. Our approach to this object from the perspective of representations proposes to observe the information-communication processes from which emerge various forms of representations of music therapy through different types of devices integrating digital technologies and try to understand the plural discourse that exists on this specific practice and the place it occupies in the public health system. Our approach considers these representations as complex communicational objects that are the product of interactions between many actors. Our investigations are rooted on a field built for research, whose internet is a main component. Through this media, we have been able to observe many websites and to be in contact with actors according to several modalities, to collect different categories of materials: documents, web contents, online survey results and recording interviews. To process these data, we have implemented a methodology that places research on the way of qualitative research, aiming to understand the representations of music therapy.

Through the emergence of different categories of representations, this work also questions the information-communication practices of actors and interactional games that may be related to their respective positioning, constrained by different frameworks of standards.

**Keywords:** *music therapy, representation, device, information-communication, context,, actors, speech.*