

La musicothérapie avec les personnes handicapées

Ce texte a été publié dans le document Défi-loisir www.aqlph.qc.ca pour une véritable participation sociale des personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

Jusqu'à aujourd'hui, la musique s'est manifestée dans toutes les cultures connues. Elle est utilisée à différentes fins dans la vie familiale et sociale depuis l'aube de l'humanité. Son rôle dans la santé émotionnelle et physique a été intimement lié à la spiritualité pendant des millénaires.

C'est seulement au cours du 20^e siècle, avec l'apparition du terme « musicothérapie » au sortir de la Seconde Guerre mondiale, que sont apparus en Europe et en Amérique les premiers essais de compréhension sur l'impact de la musique en santé publique (ex. : auprès de vétérans de guerre, d'enfants avec une déficience physique ou intellectuelle ou de personnes autistes). La musicothérapie s'est implantée au Québec depuis le début des années 60 et maintenant, des musicothérapeutes offrent des services dans différents milieux tels que les centres hospitaliers, le milieu scolaire, les centres de réadaptation, les centres de santé communautaires et la pratique privée.

Définition de la musicothérapie

Selon l'Association québécoise de musicothérapie (AQM, 2003), « la musicothérapie est un mode d'intervention qui utilise les composantes de la musique (rythme, mélodie, harmonie, style, etc.) afin d'améliorer ou de maintenir le bien-être physique et psychique de l'individu ». Toute personne, quelles que soient son âge, ses capacités physiques et mentales et son expérience musicale, peut profiter d'un suivi en musicothérapie. Il n'est pas nécessaire de connaître la musique ni de savoir jouer d'un instrument ou de chanter juste. C'est

sur la base des dimensions innées et universelles de la musique que le musicothérapeute travaille. Selon une étude portant sur la clientèle des musicothérapeutes au Québec en 1996, un peu plus de 2 000 personnes auraient bénéficié de musicothérapie soit : 28% avec une déficience intellectuelle, 21% avec une déficience organique (ex. : cancer), 17% une déficience psychique (ex. : schizophrénie, syndrome bipolaire, dépression sévère), 11% avec un trouble envahissant du développement (ex. : autisme, syndrome de Rett), 8% avec des déficiences multiples, 5% avec une déficience motrice (ex. : paralysie cérébrale), 4% avec une déficience du système nerveux central (ex. : sclérose en plaques), 2% avec une déficience sensorielle (ex. : cécité, surdité) et 4% avec d'autres types d'incapacité (ex. : déficit du langage et de la communication, aphasie, dysphasie, etc.) (Bargiel, 1998).

Le suivi en musicothérapie se structure autour d'une analyse approfondie des besoins de la personne. Il s'amorce donc obligatoirement par une évaluation préliminaire des forces et des difficultés de la personne, de ses préférences et habitudes musicales, de ses aversions musicales même, afin d'établir un plan d'intervention. Selon ce bilan initial, le musicothérapeute propose un suivi en individuel ou en groupe. Dans les deux cas, les séances ont lieu sur une base régulière, généralement hebdomadaire, et ce pour un minimum de 12 à 15 semaines. La durée des séances et le nombre de personnes dans un même groupe varient selon les milieux et les besoins spécifiques à la population et aux individus suivis. Généralement, une séance individuelle peut durer de 30 à 60 minutes et une séance de groupe, de 45 à 90 minutes pour 3 à 8 personnes en moyenne par groupe.