

EFFETS DE L'ATELIER MUSICAL SUR LE BIEN-ETRE PSYCHOLOGIQUE ET LES SYMPTOMES DEPRESSIFS ET ANXIEUX DES PERSONNES AGEES AVEC DEMENCE RESIDANT EN EHPAD

Soutenu par Mathilde BLESZ

Juin 2017

(Année Universitaire 2016-2017)

Stage réalisé à l'EHPAD

« Les Mélèzes »

**Mémoire du Master 2 Professionnel
Psychologie Clinique du Développement
Université de Strasbourg**



MME SCHNITZLER MARIELLE

Psychologue Praticienne

Référente

MME COMMISSAIRE EVA

Maître de conférence

Maître de Stage

Directrice de Mémoire

MME DEMONT ELISABETH

**Responsable pédagogique du
Master de Psychologie Clinique
du Développement**

Remerciements

En préambule de ce mémoire, je souhaite adresser mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide et ont ainsi contribué à l'élaboration de mon mémoire et à la réussite de cette année universitaire.

Tout d'abord, j'aimerais remercier Mme Marielle Schnitzler, psychologue de l'EHPAD « Les Mélèzes » et praticienne référente pour mon stage, pour son écoute, son soutien et surtout sa confiance. Votre encadrement m'a été précieux pour pouvoir faire évoluer mes pratiques et mon regard de psychologue.

Mes remerciements vont à Mme Eva Commissaire, Maître de conférences en Psychologie du Développement Cognitif, Enseignante-Chercheuse à l'Université de Strasbourg et Directrice de mémoire, pour la disponibilité qu'elle a eue à mon égard ainsi que pour ses conseils dans la réalisation de cet écrit.

Ma reconnaissance va également à Mme Elisabeth Demont, Professeure en Psychologie du Développement Cognitif à l'Université de Strasbourg et Responsable pédagogique du Master de Psychologie clinique du développement, pour son encadrement au cours de ce Master.

Je tiens à remercier Mme Martine Heros-Jordan, Directrice de l'EHPAD « Les Mélèzes », pour m'avoir permis de réaliser mon stage au sein de son établissement, ainsi que l'ensemble des professionnels travaillant dans cette institution, pour leur accueil ainsi que les moments d'échange que j'ai pu avoir avec eux.

Ma gratitude va aussi à tous les résidents de l'établissement, auprès desquels j'ai beaucoup appris cette année, et surtout aux six résidentes qui ont accepté de prendre part à mon projet de recherche.

Je remercie également Mr Antoine Roy, psychologue et professeur intervenant à la Faculté de Psychologie, pour son accompagnement lors des temps de reprise de stage, qui furent très enrichissants.

Je n'oublie pas l'ensemble de mes collègues de promotion du Master 2 de Psychologie clinique du développement, des personnes formidables qui m'ont apporté de véritables bouffées d'air frais au cours de cette année particulièrement dense.

Enfin, je souhaite remercier ma famille et tous mes proches, qui m'ont supportée dans tous les sens du terme. Merci de leur soutien et leur présence quand j'en avais besoin.

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE	3
RECHERCHE APPLIQUEE.....	4
I. VIEILLISSEMENT ET PROBLEMATIQUES ASSOCIEES.....	4
1. <i>Vieillessement et pathologies liées à l'âge</i>	4
2. <i>Syndromes démentiels</i>	4
3. <i>Quelques problématiques liées au vieillissement</i>	5
4. <i>Qualité de vie et bien-être psychologique</i>	6
5. <i>Prises en charge non médicamenteuses</i>	6
II. MUSICOTHERAPIE.....	7
1. <i>Types de musicothérapie</i>	8
2. <i>Intérêts de la musicothérapie</i>	8
3. <i>Musicothérapie chez les personnes âgées</i>	9
III. RECHERCHE CLINIQUE : L'ATELIER MUSICAL	10
IV. METHODOLOGIE.....	11
1. <i>Participants</i>	11
2. <i>Matériel</i>	12
a) <i>Evaluations en pré-test</i>	12
b) <i>Evaluations durant les ateliers</i>	13
c) <i>Evaluations en post-test</i>	13
3. <i>Procédure et déroulement de la prise en charge</i>	13
a) <i>Mise en place et cadre spatio-temporel</i>	14
b) <i>Déroulement des séances</i>	14
c) <i>Place de la psychologue stagiaire</i>	15
V. RESULTATS	16
1. <i>Evaluation du critère d'inclusion relatif à la cognition</i>	16
2. <i>Analyse à l'échelle individuelle</i>	17
a) <i>Madame G.</i>	17
b) <i>Madame L.</i>	18
c) <i>Madame R.</i>	19
d) <i>Madame Z.</i>	20
3. <i>Analyse à l'échelle des groupes</i>	21
a) <i>Résultats du groupe « contrôle »</i>	21
b) <i>Résultats du groupe expérimental</i>	22
c) <i>Comparaison des deux groupes</i>	23
VI. DISCUSSION	23
1. <i>A l'échelle des groupes</i>	24
2. <i>A l'échelle individuelle</i>	26
a) <i>Madame G.</i>	26
b) <i>Madame L.</i>	26
c) <i>Madame R.</i>	27
d) <i>Madame Z.</i>	28

3. <i>Limites</i>	29
VII. CONCLUSION.....	31
BIBLIOGRAPHIE	33
ANNEXES	37
RESUME	62

INTRODUCTION GENERALE

Le mémoire que je vais vous présenter ici a été réalisé dans le cadre de ma dernière année de Master en Psychologie Clinique du Développement, à l'Université de Strasbourg. Il est le fruit d'un travail et d'une réflexion portés tout au long de cette année décisive, au fil de mon stage, de mes rencontres avec d'autres professionnels, de mes lectures et de mes discussions avec mes collègues de Master. Il est également le fruit de mon évolution sur les plans personnel et professionnel, qui a eu lieu cette année mais également tout au long de mon cursus universitaire. Il ne marque cependant pas la fin de mon cheminement, bien au contraire, car comme tout être humain, je compte bien continuer à évoluer et à grandir, au fil de ma carrière et au fil de ma vie.

Cette vision de l'être en perpétuelle évolution, de sa conception à sa mort c'est celle qui porte la psychologie du développement, et qui me porte également.

La première partie de ce mémoire était consacrée à mon stage en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Pour des raisons déontologiques et de secret professionnel, le rapport de stage ne figure pas dans cette version de mon mémoire. N'est donc consultable ici que la seconde partie de mon mémoire, dans laquelle vous pourrez découvrir le projet de recherche appliquée que j'ai élaboré sur mon lieu de stage. En effet, j'ai eu l'occasion cette année de mener une prise en charge sur la base de la médiation musicale auprès de personnes âgées présentant un syndrome démentiel. Ce projet se situe dans la continuité de mon projet professionnel, car je souhaiterais poursuivre ma formation, notamment dans le domaine de la musicothérapie.

J'espère réussir à vous transmettre, au travers de cet écrit, une partie de ce que je suis : une (très) future psychologue, qui a cheminé et qui continuera son chemin, au gré de ses expériences, de ses rencontres et de son évolution.

Le vieillissement fait l'objet d'un intérêt grandissant ces dernières décennies, notamment du fait du vieillissement général de la population mondiale, lié entre autres au contrôle de la fécondité et à l'augmentation de l'espérance de vie.

Nous allons ici nous intéresser à ce qu'est le vieillissement, aux problématiques qui lui sont liées, ainsi qu'à des pistes quant à l'accompagnement que nous pouvons proposer, en tant que psychologue, pour y répondre. Au travers d'une recherche appliquée, nous présenterons plus spécifiquement comment il est possible d'accompagner la personne âgée dans son bien-être et dans ses troubles thymiques, et ce au moyen d'une prise en charge non médicamenteuse : la musicothérapie et l'atelier musical.

I. VIEILLISSEMENT ET PROBLEMATIQUES ASSOCIEES

1. Vieillessement et pathologies liées à l'âge

Si l'on s'intéresse à la définition du vieillissement donnée par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), on note qu'il constitue un « processus par lequel un organisme humain subit une série de transformations », conduisant à « des modifications d'ordre physique, physiologique et psychique ». Le vieillissement est par conséquent un mécanisme naturel par lequel la personne connaît des changements au niveau de son corps et au niveau de son psychisme. Ce phénomène est très hétérogène d'un individu à un autre et se trouve étroitement lié à l'histoire de la personne et à des facteurs contextuels, tels que des facteurs économiques ou sociaux, qui interagissent et induisent ensemble une trajectoire développementale spécifique à chacun.

Ce vieillissement peut s'accompagner de pathologies chroniques et autres troubles liés à l'âge, telles que les pathologies vasculaires (*e.g.* insuffisance cardiaque), les troubles sensoriels (*e.g.* dégénérescence maculaire liée à l'âge) ou les maladies dégénératives (*e.g.* arthrose) et neurodégénératives (*e.g.* maladie d'Alzheimer). Lorsqu'elles s'accumulent, ces pathologies peuvent affecter le quotidien et l'autonomie de la personne âgée, voire conduire à sa dépendance ; le vieillissement pourra alors être décrit comme « pathologique ».

2. Syndromes démentiels

Les démences sont des syndromes, souvent chroniques et évolutifs, caractérisés par une altération cognitive plus importante que celle observée lors du vieillissement normal. Selon le DSM-IV, il s'agit de « l'apparition de déficits cognitifs multiples qui comportent une altération de la mémoire et au moins l'une des perturbations cognitives suivantes : aphasie, apraxie, agnosie ou perturbation des fonctions exécutives. Les déficits cognitifs doivent être suffisamment sévères pour entraîner une altération significative du fonctionnement professionnel ou social et doivent représenter un déclin par rapport au niveau du fonctionnement antérieur ». Leur prévalence serait d'environ 10% chez les personnes de plus

de 65 ans (Société de l'Information Psychiatrique, 2008). Les formes et les causes des démences sont multiples. Parmi elles, on retrouve :

- La maladie d'Alzheimer : elle est classiquement caractérisée par des troubles mnésiques importants (*e.g.* trouble de la mémoire des faits récents) associés à d'autres perturbations cognitives (*e.g.* orientation spatio-temporelle, agnosie) ;
- La démence fronto-temporale : elle est liée à l'atrophie des régions fronto-temporales et est caractérisée bien souvent par un déclin des conduites sociales, des troubles du comportement (*e.g.* impulsivité) et des troubles de l'humeur (*e.g.* anxiété) ;
- La maladie à Corps de Lewy : elle est caractérisée entre autres par un syndrome dysexécutif (*e.g.* déficit attentionnel, désinhibition), une atteinte visuo-constructive, des hallucinations visuelles et un syndrome parkinsonien ;
- La démence vasculaire : son début est souvent brutal, par exemple suite à un accident vasculaire cérébral, et son évolution est fluctuante. On peut y observer par exemple des troubles de l'humeur (*e.g.* hyperémotivité) et du comportement (*e.g.* apathie) ;
- La démence mixte : il s'agit de l'association entre une démence neurodégénérative et une démence liée à une lésion vasculaire.

3. Quelques problématiques liées au vieillissement

Le vieillissement, et a fortiori le vieillissement pathologique, peuvent avoir des répercussions sur les plans social (*e.g.* restriction de la sphère relationnelle), cognitif (*e.g.* déclin des capacités mnésiques) et affectif (*e.g.* abaissement des niveaux d'aspiration), et ce d'autant plus dans le grand âge (Cappeliez et al., 2000). Ils peuvent également être liés à des troubles de l'humeur, comme la dépression ou les troubles anxieux.

L'anxiété devient problématique lorsqu'elle est généralisée, excessive et chronique ; la personne va alors ressentir une difficulté à maîtriser ses inquiétudes. Ces troubles anxieux concerneraient entre 3,2 et 14,2% des personnes âgées (Bruno & Lepetit, 2015). Ils engendrent une souffrance importante ainsi qu'une dégradation de la qualité de vie, et peuvent conduire également à une agitation, une fatigabilité, une irritabilité ou encore une perturbation du sommeil, mais aussi à la dépression (Cappeliez et al., 2000).

La dépression est un trouble psychologique caractérisé classiquement par une tristesse profonde, une faible estime de soi et une perte des intérêts. Chez la personne âgée, elle présente une expression clinique particulière, notamment au travers d'une plainte mnésique, de troubles du sommeil, d'une difficulté de concentration, d'une perte d'appétit, etc. Elle toucherait environ 15% des personnes de plus de 65 ans, ce nombre augmentant à environ 20-25% chez les personnes âgées institutionnalisées en maison de retraite (Lôo & Gallarda, 2000), voire à 25-30% chez les personnes ayant un diagnostic de maladie d'Alzheimer (Cappeliez et al., 2000). Souvent masquée par d'autres maladies ou négligée du fait du mythe selon lequel elle est normale dans le grand âge, elle a pourtant un impact important sur le fonctionnement de la personne âgée, par exemple en conduisant à un isolement social, à une négligence corporelle ou encore à une intensification de la douleur et des incapacités physiques.

L'entrée dans une institution d'hébergement confronte également la personne à un changement radical dans sa vie ; elle passe ainsi d'une vie en autonomie dans son domicile

privé à un hébergement en collectivité, régie par des règles de vie commune et requérant de faire le deuil de la vie passée. Parfois cette institutionnalisation conduit à une faible participation sociale, par exemple à des activités culturelles (Dufour-Kippelen & Mesrine, 2003). Elle peut également entraîner un sentiment de perte du pouvoir décisionnel et de contrôle, car « les maisons de retraite conservent une importante emprise sur les éléments de vie de leurs résidents et les démobilisent de leurs propres capacités de maîtrise », ce sentiment étant particulièrement exprimé par les personnes dépressives (Marchand, 2008). Tous ces éléments risquent à terme de mener à une diminution de la qualité de vie, et donc du sentiment de bien-être psychologique chez ces personnes (ANESM, 2011).

4. Qualité de vie et bien-être psychologique

La qualité de vie est un concept multidimensionnel, lié aux domaines physique, psychologique et social ainsi qu'à des aspects tels que les affects positifs ou le soutien social (Mauceri, Licciardello & Di Marco, 2014). Elle se base sur quatre composants principaux interagissant les uns avec les autres, à savoir l'environnement objectif, le fonctionnement de l'individu (*e.g.* social, cognitif, santé), la qualité de vie perçue et le bien-être psychologique (Bass, 2005).

Le bien-être psychologique est également une notion complexe à définir. Pour Seligman, une vie heureuse est une vie bonne, agréable et remplie de sens, et le bien-être est basé sur les émotions positives, l'engagement, les relations, le sens et l'accomplissement (Seligman, 2010, cité par Croom, 2015). Selon Massé, il peut être défini au travers de six dimensions (Massé et al., 1998) :

- Le contrôle de soi et des événements et le fait de se sentir capable d'affronter les difficultés de la vie ;
- Le bonheur, qui passe par le fait de se sentir bien, d'avoir un bon moral ;
- L'engagement social, qui s'exprime notamment par un intérêt pour l'environnement et l'envie de pratiquer des activités ;
- L'estime de soi, le fait de se sentir en confiance, apprécié et utile, d'être fier de soi et de ses réalisations ;
- L'équilibre aux niveaux émotionnels et des activités professionnelles et familiales ;
- La sociabilité, le fait d'apprécier être avec son entourage et d'être à l'écoute d'autrui.

Ces notions de qualité de vie et de bien-être sont essentielles à prendre en compte dans l'accompagnement des personnes, quel que soit leur âge, leurs problématiques, leur mode de vie, etc. car elles font partie intégrante de ce qui définit la santé, décrite par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social ».

5. Prises en charge non médicamenteuses

La prise en charge de la personne âgée a des visées variées. Ainsi elle peut avoir pour buts de prévenir certains risques (*e.g.* chute, dénutrition), de soigner ou de ralentir la progression d'une pathologie (*e.g.* démentielle, ostéo-articulaire, cardiaque), de diminuer ou de compenser ses symptômes, etc. Cette prise en charge peut passer par des interventions médicamenteuses ou non médicamenteuses.

L'usage de médicaments est souvent inévitable dans la prise en charge de certaines pathologies, cependant la multiplication des traitements médicamenteux chez la personne âgée peut parfois entraîner des effets délétères et une augmentation des risques iatrogéniques, c'est-à-dire le risque de développer une pathologie à la suite d'un traitement inapproprié ou d'interactions médicamenteuses non souhaitées. Une réflexion est portée depuis plusieurs années sur la sur-utilisation des médicaments, tels que les psychotropes utilisés pour traiter l'insomnie, l'anxiété, la dépression et les troubles du comportement (Haute Autorité de Santé, 2009). C'est dans ce cadre que l'intérêt pour les prises en charge non médicamenteuses s'est développé afin d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées, notamment les personnes atteintes d'un syndrome démentiel. L'importance est alors donnée à des approches permettant de prévenir et traiter diverses problématiques rencontrées chez ces personnes, notamment des problématiques psychologiques et comportementales comme les troubles anxieux, l'atteinte cognitive, les symptômes dépressifs, l'agitation, les troubles du sommeil, etc.

Ces interventions non médicamenteuses peuvent être mises en place à titre individuel ou groupal, et doivent être proposées en fonction des capacités, des envies et des besoins de la personne. Elles requièrent une réflexion par rapport aux objectifs, à l'éventuel média, au déroulement des séances, et doivent s'inscrire dans un cadre (*e.g.* durée et fréquence des séances, lieu). Parmi les nombreux types d'intervention possibles, on peut par exemple citer :

- Les ateliers de réminiscence : lors de séances en groupe, les participants sont encouragés à partager des souvenirs, parfois en ramenant des objets personnels (*e.g.* photographies). Ces ateliers ont notamment montré une efficacité dans la diminution significative de la dépression et des symptômes comportementaux et cognitifs de l'apathie chez des personnes atteintes d'une démence modérée (Hsieh et al., 2010) ;
- Le massage et le toucher : il semblerait que leur utilisation permette par exemple une diminution des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, tels que les comportements d'agressivité physique et verbale (Wu, Wang & Wang, 2017) ;
- La zoothérapie, basée sur l'interaction entre une personne et un animal, semble contribuer à la diminution des comportements d'agitation et d'agressivité, voire à la promotion de comportements pro-sociaux (*e.g.* sourires, verbalisation) chez la personne démente (Filan & Llewellyn-Jones, 2006) ;
- Les ateliers musicaux et la musicothérapie, qui peuvent se pratiquer en individuel ou en groupe, et dont nous allons parler plus en détails dans la partie suivante.

II. MUSICOTHERAPIE

La musicothérapie est une « thérapie qui utilise le son et la musique sous toutes ses formes afin de rétablir, maintenir et améliorer la santé mentale, physique ou émotionnelle du malade » (Benenson, 2004). Elle consiste donc en l'utilisation de la médiation sonore et musicale dans une démarche d'accompagnement thérapeutique, et son exercice nécessite le suivi d'une formation spécifique en musicothérapie. Elle partage certains points communs avec les autres formes de psychothérapies, comme par exemple l'existence d'un lieu de séance pour la thérapie ; d'une relation singulière entre la personne et le thérapeute, et les

mouvements intrapsychiques qui l'accompagnent tels que le transfert et le contre-transfert ; d'une méthode, c'est-à-dire un savoir-faire plus ou moins défini ; et de bases théoriques telles que la psychanalyse, le cognitivisme ou l'humanisme (Lecourt, 2014).

Cette thérapie « 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 » (Fédération Française de Musicothérapie, 2016). Ces éléments sonores peuvent revêtir différentes formes : des musiques enregistrées ou jouées en direct, des instruments, des bruits, des rythmes produits au moyen du corps, la voix, etc. Son utilisation est variée, et peut par exemple avoir pour vocation la mobilisation des émotions et des souvenirs, l'expression de soi, la communication, la détente ou encore la création en groupe. L'aspect esthétique des productions et les compétences musicales importent peu dans cette thérapie, car l'attention du musicothérapeute s'attache plutôt à ce que les activités musicales peuvent offrir, en termes de développement personnel et d'ouverture relationnelle (Lecourt, 2014).

1. Types de musicothérapie

On peut distinguer deux grands types de musicothérapie : réceptif et actif.

La musicothérapie réceptive : ce dispositif, fondé sur l'écoute d'œuvres préalablement choisies, a pour but de faire émerger des émotions et de favoriser l'association libre et l'élaboration psychique. Les musiques diffusées peuvent être courtes (*i.e.* entre 3 et 5 minutes) ou longues, selon les capacités attentionnelles et mnésiques de la personne. Plusieurs techniques peuvent être utilisées, telles que l'association d'extraits musicaux sur la base du contraste (*e.g.* musique rythmique et musique mélodique), l'audition musicale associée à un support comme le dessin, la relaxation, etc. (Lecourt, 2014).

La musicothérapie active : la personne est ici mobilisée pour s'exprimer au travers d'une production sonore, *via* l'utilisation d'instruments, de son corps ou de sa voix. Elle privilégie donc l'expression directe, l'improvisation et la créativité. Lorsqu'elle passe par l'utilisation d'instruments, l'idéal est de pouvoir en proposer une large variété, comme les percussions (*e.g.* tambourin, xylophone, maracas), les instruments à vent (*e.g.* flûtes) et les instruments à cordes (*e.g.* guitare), qui doivent être adaptés aux capacités physiques et de manipulation d'objet de la personne. Elle peut donner lieu à une diversité d'exercices, tels que l'improvisation sonore à partir d'une pulsation commune, les percussions corporelles, le chant en groupe, le dialogue mélodique, etc. (Verdeau-Pailles & Guiraud-Caladou, 1976).

2. Intérêts de la musicothérapie

La musicothérapie peut s'adresser aux publics de tout âge et présentant une diversité de problématiques. Ainsi son usage pourrait notamment contribuer à l'amélioration des compétences sociales chez les enfants présentant un trouble du spectre autistique, par exemple en leur permettant de s'engager dans des interactions musicales avec autrui ou en favorisant l'attention conjointe (LaGasse, 2017). Par ailleurs, elle participerait à améliorer l'humeur et les symptômes exprimés par les patients en soins palliatifs tels que l'anxiété, la dépression, la douleur ou les difficultés respiratoires (Gallagher, Lagman & Rybicki, 2017).

L'utilisation thérapeutique de la musique peut également apporter des bénéfices auprès des personnes âgées, présentant un syndrome démentiel ou non. Ainsi, Lesniewska (2003)

souligne que la musicothérapie peut par exemple être employée auprès d'elles afin de leur procurer un moment de plaisir, d'améliorer leur humeur et leur qualité de vie, de stimuler leur communication verbale et non-verbale, leurs sens, leur coordination motrice et leur mémoire, ou encore de leur permettre l'expression de leur agressivité. Benenzon (2004) ajoute que l'on fortifie « sa santé à travers l'établissement de nouveaux canaux de communication pour qu'il puisse lutter contre sa passivité de patient » et qu'il est nécessaire de « transformer ce patient en un être protagoniste, actif et responsable ». Il note également que « la musicothérapie peut être comprise comme une relation ou un lien qui s'établit avec le patient et avec le groupe qui l'entoure et dans lequel interagissent les personnalités de chacun ».

3. Musicothérapie chez les personnes âgées

Les effets de la musique ou de la participation à des ateliers de musicothérapie sur les personnes âgées ont été largement explorés au cours de ces dernières décennies. On constate par exemple que la participation à des séances de musicothérapie active, au travers de chants et d'utilisation de percussions, a un effet sur des paramètres physiologiques tels que la pression artérielle, qui diminue chez des personnes présentant une démence modérée à sévère, par rapport à des personnes n'y ayant pas participé (Takahashi & Matsushita, 2006, cité par Raglio et al., 2012). On note également que la qualité du sommeil (*e.g.* latence d'endormissement) présente une amélioration chez des personnes âgées de plus de 60 ans grâce à l'écoute de musiques relaxantes au moment du coucher (Lai et Good, 2005). La cognition et le langage peuvent également être influencés par la musique. Ainsi, certains éléments du discours spontané (*i.e.* fluence, contenu) de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer se sont améliorés à la suite de séances musicales, comparativement à des ateliers de conversation (Brotons & Koger, 2000), et le rappel de souvenirs autobiographiques anciens s'est vu renforcé chez des personnes présentant une démence grâce à l'emploi d'un fond sonore musical, comparativement au silence et à un fond sonore non musical (Foster et Valentine, 2001).

Ces effets positifs s'observent également au niveau des émotions et de la santé psychique. Ainsi, la simple écoute individuelle de musiques par des personnes présentant une maladie d'Alzheimer à un stade léger à modéré semble avoir permis de diminuer leur anxiété et leur dépression, comparativement à des personnes pratiquant une activité de lecture (Guétin et al., 2009). De même, la participation régulière à un concert musical a conduit à l'amélioration de la socialisation (*e.g.* contact avec autrui, communication) et du bien-être psychologique (*e.g.* affects positifs) de personnes atteintes d'un syndrome démentiel (Van der Vleuten, Visser & Meeuwesen, 2012). Enfin des séances de musicothérapie mêlant écoute musicale et improvisation ont mené à une amélioration de l'état émotionnel de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer à un stage modérément sévère à sévère ; cet effet étant par ailleurs plus important et plus durable chez ces personnes par rapport à d'autres ayant participé à un atelier de peinture ou de cuisine (Narme et al., 2012).

Il semblerait donc que l'usage de la musique soit bénéfique par rapport aux soins classiques, mais aussi par rapport à certaines interventions basées sur des activités plaisantes telles que la peinture.

Plusieurs hypothèses cherchent à expliquer cet effet spécifique à la musique (Moussard, 2012) :

- La pratique musicale semble entraîner des modifications aux niveaux anatomiques et fonctionnels dans le cerveau. Elle serait donc un vecteur de plasticité cérébrale, qui semble être un facteur protecteur vis-à-vis du déclin des compétences cognitives mises en jeu lors de l'activité musicale ;
- La richesse de la musique conduit à la stimulation simultanée d'une variété de compétences cognitives (*e.g.* mémoire, motricité, traitement de l'organisation syntaxique) mobilisées dans la musique mais aussi dans d'autres activités. Cette stimulation permettrait d'une part d'améliorer leur fonctionnement individuel, et d'autre part d'enrichir la capacité à les coordonner ;
- Elle aurait également une influence sur notre fonctionnement neurophysiologique. Ainsi sa dimension psychoaffective conduirait par exemple à un apaisement et à une diminution du stress et du cortisol, mais aussi à une libération de dopamine lors de l'écoute musicale, provoquant un état de bien-être. Cette réaction mènerait par ailleurs à un état d'éveil plus important lors de l'écoute d'une musique à valence positive, et par conséquent à une augmentation des performances cognitives.

Le bénéfice de la musique, notamment sur le versant du bien-être psychologique, pourrait donc être lié à des phénomènes neurophysiologiques. Par ailleurs, le fait d'offrir à la personne un espace d'expression verbale et non verbale permet une émergence des souvenirs, une libération des affects et un effet cathartique. Cette thérapie permet également la socialisation *via* l'entretien de relations avec le musicothérapeute ou avec les autres participants si l'atelier se fait en groupe. Tous ces éléments contribuent finalement à promouvoir la santé psychique de la personne. La musique peut ainsi être utilisée sans modération dans le but d'accompagner la personne âgée vers un « mieux-être », notamment lorsqu'elle est hébergée dans une institution.

III. RECHERCHE CLINIQUE : L'ATELIER MUSICAL

C'est dans l'optique d'étudier les effets de la musique sur le bien-être psychologique et sur les symptômes anxieux et dépressifs chez les personnes âgées présentant une démence et étant institutionnalisées en EHPAD que j'ai élaboré et mené une prise en charge psychothérapeutique sur la base de la médiation musicale. Du fait de mon absence de formation en musicothérapie suivie au sein d'un organisme adéquat, cette prise en charge a pris le nom d'« atelier musical » et non de musicothérapie.

L'usage de la musique semble avoir pour effet la diminution des troubles anxieux (Sung, Lee, Li & Watson, 2012) et dépressifs (Ray & Mittelman, 2015) chez la personne âgée présentant un syndrome démentiel. Par ailleurs, son utilisation lors de séances en groupe permettrait de promouvoir le bien-être psychologique en améliorant certains de ses fondements essentiels, à savoir les émotions positives, l'engagement dans une activité, l'accomplissement et la fierté vis-à-vis de ses réalisations, la socialisation et l'entretien de

relations (Seligman, 2010, cité par Croom, 2015 ; Massé et al., 1998). J'ai donc émis l'hypothèse que la participation des résidents de l'EHPAD à un atelier musical aurait un impact positif sur les symptômes d'anxiété, les symptômes de dépression, et le bien-être subjectif de ces personnes.

Cet effet positif pourra notamment être mis en exergue par l'évaluation standardisée des niveaux d'anxiété, de dépression et de bien-être psychologique des participants avant et après la prise en charge. En suivant l'hypothèse formulée, les scores obtenus après la prise en charge auront diminué concernant l'anxiété et la dépression, et auront augmenté concernant le bien-être, par rapport aux scores obtenus avant la prise en charge.

Par ailleurs, une observation clinique des participants au moyen d'une grille d'observation structurée pourra être réalisée au cours des ateliers. Cette observation portera sur l'investissement dans la séance, la relation humaine, la communication verbale et l'affectivité des participants, et pourra donner lieu à une analyse qualitative des comportements observés lors des séances.

IV. METHODOLOGIE

1. Participants

La présente étude porte sur le bien-être psychologique, mais aussi sur les symptômes de troubles anxieux et de dépression chez les personnes âgées présentant une démence. Par conséquent les critères d'inclusion sélectionnés sont les suivants : les participants devaient présenter une démence et des troubles cognitifs débutants à modérés, indiqués par un score du *Mini-mental state examination* (MMSE) entre 10 et 24 (Morris et al., 1989), ainsi que des troubles dépressifs et/ou anxieux signalés dans leur dossier médical. Par ailleurs, leurs capacités auditives et de communication verbale devaient être préservées afin de permettre une pleine participation à la dynamique d'échange au sein du groupe, l'ouï et la parole étant des éléments centraux dans cet atelier. Leur consentement libre et éclairé était indispensable à leur participation. Tous ont également accepté d'être filmés lors de certaines séances, dans le cadre de l'observation clinique.

Sur les sept résidentes répondant aux critères d'inclusion et ayant initialement accepté d'intégrer cette étude, six ont passé les évaluations et quatre ont finalement participé à l'atelier. Leur présence était variable selon les séances, chaque participante ayant le droit de décliner l'invitation à l'atelier du jour. Le Tableau 1 récapitule quelques informations les concernant. Leur âge allait de 84 à 98 ans, avec une moyenne d'âge d'environ 87 ans et demi pour l'ensemble des participantes.

Mme Bm. et Mme Bs. n'ont donc finalement pas participé aux séances d'atelier musical. Elles ont cependant répondu aux différentes évaluations en pré-test et en post-test, ce qui a permis d'avoir deux « sujets contrôle » qui répondent aux critères d'inclusion mais qui n'ont pas bénéficié des effets de l'atelier musical.

D'autres personnes en ayant fait la demande ont également pu participer ponctuellement aux séances. Elles ne font cependant pas partie de l'échantillon car elles ne remplissaient pas tous les critères d'inclusion.

Tableau 1 : Nom, âge, type de démence, type de troubles associés, date d'entrée et nombre de séances suivies des participantes de l'étude

Résidente	Âge	Type de démence	Troubles anxieux	Troubles dépressifs	Date d'entrée	Nombre de séances suivies
Mme Bm.	86 ans	Maladie de Parkinson, syndrome démentiel		x	09/2016	/
Mme Bs.	98 ans	Démence de type Alzheimer		x	12/2015	/
Mme G.	79 ans	Démence de type Alzheimer, maladie à Corps de Lewy, syndrome parkinsonien secondaire	x	x	04/2015	5
Mme L.	84 ans	Démence mixte		x	02/2016	7
Mme R.	84 ans	Démence de type Alzheimer	x	x	06/2013	8
Mme Z.	95 ans	Troubles cognitifs débutants		x	11/2013	6

2. Matériel

L'évaluation de l'atelier musical et de ses effets sur le court et le moyen termes s'est déroulée de façon continue, tout d'abord par une phase de pré-test, puis à travers une évaluation tout au long de la prise en charge, et enfin par une évaluation en post-test. Ces évaluations tournaient autour de quatre axes majeurs : l'évaluation de la cognition, l'évaluation du bien-être psychologique, l'évaluation de la dépression et l'évaluation de l'anxiété.

a) Evaluations en pré-test

Suite à un premier entretien individuel et après avoir recueilli le consentement de la personne, plusieurs évaluations en pré-test ont été effectuées avant la première séance d'atelier musical. Ces évaluations ont eu lieu individuellement, dans la chambre de la résidente concernée, et ont été découpées en plusieurs temps pour éviter une trop grande fatigue de la résidente lors de leur passation. Ci-dessous se trouve un bref descriptif de ces évaluations (le descriptif détaillé pouvant être consulté en annexes, cf. Annexes 1) :

- La cognition des sujets a été mesurée à l'aide du MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Constituée d'une trentaine d'items, cette échelle est couramment utilisée en tant qu'outil de dépistage des démences. Elle permet d'évaluer quantitativement et qualitativement un ensemble de fonctions cognitives (*e.g.* le langage, l'orientation spatiale et temporelle, l'attention, etc.) et mnésiques. Elle a permis ici de déterminer la sévérité des troubles cognitifs des sujets ;
- Le sentiment de bien-être a été mesuré à travers l'échelle de mesures des manifestations du bien-être psychologique (EMMBEP) de Massé et al. (1998). Il s'agit d'un questionnaire de 25 items portant sur la fréquence d'un comportement ou d'un sentiment de l'individu questionné. Ces items recourent les six dimensions sur lesquelles repose la notion de bien-être psychologique selon Massé ;

- Les symptômes de dépression ont été évalués sur la base de la version française de la *Geriatric Depression Scale*, ou GDS (Yesavage et al., 1982). Cette échelle comprend 30 items, évaluant les manifestations de la dépression chez le sujet âgé, et auxquels le sujet répond par « oui » ou par « non » ;
- Les symptômes de l'anxiété ont été mesurés *via* la version française du *Geriatric Anxiety Inventory*, ou GAI (Pachana et al., 2007). Ce questionnaire, qui se veut spécifique à la personne âgée, est composé de 20 items pour lesquels la personne répond par « oui » ou par « non ».

b) Evaluations durant les ateliers

Des fiches séances ont été remplies après chacun des 10 ateliers musicaux. Ces fiches indiquaient les participants présents à la séance, les extraits musicaux proposés et les exercices musicaux réalisés, ainsi que les thèmes abordés lors des échanges et les éléments marquants observés individuellement ou à l'échelle du groupe (cf. Annexes 2). De même, des fiches individuelles donnaient des indications quant aux comportements et paroles de chaque sujet avant, pendant et après l'atelier (cf. Annexes 3). Ces fiches m'ont permis d'avoir pour chaque séance un récapitulatif de ce qui s'était passé et d'analyser l'évolution globale des séances concernant les dynamiques individuelles et la dynamique de groupe. Outre ces fiches séances, une observation clinique plus approfondie a pu avoir lieu par le biais d'une grille d'observation structurée (cf. Annexes 4). Ainsi 4 ateliers sur 10 ont été filmés et re-visionnés ultérieurement. Cette méthode d'observation en différé m'a permis d'une part de me consacrer pleinement aux ateliers sans avoir à porter mon attention sur le remplissage de la grille d'observation et sans avoir recours à une personne tiers pour la remplir à ma place ; et d'autre part de réaliser une observation plus fine et détaillée des comportements de chacun des sujets du fait de la possibilité de visionner plusieurs fois les enregistrements vidéos. Cette grille d'observation a été construite à partir des travaux de Bass (2005), de Solé, Mercadal-Brotons, Galati & De Castro (2014), de Helmes, Csapo & Short (1987) et de Van der Vleuten, Visser & Meeuwesen (2012) et donnait des informations tant qualitatives que quantitatives. Elle se basait sur quatre axes majeurs, liés notamment à certaines dimensions constituant le bien-être psychologique selon Seligman et Massé : l'investissement dans la séance, la relation humaine, le contenu de la communication verbale et l'affectivité.

c) Evaluations en post-test

Après la dernière séance d'atelier, de nouvelles évaluations portant sur le bien-être psychologique, la dépression et l'anxiété ont été réalisées individuellement à l'aide de l'EMMBEP, de la GDS et du GAI pour déterminer les effets de l'atelier sur le moyen terme. Ces entretiens individuels ont par ailleurs été l'occasion de parler avec chaque participante de l'atelier, de son ressenti vis-à-vis de celui-ci, et de la remercier pour son investissement.

3. Procédure et déroulement de la prise en charge

L'atelier musical a pris la forme d'une prise en charge de groupe, incluant quatre sujets ainsi que d'autres participants libres. La participation des quatre résidentes se faisait en fonction de l'envie et de la disponibilité de chacune (*e.g.* si elles avaient de la visite ou si elles

étaient hospitalisées) ; leur présence était donc variable d'une séance à une autre. La présence d'autres personnes non incluses dans l'échantillon expérimental permettait d'équilibrer le nombre de participants et ainsi d'améliorer la dynamique de groupe. En effet, il semblerait qu'un groupe de discussion ou de croissance personnel soit idéalement composé de quatre à cinq, voire de six à huit membres, afin de favoriser le sentiment de sécurité (Leclerc, 1999). Ainsi le nombre de résidents présents à l'atelier a varié entre deux et six par séance.

a) Mise en place et cadre spatio-temporel

La mise en place de l'atelier musical s'est faite progressivement, tout d'abord au travers de la sélection des potentiels participants. Les dossiers des résidents ont été consultés pour déterminer les personnes présentant des troubles cognitifs débutants à modérés ainsi que des troubles liés à la dépression et/ou à l'anxiété. Ces personnes ont été rencontrées lors d'un entretien individuel. Elles ont alors été informées de mon statut de psychologue stagiaire, du cadre universitaire de l'étude proposée, des objectifs de l'étude, du déroulement de l'atelier et des modalités de leur participation à l'étude (*i.e.* participation régulière à l'atelier, passation de tests, anonymisation des résultats) ; et elles ont ainsi pu accepter ou non d'y prendre part. Une autorisation à filmer les participantes durant l'atelier a également été demandée à l'administration de l'EHPAD ainsi qu'aux personnes directement concernées.

Les dix séances ont eu lieu de début février à mi-mai, les vendredis, généralement entre 16h30 et 17h30. Cet horaire a été choisi en concertation avec les participantes, afin de respecter au mieux leur rythme de vie et d'éviter d'empiéter sur d'autres activités auxquelles elles souhaitaient participer (*e.g.* les animations de l'après-midi). Une fois les dates et horaires choisis, le personnel a été prévenu du commencement de l'atelier musical. Un planning était disponible dans le bureau médical ainsi que dans le bureau des animatrices de l'établissement, précisant les dates des séances, le lieu de l'atelier et les résidentes susceptibles d'y participer. Les séances ont pris place dans le petit salon du troisième étage de l'établissement. Cette pièce pouvait être fermée, ce qui permettait de créer un espace contenant et limitait les perturbations indésirables (*e.g.* passage de visiteurs, de résidents ou de membres du personnel, bruits, etc.) qui auraient pu être une source de stress ou de distraction importante pour les résidents présents. Par ailleurs, cette fermeture permettait de limiter le nombre de participants et de spectateurs à l'atelier, et donc d'éviter de perturber la dynamique du groupe ou de freiner les échanges, qui auraient pu être affectés par l'afflux de « curieux ». La pièce était suffisamment grande pour installer les fauteuils en cercle et créer ainsi une ambiance conviviale. Les fauteuils devaient être suffisamment espacés pour respecter l'espace vital de chacun et pour permettre le déplacement des personnes à mobilité réduite, mais suffisamment proches pour favoriser les interactions. Au milieu du cercle était placée une table, sur laquelle étaient disposés une variété d'instruments de musique, rythmiques ou mélodiques (*e.g.* métallophone, kalimba, tambourin, bol chantant, etc.), afin que chacun puisse s'en saisir spontanément. Les résidents étaient libres de se placer où ils le souhaitaient.

b) Déroulement des séances

L'atelier suivait un schéma de déroulement identique d'une séance à l'autre afin de créer une stabilité entre les séances et une prévisibilité pour les participants. Chaque séance se

basait sur un thème spécifique (*e.g.* la danse, les émotions, les contes) ; le contenu de chaque séance a été détaillé en annexes (cf. Annexes 5). Deux rituels musicaux ont également été mis en place pour rythmer la séance, et marquer son début et sa fin. Après avoir préparé la salle en y installant les fauteuils nécessaires et les instruments, une musique était diffusée (« Les Quatre Saisons » de Vivaldi), d'une part pour permettre aux résidents de patienter en attendant que tout le monde soit installé, et d'autre part pour marquer l'approche du début de la séance. Les résidents étaient ensuite invités à l'atelier et accompagnés jusqu'à la salle si besoin. Après les avoir remercié de leur présence, je rappelais le cadre de l'atelier (*i.e.* mon statut, l'étude et ses objectifs, le déroulement de la séance) et les règles instaurées, à savoir le respect de la parole de chacun et des ressentis exprimés, et la libre participation de chacun à l'atelier et aux différentes activités proposées au cours de celui-ci. Par ailleurs, si la séance était filmée, je demandais aux participants s'ils acceptaient d'y figurer. Enfin un résumé de la séance précédente et des extraits qui y avaient été écoutés clôturait cette introduction.

Chaque séance se poursuivait par une écoute musicale. Après une brève présentation de l'extrait (*e.g.* compositeur, année, anecdotes), celui-ci était lancé. S'ensuivait un échange autour de la musique, de son esthétique, des pensées et ressentis qu'avaient pu avoir les participants en l'écoutant, des souvenirs éventuels qu'elle avait pu faire remonter, etc. L'extrait était le support des échanges et de la parole de chacun, permettant l'expression de soi, le partage de souvenirs, d'un point de vue commun, ou au contraire l'opposition de différents avis et interprétations de l'œuvre. L'extrait suivant était ensuite diffusé, donnant à nouveau lieu à des échanges, et ainsi de suite jusqu'à ce que tous les extraits aient été diffusés. Par la suite venaient généralement des jeux musicaux autour des instruments ou du chant. Il pouvait s'agir d'une exploration libre des instruments mis à disposition ou d'exercices, comme l'improvisation rythmique pour accompagner une mélodie ou la retranscription rythmique d'une pulsation corporelle (*e.g.* pulsation cardiaque). Après un dernier temps d'échanges sur les jeux musicaux, j'amorçais la fin en remerciant les participants, en indiquant la date du prochain atelier, puis en diffusant une chanson finale (« Douce France » de Charles Trenet), choisie par le groupe à la fin de la toute première séance.

c) Place de la psychologue stagiaire

Ma position de psychologue stagiaire requérait de garantir le cadre et le respect des règles établies, par les membres du groupe et par moi-même. Je devais également soutenir un espace sécurisant pour ces personnes, afin de leur permettre de s'exprimer. Cette sécurité affective pouvait passer par le caractère prévisible de l'atelier *via* un déroulement identique d'une séance à l'autre et le rappel de ce déroulement au début des séances, mais aussi par l'apport d'un soutien et d'une réassurance en cas de besoin, et par la garantie de la libre expression de chacun, sans jugement ni critique de ce qu'il peut livrer au groupe. Il a été également nécessaire de garder une souplesse dans le déroulement des séances afin de permettre aux résidents une certaine liberté, comme le fait de choisir entre plusieurs extraits celui qu'ils souhaiteraient écouter, ou de choisir d'écouter une musique supplémentaire plutôt que d'entreprendre un jeu musical. Cette liberté avait pour but de laisser aux résidents une part active dans le déroulement de la séance, et de leur donner une place de sujet autonome et d'acteur plutôt qu'une place d'objet et de « consommateur », car « le fait de redonner un

espace de décision et de contrôle à la personne âgée demeure primordial quant à l'affirmation de son bien-être » (Marchand, 2008).

V. RESULTATS

Cette recherche appliquée avait pour visée d'étudier les effets de la participation à un groupe d'atelier musical sur le sentiment de bien-être psychologique et les symptômes de dépression et de troubles anxieux. Dans ce but, deux démarches ont été réalisées en parallèle :

- Une démarche qualitative basée sur l'observation clinique au cours des séances d'atelier musical *via* une grille d'observation se centrant sur l'investissement, la relation, le contenu de la communication verbale et l'affectivité des participantes. Les grilles de chaque participante peuvent être consultées en annexes (cf. Annexes 6). Cette démarche a permis de voir les effets à court terme de l'atelier ;
- Une démarche quantitative basée sur l'emploi de tests standardisés évaluant le sentiment de bien-être psychologique, les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux avant le premier atelier musical et après la dernière séance (cf. Annexes 1), et permettant d'en dégager les effets à moyen terme.

Par ailleurs, un test neuropsychologique a été réalisé auprès de chacune des participantes par le biais du MMSE afin d'évaluer la sévérité de leurs troubles cognitifs, et donc de vérifier qu'elles répondent bien au critère d'inclusion selon lequel les participants doivent présenter des troubles cognitifs débutants à modérés.

Au vu de la petite taille de l'échantillon, les résultats sont analysés dans une perspective clinique descriptive et qualitative. Elle passe en premier lieu par une analyse à l'échelle individuelle, c'est-à-dire sur chacune des personnes ayant participé à l'atelier musical, et en second lieu par une analyse à l'échelle des groupes, en comparant les résultats obtenus aux tests standardisés entre le groupe « contrôle », constitué de Mesdames Bm. et Bs., et le groupe expérimental, constitué de Mesdames G., L., R. et Z.

1. Evaluation du critère d'inclusion relatif à la cognition

Le Tableau 2 présente les scores obtenus par chacune des participantes au MMSE. Tous les scores se situent entre 10 et 24 (Morris et al., 1989), et le critère d'inclusion est donc bien vérifié.

Tableau 2 : Score obtenu par chaque participante au MMSE (score sur 30)

Participantes	Mme Bm.	Mme Bs.	Mme G.	Mme L.	Mme R.	Mme Z.
Score	23	21	19	23	18	21

2. Analyse à l'échelle individuelle

a) Madame G.

Observation clinique

Mme G. se montrait enthousiaste et volontaire lorsque je l'invitais à l'atelier musical et proposait souvent son aide lors de sa préparation. Elle n'exprimait pas de souvenir quant aux précédentes séances, et avait besoin d'être accompagnée jusqu'à la salle. Il était important de m'organiser lorsque je cherchais les résidentes, car Mme G. présentait une forte tendance à la déambulation et partait s'il n'y avait pas un professionnel (*i.e.* moi ou une animatrice) pour la stimuler durant l'attente avant le début de la séance. Il m'était donc nécessaire de la chercher en dernier afin d'éviter ce temps d'attente. Cela n'a cependant pas toujours suffi ; en effet son anxiété était parfois telle qu'elle avait besoin d'être rassurée pour venir (*e.g.* sur le fait que ses enfants ne venaient pas au cours de l'après-midi), ou qu'elle quittait la pièce avant le début de la séance, même en ma présence, par exemple parce qu'elle exprimait un sentiment de stress, ou par crainte de manquer un appel téléphonique de ses enfants.

Concernant son investissement dans la séance, Mme G. se montrait attentive à l'écoute et aux exercices musicaux, parfois en battant le rythme de la musique avec son pied. Elle acceptait les instruments de musique que je lui proposais, les explorait et les utilisait, et participait aux exercices musicaux en groupe sans besoin d'y être stimulée.

Concernant la relation humaine, son discours spontané s'est réduit en termes de fréquence au fur et à mesure des séances, jusqu'à presque disparaître. Mais malgré cette limitation des interventions spontanées, Mme G. continuait de s'investir dans les relations en poursuivant les échanges lorsque sa parole était directement sollicitée, par exemple en l'interpelant et en lui demandant son avis. Par ailleurs, elle manifestait son attention vis-à-vis des échanges en regardant les personnes qui parlaient, et répondait de façon positive aux comportements sociaux non verbaux (*e.g.* sourire lorsque les regards se croisent).

Concernant le contenu de son discours, il portait majoritairement sur son propre vécu (*e.g.* relations familiales), sur la musique écoutée et ses caractéristiques (*e.g.* musique apaisante), sur les thèmes des échanges (*e.g.* le cinéma) et parfois sur ses propres ressentis. Il lui arrivait par ailleurs d'avoir parfois des propos hors sujets voire incohérents, ou de présenter des persévérations dans son discours, par exemple en ne parlant que du tableau accroché dans la pièce, en face d'elle.

Concernant l'affectivité, Mme G. manifestait majoritairement de la joie ou de l'enthousiasme, surtout au travers de sourires et de quelques traits d'humour. Au fil des séances, ses manifestations d'anxiété ont cependant augmenté, par exemple en formulant des inquiétudes quant à la visite éventuelle de ses enfants au cours de l'atelier. Elle a également exprimé quelques fois un sentiment de préjudice, par exemple après avoir interprété de façon erronée la parole d'une autre participante, qui disait que la musique manquait de structure, Mme G. pensant que cette personne parlait d'elle.

Lors de la première séance, Mme G. est restée calme et impliquée, mais au fur et à mesure des séances, son anxiété l'a conduite plusieurs fois à quitter l'atelier avant sa fin.

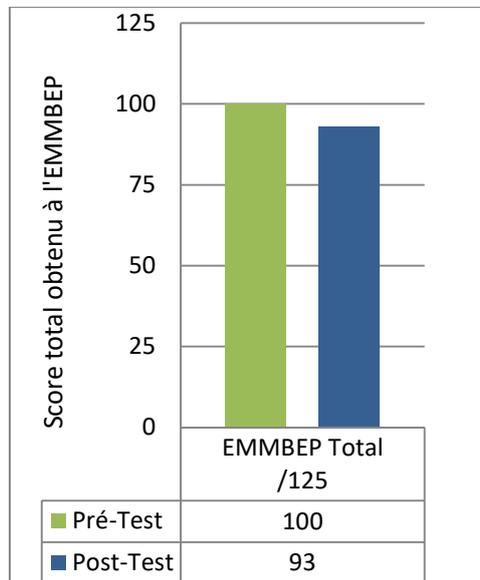


Figure 1 : Scores totaux obtenus par Mme G. à l'EMMBEP avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

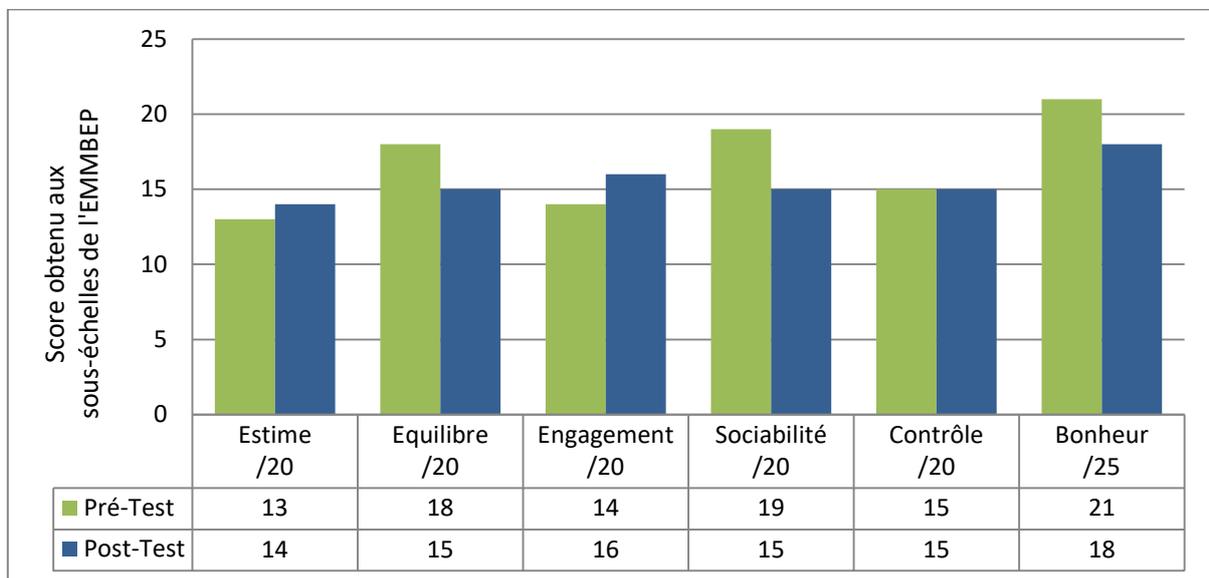


Figure 2 : Scores obtenus par Mme G. aux sous-échelles de l'EMMBEP avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

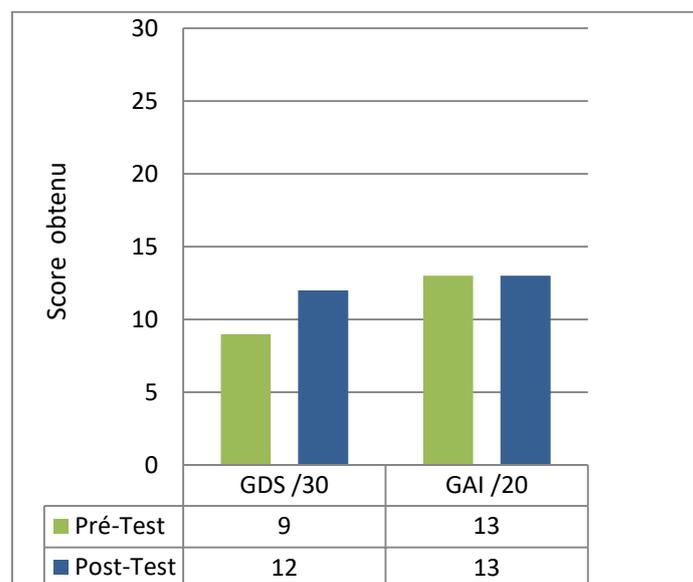


Figure 3 : Scores obtenus par Mme G. à la GDS et au GAI avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

Evaluations en pré-test et en post-test

Le score total de bien-être psychologique de Mme G. à l'EMMBEP a légèrement diminué entre le début de l'atelier et sa fin (cf. Figure 1). En regardant les sous-échelles en détails (cf. Figure 2), on note que son estime de soi et son sentiment d'engagement social ont tous les deux légèrement augmenté, que son sentiment de contrôle sur les événements est resté stable et que les scores des autres sous-échelles, c'est-à-dire l'équilibre émotionnel, la sociabilité et le bonheur, ont tous les trois diminué. Concernant les autres échelles, le score de dépression obtenu à la GDS a augmenté et le score d'anxiété mesuré grâce au GAI est resté stable (cf. Figure 3).

b) Madame L.

Observation clinique

Mme L. acceptait toujours volontiers l'invitation à l'atelier musical. Au fur et à mesure des séances, elle a commencé à se souvenir du lieu où il se déroulait. Après mon passage pour l'y convier, elle s'y rendait souvent seule et un peu en avance, pour pouvoir écouter « Les Quatre Saisons » qui y étaient diffusées.

Concernant son investissement dans la séance, Mme L. se montrait très volontaire et attentive, lors de l'écoute comme lors des exercices. Ainsi elle « pianotait » sur ses genoux ou battait le rythme de la musique avec sa main, n'hésitant pas parfois à siffler, fredonner ou émettre quelques commentaires pendant l'écoute musicale. De même, lors des exercices, elle prenait spontanément les instruments de son choix, souvent le métallophone, et improvisait ou essayait de reproduire des chansons enfantines (*e.g.* « Au Clair de la Lune »). Elle suivait les consignes des jeux musicaux et en suggérait parfois de nouveaux, et elle acceptait sans souci de mener le groupe lors de certains exercices (*e.g.* proposition d'un rythme que les membres du groupe doivent reproduire).

Concernant les relations, Mme L. était attentive aux échanges autour d'elle. Elle prenait spontanément la parole, tant pour initier un échange que pour réagir à ce qui se disait, et utilisait également la communication non verbale au moyen de gestes, par exemple pour signaler son accord ou son désaccord avec les propos d'un membre du groupe.

Concernant le contenu de la communication verbale, ses interventions portaient en grande partie sur la musique, ses caractéristiques et ce qu'elle véhiculait (*e.g.* musique romantique à écouter dans un « cocon »), sur divers thèmes dans les échanges (*e.g.* l'amour, les mariages arrangés), sur son vécu et ses souvenirs (*e.g.* les bals), et n'hésitait pas à rentrer dans des « débats » avec d'autres participants. Au fur et à mesure des séances, elle exprimait plus de détails sur l'aspect figuratif de la musique, ce qu'elle représentait (*e.g.* évocation d'un paysage après avoir entendu le « Jardin féérique » de Ravel).

Concernant l'affectivité, Mme Ledoux exprimait de la joie et de la détente lors des ateliers, au travers de sourires, de rires et d'exclamations. Cette expression de son affectivité se retrouvait aussi dans le contenu de sa communication, faisant de l'humour ou évoquant souvent le fait que telle ou telle musique lui donnait l'envie de danser.

Mme L. appréciait de finir la séance par la chanson « Douce France », qu'elle fredonnait. Elle était systématiquement la dernière à quitter la salle, souhaitant souvent

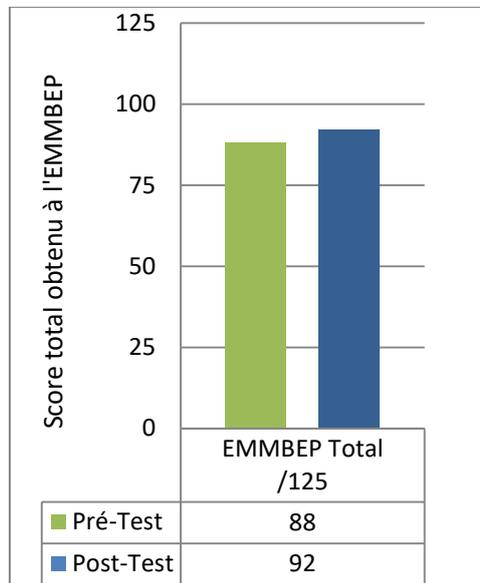


Figure 4 : Scores totaux obtenus par Mme L. à l'EMMBEP avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

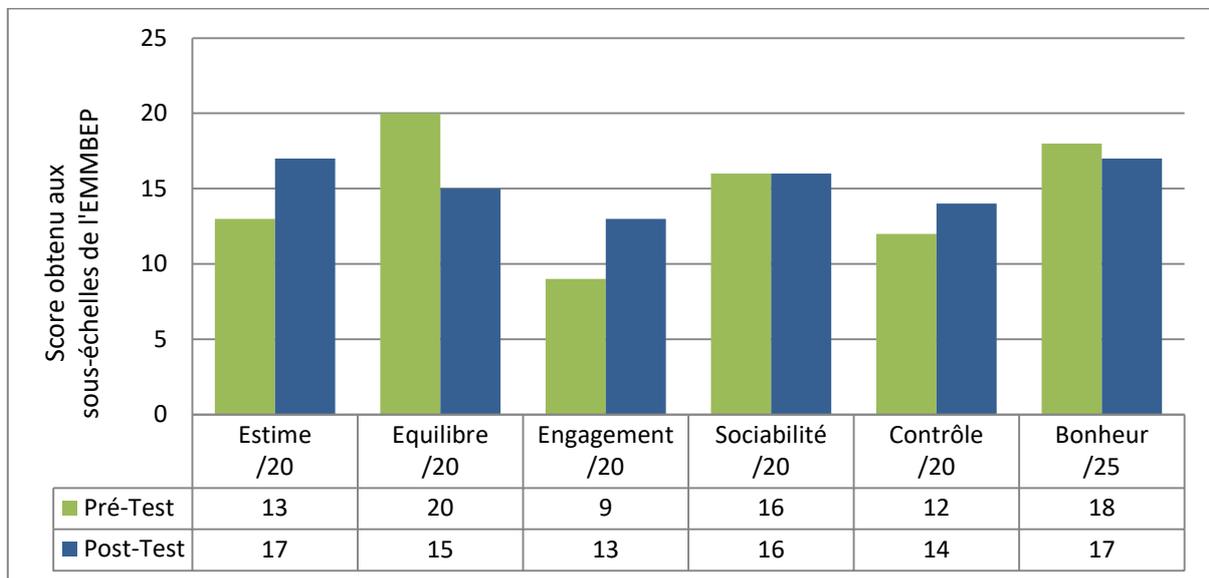


Figure 5 : Scores obtenus par Mme L. aux sous-échelles de l'EMMBEP avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

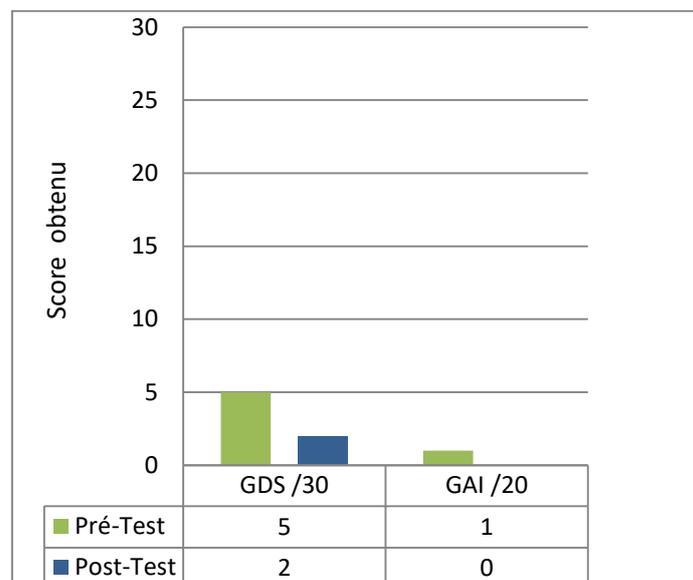


Figure 6 : Scores obtenus par Mme L. à la GDS et au GAI avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

examiner les instruments ou s'exprimer vis-à-vis de l'atelier qui venait de s'achever. Elle manifestait souvent son envie d'assister aux prochaines séances.

Evaluations en pré-test et en post-test

On relève que le score total de bien-être psychologique de Mme L. à l'EMMBEP a légèrement augmenté après sa participation à l'atelier musical (cf. Figure 4). On note par ailleurs que ses scores d'estime de soi, d'engagement social et de contrôle de soi et des événements ont augmenté, que son score de sociabilité est resté stable, que son score d'équilibre émotionnel a diminué et que son score de bonheur a subi une légère diminution (cf. Figure 5). Par ailleurs, on remarque que le score de dépression à la GDS a légèrement diminué, et que le score d'anxiété obtenu au moyen du GAI est passé de 1 à 0 sur 20 après le dernier atelier musical (cf. Figure 6).

c) Madame R.

Observation clinique

Mme R. venait volontiers à l'atelier musical, rappelant souvent qu'elle apprécie écouter la musique, ou qu'elle avait commencé à en pratiquer étant jeune. Il était parfois important de la rassurer lorsqu'elle manifestait une désorientation spatio-temporelle et qu'elle s'inquiétait de l'heure à laquelle finirait l'atelier, souhaitant pouvoir rentrer chez ses parents pour le dîner. Il était nécessaire également de l'accompagner à la salle, n'ayant pas de souvenir des séances précédentes. Elle patientait alors en écoutant « Les Quatre Saisons ».

Concernant son investissement dans les séances, Mme R. suivait les consignes et propositions formulées. Elle manifestait de plus en plus son attrait pour la musique en battant ponctuellement le rythme de l'extrait écouté ou en fredonnant. Au fur et à mesure des séances, elle a commencé à se saisir spontanément des instruments, à exprimer ses choix ou ses préférences lorsque je lui en proposais. Elle improvisait également plus souvent, même hors des temps stricts d'exercice, car elle explorait plus librement les instruments.

Concernant les relations, Mme R. entrait de plus en plus en relation avec les autres résidents, notamment par la médiation des instruments de musique, qui devenaient le support d'un échange (*e.g.* Mesdames L. et R. ont essayé ensemble de trouver une mélodie sur le métallophone). Par ailleurs, son discours spontané s'est développé quantitativement et qualitativement. Ainsi ses interventions spontanées étaient souvent courtes au début, et servaient plutôt à appuyer les propos d'une autre personne (*e.g.* « oui, c'est vrai »). Au fil des séances, il s'est étoffé, d'une part car son discours spontané est devenu plus fréquent, mais aussi parce que ses paroles étaient plus longues et portaient plus souvent sur un avis personnel ou sur sa subjectivité (*e.g.* ressenti).

Concernant le contenu de la communication verbale, on observe donc une évolution chez Mme R. En effet, ses interventions se rapportaient majoritairement à la musique et à ses caractéristiques, ainsi qu'aux thèmes des conversations, et venaient souvent affirmer son accord avec ce que disaient les autres membres du groupe. Au cours des dernières séances, ses interventions ont ensuite plutôt porté sur ses propres avis et interprétations des sujets abordés ou de la musique, son vécu et ses souvenirs (*e.g.* ses tantes), ses ressentis et ses pensées (*e.g.* la chair de poule en entendant le thème des « Dents de la mer »).

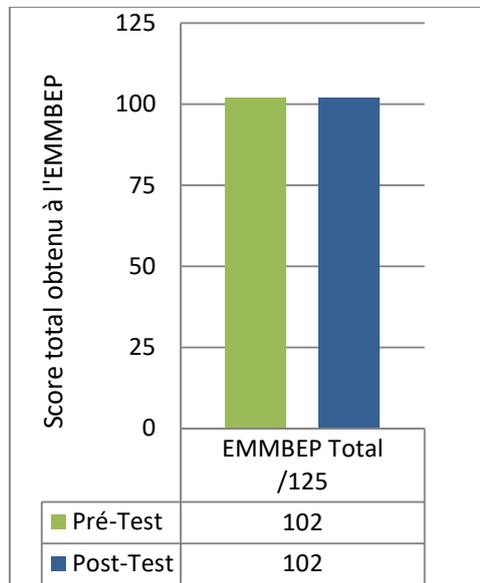


Figure 7 : Scores totaux obtenus par Mme R. à l'EMMBEP avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

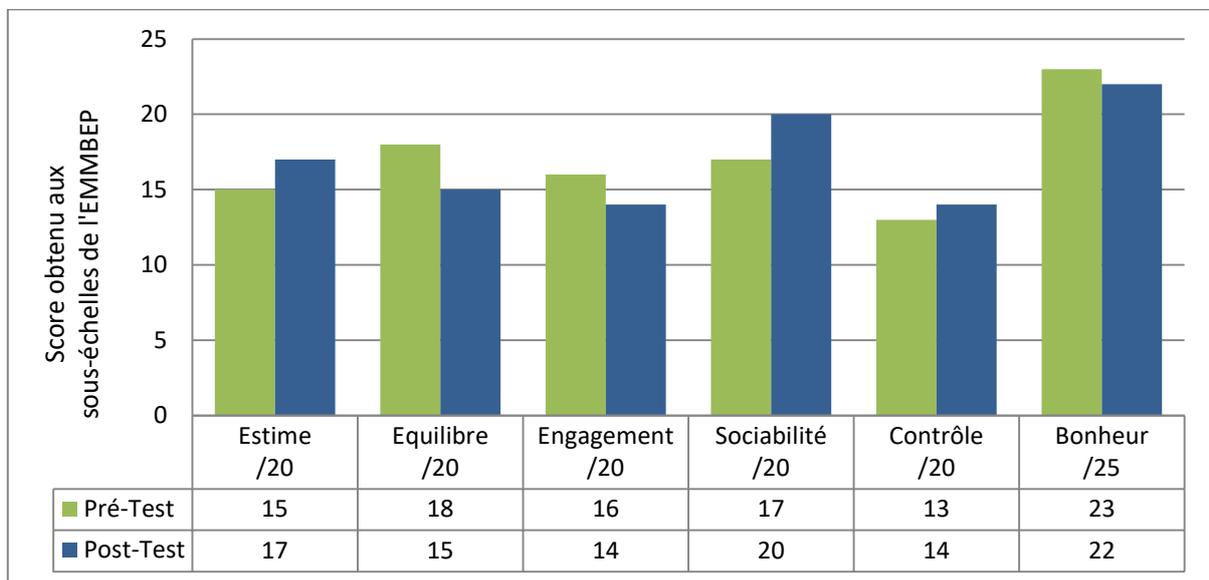


Figure 8 : Scores obtenus par Mme R. aux sous-échelles de l'EMMBEP avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

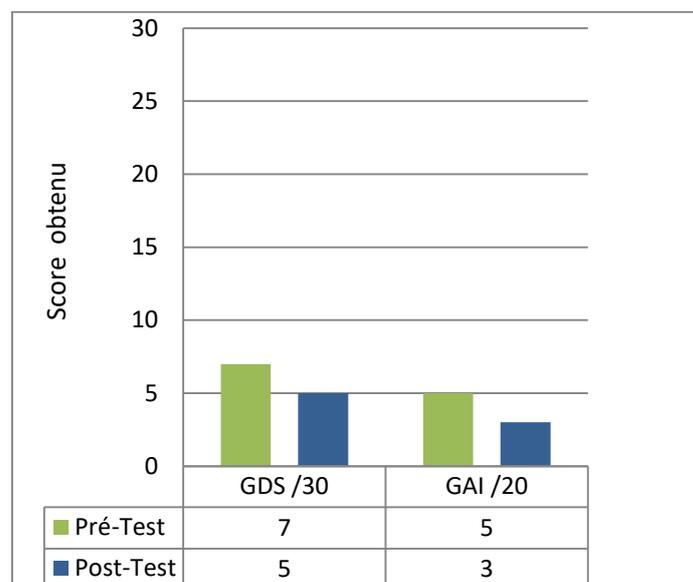


Figure 9 : Scores obtenus par Mme R. à la GDS et au GAI avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

Concernant l'affectivité, Mme R. se montrait majoritairement joyeuse ou calme, et souriait beaucoup. Il lui est arrivé de manifester en fin de séance une légère inquiétude liée à sa désorientation spatio-temporelle, notamment vis-à-vis du fait qu'elle pensait devoir prendre le train pour rentrer chez ses parents.

Lors de la fin des séances, il arrivait donc que Mme R. soit désorientée. Il était cependant facile de la rassurer, et elle se détendait lorsqu'elle reprenait ses repères à l'approche de la salle-à-manger, où je l'accompagnais pour le repas du soir.

Résultats en pré-test et en post-test

Le score que Mme R. a obtenu à l'EMMBEP pour évaluer son bien-être psychologique est resté le même avant et après sa participation aux séances de l'atelier musical (cf. Figure 7). On relève cependant des variations dans les scores des sous-échelles. En effet, ses scores d'estime de soi et de sociabilité ont augmenté, de même que son score de contrôle de soi et des événements qui a légèrement augmenté d'un point. Le reste des scores a au contraire diminué. Ainsi, ses scores d'équilibre émotionnel et d'engagement social ont diminué et son score de bonheur s'est légèrement réduit après l'atelier (cf. Figure 8). Enfin concernant les scores que Mme R. a obtenus aux autres tests standardisés, on constate que ses scores à la GDS et au GAI ont diminué de 2 points chacun après l'atelier (cf. Figure 9).

d) Madame Z.

Observation clinique

Dans un premier temps, Mme Z. se dévalorisait beaucoup lorsque je lui parlais de l'atelier musical, répétant qu'elle « n'y connaissait rien » et « ne pourrait rien apporter » au groupe. Malgré sa réserve, elle a accepté de venir une première fois, pour la séance n°2, lorsque je lui ai annoncé que l'atelier du jour comportait un opéra, style musical qu'elle apprécie particulièrement. Au fil des séances et malgré le fait qu'elle continuait à se dévaloriser, Mme Z. acceptait volontiers de venir. Cet atelier lui donnait par ailleurs un repère temporel dans la semaine, car souvent, lorsqu'elle me voyait arriver dans sa chambre, elle connaissait d'avance la raison de ma venue et me demandait si nous étions bien le vendredi. Parfois elle me demandait aussi au cours de la semaine si l'atelier aurait bien lieu, et si j'avais déjà élaboré son programme, venant me signifier qu'elle attendait ce rendez-vous hebdomadaire.

Concernant son investissement dans les séances, Mme Z. se positionnait souvent à l'écart du groupe lors des premières séances, et déclinait les propositions à participer aux exercices musicaux. Dès le premier atelier auquel elle a participé, elle s'est cependant rapprochée de la table au moment où j'invitais les participants à explorer les instruments, marquant ainsi son intérêt. Elle manifestait progressivement plus d'attention lors de l'écoute musicale, en fredonnant (*e.g.* sur la musique « Au dernier rayon du soleil d'or »), en commentant l'extrait ou en utilisant la communication gestuelle pour appuyer les propos des personnes pendant l'écoute (*e.g.* hochement de la tête). C'est finalement lors de la dernière séance que Mme Z. a exploré plusieurs instruments que je lui ai proposés, n'hésitant pas à improviser spontanément, seule ou au cours de l'exercice musical en groupe.

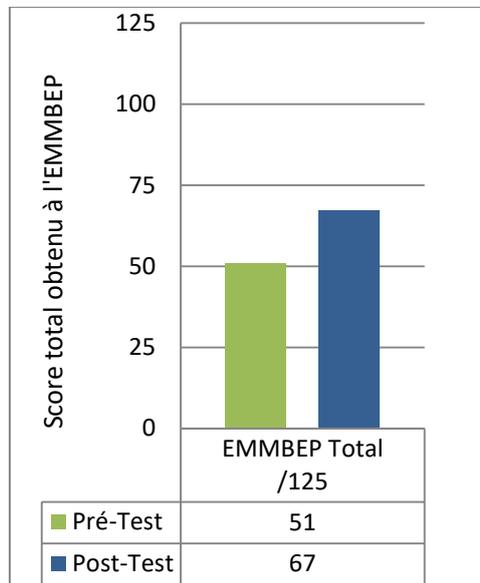


Figure 10 : Scores totaux obtenus par Mme Z. à l'EMMBEP avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

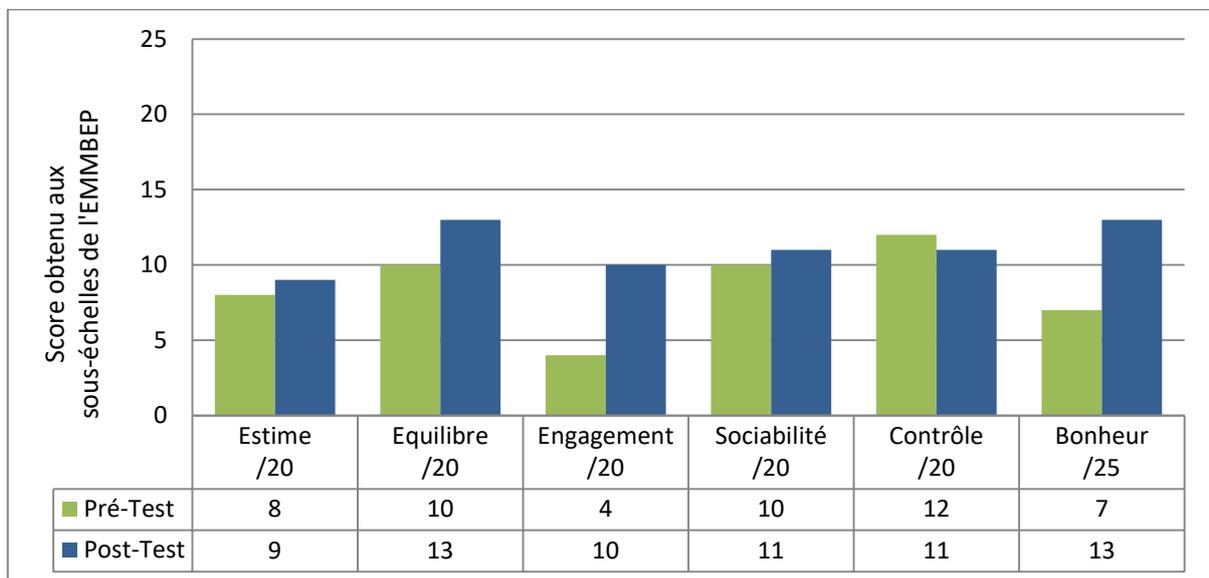


Figure 11 : Scores obtenus par Mme Z. aux sous-échelles de l'EMMBEP avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

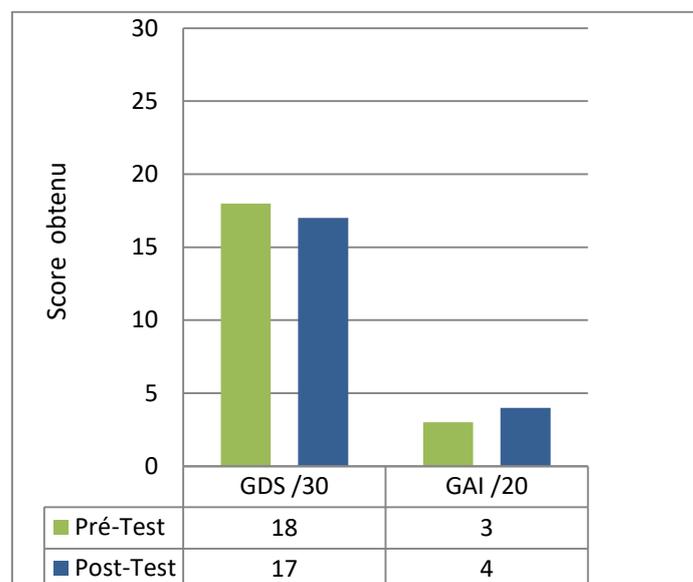


Figure 12 : Scores obtenus par Mme Z. à la GDS et au GAI avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

Concernant la relation, Mme Z. se montrait attentive vis-à-vis des échanges, mais restait réservée, ne prenant la parole que lorsqu'elle y était directement sollicitée. Elle a cependant commencé à avoir un discours plus spontané lors des deux dernières séances.

Concernant le contenu de sa communication, l'augmentation de son discours spontané est allée de pair avec une évolution dans les sujets abordés. Ainsi lorsque je lui demandais son avis sur une musique, elle avait pour habitude de répondre qu'elle ne s'y connaissait pas assez pour pouvoir en dire quoi que ce soit. Même si ce discours dévalorisant envers elle-même a perduré dans les séances, elle a néanmoins commencé progressivement à donner son avis ou son ressenti (*e.g.* apaisement en écoutant une musique chinoise) et à parler de son vécu (*e.g.* les opéras qu'elle a vus, ses voyages à l'étranger).

Concernant l'affectivité, Mme Z. se montrait plutôt calme et réservée au cours de l'atelier. Elle a cependant manifesté beaucoup de plaisir lors de la dernière séance, où elle souriait beaucoup.

A la fin des deux premières séances auxquelles elle a participé, Mme Z. semblait peu intéressée et gardait un discours négatif quant à ses capacités et à ses possibilités de contribution à l'atelier. Ce discours s'est cependant atténué, et la séance se finissait plus souvent par une note positive où elle s'enquerrait de la date du prochain atelier.

Evaluations en pré-test et en post-test

Le score total de bien-être psychologique obtenu par Mme Z. grâce à l'EMMBEP a augmenté fortement après sa participation à l'atelier musical (cf. Figure 10). Cette augmentation s'accompagne de changements au niveau des sous-échelles de l'EMMBEP (cf. Figure 11). On relève en effet une augmentation de tous les scores, à part le score de contrôle de soi et des événements, qui baisse légèrement d'un point. Le score d'estime de soi augmente légèrement, de même que le score de sociabilité, et le score d'équilibre émotionnel augmente lui aussi, et on observe même une forte augmentation de 6 points pour les scores d'engagement social et de bonheur. Enfin, si l'on se penche sur les autres tests standardisés (cf. Figure 12), on observe que la GDS diminue légèrement d'un point. Quant au score du GAI, il monte légèrement après la participation aux séances.

3. Analyse à l'échelle des groupes

a) Résultats du groupe « contrôle »

Le groupe « contrôle », qui n'a pas participé à l'atelier musical, est constitué de deux participantes, Mme Bm. et Mme Bs. Leurs scores individuels sont présentés sous forme de figures en annexes (Figures A à E, cf. Annexes 7).

Concernant le bien-être psychologique mesuré au moyen de l'EMMBEP, on constate différents changements entre le début et la fin de l'atelier (cf. Figures 13 et 14) :

- Le score total moyen obtenu à l'EMMBEP diminue légèrement. Le score individuel de Mme Bm. a augmenté légèrement et a diminué pour Mme Bs. ;
- Le score moyen à la sous-échelle d'estime de soi diminue légèrement. Le score individuel de Mme Bm. a légèrement diminué et est resté stable pour Mme Bs. ;
- Le score moyen à la sous-échelle d'équilibre émotionnel a diminué, de même que le score individuel des deux participantes ;

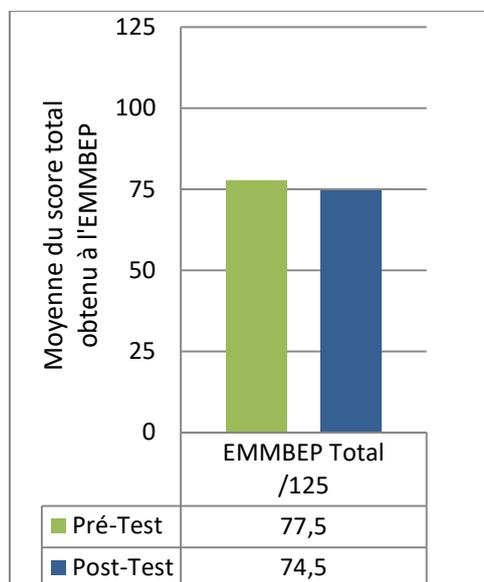


Figure 13 : Moyenne des scores totaux obtenus par le groupe « contrôle » à l'EMMBEP avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

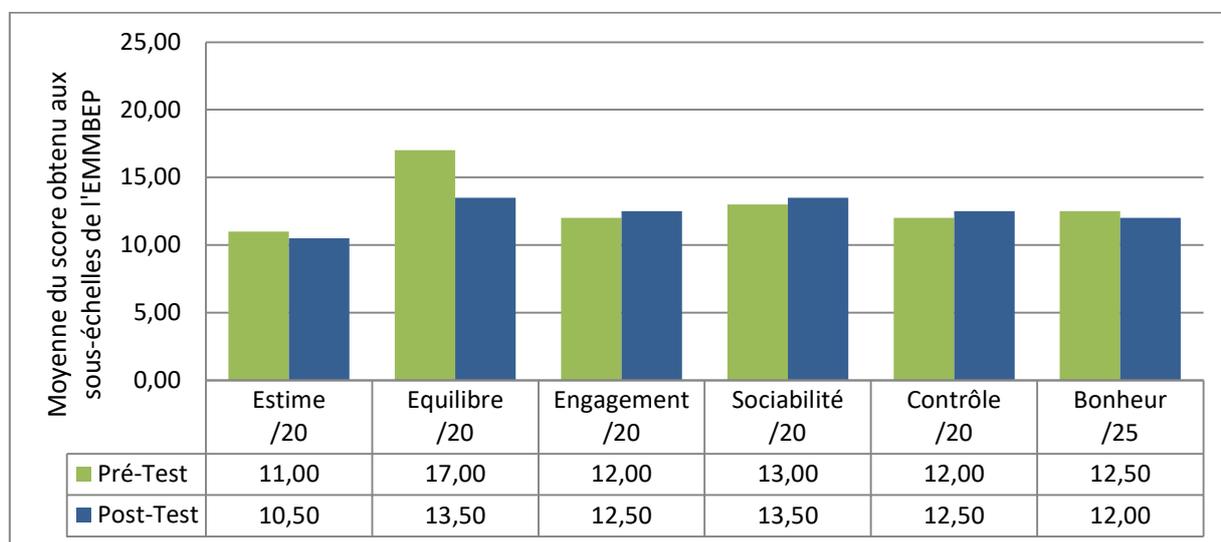


Figure 14 : Moyennes des scores obtenus par le groupe « contrôle ». aux sous-échelles de l'EMMBEP avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

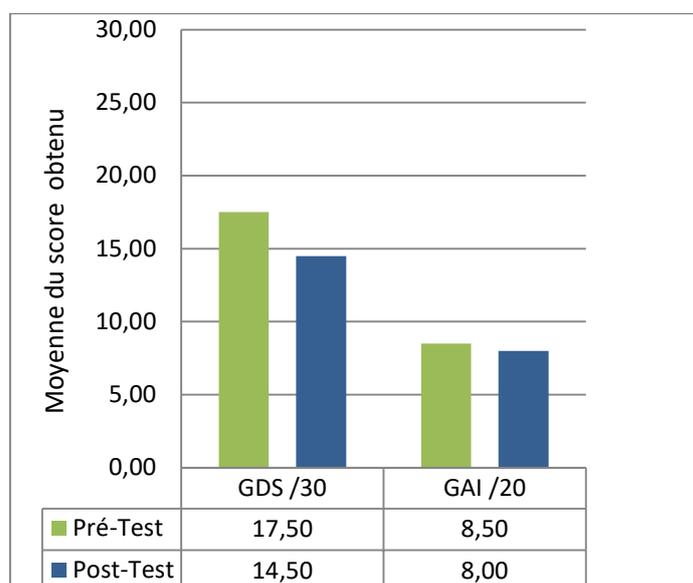


Figure 15 : Moyennes des scores obtenus par le groupe « contrôle » à la GDS et au GAI avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

- Le score moyen à la sous-échelle d'engagement social a légèrement augmenté. Le score individuel de Mme Bm. a augmenté et celui de Mme Bs. a légèrement diminué ;
- Le score moyen à la sous-échelle de sociabilité a légèrement augmenté. Le score de Mme Bm. a légèrement augmenté et est resté stable pour Mme Bs. ;
- Le score moyen à la sous-échelle de contrôle de soi et des événements a légèrement augmenté. Le score individuel de Mme Bm. a augmenté, tandis que celui de Mme Bs. a diminué ;
- Le score moyen à la sous-échelle de bonheur a légèrement diminué. Le score individuel de Mme Bm. a augmenté, et celui de Mme Bs. a diminué.

Enfin si on s'intéresse aux variations des autres échelles entre le début et la fin de l'atelier, on observe les éléments suivants (cf. Figure 15) :

- Une diminution modérée du score moyen obtenu à la GDS. Le score des deux participantes a diminué de 2 à 4 points chacune ;
- Une légère diminution du score moyen obtenu au GAI. Le score individuel de Mme Bm. a baissé tandis que celui de Mme Bs. a augmenté.

b) Résultats du groupe expérimental

Le groupe expérimental est constitué des quatre participantes dont nous avons décrit précédemment les résultats individuels, c'est-à-dire Mesdames G., L., R. et Z. Nous allons ici analyser leurs résultats à l'échelle du groupe.

Concernant le bien-être psychologique mesuré grâce à l'EMMBEP, on observe les variations suivantes entre le début et la fin de l'atelier musical (cf. Figures 16 et 17) :

- Le score moyen total à l'EMMBEP a augmenté. Le score individuel a augmenté pour deux participantes, est resté stable pour une autre, et a diminué pour la dernière ;
- Le score moyen à la sous-échelle d'estime de soi a augmenté. Cette augmentation est visible pour le score individuel de toutes les participantes ;
- Le score moyen à la sous-échelle d'équilibre émotionnel a diminué. Le score individuel a baissé pour trois participantes, et a augmenté pour la quatrième ;
- Le score moyen à la sous-échelle d'engagement social a modérément augmenté. Le score individuel de trois participantes a augmenté, et a diminué pour la dernière ;
- Le score moyen à la sous-échelle de sociabilité est resté stable. Le score individuel a augmenté pour deux participantes, diminué pour une autre, et est resté stable pour la dernière ;
- Le score moyen à la sous-échelle de contrôle de soi et des événements a légèrement augmenté. Le score individuel a augmenté pour deux participantes, a diminué pour la troisième et est resté stable pour la dernière ;
- Le score moyen à la sous-échelle de bonheur a très légèrement augmenté. Le score individuel a diminué pour trois participantes, et a fortement augmenté pour la quatrième.

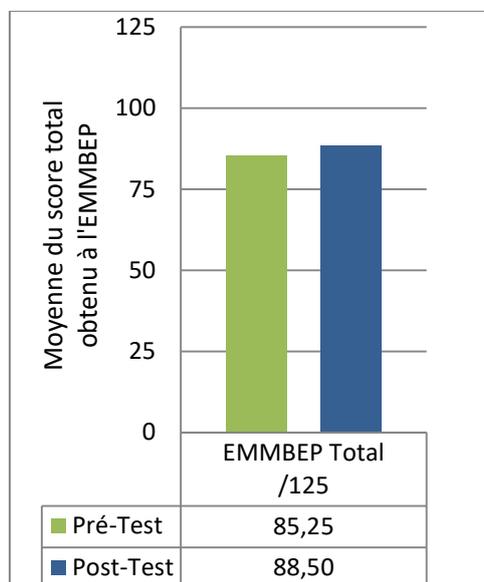


Figure 16 : Moyenne des scores totaux obtenus par le groupe expérimental à l'EMMBEP avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

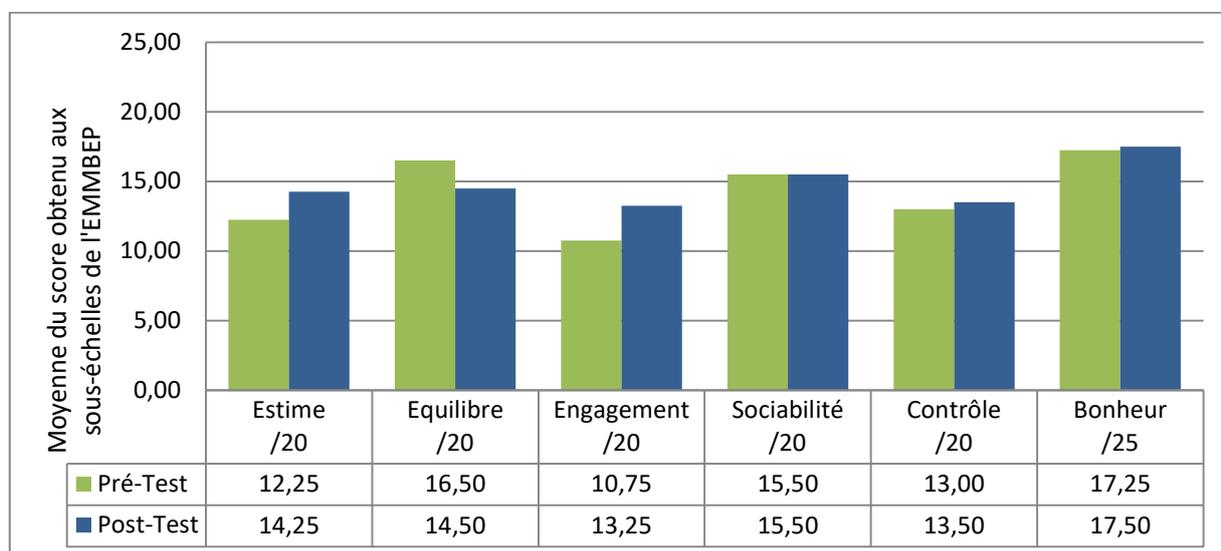


Figure 17 : Moyennes des scores obtenus par le groupe expérimental aux sous-échelles de l'EMMBEP avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

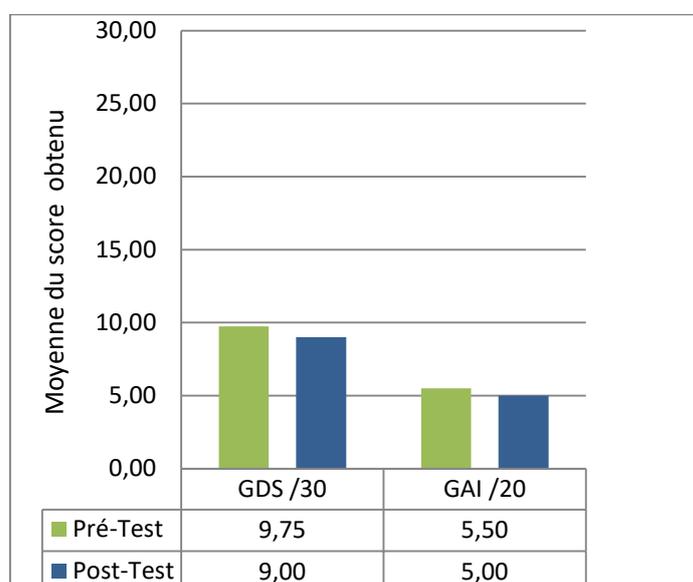


Figure 18 : Moyennes des scores obtenus par le groupe expérimental à la GDS et au GAI avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

Si l'on se penche sur les autres tests standardisés, on relève qu'entre le début et la fin de l'atelier (cf. Figure 18) :

- Le score moyen mesuré par la GDS a légèrement diminué. Le score individuel a diminué pour trois participantes et a augmenté pour la quatrième ;
- Le score moyen obtenu au GAI a très légèrement diminué. Le score individuel de deux participantes a diminué ; il a augmenté pour une participante et est resté stable pour la dernière.

c) Comparaison des deux groupes

On calcule à présent la moyenne des différences entre les scores obtenus en pré-test et les scores obtenus en post-test, au sein du groupe « contrôle » et au sein du groupe expérimental. Les moyennes obtenues sont visibles dans la Figure 19, permettant un comparatif direct des variations observées dans les scores au sein de chacun des deux groupes.

On peut ainsi observer que dans le groupe expérimental, les variations moyennes entre l'avant et l'après atelier musical sont plus souvent positives pour les différents scores de l'EMMBEP, signifiées par une augmentation de la moyenne du score total et des scores de quatre sous-échelles sur six. Par ailleurs, la moyenne des scores de la GDS et la moyenne des scores du GAI ont toutes les deux baissé lors des évaluations en post-test.

Dans le groupe « contrôle », on observe qu'entre le début et la fin de l'atelier, les variations moyennes sont plus souvent négatives pour les scores de l'EMMBEP. Ainsi la moyenne du score total et des scores de trois sous-échelles sur six de l'EMMBEP a diminué lors des évaluations en post-test. On observe aussi que la moyenne des scores de la GDS et celle des scores du GAI ont, elles aussi, diminué entre le début et la fin de l'atelier.

Ces résultats sont cependant à prendre avec précaution. En effet, ils se basent sur des moyennes calculées dans de très petits groupes, de deux participantes pour le groupe « contrôle » et de quatre participantes pour le groupe expérimental. Du fait du peu de participantes, mais aussi de l'hétérogénéité de ces groupes, chaque personne ayant obtenu des résultats singuliers, les moyennes obtenues sont à considérer avec du recul. Elles peuvent ici servir à dégager des tendances générales dans les variations des scores entre les deux groupes, sans pour autant être généralisables.

VI. DISCUSSION

Le but de la présente recherche était d'étudier les effets de la participation à un atelier musical sur le bien-être psychologique ainsi que sur les symptômes de dépression et d'anxiété chez des personnes présentant des troubles cognitifs débutants à modérés. Cette analyse se basait sur l'observation clinique des comportements des participantes, ainsi que sur l'objectivation du sentiment de bien-être, de dépression et d'anxiété au travers de l'utilisation de tests standardisés, à savoir l'EMMBEP, la GDS et le GAI.

Plus précisément, j'avais formulé l'hypothèse selon laquelle la participation à cet atelier aurait un impact positif sur les symptômes de dépression et d'anxiété, ainsi que sur le



Figure 19 : Moyennes des différences des scores obtenus par le groupe « contrôle » et par le groupe expérimental avant l'atelier et après l'atelier à l'EMMBEP, aux sous-échelles de l'EMMBEP, à la GDS et au GAI

bien-être psychologique. Ainsi je m'attendais à ce que les scores de dépression et d'anxiété mesurés au moyen de la GDS et du GAI diminuent après la participation de ces personnes à l'atelier musical, et à ce que les scores de bien-être obtenus à l'EMMBEP augmentent après les séances d'atelier. La présence d'un groupe contrôle était censée apporter un point de comparaison entre les variations dans les scores observés chez des personnes ayant participé à l'atelier (et donc dues théoriquement à cette participation), et les variations dans les scores observés chez des personnes n'y ayant pas pris part (et donc dues théoriquement à une fluctuation « normale »). Par ailleurs, les effets positifs de l'atelier devaient être visibles au travers des comportements observés lors des séances au moyen de la grille d'observation.

1. A l'échelle des groupes

Dans une perspective comparative entre les deux groupes, on peut se pencher sur la variation moyenne entre les scores obtenus en pré-test et les scores obtenus en post-test afin de dégager un possible effet de la participation à l'atelier. On constate ainsi que dans le groupe expérimental, entre le début et la fin de l'atelier, le score de dépression obtenu à la GDS a en moyenne diminué. Cependant ce phénomène s'observe également au sein du groupe « contrôle » ; il n'est donc pas possible, à l'échelle du groupe, de déterminer si l'atelier musical a eu un réel effet sur les symptômes de dépression chez les participantes, ou si les variations observées sont le fruit de fluctuations normales. L'hypothèse selon laquelle l'atelier musical aurait un impact sur la dépression et conduirait à une diminution des scores de la GDS est donc infirmée à l'échelle du groupe.

Il en va de même pour le score d'anxiété mesuré grâce au GAI. En effet, le score a en moyenne diminué de la même manière dans les deux groupes, entre le début et la fin de la prise en charge. L'hypothèse selon laquelle l'atelier influencerait positivement l'anxiété en diminuant les scores du GAI est donc infirmée à l'échelle du groupe.

Enfin nous pouvons nous pencher sur la question du bien-être psychologique. Le score total de l'EMMBEP ainsi que les scores de quatre sous-échelles (*i.e.* estime de soi, engagement social, contrôle de soi et des événements et bonheur) ont globalement tendance à augmenter dans le groupe expérimental après sa participation aux séances d'atelier. Parallèlement, on peut souligner que dans le groupe « contrôle », le score total de bien-être de l'EMMBEP ainsi que les scores de trois sous-échelles (*i.e.* estime de soi, équilibre émotionnel et bonheur) ont globalement tendance à diminuer dans le temps. Cette augmentation moyenne de cinq scores sur sept de l'EMMBEP au sein du groupe expérimental après sa participation à l'atelier, combinée à la diminution moyenne de quatre scores sur sept pour l'EMMBEP dans le groupe « contrôle » pourrait mener à l'idée que l'atelier musical a permis une augmentation des scores de bien-être de ses participantes, confirmant ainsi l'hypothèse selon laquelle l'atelier influence de façon positive le sentiment de bien-être psychologique des personnes.

Il ne faut cependant pas oublier, comme nous l'avons évoqué précédemment, que ces résultats sont à considérer avec un certain recul, car ils concernent des groupes de très petite taille, et les variations interindividuelles prennent une place importante dans les analyses réalisées ; elles sont donc essentielles à prendre en compte. Ainsi, bien que le score total de l'EMMBEP ait en moyenne diminué dans le groupe « contrôle », il est important de souligner que le score total de l'une des deux participantes, Mme Bm. a tout de même augmenté, de

même que ses scores pour les sous-échelles de l'engagement social, de la sociabilité, du contrôle et du bonheur. De la même manière, dans le groupe expérimental, seuls les scores totaux à l'EMMBEP de deux participantes (*i.e.* Mme L. et Mme Z.) ont augmenté, la troisième (*i.e.* Mme R.) gardant un score stable et la quatrième (*i.e.* Mme G.) voyant son score diminuer après l'atelier musical.

Dans le cas de petits groupes comme c'est le cas dans cette recherche, il est donc plus pertinent de s'intéresser aux données individuelles ainsi qu'à l'analyse qualitative, comme nous allons pouvoir le faire dans la partie suivante, pour permettre au mieux de dégager des conclusions fiables quant aux effets observés.

Si l'on se penche exclusivement sur le groupe expérimental, on peut malgré tout dégager deux phénomènes particuliers qui m'ont interpellée lors de l'analyse des résultats.

La sous-échelle d'équilibre émotionnel de l'EMMBEP est la seule échelle pour laquelle on repère un effet négatif global de l'atelier musical, son score ayant diminué après la fin de la prise en charge pour trois résidentes sur quatre dans le groupe expérimental. Ce changement peut être dû à des fluctuations normales, car il a également été observé, de manière plus forte, dans le groupe contrôle. On peut cependant supposer une autre explication, cette fois liée directement à la musique. En effet la musique peut parfois faire ressurgir des souvenirs, ceux-ci pouvant provoquer des émotions positives (*e.g.* joie) ou plus négatives (*e.g.* nostalgie). Outre les souvenirs qu'elle peut faire émerger, elle est elle-même un outil puissant qui véhicule et suscite des émotions chez les personnes qui l'écoutent, et conduit comme nous l'avons vu à des réactions neurophysiologiques (*e.g.* libération de dopamine), respiratoires et cardiovasculaires (Moussard, 2012). Le fait de participer à l'atelier musical a donc pu faire ressentir aux participantes une variété d'émotions, car les musiques diffusées pouvaient avoir différentes valences psychoaffectives, notamment lors de la séance sur les émotions à travers la musique, où nous avons écouté le « *Dies Irae* » de Mozart pour évoquer le thème de la colère. Si le ressenti de ces émotions au travers de la musique peut avoir un effet cathartique ou contribuer à la régulation des émotions (Saarikallio, 2011), il est possible qu'il ait conduit dans le cas présent à l'impression d'un déséquilibre émotionnel, provenant par exemple du fait d'expérimenter une diversité d'émotions, positives ou négatives, à travers la musique lors de ces séances.

Le deuxième phénomène m'ayant interpellée est l'augmentation des scores de la sous-échelle de l'estime de soi de l'EMMBEP, car c'est la seule sous-échelle pour laquelle le score de toutes les résidentes du groupe expérimental a augmenté après l'atelier musical. La définition de l'estime de soi connaît des divergences entre les auteurs. On peut par exemple noter que selon Duclos (2000), elle se baserait sur quatre composantes, à savoir le sentiment de confiance, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance à un groupe et le sentiment de compétence. L'atelier musical peut influencer sur certaines composantes : lorsque le groupe est stable et est constitué plus ou moins des mêmes membres d'une séance à l'autre, comme cela a été le cas ici, il permet par exemple la création d'un « esprit de groupe », du sentiment de faire partie de ce groupe, et de relations singulières entre ses membres. Par ailleurs, le fait de reconnaître parfois les musiques écoutées, d'exprimer des connaissances, d'expérimenter des exercices musicaux ou encore de recevoir des commentaires positifs de la part des membres du groupe peuvent donner à la personne un sentiment de valorisation et de

compétence. Enfin, l'exploration de ses ressentis, l'émergence et le partage de souvenirs et l'expérimentation de ses propres capacités d'expression de soi, à travers les échanges ou à travers l'expression sonore, peuvent également contribuer au fait de se découvrir ou de se redécouvrir, d'affirmer son identité et sa subjectivité, et donc d'une certaine manière, de promouvoir la connaissance de soi. L'atelier musical semble donc être un bon moyen d'améliorer l'estime de soi de ses participants par différents mécanismes, ce qui expliquerait l'augmentation générale de ce score chez toutes les résidentes y ayant pris part.

2. A l'échelle individuelle

a) Madame G.

Tout au long des séances, Mme G. a montré sa volonté à s'impliquer dans l'atelier et dans le groupe, par exemple en acceptant toujours les invitations qui lui étaient adressées, en me proposant son aide pour préparer la salle, en participant aux exercices musicaux ou encore en marquant son attention envers les échanges (*e.g.* en regardant les personnes qui parlaient). De la même manière, bien que son discours spontané se soit réduit au fil des séances, elle continuait malgré tout à participer lorsqu'on l'y invitait directement. Son investissement dans l'atelier et dans la relation a donc perduré, ce qui pourrait expliquer l'augmentation de son score à la sous-échelle de l'engagement social, lié au fait de s'intéresser à son environnement et d'avoir envie de pratiquer des activités (Massé et al., 1998).

Mme G. manifestait également de plus en plus d'inquiétude, qui ne semblait pas être diminuée, même temporairement, par sa présence à l'atelier musical. Ces inquiétudes la conduisaient en effet soit à se raviser et à partir de l'atelier avant son commencement, soit à quitter la séance prématurément ; il ne semble donc pas que l'atelier musical ait eu un effet positif sur son anxiété, à court terme (puisque'elle partait de l'atelier avant sa fin) comme à moyen terme (puisque son score au GAI n'a pas changé). L'augmentation de la fréquence des manifestations d'anxiété pourrait avoir plusieurs explications, et notamment l'évolution de son syndrome démentiel et de ses troubles cognitifs. En effet, sa désorientation temporo-spatiale fréquente et ses troubles mnésiques pouvaient par exemple être source d'angoisse pour elle, car elle ne se souvenait pas du jour de la semaine et pensait que ses enfants étaient censés lui rendre visite dans la journée, alors qu'ils venaient généralement le week-end (et non le vendredi). Par ailleurs, ses pertes mnésiques l'amenaient à oublier parfois les précédentes visites de ses enfants ; Mme G. avait donc l'impression qu'ils venaient moins souvent la voir et exprimait parfois une angoisse d'abandon. Ces différents facteurs ont ainsi pu affecter son bien-être et son état émotionnel, expliquant la diminution de scores tels que le bonheur et l'équilibre émotionnel, et l'augmentation de son score à l'échelle de dépression.

Sa participation à l'atelier ne semble donc pas avoir permis une amélioration de son bien-être psychologique global et de ses symptômes dépressifs et anxieux.

b) Madame L.

Mme L. s'est montrée très investie lors des séances d'atelier musical, que ce soit par son discours spontané fréquent, sa participation active aux échanges, et parfois aux débats, ou encore par son implication lors des activités musicales d'écoute, par exemple en fredonnant les mélodies, et lors des activités musicales instrumentales, par exemple en n'hésitant pas à

mener les exercices et à improviser. Cet investissement pourrait expliquer l'augmentation de son score à l'échelle de l'engagement social. En effet Mme L. se qualifiait elle-même de « rêveuse » et appréciait les activités en solitaire, telles que la lecture. Ces séances d'atelier étaient donc une occasion pour elle de s'engager dans une nouvelle activité agréable pour elle puisqu'elle disait apprécier la musique, mais aussi de participer à une activité de groupe lui permettant de s'ouvrir un peu plus sur son environnement et sur les autres résidents de l'établissement. Son implication a par ailleurs pu contribuer à augmenter son estime de soi, par exemple en renforçant son sentiment d'appartenance à un groupe, mais aussi et surtout en lui permettant de se mettre en avant et d'être valorisée au cours des séances, par exemple en jouant des mélodies de chansons enfantines avec le métallophone, qui suscitaient des commentaires positifs de la part des autres membres du groupe.

On peut par ailleurs supposer que le fait de pouvoir avoir une part active dans le groupe, par exemple en choisissant ponctuellement les extraits à écouter, en proposant spontanément des idées d'exercices musicaux ou encore en menant le groupe lors de certains de ces exercices, a pu augmenter son sentiment de contrôle, comme l'indiquerait l'augmentation du score de contrôle de soi et des événements.

L'atelier musical semble donc avoir globalement eu un effet positif sur le bien-être et l'état émotionnel de Mme L., cet impact transparaissant au travers de l'évolution de certains de ses scores (*e.g.* augmentation du score total de l'EMMBEP, diminution du score de la GDS) mais aussi au travers de ses comportements (*e.g.* manifestations de joie) et de son discours (*e.g.* expression de sa satisfaction à assister à l'atelier).

c) Madame R.

Au fil des séances auxquelles a participé Mme R., celle-ci a montré une implication grandissante dans l'atelier et la dynamique du groupe. Intervenant d'abord de façon brève et principalement pour ponctuer les propos des autres participants, Mme R. a pu progressivement s'affirmer et laisser paraître un peu de sa subjectivité lors des échanges, exprimant plus souvent des souvenirs ou des avis personnels. Cette affirmation de soi, de ses goûts et de ses pensées contribuent à la valorisation de son identité propre au sein du groupe, ce qui est particulièrement important dans les collectivités, où la masse des individus rend parfois difficile l'expression de chaque personne dans sa singularité. Il est donc possible que sa participation à l'atelier ait permis pour elle l'investissement d'un espace d'expression de soi, contribuant indirectement à augmenter son estime de soi.

Son estime de soi a pu également être influencée positivement par sa participation aux exercices musicaux, lui permettant d'une part de s'exprimer par le biais d'instruments et de sa voix, et d'autre part de faire l'objet de commentaires positifs de la part des autres membres (*e.g.* lorsqu'elle a été complimentée car elle se souvenait d'une comptine apprise dans sa jeunesse). Les instruments et le chant ont par ailleurs été parfois des médiateurs lui permettant de s'engager dans des relations avec autrui ; elle a pu ainsi entrer en contact avec plusieurs résidents, par exemple par le biais du métallophone et de mélodies jouées. Le fait de participer à un atelier en groupe et d'avoir le sentiment d'appartenir à ce groupe, et le fait d'entrer en relation avec autrui, par le biais d'échanges ou de médiations musicales, ont ainsi pu favoriser l'augmentation de sa sociabilité.

Bien que le score total de Mme R. à l'EMMBEP n'ait pas augmenté suite à sa participation à l'atelier musical, il semblerait qu'il ait tout de même eu des effets bénéfiques sur certaines dimensions liées à son bien-être, telles que l'estime de soi ou la sociabilité, mais également sur son état émotionnel, car Mme R. manifestait beaucoup de plaisir lors des séances, et a vu baisser ses scores de dépression et d'anxiété à la fin de l'atelier.

d) Madame Z.

Avant de participer à l'atelier musical, Mme Z. exprimait un discours particulièrement dépressif, affirmant qu'elle était « au bout du rouleau », que plus rien ne pouvait l'aider et qu'elle ne pouvait plus apporter quoi que ce soit à quiconque. Lorsque je lui ai proposé d'intégrer l'atelier, elle a affirmé que la musique « n'était pas son monde » et que son manque de connaissances en la matière allait limiter sa participation. Pour autant, elle a accepté de venir, car elle espérait pouvoir y passer un moment agréable lui permettant de reprendre pied.

Lors des premières séances, Mme Z. se tenait à l'écart du groupe et intervenait peu. Elle s'est cependant investie de plus en plus dans l'atelier, d'abord en participant aux échanges et en émettant progressivement un avis personnel, mais surtout, lors de la dernière séance, en explorant plus librement les instruments et en n'hésitant plus à improviser avec. Mme Z. a ainsi pu s'investir dans une activité plaisante, en groupe, lui offrant un lieu d'expression de ses goûts et de ses idées, mais aussi de ses souvenirs et de ses ressentis. Tous ces éléments ont pu participer à augmenter son score général de bien-être à l'EMMBEP, ainsi que plusieurs sous-échelles telles que l'engagement social, la sociabilité, l'équilibre émotionnel et le bonheur. Cet atelier était un lieu où elle pouvait manifester une part de sa subjectivité et de ses connaissances (*e.g.* sur les différents pays qu'elle a visités). Ainsi malgré la persistance de son discours dévalorisant envers elle-même, le fait de montrer aux autres (et peut-être aussi à elle-même) qu'elle était capable de surmonter sa lassitude pour s'engager dans une activité, où elle pouvait s'exprimer et être valorisée pour ses propos, a peut-être aussi permis une légère hausse de son estime de soi.

Sa participation à l'atelier musical semble donc avoir eu un effet positif sur son sentiment de bien-être psychologique. Son impact sur son état émotionnel est cependant moins évident : il est en effet possible qu'il ait permis de diminuer légèrement son état dépressif, mais il ne paraît pas avoir eu d'influence sur ses symptômes anxieux.

Au regard de ces quatre cas, il semblerait que la participation à l'atelier musical durant ces trois mois et demie ait pu avoir un impact globalement positif pour au moins trois des résidentes du groupe expérimental. Cet impact se retrouve au niveau de leur sentiment de bien-être psychologique, mesuré au moyen de l'EMMBEP avant et après l'atelier et observé au travers de leurs comportements au cours des séances ; mais aussi au niveau de leur état émotionnel, évalué grâce à la GDS et au GAI et *via* l'observation des manifestations de leur affectivité.

L'effet de la musique a pu s'exercer de façon spécifique et à différents niveaux sur ces personnes : ainsi, si l'estime de soi a augmenté chez les quatre résidentes du groupe, ses effets se sont montrés plus variables pour les autres échelles. Ces variations dans l'évolution des scores de chacune montrent bien à quel point l'expérience subjective des personnes face au même événement, ici l'atelier musical, leur est unique. Chacune va être sensible à des aspects

différents de l'atelier : pour certaines, ce qui primera sera l'aspect collectif et relationnel de la prise en charge ; pour d'autres, ce sera le fait d'avoir un espace d'expression de soi ; et pour d'autres encore, ce sera le caractère apaisant ou cathartique de la musique. Les réactions de chacune et les conséquences et bienfaits qui en découlent vont donc différer selon la singularité de chaque personne.

Tous ces éléments peuvent conduire à la confirmation de mes hypothèses de recherche, à savoir que la participation à un atelier musical a un effet global positif sur le bien-être psychologique, les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux chez les personnes âgées présentant des troubles cognitifs débutants à modérés et institutionnalisés en EHPAD, cet effet variant singulièrement d'une personne à une autre. Nous allons cependant examiner à présent quelques limites qui montrent qu'une prise de recul est nécessaire vis-à-vis de ces résultats.

3. Limites

En premier lieu, il est important de souligner à nouveau le faible nombre de participantes à cette recherche appliquée. Ce point mène à deux conséquences principales : d'une part, l'utilisation d'analyses statistiques est peu pertinente du fait d'un échantillon trop petit, celles-ci se révélant par ailleurs non significatives ; et d'autre part, les limites en termes de généralisation possible des effets positifs de l'atelier musical, car comme nous l'avons vu, son impact semble avoir été limité concernant l'une des quatre participantes, Mme G. On peut d'ailleurs souligner qu'un nombre équivalent de participantes dans le groupe « contrôle » par rapport au groupe expérimental aurait été favorable afin de permettre une comparaison plus juste, entre deux groupes équilibrés.

Concernant la constitution des groupes de cette étude, il aurait en outre été pertinent d'en créer un troisième. Cela nous aurait permis d'avoir un groupe « contrôle » sans prise en charge particulière et permettant d'examiner les fluctuations « naturelles » des scores obtenus à l'EMMBEP, à la GDS et au GAI dans le temps ; un groupe expérimental participant à l'atelier musical ; et un groupe participant à un autre atelier en groupe, de nature plus ou moins équivalente, par exemple un atelier de cuisine ou de peinture, comme l'ont fait Narme et al. (2012). En effet, l'une des limites importantes de cette étude relève de notre incapacité à déterminer si l'influence positive de l'atelier observée sur les scores mesurés et les comportements relève réellement et spécifiquement de l'utilisation de la musique lors de notre prise en charge, ou si n'importe quel autre type de groupe (*e.g.* groupe de conversation, atelier de reminiscence) aurait pu avoir le même impact sur les personnes y participant, car il semblerait que la participation à une activité en groupe (*e.g.* activités sociales, groupe de parole) puisse améliorer par exemple les symptômes de la dépression (Forsman, Schierenbeck & Wahlbeck, 2011). La constitution d'un troisième groupe permettrait donc de distinguer les effets de la participation à une activité plaisante en groupe, et les effets spécifiques de la participation à une prise en charge basée sur la médiation musicale.

L'emploi d'outils standardisés tels que des questionnaires a également rencontré certaines limites. En effet, ces questionnaires requéraient que les personnes se situent par

rapport au mois ou à la semaine venant de s'écouler (e.g. « Au cours du dernier mois, je me suis senti en confiance » dans l'EMMBEP). Hors dans le cas de la personne âgée atteinte de démence, l'utilisation de ce genre de questionnaire peut s'avérer délicate, car la personne présente des troubles mnésiques et vit plutôt dans l'instant ; elle aura donc des difficultés à se positionner de manière fiable sur une période de temps aussi longue. Les scores obtenus aux échelles sont donc fortement dépendants de l'état physique et psychique de la personne au moment de la passation. Par conséquent, il est probable que s'ils avaient été mesurés à un autre moment de la journée ou de la semaine, ils n'auraient pas été exactement les mêmes. Ce phénomène souligne l'importance de combiner des outils standardisés permettant des mesures quantitatives, et des méthodes d'observation constituant des mesures qualitatives. En effet l'observation peut être influencée par notre propre interprétation subjective des faits et comportements, alors qu'au contraire, les échelles sont des éléments standardisés permettant d'éliminer la subjectivité du chercheur. Par ailleurs, lorsque la recherche porte sur des éléments aussi personnels que le sentiment de bien-être psychologique et l'état émotionnel, les questionnaires peuvent être le moyen d'être au plus proche de la réalité du questionné, car lui seul a connaissance de sa réalité subjective et de ses ressentis. De la même manière, alors que les outils standardisés vont peu s'intéresser aux éléments qualitatifs et risquent d'être influencés par l'état de la personne au moment de la passation, l'observation va quant à elle permettre d'être plus fin dans l'analyse et de prendre en compte une certaine part de l'environnement et du contexte entourant la personne et influençant ses comportements.

Une autre limite que l'on peut relever provient de l'atelier en lui-même. En effet il est à souligner que l'atelier s'est déroulé sur 10 séances en trois mois et demie, ce qui réduit son impact potentiel. Une prise en charge plus longue, par exemple sur six mois comme l'ont fait Guétin et al. (2009), aurait d'une part permis aux participantes de suivre plus de séances et ce sur une période plus longue, mais aurait d'autre part favorisé des évaluations standardisées plus régulières, par exemple tous les mois ou tous les deux mois, pour permettre une analyse longitudinale plus fine des scores obtenus et de leur évolution au fil du temps et de la prise en charge. Par ailleurs, nous pouvons noter qu'aucune des participantes n'a assisté à toutes les séances, leur présence variant entre 5 et 8 séances sur 10 au total. Il est en effet arrivé que les participantes ne puissent pas venir à l'atelier, majoritairement du fait d'hospitalisations, de rendez-vous médicaux, parfois de sorties ou de visites de la part de la famille, ou encore d'un trop grand stress en ce qui concerne Mme G. Leur présence n'était donc pas systématique, mais bien que cela ait probablement réduit l'effet bénéfique de l'atelier, le respect de la personne demeure bien plus important, car il est essentiel de s'adapter à la personne, et à son rythme ou son choix si elle ne peut pas ou ne veut pas venir.

Notons enfin que, même si l'atelier musical peut avoir une influence positive sur des éléments tels que l'agitation, l'état émotionnel et le bien-être, il est nécessaire de garder à l'esprit qu'ils sont impactés bien plus fortement par de nombreux autres facteurs. Ainsi l'avancée en âge conduit bien souvent à la répétition de bouleversements dans le quotidien, tels que les deuils, les chutes, la multiplication des problèmes de santé, ou encore l'avancée d'une pathologie ou d'un syndrome démentiel. Ces événements de la vie impactent fortement les comportements et le psychisme des personnes, d'autant plus lorsqu'ils se répètent ou

s'intensifient comme c'est le cas dans le grand âge. Dans la période de la prise en charge, Mme Z. a par exemple eu plusieurs problèmes de santé (e.g. chute, mise sous oxygène en permanence), qui ont pu affecter son moral en plus de sa santé physique. De la même manière, l'avancée de la démence de Mme G. a pu influencer son état émotionnel et augmenter son niveau d'anxiété. Une prise en charge par la médiation musicale peut ainsi améliorer le psychisme des personnes et lutter contre des troubles tels que la dépression ; pour autant, le poids des événements de la vie et des multiples pathologies demeure plus important et peut profondément impacter les personnes dans leur santé physique ou psychique.

Par ailleurs, d'autres éléments peuvent également avoir leur influence, cette fois-ci sur un versant positif. C'est le cas des médicaments tels que les psychotropes. Même s'ils doivent être utilisés avec précautions comme nous l'avons vu précédemment, pour éviter des effets délétères liés à leur multiplication et aux interactions négatives que cela peut engendrer, ils restent parfois une solution utile voire nécessaire à proposer aux personnes. La dépression sévère de Mme Z. a ainsi conduit à une prescription d'antidépresseurs. Bien que l'atelier musical ait pu apporter « sa pierre à l'édifice » et contribuer à une amélioration de son état émotionnel (notamment car Mme Z. disait elle-même apprécier d'écouter de la musique classique), il est cependant impossible de départager les effets de la prise en charge musicale des effets dus à la prise en charge médicamenteuse. L'utilisation de psychotropes est particulièrement fréquente auprès de la population âgée de plus de 65 ans, car on compterait apparemment 20 à 40% de psychotropes, dont 30% de benzodiazépines (*i.e.* anxiolytiques), parmi les prescriptions qui leur sont adressées (Pancrazi, 2010). Il est donc parfois difficile, dans le domaine de la gérontologie, de distinguer les bénéfices tirés de prises en charge spécifiques des bénéfices provenant des médicaments qui leur sont prescrits. Pour autant, il reste indispensable de faire perdurer ces prises en charge non médicamenteuses, car si la consommation de médicaments permet de réduire les symptômes du trouble psychique, ils ne permettent pas à eux seuls son traitement, et les prises en charge et psychothérapies sont indispensables pour pouvoir accompagner la personne plus en profondeur dans son mal-être et dans les difficultés qu'elle rencontre.

VII. CONCLUSION

La présente recherche s'intéressait à l'impact de l'atelier musical sur le bien-être psychologique, les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux chez la personne âgée présentant une démence et des troubles cognitifs débutants à modérés, et résidant en EHPAD.

Les résultats obtenus individuellement semblent globalement confirmer un effet bénéfique de la participation à l'atelier, particulièrement chez trois résidentes sur quatre. Cet effet porte sur différents niveaux en fonction des personnes. En effet, certaines vont plutôt obtenir des bénéfices quant à différentes dimensions constituant le bien-être psychologique, telles que l'engagement social ou le sentiment de contrôle de soi et des événements ; tandis que d'autres vont par exemple voir des effets sur leur état émotionnel ou leur capacité d'expression de soi. Les effets de l'atelier vont donc porter sur certains éléments spécifiques, variables d'une personne à une autre en fonction de sa personnalité, de sa subjectivité, de ce à

quoi elle est plus sensible ou réceptive, etc., et apporter une influence positive pour la personne dans sa globalité.

Il serait intéressant de pouvoir analyser plus en profondeur les effets que peuvent avoir la musique et les ateliers musicaux sur la santé psychique de la personne âgée présentant une démence, notamment en proposant un atelier sur une plus longue durée et permettant ainsi un suivi plus régulier des personnes qui y participeraient. Par ailleurs, comme nous l'avons évoqué dans les limites de cette étude, la constitution d'un troisième groupe participant à un autre type d'atelier (*e.g.* de la peinture) favorisant l'expression de soi et la relation avec autrui permettrait de déterminer plus précisément quels sont les effets liés à une activité de groupe, quelle qu'elle soit, et quels sont les effets spécifiques à l'emploi de la médiation musicale auprès de ces personnes.

BIBLIOGRAPHIE

ANESM (2011). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en EHPAD (volet 2). Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*. Repéré à : http://anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_04_QDV2_CS4_web090911pdf.pdf

Bacqué, M. & Hanus, M. (2009). *Le deuil*. Paris : Presses Universitaires de France.

Badelon, C. & Maulino, F. (2016). Le devenir du couple en EHPAD. *Le Journal des psychologues*, 336(4), 35-42.

Bass, S. (2005). *Personne âgée, médiation, identité : Une application de la musicothérapie en maison de retraite*. Parempuyre : Editions du Non Verbal.

Benenson, R. (2004). *La musicothérapie : La part oubliée de la personnalité*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

Brotons, M. & Koger, S.M. (2000). The impact of music therapy on language functioning in dementia. *Journal of Music Therapy*, 37(3), 183-95.

Bruno, M. & Lepetit, A (2015). Les troubles anxieux de la personne âgée. *Gériatrie et Psychologie, Neuropsychiatrie du Vieillessement*; 13(2), 205-213.

Cappeliez, P., Landreville, P. & Vézina, J. (2000). *Psychologie clinique de la personne âgée*. Paris : Editions Masson.

Col-Goetgheluck, D. & Conrath, P. (2008). À l'écoute du vieillissement. *Le Journal des psychologues*, 256(3), 20.

Croom, A.M. (2015). Music practice and participation for psychological well-being : A review of how music influences positive emotion, engagement, relationships, meaning, and accomplishment. *Musicae Scientiae*, 19(1) 44-64.

Duclos, G. (2010). *L'estime de soi, un passeport pour la vie*. Montréal : Hôpital Sainte Justine.

Dufour-Kippelen, S. & Mesrine, A. (2003). Les personnes âgées en institution. *Revue française des affaires sociales*, 1, 123-148.

Fédération Française de Musicothérapie (2016). *Musicothérapeute : Référentiel Métier*. Repéré à <http://www.musicotherapie-federationfrancaise.com/referentiel-metier/>

Filan, S.L. & Llewellyn-Jones, R.H. (2006). Animal-assisted therapy for dementia : a review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 18(4), 597-61.

- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Forsman, A.K., Schierenbeck, I. & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial Interventions for the Prevention of Depression in Older Adults : Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Aging and Health*, 23(3), 387-416.
- Foster, N.A. & Valentine, E.R. (2001) The Effect of Auditory Stimulation on Autobiographical Recall in Dementia. *Experimental Aging Research*, 27(3), 215-228.
- Gallagher, L.M., Lagman, R. & Rybicki, L. (2017). Outcomes of Music Therapy Interventions on Symptom Management in Palliative Medicine Patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. Prépublication. doi:10.1177/1049909117696723.
- Gineste, Y., Marescotti, R. & Pellissier, J. (2008). L' Humanitude dans les soins. *Recherche en soins infirmiers*, 94(3), 42-55.
- Grillet, A. (2016). Quand le temps s'en mêle.: La difficulté des temporalités en ehpad. *Le Journal des psychologues*, 336(4), 26-29.
- Guétin, S., Portet, F., Picot, M.C., Pommié, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L., Olsen, A.L., Cano, M.M., Lecourt, E. & Touchon, J. (2009). Effect of Music Therapy on Anxiety and Depression in Patients with Alzheimer's Type Dementia : Randomised, Controlled Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 28(1), 36-46.
- Haute Autorité de Santé (2009). Plan « Bien vieillir ». Améliorer la prise en charge des personnes âgées. *La lettre d'information de la Haute Autorité de santé*, 15.
- Hecquet, M. (2013). Accompagner le deuil chez la personne âgée. *Le Journal des psychologues*, 305(2), 33-36.
- Helmes, E., Csapo, K.G. & Short, J.A. (1987). Standardization and validation of the multidimensional observation scale for elderly subjects. *Journal of Gerontology*, 42(4), 395-405.
- Hsieh, C.J., Chang, C., Su, S.F., Hsiao, Y.L., Shis, Y.W., Han, W.H. & Lin, C.C. (2010). Reminiscence Group Therapy on Depression and Apathy in Nursing Home Residents With Mild-to-moderate Dementia. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 2(2), 72-78.
- LaGasse, A.B. (2017). Social outcomes in children with autism spectrum disorder : a review of music therapy outcomes. *Patient Related Outcome Measures*, 8, 23-32.
- Lai, H.L. & Good, M. (2005). Music improves sleep quality in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (3), 234-244.
- Laublin, S. (2008). L'infantilisation de la personne âgée en établissement gériatrique. *Le Journal des psychologues*, 256(3), 34-36.

- Leclerc, C. (1999). *Comprendre et construire les groupes*. Laval, Canada : Presses Université Laval.
- Lecourt, E. (2014). *La musicothérapie. Une synthèse d'introduction et de référence pour découvrir les vertus thérapeutiques de la musique*. Paris : Editions Eyrolles.
- Lesniewska, H.K. (2003). *Alzheimer. Thérapie comportementale et art-thérapie en institution*. Paris : Editions L'Harmattan.
- Lôo, H. & Gallarda, T. (2000). Troubles dépressifs et personnes âgées. Paris : John Libbey Eurotext.
- Mallon, I. (2005). Les personnes âgées en maison de retraite : une redéfinition des espaces familiaux. *Espaces et sociétés*, 120-121(1), 163-178.
- Marchand, M. (2008). Regards sur la vieillesse. *Le Journal des psychologues*, 256(3), 22-26.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S. & Battaglini, M.A. (1998). Elaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : l'EMMBEP. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 89(5), 352-357.
- Mauceri, M., Licciardello, O. & Di Marco, G. (2013). Psychosocial dimensions of Quality of Life among elders : a research of the Italian and Spanish elderly. *Social and Behavioral Sciences*, 116, 1651-1655.
- Morris, J.C., Heyman, A., Mohs, R.C., Hughes, J.P., van Belle, G., Fillenbaum, G., Mellits, E.D. & Clark, C. (1989). The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's Disease. *Neurology*, 39, 1159-1165.
- Moussard, A. (2012). L'utilisation de la musique comme support de nouveaux apprentissages dans le vieillissement normal et la maladie d'Alzheimer (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Repéré à https://tel.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/795055/filename/these_A_MOUSSARD_Aline_2012.pdf
- Narme, P., Tonini, A., Khatir, F., Schiaratura, L., Clément, S. & Samson, S. (2012). Thérapies non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer : comparaison d'ateliers musicaux et non musicaux. *Gériatrie et Psychologie, Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 10(2), 215-224.
- Ostrowski, M. & Mietkiewicz, M. (2013). Du conjoint à l'aidant : l'accompagnement dans la maladie d'Alzheimer. *Bulletin de psychologie*, 525(3), 195-207.
- Pachana, N.A., Byrne, G.J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114.
- Pancrazi, M. (2010). Le sujet âgé et les psychotropes. *L'information psychiatrique*, 86(1), 91-97.

Raglio, A., Bellelli, G., Mazzola, P., Bellandi, D., Giovagnoli, A.R., Farina, E., Stamba-Badiale, M., Gentile, S., Gianelli, M.V., Ubezio, M.C., Zanetti, O. & Trabucchi, M. (2012). Music, music therapy and dementia : A review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association. *Maturitas*, 72, 305– 310.

Ray, K.D. & Mittelman, M.S. (2015). Music therapy : A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. *Dementia*. Prépublication. doi:10.1177/1471301215613779.

Saarikallio, S. (2010). Music as emotional regulation throughout adulthood. *Psychology of Music*, 39(3), 307-327.

Société de l'Information Psychiatrique (2008). Signes de début et manifestations psychopathologiques des maladies neurodégénératives. *L'information psychiatrique*, 84(6), 579-591.

Solé, C., Mercadal-Brotons, M., Galati, A. & De Castro, M. (2014). Effects of Group Music Therapy on Quality of Life, Affect, and Participation in People with Varying Levels of Dementia. *Journal of Music Therapy*, 51(1), 103-125.

Sung, H.C., Lee, W.L., Li, T.L. & Watson, R. (2012). A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal of Psychiatric Geriatry*, 27, 621–627.

Van der Vleuten, M., Visser, A. & Meeuwesen, L. (2012). The contribution of intimate live music performances to the quality of life for persons with dementia. *Patient Education and Counseling*, 89, 484–488.

Verdeau-Paillès, J. & Guiraud-Caladou, J.M. (1976). *Les Techniques psychomusicales actives de groupe et leur application en psychiatrie*. Paris : Editions Doin.

Verspieren, P. (1984). *Face à celui qui meurt*. Paris : Desclée de Brouwer.

Vieillessement. (s.d.) Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/definition/vieillessement>

Wu, J., Wang, Y. & Wang, Z. (2017). The effectiveness of massage and touch on behavioural and psychological symptoms of dementia : A quantitative systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. Prépublication. doi:10.1111/jan.13311.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L. Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

ANNEXES

Annexes 1 – Evaluations standardisées

Annexes 2 – Fiche « séance » type

Annexes 3 – Fiche individuelle type

Annexes 4 – Grille d'observation structurée

Annexes 5 – Déroulement-type et contenu des 10 séances d'atelier musical

Annexes 6 – Grille d'observation structurée des quatre participantes

Annexes 7 – Données standardisées individuelles de Mme Bm. Et Mme Bs.

Annexes 1

Evaluations standardisées

Mini Mental State Examination

Test d'évaluation des fonctions cognitives et mnésiques de la personne âgée, principalement employé à visée d'orientation diagnostique en cas de suspicion d'une démence telle que la maladie d'Alzheimer.

Il s'appuie sur une série de trente questions qui s'articulent en six catégories :

- Evaluation des capacités d'orientation dans le temps et dans l'espace
- Evaluation des capacités d'apprentissage et de transcription des informations
- Evaluation des capacités attentionnelles et de calcul
- Evaluation des capacités de rappel des informations et de rétention mnésique
- Evaluation des capacités langagières et de dénomination
- Evaluation de la praxie constructive

A chaque question correspond un point (le score étant de 0 en cas de réponse fausse ou approximative), et le score final est noté sur 30 points.

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)		
Orientation		/ 10
Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____		
Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :		
1. En quelle année sommes-nous ?		<input type="checkbox"/>
2. En quelle saison ?		<input type="checkbox"/>
3. En quel mois ?		<input type="checkbox"/>
4. Quel jour du mois ?		<input type="checkbox"/>
5. Quel jour de la semaine ?		<input type="checkbox"/>
Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.		
6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*		<input type="checkbox"/>
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?		<input type="checkbox"/>
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**		<input type="checkbox"/>
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?		<input type="checkbox"/>
10. A quel étage sommes-nous ?		<input type="checkbox"/>
Apprentissage		/ 3
Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.		
11. Cigare	Citron	Fauteuil
12. Fleur	Clé	Tulipe
13. Porte	Ballon	Canard
Répéter les 3 mots.		
Attention et calcul		/ 5
Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*		
14.	93	<input type="checkbox"/>
15.	86	<input type="checkbox"/>
16.	79	<input type="checkbox"/>
17.	72	<input type="checkbox"/>
18.	65	<input type="checkbox"/>
Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**		
Rappel		/ 3
Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?		
11. Cigare	Citron	Fauteuil
12. Fleur	Clé	Tulipe
13. Porte	Ballon	Canard
Langage		/ 8
Montrer un crayon.	22. Quel est le nom de cet objet ?*	<input type="checkbox"/>
Montrer votre montre.	23. Quel est le nom de cet objet ?**	<input type="checkbox"/>
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***		
Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :		
25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,		<input type="checkbox"/>
26. Pliez-la en deux,		<input type="checkbox"/>
27. Et jetez-la par terre. »****		<input type="checkbox"/>
Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :		
28. « Faites ce qui est écrit ».		<input type="checkbox"/>
Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :		
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****		<input type="checkbox"/>
Praxies constructives		/ 1
Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »		

Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique (EMMBEP)

Outil de mesure permettant d'évaluer le bien-être psychologique. Il comporte une liste de manifestations physiques, cognitives, comportementales et émotives.

Il repose sur 25 items mesurant les dimensions d'estime de soi (4 items), d'équilibre émotionnel (4 items), d'engagement social (4 items), de sociabilité (4 items), de contrôle de soi et des événements (4 items) et de bonheur (5 items).

Une échelle de fréquence à 5 niveaux permet de coter chaque item. Le score total est noté sur 125 points.

Au cours du dernier mois:

1. Je me suis senti (e) en confiance.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

2. J'étais satisfait(e) de mes réalisations, j'étais fier(ère) de moi.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

3. J'ai été fonceur(se), j'ai entrepris plein de choses.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

4. Je me suis senti(e) équilibré(e) émotivement.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

5. Je me suis senti(e) aimé(e) et apprécié(e).

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

6. J'avais des buts, des ambitions.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

7. J'ai eu le goût de m'amuser, de faire du sport, de pratiquer mes loisirs et activités préférés.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

8. Je me suis senti(e) utile.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

- 9. J'avais facilement un beau sourire.**
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------|----------|--------------------|-------------|------------------|
| jamais | rarement | la moitié du temps | fréquemment | presque toujours |
- 10. J'ai été égal(e) à moi-même, naturel(le), en toutes circonstances.**
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------|----------|--------------------|-------------|------------------|
| jamais | rarement | la moitié du temps | fréquemment | presque toujours |
- 11. J'avais une bonne écoute pour mes amis.**
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------|----------|--------------------|-------------|------------------|
| jamais | rarement | la moitié du temps | fréquemment | presque toujours |
- 12. J'étais curieux(se), je m'intéressais à toutes sortes de choses.**
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------|----------|--------------------|-------------|------------------|
| jamais | rarement | la moitié du temps | fréquemment | presque toujours |
- 13. J'ai pu faire la part des choses lorsque confronté(e) à des situations complexes.**
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------|----------|--------------------|-------------|------------------|
| jamais | rarement | la moitié du temps | fréquemment | presque toujours |
- 14. J'ai trouvé la vie excitante et j'ai eu envie d'en profiter.**
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------|----------|--------------------|-------------|------------------|
| jamais | rarement | la moitié du temps | fréquemment | presque toujours |
- 15. Ma vie était bien équilibrée entre mes activités professionnelles, familiales et personnelles.**
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------|----------|--------------------|-------------|------------------|
| jamais | rarement | la moitié du temps | fréquemment | presque toujours |
- 16. J'étais plutôt calme, posé(e).**
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------|----------|--------------------|-------------|------------------|
| jamais | rarement | la moitié du temps | fréquemment | presque toujours |

17. J'ai facilement trouvé des solutions à mes problèmes.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

18. J'ai été en bon terme avec mon entourage.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

19. J'ai vécu avec modération, en évitant de tomber dans les excès.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

20. J'ai eu l'impression de vraiment jouir de la vie.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

21. J'avais beaucoup d'humour, je faisais facilement rire mes amis.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

22. J'étais bien dans ma peau, en paix avec moi-même.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

23. Je me suis senti(e) en santé, en pleine forme.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

24. J'ai su affronter positivement des situations difficiles.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

25. J'avais un bon moral.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

Note : Estime de soi (Items #1, 2, 5 et 8), équilibre (Items #4, 10, 15 et 19), engagement social (Items #3, 6, 7 et 12), sociabilité (#9, 11, 18 et 21), contrôle de soi et des événements (Items #13, 16, 17 et 24) et bonheur (Items #14, 20, 22, 23 et 25). Échelle de Massé et al. (1998b).

Echelle de Dépression Gériatrique (GDS)

Echelle de 30 items évaluant les manifestations de la dépression gériatrique. À chaque question, le sujet répond par oui ou par non, en fonction de l'état dans lequel il s'est senti pendant la semaine précédente.

Le score final est noté sur 30 points.

- Score entre 0 et 9 : normal
- Score entre 10 et 20 : état légèrement dépressif
- Score entre 21 et 30 : état modérément ou gravement dépressif

► La GDS-30

La GDS-30		
1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non (1)
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	oui (1)	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui (1)	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui (1)	non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	oui	non (1)
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	oui (1)	non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non (1)
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	oui (1)	non
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	oui	non (1)
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	oui (1)	non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) et agité(e) ?	oui (1)	non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	oui (1)	non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	oui (1)	non
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	oui (1)	non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	oui	non (1)
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	oui (1)	non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand-chose en ce moment ?	oui (1)	non
18. Vous faites vous beaucoup de souci à propos du passé ?	oui (1)	non
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	oui	non (1)
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	oui (1)	non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non (1)
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	oui (1)	non
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	oui (1)	non
24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?	oui (1)	non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	oui (1)	non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui (1)	non
27. Êtes-vous heureux(se) de vous lever le matin ?	oui	non (1)
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	oui (1)	non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui	non (1)
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?	oui	non (1)
<i>Le score obtenu permet une classification des sujets en sévèrement dépressifs (score de 20 à 30), légèrement dépressifs (score de 10 à 19) et normal (score de 0 à 9)</i>		

Inventaire d'anxiété gériatrique (GAI)

Echelle de 20 items évaluant les manifestations de l'anxiété dans la population âgée. À chaque question, le sujet répond « d'accord » ou « pas d'accord », en fonction de l'état dans lequel il s'est senti pendant la semaine précédente.

Le score final est noté sur 20 points.

Du fait des termes d'une licence d'utilisation à titre non-commercial, la reproduction totale ou partielle de l'échelle n'est pas permise.

Annexes 2

Fiche « séance » type

Séance n°	
Date et heure	
Filmé	
Participants	
Thème musical	
Extraits musicaux	
Jeux musicaux	
Thèmes des échanges	
Evénements marquants	

Annexes 3

Fiche individuelle type

Participant	
Séance n°	
Remarques avant séance	
Remarques pendant et après séance	
Résumé des échanges (thèmes, souvenirs, sentiments...)	

Annexes 4

Grille d'observation structurée

Mme _____

Dimension 1 – Investissement dans la séance

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Réactions aux propositions et aux consignes	Suit les consignes données				
	Ignore les consignes données				
	Accepte une proposition				
	Décline une proposition pour en faire une autre				
	Décline une proposition avec explication				
	Décline une proposition sans explication (e.g. détourne la tête)				
Participation active à l'activité musicale	Commente une proposition				
	Chante, fredonne, siffle				
	Montre son attention envers la musique, l'activité (e.g. bat le rythme, commente l'extrait pendant l'écoute)				
	Prend spontanément un ou plusieurs instruments				
	Prend sur demande un ou plusieurs instruments				
	Ne prend pas d'instrument, même après sollicitation				
	Joue d'un instrument par imitation				
	Improvise avec un instrument				

Dimension 2 – Relation humaine

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Participation aux échanges	Discours spontané				
	Discours après une sollicitation directe				
	Réagit à un contact social (e.g. sourire)				
	Absence de réaction face à une sollicitation				
	Montre son attention envers les échanges (e.g. regarde les personnes qui parlent)				
Maintien de l'échange	Maintient l'échange ou le contact				
	Répond de façon succincte, sans poursuivre l'échange				
Types de contact et de communication	Contact visuel avec l'interlocuteur durant l'échange				
	Communication non verbale par les gestes				
	Contact physique (toucher)				
	Echange médiatisé (e.g. instrument)				

Dimension 3 – Communication verbale

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Contenu de la communication	Souvenirs, vécu personnel				
	Préoccupations actuelles				
	Sentiments, humeur, désir				
	Commentaire sur la vie institutionnelle				
	Commentaire sur son propre comportement, sa propre performance (e.g. musicale)				
	Commentaire sur la séance, la musique, l'activité				
	Commentaire sur le groupe ou membre du groupe				
	Propos en rapport avec le sujet de la conversation				
	Propos hors sujets par rapport au thème de la conversation				
	Humour				
	Propos incohérents				
	Persévération				
Mauvaise compréhension des consignes					
Mauvaise compréhension / interprétation des propos d'autrui					

Dimension 4 – Affectivité

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Expression verbales et non verbale des émotions (pendant l'atelier)	Joie, plaisir (e.g. <i>sourire, applaudissements, manifestation de l'enthousiasme, expression de plaisir</i>)				
	Tristesse (e.g. <i>mine sombre, pleurs, soupirs, gémissements, plaintes, pessimisme</i>)				
	Agitation, anxiété (e.g. <i>tension, inquiétude, agitation psychomotrice, déambulation, désorientation</i>)				
	Agressivité (e.g. <i>irritabilité, sourcils froncés, lèvres pincées, jurons, critiques acerbes, ton agressif</i>)				

Cotation :

- Sous forme de fréquence chiffrée d'apparition du comportement
- Sous forme d'intensité :

+++ = l'indicateur apparaît fortement

++ = l'indicateur apparaît moyennement

+ = l'indicateur apparaît faiblement

/ = l'indicateur n'apparaît pas

Np = non pertinent (absence d'occasion pour observer l'item)

Annexes 5

Déroulement-type des séances

Préparation de la salle :

- Installation des fauteuils en rond
- Disposition des instruments sur la table
- Réglage du volume sonore
- Mise en place d'une affiche pour signaler l'atelier
- Démarrage de la musique d'attente (« Les Quatre Saisons » de Vivaldi).

Invitation des résidentes participant à l'étude

Démarrage de la séance :

- Remerciements
- Rappel du cadre : étude pour mon mémoire, objectifs généraux, participation libre
- Rappel des règles : respecter la parole des autres ; ne pas critiquer la parole des autres
- Rappel de la séance précédente : thème, extraits diffusés
- Si la séance est filmée, demander l'accord des participants

Partie écoute musicale :

- Brève présentation de l'extrait : compositeur, année, anecdotes...
- Ecoute de l'extrait
- Echanges sur l'extrait
- Recommencer avec les autres extraits musicaux.

Partie jeux musicaux

Fin de la séance :

- Ecoute d'une chanson finale : « Douce France » de Charles Trenet
- Date de la prochaine séance
- Remerciements
- Accompagnement jusqu'à la salle-à-manger

Rangement de la salle

Notes sur la séance, transmissions dans le logiciel de l'établissement.

Contenu des 10 séances d'atelier

Séance 1

Thème : la danse

Extraits musicaux :

- Suite pour orchestre de jazz n°2 – Valse n°2 –Chostakovitch
- Danse hongroise n°1 et n°5 – Brahms
- Casse-Noisette Acte II – Chocolat, danse espagnole – Tchaïkovski

Jeux musicaux : présentation des instruments et exploration

Séance 2

Thème : le chant en solo, en duo ou en chœur

Extraits musicaux :

- La Flûte Enchantée – Der Hölle Rache kocht in meinem Herzen – Mozart
- Lakmé – Duo de fleurs – Delibes
- La Traviata – Chœur de bohémiennes – Verdi

Jeux musicaux : proposition d'un rythme (par la psychologue ou un participant) et reproduction par le groupe ; modulation de la vitesse (accélération et décélération) et de l'intensité sonore

Séance 3

Thème : la liberté

Extraits musicaux :

- Nabucco – Va, pensiero – Verdi
- Je chante avec toi Liberté – Nana Mouskouri

Jeux musicaux : remplacés par l'écoute d'un extrait de Mme Butterfly par Maria Callas

Séance 4

Thème : le temps et la nature

Extraits musicaux :

- Jardins sous la pluie – Debussy
- Symphonie n°6 dite « Pastorale » – Gewitter und Sturm – Beethoven
- Peer Gynt – Au matin – Grieg

Jeux musicaux : improvisation rythmique du groupe sur des mélodies enregistrées

Séance 5

Thème : /

Extraits musicaux :

- Nocturne n°2 – Chopin
- Carnaval des animaux – L'aquarium – Saint Saëns
- La Moldau – Ma Vlast – Smetana

Jeux musicaux : transcription rythmique de sa propre pulsation corporelle (le rythme cardiaque), puis exploration libre des instruments à disposition

Séance 6

Thème : les compositeurs contemporains

Extraits musicaux :

- Adagio pour cordes – Samuel Barber
- Mascarade – Valse – Aram Khatchatourian
- The heart asks pleasure first – Michael Nyman
- Ashitaka Sekki – Joe Hisaishi

Jeux musicaux : /

Séance 7

Thème : les contes et le folklore

Extraits musicaux :

- Pierre et le loup – Thème de Pierre – Prokofiev
- La Reine des Fées – If love's a sweet passion – Purcell
- Ma Mère l'Oye – Le jardin féérique – Ravel

Jeux musicaux : chercher différentes manières (habituelles ou non) de produire du son avec les instruments à disposition

Séance 8

Thème : les émotions

Extraits musicaux :

- Quatrième Gnossienne – Erik Satie
- Requiem – Dies Irae – Mozart
- Thème des « Dents de la mer » - John Williams
- Ode à la joie – Beethoven

Jeux musicaux : /

Séance 9

Thème : les reprises de musiques classiques dans la variété française

Extraits musicaux :

- Poème sur la 7^{ème} – Johnny Hallyday
- Au dernier rayon du soleil d'or – Armand Mestral
- Etranger au Paradis – Gloria Lasso

Jeux musicaux : chant sur de la variété française

Séance 10

Thème : le voyage

Extraits musicaux :

Jeux musicaux : dialogue rythmique

Annexes 6

Grille d'observation structurée des quatre participantes

Mme G.

Dimension 1 – Investissement dans la séance

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Réactions aux propositions et aux consignes	Suit les consignes données	Np	1	Np	
	Ignore les consignes données	Np	/	Np	
	Accepte une proposition	/	2	/	
	Décline une proposition pour en faire une autre	/	/	/	
	Décline une proposition avec explication	/	2	/	
	Décline une proposition sans explication (e.g. détourne la tête)	/	/	/	
Participation active à l'activité musicale	Commente une proposition	/	/	/	
	Chante, fredonne, siffle	/	/	/	
	Montre son attention envers la musique, l'activité (e.g. bat le rythme, commente l'extrait pendant l'écoute)	3	1	/	
	Prend spontanément un ou plusieurs instruments	/	/	/	
	Prend sur demande un ou plusieurs instruments	Np	1	Np	
	Ne prend pas d'instrument, même après sollicitation	Np	/	Np	
	Joue d'un instrument par imitation	/	/	/	
Improvisé avec un instrument	/	2	/		

Dimension 2 – Relation humaine

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Participation aux échanges	Discours spontané	22	14	/	
	Discours après une sollicitation directe	3	5	3	
	Réagit à un contact social (e.g. sourire)	1	1	2	
	Absence de réaction face à une sollicitation	/	/	/	
	Montre son attention envers les échanges (e.g. regarde les personnes qui parlent)	+++	+++	+++	
Maintien de l'échange	Maintient l'échange ou le contact	+++	+++	+++	
	Répond de façon succincte, sans poursuivre l'échange	/	/	/	
	Contact visuel avec l'interlocuteur durant l'échange	+++	+++	+++	
Types de contact et de communication	Communication non verbale par les gestes	6	3	1	
	Contact physique	/	/	/	
	Echange médiatisé (e.g. instrument)	/	2	/	

Dimension 3 – Communication verbale

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Contenu de la communication	Souvenirs, vécu personnel	10	6	/	
	Préoccupations actuelles	/	2	/	
	Sentiments, humeur, désir	2	3	2	
	Commentaire sur la vie institutionnelle	/	/	/	
	Commentaire sur son propre comportement, sa propre performance (e.g. musicale)	/	/	/	
	Commentaire sur la séance, la musique, l'activité	5	2	1	
	Commentaire sur le groupe ou membre du groupe	/	/	/	
	Propos en rapport avec le sujet de la conversation	8	3	/	
	Propos hors sujets par rapport au thème de la conversation	/	4	/	
	Humour	1	/	/	
	Propos incohérents	2	2	/	
	Persévérance	/	2	/	
	Mauvaise compréhension des consignes	/	/	/	
Mauvaise compréhension / interprétation des propos d'autrui	/	/	/		

Dimension 4 – Affectivité

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Expression verbales et non verbale des émotions (pendant l'atelier)	Joie, plaisir (e.g. sourire, applaudissements, manifestation de l'enthousiasme, expression de plaisir)	+++	++	++	
	Tristesse (e.g. mine sombre, pleurs, soupirs, gémissements, plaintes, pessimisme)	/	/	/	
	Agitation, anxiété (e.g. tension, inquiétude, agitation psychomotrice, déambulation, désorientation)	+	++	++	
	Agressivité (e.g. irritabilité, sourcils froncés, lèvres pincées, jurons, critiques acerbes, ton agressif)	/	+	/	

Cotation :

- Sous forme de fréquence chiffrée d'apparition du comportement
- Sous forme d'intensité :

+++ = l'indicateur apparaît fortement

++ = l'indicateur apparaît moyennement

+ = l'indicateur apparaît faiblement

/ = l'indicateur n'apparaît pas

Np = non pertinent (absence d'occasion pour observer l'item)

Dimension 1 – Investissement dans la séance

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Réactions aux propositions et aux consignes	Suit les consignes données	Np	2		
	Ignore les consignes données	Np	/		
	Accepte une proposition	/	3		
	Décline une proposition pour en faire une autre	/	/		
	Décline une proposition avec explication	/	/		
	Décline une proposition sans explication (e.g. détourne la tête)	/	/		
	Commente une proposition	/	/		
Participation active à l'activité musicale	Chante, fredonne, siffle	2	2		
	Montre son attention envers la musique, l'activité (e.g. bat le rythme, commente l'extrait pendant l'écoute)	5	4		
	Prend spontanément un ou plusieurs instruments	/	1		
	Prend sur demande un ou plusieurs instruments	Np	/		
	Ne prend pas d'instrument, même après sollicitation	Np	/		
	Joue d'un instrument par imitation	/	1		
	Improvise avec un instrument	/	5		

Dimension 2 – Relation humaine

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Participation aux échanges	Discours spontané	25	17		
	Discours après une sollicitation directe	1	1		
	Réagit à un contact social (e.g. sourire)	/	/		
	Absence de réaction face à une sollicitation	/	/		
	Montre son attention envers les échanges (e.g. regarde les personnes qui parlent)	+++	+++		
Maintien de l'échange	Maintient l'échange ou le contact	+++	+++		
	Répond de façon succincte, sans poursuivre l'échange	/	/		
	Contact visuel avec l'interlocuteur durant l'échange	+++	+++		
Types de contact et de communication	Communication non verbale par les gestes	9	6		
	Contact physique (toucher)	/	/		
	Echange médiatisé (e.g. instrument)	/	1		

Dimension 3 – Communication verbale

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Contenu de la communication	Souvenirs, vécu personnel	9	1		
	Préoccupations actuelles	/	/		
	Sentiments, humeur, désir	/	1		
	Commentaire sur la vie institutionnelle	/	/		
	Commentaire sur son propre comportement, sa propre performance (e.g. musicale)	/	1		
	Commentaire sur la séance, la musique, l'activité	11	11		
	Commentaire sur le groupe ou membre du groupe	/	/		
	Propos en rapport avec le sujet de la conversation	6	4		
	Propos hors sujets par rapport au thème de la conversation	/	/		
	Humour	1	1		
	Propos incohérents	/	/		
	Persévération	/	/		
Mauvaise compréhension des consignes	/	/			
Mauvaise compréhension / interprétation des propos d'autrui	/	/			

Dimension 4 – Affectivité

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Expression verbales et non verbale des émotions (pendant l'atelier)	Joie, plaisir (e.g. sourire, applaudissements, manifestation de l'enthousiasme, expression de plaisir)	+++	+++		
	Tristesse (e.g. mine sombre, pleurs, soupirs, gémissements, plaintes, pessimisme)	/	/		
	Agitation, anxiété (e.g. tension, inquiétude, agitation psychomotrice, déambulation, désorientation)	/	/		
	Agressivité (e.g. irritabilité, sourcils froncés, lèvres pincées, jurons, critiques acerbes, ton agressif)	/	/		

Cotation :

- Sous forme de fréquence chiffrée d'apparition du comportement
- Sous forme d'intensité :

+++ = l'indicateur apparaît fortement

++ = l'indicateur apparaît moyennement

+ = l'indicateur apparaît faiblement

/ = l'indicateur n'apparaît pas

Np = non pertinent (absence d'occasion pour observer l'item)

Mme R.

✚ Dimension 1 – Investissement dans la séance

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Réactions aux propositions et aux consignes	Suit les consignes données	Np	2	Np	1
	Ignore les consignes données	Np	/	Np	/
	Accepte une proposition	/	2	/	2
	Décline une proposition pour en faire une autre	/	/	/	/
	Décline une proposition avec explication	/	/	/	/
	Décline une proposition sans explication (e.g. détourne la tête)	/	/	/	/
	Commente une proposition	/	/	/	/
Participation active à l'activité musicale	Chante, fredonne, siffle	/	/	2	1
	Montre son attention envers la musique, l'activité (e.g. bat le rythme, commente l'extrait pendant l'écoute)	4	1	4	6
	Prend spontanément un ou plusieurs instruments	/	/	/	1
	Prend sur demande un ou plusieurs instruments	Np	1	Np	2
	Ne prend pas d'instrument, même après sollicitation	Np	/	Np	/
	Joue d'un instrument par imitation	/	1	/	/
	Improvise avec un instrument	/	2	/	8

Dimension 2 – Relation humaine

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Participation aux échanges	Discours spontané	14	9	17	28
	Discours après une sollicitation directe	8	5	5	7
	Réagit à un contact social (e.g. sourire)	/	/	/	/
	Absence de réaction face à une sollicitation	/	/	/	/
	Montre son attention envers les échanges (e.g. regarde les personnes qui parlent)	+++	+++	+++	+++
Maintien de l'échange	Maintient l'échange ou le contact	+++	+++	+++	+++
	Répond de façon succincte, sans poursuivre l'échange	/	/	/	/
	Contact visuel avec l'interlocuteur durant l'échange	+++	+++	+++	+++
Types de contact et de communication	Communication non verbale par les gestes	5	3	3	1
	Contact physique (toucher)	/	/	/	/
	Echange médiatisé (e.g. instrument)	/	2	/	5

Dimension 3 – Communication verbale

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Contenu de la communication	Souvenirs, vécu personnel	1	/	2	6
	Préoccupations actuelles	/	1	/	/
	Sentiments, humeur, désir	1	1	5	7
	Commentaire sur la vie institutionnelle	/	/	/	/
	Commentaire sur son propre comportement, sa propre performance (e.g. musicale)	/	/	/	2
	Commentaire sur la séance, la musique, l'activité	7	6	5	15
	Commentaire sur le groupe ou membre du groupe	/	/	/	/
	Propos en rapport avec le sujet de la conversation	9	2	3	16
	Propos hors sujets par rapport au thème de la conversation	/	/	/	/
	Humour	/	/	1	/
	Propos incohérents	/	/	/	/
	Persévération	/	/	/	/
Mauvaise compréhension des consignes	/	/	/	/	
Mauvaise compréhension / interprétation des propos d'autrui	/	/	/	/	

Dimension 4 – Affectivité

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Expression verbales et non verbale des émotions (pendant l'atelier)	Joie, plaisir (e.g. sourire, applaudissements, manifestation de l'enthousiasme, expression de plaisir)	+++	+++	+++	+++
	Tristesse (e.g. mine sombre, pleurs, soupirs, gémissements, plaintes, pessimisme)	/	/	/	/
	Agitation, anxiété (e.g. tension, inquiétude, agitation psychomotrice, déambulation, désorientation)	/	+	/	+
	Agressivité (e.g. irritabilité, sourcils froncés, lèvres pincées, jurons, critiques acerbes, ton agressif)	/	/	/	/

Cotation :

- Sous forme de fréquence chiffrée d'apparition du comportement
- Sous forme d'intensité :

+++ = l'indicateur apparaît fortement

++ = l'indicateur apparaît moyennement

+ = l'indicateur apparaît faiblement

/ = l'indicateur n'apparaît pas

Np = non pertinent (absence d'occasion pour observer l'item)

Mme Z.

Dimension 1 – Investissement dans la séance

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Réactions aux propositions et aux consignes	Suit les consignes données				1
	Ignore les consignes données				/
	Accepte une proposition				2
	Décline une proposition pour en faire une autre				/
	Décline une proposition avec explication				/
	Décline une proposition sans explication (e.g. détourne la tête)				/
	Commente une proposition				/
Participation active à l'activité musicale	Chante, fredonne, siffle				1
	Montre son attention envers la musique, l'activité (e.g. bat le rythme, commente l'extrait pendant l'écoute)				1
	Prend spontanément un ou plusieurs instruments				/
	Prend sur demande un ou plusieurs instruments				2
	Ne prend pas d'instrument, même après sollicitation				/
	Joue d'un instrument par imitation				/
	Improvise avec un instrument				8

Dimension 2 – Relation humaine

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Participation aux échanges	Discours spontané				4
	Discours après une sollicitation directe				10
	Réagit à un contact social (e.g. sourire)				2
	Absence de réaction face à une sollicitation				/
	Montre son attention envers les échanges (e.g. regarde les personnes qui parlent)				++
Maintien de l'échange	Maintient l'échange ou le contact				+++
	Répond de façon succincte, sans poursuivre l'échange				/
	Contact visuel avec l'interlocuteur durant l'échange				+++
Types de contact et de communication	Communication non verbale par les gestes				9
	Contact physique (toucher)				/
	Echange médiatisé (e.g. instrument)				4

Dimension 3 – Communication verbale

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Contenu de la communication	Souvenirs, vécu personnel				4
	Préoccupations actuelles				/
	Sentiments, humeur, désir				5
	Commentaire sur la vie institutionnelle				/
	Commentaire sur son propre comportement, sa propre performance (e.g. musicale)				4
	Commentaire sur la séance, la musique, l'activité				7
	Commentaire sur le groupe ou membre du groupe				/
	Propos en rapport avec le sujet de la conversation				2
	Propos hors sujets par rapport au thème de la conversation				/
	Humour				/
	Propos incohérents				/
Persévérance				/	
Mauvaise compréhension des consignes				/	
Mauvaise compréhension / interprétation des propos d'autrui				/	

Dimension 4 – Affectivité

Catégories	Items	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4
Expression verbales et non verbale des émotions (pendant l'atelier)	Joie, plaisir (e.g. sourire, applaudissements, manifestation de l'enthousiasme, expression de plaisir)				+++
	Tristesse (e.g. mine sombre, pleurs, soupirs, gémissements, plaintes, pessimisme)				/
	Agitation, anxiété (e.g. tension, inquiétude, agitation psychomotrice, déambulation, désorientation)				/
	Agressivité (e.g. irritabilité, sourcils froncés, lèvres pincées, jurons, critiques acerbes, ton agressif)				/

Cotation :

- Sous forme de fréquence chiffrée d'apparition du comportement
- Sous forme d'intensité :

+++ = l'indicateur apparaît fortement

++ = l'indicateur apparaît moyennement

+ = l'indicateur apparaît faiblement

/ = l'indicateur n'apparaît pas

Np = non pertinent (absence d'occasion pour observer l'item)

Annexes 7

Données standardisées individuelles de Mme Bm. Et Mme Bs.

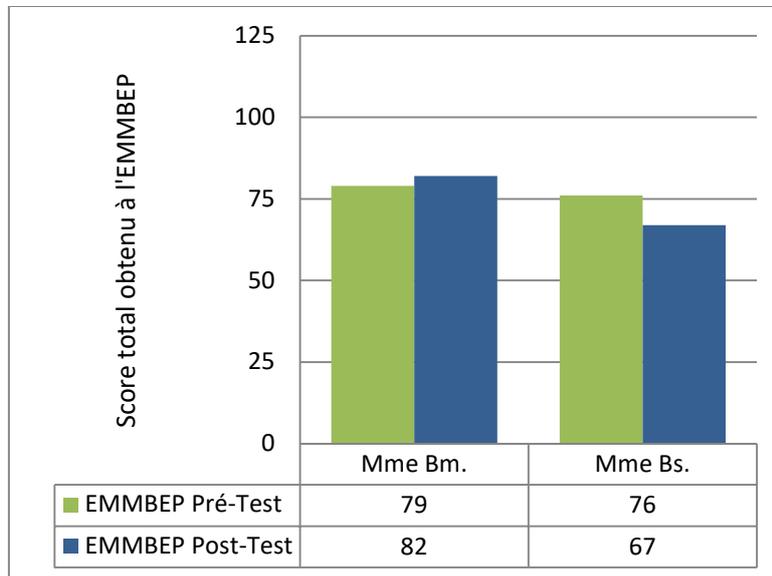


Figure A : Scores totaux obtenus par Mme Bm. Et Mme Bs. à l'EMMBEP avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

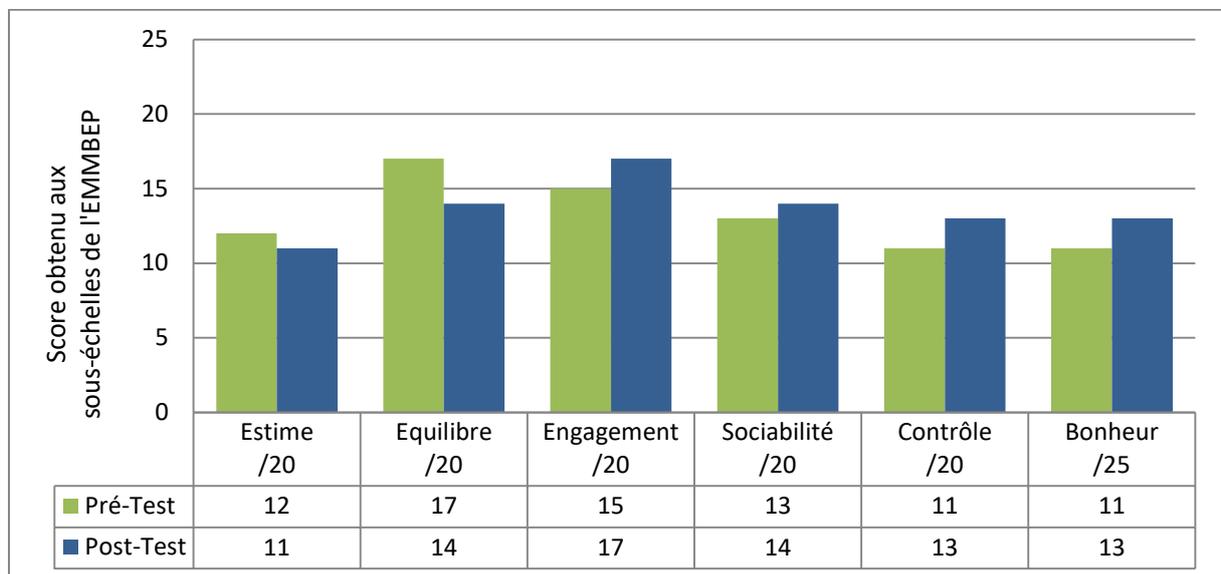


Figure B : Scores obtenus par Mme Bm. aux sous-échelles de l'EMMBEP avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

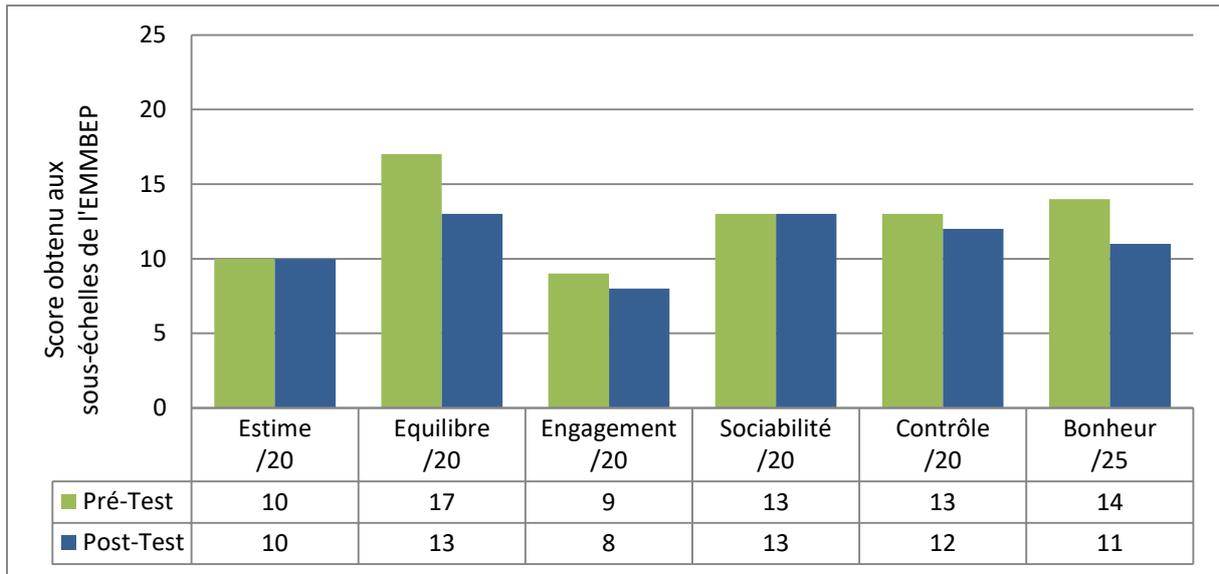


Figure C : Scores obtenus par Mme Bs. aux sous-échelles de l'EMMBEP avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

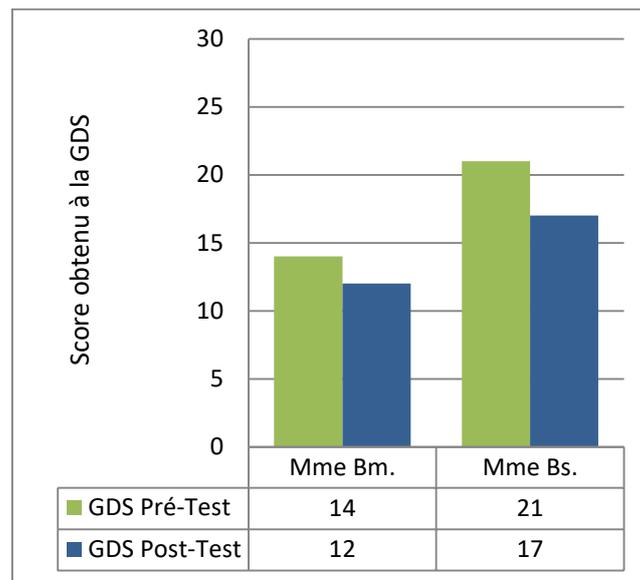


Figure C : Scores obtenus par Mme Bm. Et Mme Bs. à la GDS avant l'atelier (Pré-Test) et après l'atelier (Post-Test)

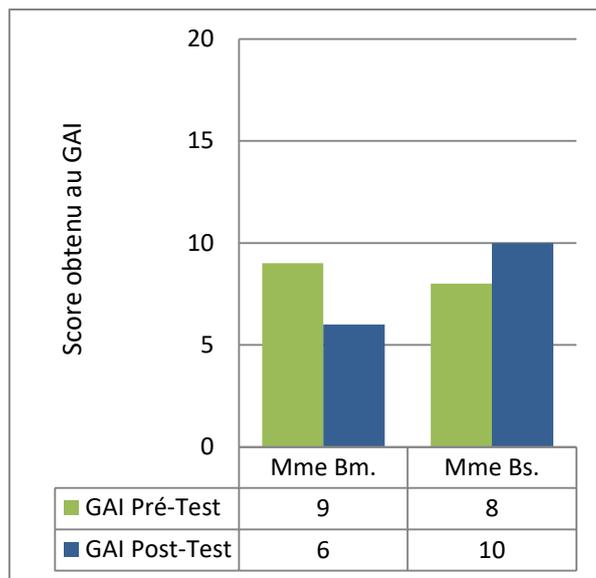


Figure E : Scores obtenus par Mme Bm. Et Mme Bs. au GAI avant l’atelier (Pré-Test) et après l’atelier (Post-Test)

RESUME

La présente étude a pour objet de déterminer les effets de l'atelier musical sur le sentiment de bien-être psychologique ainsi que sur les symptômes dépressifs et de troubles anxieux présentés par des personnes âgées présentant une démence et résidant en EHPAD.

Quatre participantes ont pris part à un atelier musical, constitué de dix séances lors desquelles les personnes étaient invitées à échanger autour d'extraits musicaux écoutés, puis à réaliser des exercices musicaux au travers de l'utilisation d'instruments ou du chant.

Afin de déterminer les effets de l'atelier, deux démarches ont été réalisées en parallèle : l'une qualitative, à base d'observations cliniques des comportements manifestés par les participantes lors des séances ; et l'autre quantitative, à base d'évaluations standardisées du bien-être psychologique (EMMBEP), des symptômes dépressifs (GDS) et des symptômes anxieux (GAI) réalisées avant et après l'atelier musical. Un groupe contrôle a également été mis en place, afin de comparer le groupe expérimental à des personnes n'ayant pas participé à l'atelier musical mis en place.

A l'échelle individuelle, des effets positifs de l'atelier musical ont pu être observés, en particulier chez trois participantes sur quatre. Ces effets portent sur différents éléments (*e.g.* estime de soi, sociabilité, engagement social) en fonction des personnes, mettant en évidence un effet global positif de l'atelier musical, et des effets spécifiques à chaque personne, selon son propre vécu de l'atelier et sa singularité.

Une étude sur une plus longue durée et incluant plus de participants ainsi qu'un groupe supplémentaire, participant à un autre type d'atelier (*e.g.* peinture) pourrait permettre de dégager plus précisément les effets de l'atelier musical sur le bien-être et l'état émotionnel des personnes âgées en EHPAD, mais également de distinguer les effets liés à la participation à une activité sociale des effets liés spécifiquement à une prise en charge basée sur la médiation musicale.

Mots-clés : psychologie ; personnes âgées ; démence ; musique ; médiation musicale ; atelier musical ; musicothérapie ; dépression ; anxiété ; bien-être