



*Mémoire d'initiation à la recherche en vue de
l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute*

L'ACTIVITE MUSICALE ET LA MALADIE D'ALZHEIMER



Juin 2018

NGUYEN Dan Kim
L3 Ergothérapie
IFE de Créteil

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 Juillet 2010, relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 50 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- Un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- Un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussignée, Dan Kim NGUYEN, étudiante en 3^e année en Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informée des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 24 Mai 2018

REMERCIEMENTS

*A ma maître de mémoire pour son accompagnement et son soutien tout au long
de ce travail malgré son emploi du temps et ses obligations,*

A mes amis et ma famille pour leur présence, leur soutien et leurs apports,

*Aux cinq ergothérapeutes qui ont accepté ma demande et qui m'ont aidée à
accomplir ce travail d'initiation,*

Sans vous, ce mémoire n'aurait pas vu le jour.

Je vous remercie.

LISTE DES ABREVIATIONS

MA: Maladie d'Alzheimer

HAS: Haute Autorité de la Santé

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

EHPAD: Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

MDH-PPH: Modèle de Développement Humain - Processus de Production du Handicap

MMSE: Mini Mental State Examination

SPCD: Symptômes psychologiques et comportementaux au cours des démences

NPI: Inventaire Neuro Psychiatrique

CMAI: Cohen-Mansfield Agitation Inventory

USLD: Unité de Soin Longue Durée

UHR; Unité d'Hospitalisation Renforcée

PASA: Pôle d'activités et de soins adaptés

UVA: Unité de Vie Alzheimer

SOMMAIRE

DEMARCHE METHODOLOGIQUE ET INTRODUCTION	7
I) Démarche méthodologique	7
a. Situation d'appel	7
b. Discussions, lectures et pré-enquête	8
II) Introduction	9
PARTIE CONCEPTUELLE	12
I) La maladie d'Alzheimer	13
1) La MA : définition et évolution de la maladie et symptômes	13
a. Définition	13
b. Evolution de la maladie : les stades et les symptômes	14
2) Les troubles psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer	15
a. Définition	15
b. Fréquence des troubles psycho-comportementaux.....	16
3) Enjeu de santé publique	17
a. Outils d'évaluation	18
b. Le traitement non médicamenteux	18
c. Les plans et réglementation.....	18
II) L'ergothérapie	19
1) Définition générale de l'ergothérapie	20
2) En institution auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	20
a. En institution.....	20
b. Auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	21
3) La participation en ergothérapie	22
a. Définition	22
b. La participation sociale	23
c. En ergothérapie	24
d. Auprès des personnes atteintes de la MA aux stades modéré à sévère	24
III) L'activité musicale	25
1) La musique et le cerveau	25
a. La musique : quel intérêt dans la société ?	25
<i>i. Utilisation au quotidien</i>	25
<i>ii. Définition</i>	26
<i>iii. L'appareil auditif</i>	26

b.	La musique sur le cerveau : quelles parties stimulées ?	27
c.	La musique sur le cerveau : les effets.....	28
i.	<i>Le bien-être</i>	28
ii.	<i>L'émotion</i>	29
iii.	<i>Les fonctions cognitives</i>	29
iv.	<i>Le comportement</i>	31
2)	L'activité musicale et la maladie d'Alzheimer en ergothérapie en institution	31
a.	Un traitement non médicamenteux pour réduire les troubles psycho-comportementaux.....	31
b.	L'activité musicale en ergothérapie en institution.....	33
c.	Avec la maladie d'Alzheimer aux stades modéré à sévère	33
IV)	Conclusion de la partie théorique	34
	PARTIE EXPERIMENTALE	36
I)	Objectifs	36
II)	Population	36
III)	Constitution de l'échantillon	36
IV)	Outil d'investigation	37
V)	Résultats, analyse, discussion	38
1)	Présentation des résultats bruts et leur analyse	38
a.	Objectifs ergothérapeutiques en institution.....	38
b.	Pertinence de l'activité musicale en ergothérapie	39
c.	Evaluation des troubles psycho-comportementaux et travail collaboratif.....	42
d.	Les effets de l'activité musicale sur les fonctions cognitives	43
e.	Les effets de l'activité musicale sur les troubles psycho-comportementaux.....	44
f.	Les effets de l'activité musicale sur le bien-être et le plaisir	46
g.	Les effets de l'activité musicale ou le changement au niveau des troubles psycho-comportementaux (conséquences de l'activité musicale) sur la participation	47
h.	Une rémanence des effets de l'activité	49
i.	Limites de l'activité	50
2)	Discussion	52
a.	Confrontation des résultats à la théorie et vérification de l'hypothèse	52
i.	<i>Confrontation des résultats</i>	52
ii.	<i>Vérification de l'hypothèse</i>	53
b.	Pistes de réflexion	54
c.	Critique : les intérêts et les limites de l'enquête et de l'étude.....	55
i.	<i>L'enquête</i>	55

CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE	59
ANNEXES	I
Annexes n° 1 : Les concepts-clés du MDH PPH	II
Annexes n° 2 : Tableau récapitulatif des symptômes psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer selon le score du MMSE	VI
Annexes n°3 : Grille d'entretien	VII
Annexes n°4 : Un des cinq entretiens avec les ergothérapeutes de l'échantillon ..	IX

DEMARCHE METHODOLOGIQUE ET INTRODUCTION

I) Démarche méthodologique

a. Situation d'appel

Durant mes trois années d'études en ergothérapie, j'ai eu l'opportunité de faire deux de mes premiers stages en institution durant lesquels je suis intervenue auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA).

Grâce à ces derniers, j'ai confronté mes connaissances théoriques sur cette maladie à ma pratique professionnelle : j'ai pu y appliquer et approfondir mes connaissances sur la maladie et mes compétences ergothérapeutiques auprès de la population atteinte. Par le bagage que j'ai obtenu, j'ai souhaité, pour ce mémoire, traiter de cette pathologie.

C'est également durant ces deux stages que j'ai découvert l'utilisation de la musique en institution dans un but thérapeutique et observé les effets qu'elle apportait aux patients. La musique était utilisée par différents professionnels et intervenants notamment des aides-soignants, des bénévoles musiciens mais aussi par les ergothérapeutes qui, à l'époque, étaient mes tuteurs de stage. « Pourquoi utiliser la musique en ergothérapie ? », me suis dis-je. Ils utilisaient tous deux la musique en tant que médiation – ils encadraient une activité musicale – auprès d'une population atteinte de cette maladie aux premiers stades. Bien que les objectifs fussent différents (puisque les activités et leur cadre étaient différents), ils se rejoignaient sous un objectif principal qui était de maintenir les fonctions cognitives de la population ciblée, notamment la mémoire. L'activité musicale encadrée était très appréciée des résidents par rapport à d'autres activités qui travaillaient aussi cette fonction. Mon questionnement autour de ce concept d'activité musicale s'éveillait : « pourquoi l'activité musicale plaît davantage par rapport à d'autres activités ? Qu'est-ce qui la rend si attractive ? ».

De plus, je remarquais que les personnes touchées par cette maladie ne présentaient pas qu'un déclin cognitif. Elles présentaient également des troubles

différents, qu'on appelle psycho-comportementaux, et qui étaient non seulement perturbateurs pour elles-mêmes, en étant un obstacle à leur prise en charge, mais également pour leur entourage social. Cela était observable surtout auprès des résidents atteints des derniers stades de la maladie : ils participaient qu'à peu d'activités voire ne participaient plus et étaient isolées. Au moment où j'avais observé cela, je ne savais pas encore que je m'intéressasse à ces troubles dans la MA aux stades évolués.

b. Discussions, lectures et pré-enquête

Arrivée en troisième année, à l'aube de ce travail d'initiation à la mémoire, je savais que la MA et l'activité musicale devaient être deux de mes concepts à traiter. Cependant, comment les mettre en lien ? Qu'est-ce qui m'intéresse dans ces concepts ? Quelle est la place de l'ergothérapie dans ces concepts ?

A l'aide de lectures préalables de textes et articles sur internet (notamment sur les sites de la Haute Autorité de la Santé (HAS), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)) mais surtout à l'aide de discussions avec les professeurs de l'école d'ergothérapie et avec mon maître de mémoire, j'ai pu trier mes idées, commencer à les mettre en lien avec l'ergothérapie et affiner mes choix au niveau des sources de lecture théoriques.

Initialement, je m'intéressais à l'influence de l'activité musicale en ergothérapie sur les fonctions cognitives des personnes atteintes de la MA. Ainsi, je devais affiner la population que je voulais étudier : « à quels stades de la maladie je m'intéresse ? ». Je me suis rappelée de mon intérêt pour les troubles psycho-comportementaux que j'avais facilement observé aux stades avancés de la MA et à leurs conséquences notamment au niveau de la participation, notion-clef en ergothérapie. « Comment en ergothérapie puis-je permettre à ces personnes de participer à une activité ? ». En rapprochant ce questionnement à mes précédents concepts, en poursuivant ma réflexion sur les liens à établir avec l'aide de mon maître de mémoire, la problématique et l'hypothèse de mon mémoire commençaient à voir le jour. Nonobstant, je finissais par douter de mes choix et de leur pertinence.

L'ouvrage Connecting through music with people with demencia de Rio R. m'a aidé à retrouver confiance en ce sujet. Cet ouvrage en anglais est un partage d'expériences et de témoignages de l'auteur, un soignant en institution, qui utilise la musique dans sa pratique au quotidien avec les personnes atteintes de démence (dont la MA). J'ai également eu l'opportunité de faire des pré-enquêtes auprès d'ergothérapeutes utilisant la musique comme médiation, contactés via les réseaux sociaux, ce qui m'a confortée dans la faisabilité de l'enquête. Ces derniers ont aussi contribué à la construction de ce mémoire en me donnant davantage confiance en lui.

Egalement, un accompagnement par des étudiants cadre de santé m'a permis de relier mon sujet à un contexte réel et pertinent au niveau économique-social. En effet, un travail sur la santé publique a été réalisé et est utilisé dans mon mémoire.

II) Introduction

Selon l'OMS, 50 millions de personnes dans le monde est atteinte de démence. Chaque année, 10 millions de nouveaux cas apparaissent. Altérant les fonctions physiques, cognitives et psycho-comportementaux des personnes touchées, la démence est l'une des causes principales de handicap et de dépendance dans le monde. Ainsi la démence est définie comme une priorité de santé publique.

Il existe différentes formes de démence. La MA représente 60% à 70% d'entre elles (OMS, 2017).

En France, avec l'évolution de l'espérance de vie, 900 000 personnes sont touchées, soit 1 français sur 4. On estime que d'ici 2020, 3 millions de français seront concernés par la MA (les personnes touchées et leur entourage : les aidants, la famille...) (Inserm, 2014).

La MA est une maladie neurodégénérative et évolutive. De ce fait, une prise en charge adaptée (collaboration multidisciplinaire et coopération entre aidants) sur le long terme au lieu de vie de la personne atteinte de MA, du diagnostic jusqu'à la

fin de vie, est nécessaire. En effet, la progression de la maladie est propre à chaque individu et est ainsi difficile à situer. Les symptômes psycho-comportementaux, associés aux troubles cognitifs et physiques, sont l'une des manifestations majeures de la MA au stade modéré et sévère, notamment avec l'anxiété, l'agressivité, l'agitation. Ces troubles affectent l'autonomie de la personne dans son environnement. Ils s'aggravent dans le temps et limitent la participation sociale (Duzan & Fouassier, 2011) ce qui est une situation de handicap.

Selon l'OMS (2017), la prise en charge médicamenteuse permet de réduire les troubles concomitants, telles que des dépressions associées, ce qui améliore le quotidien des malades. A l'heure actuelle, aucun traitement ne permet de guérir la MA.

Les prises en charge non médicamenteuses pour les personnes atteintes de la MA sont importantes dans la prise en charge thérapeutique à long terme. « La qualité de vie est conditionnée par le psychique et le physique » (HAS, 2011).

Les soins médicamenteux, selon l'OMS (2017), doivent être couplés à approches non médicamenteuses notamment des activités significatives et signifiantes pour les personnes dans leur environnement : dans leur domicile adapté selon leurs besoins ou en institution (dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), par exemple). L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui intervient fréquemment à domicile afin de maintenir l'autonomie et l'indépendance de ses patients atteints de la MA au stade léger dans leur domicile le plus longtemps possible.

Dans les stades modéré et sévère de la MA, parmi les diverses missions dont il est responsable, l'ergothérapeute veut stimuler les capacités restantes des personnes atteintes de MA et renforcer leur participation dans le quotidien.

La musique est omniprésente dans notre environnement. Nous l'utilisons d'une façon signifiante, sous une multitude de formes depuis très longtemps. Plus récemment, la musique est aussi utilisée pour des activités telles que le sport, les fêtes, la relaxation, les études ou encore pour notre propre plaisir. Elle éveille en nous des émotions et des affects qui nous sont propres. La mémoire musicale est

très efficace (CNRS, 2016): la musique active les circuits neuronaux de la récompense (production de dopamine) lorsqu'elle est plaisante et active la totalité du cerveau notamment la région du langage. Dans quelle mesure l'ergothérapeute peut-il utiliser la musique comme activité thérapeutique dans sa pratique, notamment pour renforcer leur participation au quotidien ?

Dans les lieux de vie des personnes atteintes de MA, la musique est utilisée pour les calmer et les relaxer. De plus, selon Hervé Platel, professeur de neuropsychologie à l'Université de Caen, « la musique demeure le seul canal de communication possible » chez les personnes atteintes de la MA aux stades modéré et sévère car elle active des circuits cérébraux lésés ayant encore une activité minimale (2016). La musique semblerait être facilitatrice de la participation.

Ainsi, il serait intéressant de nous demander **en quoi l'activité musicale en ergothérapie facilite la participation en institution des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré à sévère ?**

Pour répondre à cette problématique, **mon hypothèse est que l'activité musicale en ergothérapie réduit les troubles psycho-comportementaux, qui influent sur la participation, des personnes en institution.**

Dans un premier temps, dans la partie théorique ou conceptuelle, je traiterai, de façon successive, de la MA, de l'ergothérapie puis de l'activité musicale. La seconde partie de mon mémoire est la partie expérimentale dans laquelle j'introduirai mon enquête, en exposerai les résultats et leur analyse qui seront discutés.

PARTIE CONCEPTUELLE

Le modèle conceptuel utilisé dans cette étude est le Modèle de Développement Humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH) (version de 2010) (RIPPH, 2018).

Ce modèle conceptuel met en interaction trois domaines (les habitudes de vie, les facteurs environnementaux et les facteurs personnels) et met en exergue leur impact et leur interrelation sur la situation de vie et sur la participation des personnes concernées au niveau de leurs activités de vie quotidienne ainsi que dans l'accomplissement de leurs rôles sociaux (Voir annexes n°1).

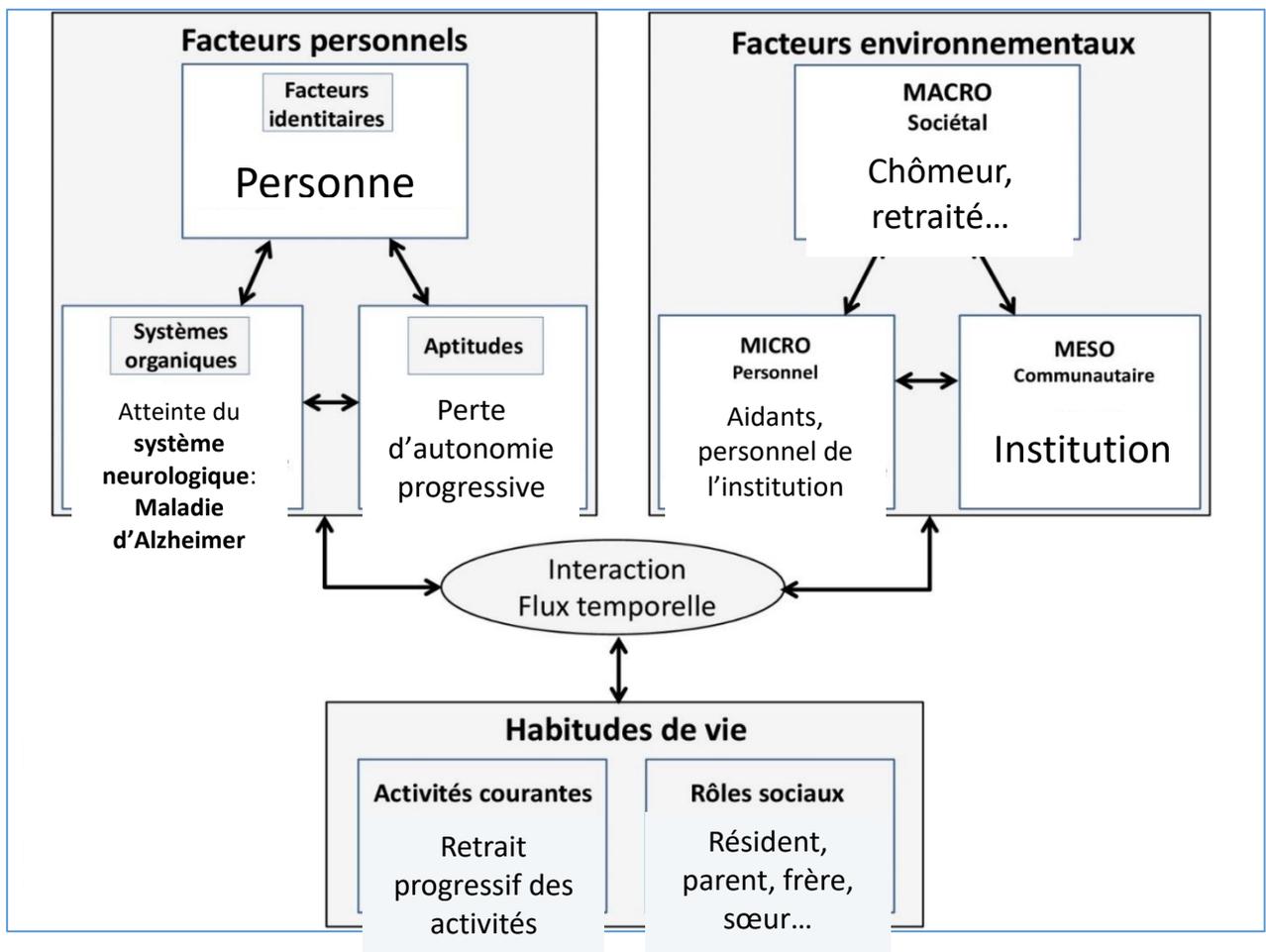


Figure 1 MDH-PPH appliqué au sujet du mémoire

I) La maladie d'Alzheimer

1) La MA : définition et évolution de la maladie et symptômes

a. Définition

Diagnostiquée selon les critères du DSM-IV-TR¹ ou du NINCDS-ADRDA² (HAS, 2009), la MA, forme la plus commune des démences (OMS, 2017), est une maladie neuro-dégénérative³, évolutive et irréversible dont la durée de l'évolution dépend de la personne. En institution, la personne est prise en charge par une équipe pluridisciplinaire formée à la MA.

Alors que la maladie touche majoritairement les personnes âgées⁴ – l'âge étant le facteur de risque principal de la maladie avec le vieillissement de la personne qui augmente sa fragilité et qui augmente ses risques d'avoir des problèmes de santé – notamment à partir de 65 ans, il existe des formes précoces de la maladie touchant ainsi des personnes plus jeunes (vers 45 ans). Cette maladie n'est pas reliée directement au vieillissement d'une personne mais par l'envahissement du cerveau par des protéines provoquant des lésions associées (Organisation Mondiale de la Santé, 2016).

Ces lésions cérébrales se caractérisent par une altération des fonctions cognitives notamment la mémoire, le langage, la praxie, la gnosie et les fonctions exécutives (HAS, 2012) et au développement de troubles psycho-comportementaux. Les troubles qui apparaissent ont des répercussions dans l'ensemble des activités (de la vie quotidienne, signifiantes comme les loisirs et significatives comme l'emploi) de la personne (HAS, 2011-12): ils réduisent progressivement son autonomie, son indépendance et l'isole, de la même façon, socialement en quelques années (Ministère des Solidarités et de la Santé , 2018). Appliquée au modèle MDH-PPH, la MA crée une situation de handicap où la personne se retire progressivement de ses activités sociales : elle perd peu à peu son rôle dans son environnement.

¹ Par l'*American Psychiatric Association*, 2000

² Par *McKhann*, 1984

³ Atteinte cérébrale conduisant à une mort neuronale ou à une dégénérescence neuronale

⁴ L'âge étant le facteur de risque principal de la maladie avec le vieillissement de la personne qui augmente sa fragilité, augmentant ses risques d'avoir des problèmes de santé (Molin & Rockwood, 2016)

b. Evolution de la maladie : les stades et les symptômes

Maladie aux symptômes évolutifs, ces derniers sont classés sous trois différents stades de développement : léger, modéré, sévère (France Alzheimer, 2017). Les stades de la maladie sont déterminés en fonction du diagnostic de la maladie, notamment à l'aide d'un outil d'évaluation cognitive globale : le Mini Mental State Examination (MMSE) (HAS, 2009). Ce test, pratique et rapide d'utilisation, est utilisé pour dépister et suivre l'évolution du déclin cognitif issu de la maladie. Il permet de classer ses symptômes (correspondant aux critères de diagnostic) selon des intervalles de score qui correspondent aux stades de développement ci-dessus. Cela permet d'aider à adapter le traitement en fonction de l'évolution de la maladie (Derouesné, et al., 1999).

■ *Stade léger*

Déterminé par un MMSE situé entre 21 et 30.

Au début de la maladie, les symptômes sont peu visibles. Ils sont toutefois caractérisés par des troubles de la mémoire (troubles rétrogrades et antérogrades) légers, non forcément perceptibles par l'entourage proche de la personne touchée, des difficultés à planifier ou à organiser des tâches, ainsi que par l'apparition de troubles dépressifs (début d'isolement) et psycho-comportementaux (labilité émotionnelle). (Alzheimer's Association, 2017) (France Alzheimer, 2017).

■ *Stade modéré*

Déterminé par un MMSE situé entre 11 et 20.

Les symptômes du stade léger sont toujours présents mais sont aggravés ce qui a un impact sur l'autonomie de la personne. Les troubles cognitifs deviennent perceptibles. Certaines activités de la vie quotidienne deviennent difficiles à accomplir et la personne devient dépendante d'aides ce qui, par le refus de dépendance, peut accentuer les troubles dépressifs. De nouveaux troubles cognitifs apparaissent notamment des troubles temporo-spatiaux, les troubles praxiques, de l'aphasie et des troubles gnosiques qui limitent la communication sociale. Les troubles psycho-comportementaux sont intensifiés et la personne peut commencer à déambuler. La personne atteinte de la maladie à ce stade peut présenter de

l'apathie, des idées délirantes et hallucinations. Ainsi, la personne à ce stade ne participe progressivement plus à ses activités (Alzheimer's Association, 2017) (France Alzheimer, 2017).

■ *Stade sévère*

Déterminé par un MMSE situé entre 0 et 10.

Les symptômes des stades précédents, troubles cognitifs et psycho-comportementaux, sont majorés. De ce fait, la personne devient dépendante pour la majorité voire la totalité des activités de la vie quotidienne. Au niveau social, la personne n'est plus capable d'interagir avec son entourage et se détache davantage voire complètement de ses activités (Alzheimer's Association, 2017) (France Alzheimer, 2017).

Les troubles psycho-comportementaux sont présents et aggravés dans l'évolution de la maladie. Ainsi, selon le MDH-PPH, ils participent à la perte progressive de l'autonomie ainsi qu'au retrait progressif dans les activités des personnes atteintes.

2) Les troubles psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer

a. Définition

Les troubles psycho-comportementaux dans la MA, ou Symptômes Psychologiques et Comportementaux au cours des Démences (SPCD), sont des symptômes présents dès le début de la MA et influent sur la qualité de vie ainsi que sur l'autonomie des patients (Delphin-Combe, et al., 2013).

Selon l'Association Internationale de psychogériatrie (1996), les SPCD peuvent être définis comme les symptômes évocateurs de troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur et des comportements.

De façon plus développée, la HAS ajoute qu'il s'agit de symptômes non cognitifs au niveau des comportements, attitudes ou expressions qui peuvent être perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui. Ils signalent une rupture au niveau du fonctionnement antérieur du patient. Souvent associés entre

eux, ils sont d'origine multifactorielle (l'environnement humain et physique de la personne, les causes somatiques et cognitives de la personne). (HAS, 2009).

Les SPCD sont séparés en deux groupes : les troubles comportementaux et les troubles psychiatriques.

- Parmi les troubles comportementaux, on retrouve l'apathie, l'anxiété, l'agitation verbale ou physique, l'agressivité, la dépression, les troubles du sommeil, les comportements moteurs aberrants.
- Parmi les troubles psychiatriques, nous trouvons les troubles de l'humeur (troubles dépressifs et anxieux, initialement en réaction à la diminution des capacités cognitives), le désintérêt, l'apathie, l'anhédonie, les idées délirantes et hallucinations.

b. Fréquence des troubles psycho-comportementaux

Selon une étude menée en 1996 (voir Annexes n°2), les symptômes comportementaux les plus présents dans la MA sont l'agitation, l'anxiété et l'apathie. En effet, ils concernent respectivement 60%, 48% et 72% des personnes atteintes de la maladie.

On constate dans cette étude que, plus la maladie est aux stades les plus évolués, plus les personnes atteintes de la maladie présentent une fréquence importante des troubles. Par exemple, au niveau de l'apathie, 46% des patients au stade léger le présente, 80% des patients au stade modéré et 92% des patients au stade sévère (Mega, Cummings, Fiorello, & Gombein, 1996).

Ces SPCD peuvent se retrouver à tous les stades de la maladie quel que soit le niveau cognitif. Ces symptômes ont des conséquences importantes notamment sur la qualité de vie du patient, à la qualité de la prise en charge puisque ces troubles deviennent difficiles pour les aidants, à une prescription médicamenteuse inappropriée et des risques iatrogéniques augmentés (HAS, 2009). Il s'agit alors d'un enjeu de santé publique.

3) Enjeu de santé publique

Maladie qui représente 60% à 70% des démences, la MA en France touche plusieurs centaines de milliers de personnes (900 000). Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les français sont de plus en plus atteints par cette maladie. D'après la loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique, plusieurs plans d'actions ont été mis en place par le gouvernement français afin d'assurer une prise en charge optimale.

Jusqu'à 90% des personnes Alzheimer présentent au moins un symptôme psycho-comportemental. Cependant, les SPCD s'aggravent dans l'évolution de la maladie, surtout aux derniers stades. Autrement dit, leur fréquence et intensité augmentent selon l'évolution de la MA. Selon l'HAS, les troubles psycho-comportementaux ont des conséquences sur l'adaptation des personnes Alzheimer à leur environnement, à leur entourage, sur leur participation sociale, sur la prise en charge et sur lui-même. Ainsi, ils sont souvent à l'origine de l'institutionnalisation des patients dû à l'épuisement de l'entourage (Vandel, Haffen, & Sechter, 2009).

A l'heure actuelle, il n'existe aucun traitement guérissant la maladie mais des traitements, dits symptomatiques, qui agissent sur ces troubles psycho-comportementaux.

En France, la consommation de médicaments est importante et augmente avec l'âge, ce qui alourdit la charge économique de la maladie. Les patients atteints de la MA sont sensibles aux psychotropes en raison des troubles psycho-comportementaux. Les risques d'iatrogénie, d'interférences médicamenteuses et d'accoutumance sont importants : ces risques peuvent accélérer l'évolution de la maladie, (ANESM, 2014). L'administration d'antipsychotiques [...] s'accompagne d'une augmentation de la mortalité chez le sujet âgé dément (ANSM, 2008). De plus, la HAS avait défini un service médical rendu faible de ces médicaments compte tenu de l'existence d'effets indésirables potentiellement graves et de la mauvaise tolérance de la part des personnes Alzheimer. C'est pourquoi il est important d'évaluer les SPCD afin de les suivre.

a. Outils d'évaluation

Ainsi, la HAS encourage la passation d'évaluation en institution à l'aide d'outils comme l'Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI) ou le Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI).

La NPI permet d'objectiver des troubles observés et qui durent dans le temps. Cet outil met en avant les symptômes comportementaux les plus fréquents dans la MA. Il évalue leur fréquence et leur retentissement sur l'environnement humain de la personne.

Le CMAI est recommandé en tant que complément du NPI. Il évalue l'agressivité physique, les déambulations. (HAS, 2009)

b. Le traitement non médicamenteux

La HAS souligne l'importance des traitements non médicamenteux, à visée préventive, curative et pouvant éviter le recours des traitements médicamenteux (HAS, 2014). Ils sont recommandés pour agir sur la sévérité des SPCD (HAS, 2009). Ils sont mis en place par un personnel formé, en ambulatoire ou en institution. Il existe différents traitements non médicamenteux adaptés aux besoins de et à la personne. Selon la HAS, il existe des interventions agissant sur la qualité de vie, sur le domaine psychologique et psychiatrique, au niveau cognitif, sur l'activité motrice et sur le comportement telles que l'utilisation de la musique (HAS, 2011).

c. Les plans et réglementation

Dans les plans Alzheimer de ces dernières années (Plan Alzheimer (Gouvernement, 2007), Plan Maladies Neuro-dégénératives (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2014-2019) et Plan mondial de l'OMS contre les démences (OMS, 2017)) et/ou en cours mis en place pour prévenir la survenue de la maladie (non traité ici), améliorer l'autonomie et la qualité de vie des personnes Alzheimer, la qualité des interventions thérapeutiques dépend des compétences de soin, d'accompagnement des professionnels de santé travaillant en institution et de l'organisation des soins. Ainsi, les plans visent une exigence pédagogique renforcée

basée sur la connaissance de la MA, ses répercussions, le renforcement des compétences en matière de gestion des risques (iatrogénie médicamenteuse entre autres), les soins et les traitements non médicamenteux à travers des mesures telles que :

- Améliorer la qualité, la régularité de la prise en charge médicamenteuse adaptée à chaque patient et prévenir les risques d'effets secondaires
- Assurer la continuité des soins et/ou l'accès aux prises en charges adaptées aux résidents en institution touchés par la MA.

Cette dernière mesure fait suite à l'article IX de la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de dépendance ou de handicap stipulant que « Toute personne âgée [...] doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles ».

Concernant les professionnels de santé, l'article D6124-177-50 créé par Décret n°2008-376 du 17 Avril 2008 stipule que les professionnels de santé (ergothérapeutes, kinésithérapeutes ou psychologues) d'une institution sont formés à la prise en charge de la personne [...] souffrant de la MA et assurent l'évaluation [...] des patients. L'article D6124-177-53 ajoute que l'organisation des soins doit tenir compte des besoins des personnes Alzheimer (Gouvernement, 2018).

Un trouble du comportement doit conduire à évaluer l'environnement et à le modifier. Les ergothérapeutes sont des professionnels de santé agissant sur l'environnement de ses patients. Formé pour l'évaluer et l'adapter, il est capable d'utiliser comme médiation tout outil non médicamenteux, adapté selon ses compétences, pour atteindre ses objectifs ergothérapeutiques, notamment obtenir une réponse optimale dans la prise en charge dans laquelle les troubles psycho-comportementaux et la prise médicamenteuse sont réduits.

II) L'ergothérapie

La MA a un impact direct sur l'autonomie de la personne surtout aux stades les plus sévères de la maladie. Elle n'est plus capable de vivre seule à domicile. C'est pourquoi des structures telles que les EHPAD, les Unités de Soins Longue Durée (USLD), les Unités d'Hébergement Renforcée (UHR) ou encore les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ont été créées pour offrir à ces personnes un lieu d'accueil et de vie sécurisé et adapté à leurs besoins.

Au sein de ces structures interviennent des personnes formées et habilitées à diagnostiquer et prendre en charge les personnes atteintes de cette maladie notamment les médecins, les infirmières et les aides-soignants. Des spécialistes de l'autonomie tels que des orthophonistes, les psychomotriciens, les kinésithérapeutes ou encore les ergothérapeutes.

1) Définition générale de l'ergothérapie

L'ergothérapeute est un professionnel paramédical qui utilise l'activité comme matière première. En effet, l'ergothérapeute met en lien la santé humaine d'une personne et les activités qui rythment sa vie. L'incapacité de participer à et de réaliser ces activités du quotidien a une conséquence directe sur sa son bien-être général, et donc sa santé. L'objectif principal de l'ergothérapie est de maintenir, restaurer et permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace (ANFE, 2017).

L'ergothérapeute doit être capable de mobiliser dix compétences dans sa pratique professionnelle qui sont définies dans le Référentiel de compétences du diplôme d'Etat en Ergothérapie (Ministère de la Santé et des Sports & Ministère du Travail, 2010). Il prend en compte la personne dans sa globalité : ses facteurs personnels, ses facteurs environnementaux et ses habitudes de vie. Cela permet au thérapeute de s'adapter à la personne, d'adapter sa prise en charge et à l'environnement. Ainsi, en institution, l'ergothérapeute l'aide à trouver des solutions pour qu'il continue à participer à ces activités en collaboration avec d'autres professionnels en s'adaptant à sa personne et aux moyens de l'institution.

2) En institution auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

a. En institution

En institution, les ergothérapeutes, habilités à intervenir dans ces structures, font partie d'une équipe pluridisciplinaire dans laquelle la collaboration est essentielle pour une prise en charge optimale du patient atteint de cette maladie.

En effet, il participe à l'évolution de la prise en charge globale du patient en transmettant les résultats de ses évaluations et de ses prises en charge à l'équipe.

Parmi les dix compétences que l'ergothérapeute doit savoir mobiliser dans ses prises en charge, il doit être capable de « *mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie* » notamment pour « *identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie* » (Ministère de la Santé et des Sports & Ministère du Travail, 2010). Autrement dit, l'ergothérapeute, tout en prenant le patient dans sa globalité, a une démarche d'identification et d'évaluation des situations de handicap pour leurs activités de la vie quotidienne, de mise en place des plans de traitement ergothérapeutiques pour compenser les déficits qui limitent leur participation.

b. Auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Auprès des personnes atteintes de la MA, la démarche de l'ergothérapeute est centrée sur le maintien de l'autonomie ou encore des capacités restantes, sur le bien-être de la personne, sur le maintien du lien social, sur la prévention de l'évolution des troubles cognitifs et l'amélioration des troubles psycho-comportementaux (HAS, 2010). En effet, selon le MDH-PPH, dans la MA, les troubles cognitifs ainsi que par la majoration des troubles psycho-comportementaux entraînent un retrait progressif des activités chez une personne soulevant une problématique ergothérapeutique concernant sa participation dans ces activités, notamment aux stades les plus élevés.

Or, la participation aux activités améliore la satisfaction et le bien-être de la personne : les personnes qui participent à leurs activités ont une meilleure qualité de vie que les personnes qui s'en retirent (INSERM, 2008).

Ainsi, il apparaît qu'un des objectifs principaux de l'ergothérapeute en institution auprès de personnes atteintes de la MA est d'améliorer leur participation (HAS, 2010) dans l'activité.

3) La participation en ergothérapie

a. Définition

Selon le Larousse (2017), la participation est « *l'action de participer à quelque chose* ». La participation, selon le même organisme, signifie de prendre part aux activités d'un groupe, de prendre part à une action, à un sentiment.

Selon Meyer (2013), la participation est « *l'engagement par l'occupation dans les situations de vie socialement contextualisées* » ou « se définit comme l'engagement dans les situations de vie sociale, communautaire, familiale, autant dans le travail que dans les loisirs ou dans les soins personnels ». Or, que veut-elle dire par « engagement » ? Elle définit l'engagement comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout le long de la réalisation d'une activité ». Ainsi, la participation serait le choix d'une personne de s'impliquer dans les activités de vie quotidienne, de vie familiale et sociale.

Fougeyrollas (2005) définit la participation comme étant la réalisation des habitudes de vie⁵ qui regroupent les activités signifiantes et significatives pour la personne dans sa vie courante telles que ses activités de la vie quotidienne, ses tâches administratives, son emploi, ses loisirs (Fougeyrollas, 2005). Ainsi, sa définition se rapproche de celle de Meyer concernant les activités auxquelles une personne participe. Il y souligne l'importance des activités et, notamment, ajoute le terme « sociale » à la participation. Quelle est la différence entre la participation et la participation sociale ?

Dans la littérature, la participation apparaît comme un grand concept régulièrement utilisé et modifié selon les domaines. Elle garde néanmoins l'idée première de prendre part à quelque chose. La participation sociale met la personne au centre de son concept et est, à l'heure actuelle, « *un des objectifs majeurs de la réadaptation* » (Larivière, 2008). Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, les termes de

⁵ Voir annexes n°1

« participation » et de « participation sociale » auront la même signification. Qu'est-ce dont la participation sociale ?

b. La participation sociale

Castelein (2015) cite Ninacs qui définit en 2002 la participation sociale comme « *l'ensemble des activités réalisées dans les environnements sociaux fréquentés par la personne et comportant des interactions avec les acteurs propres à chacun de ses environnements* ». Autrement dit, la relation entretenue et les activités effectuées avec les personnes dans l'environnement familial, amical et sociétal d'une personne constituent la participation sociale. En effet, au sein de sa famille, participer socialement équivaut à s'impliquer dans toute forme d'activité pour maintenir les liens avec les membres, de façon individuelle puis collective. La personne entretient ensuite une relation individuelle puis collective avec un ou plusieurs amis d'un même groupe. De même, dans la société donc dans un point de vue collectif, la personne participe socialement en ayant un emploi ou encore en s'investissant dans un projet avec d'autres personnes. Dans ce déroulement, la participation sociale est un mouvement allant de l'intérieur à l'extérieur et qui dépend des environnements sociaux de la personne. En lien avec le MDH-PPH, la participation sociale dépend de la personne elle-même.

De ce point de vue, prendre en compte la personne en elle-même demande de prendre en compte ses habitudes de vie en interrelation entre ses facteurs personnels et ses facteurs environnementaux (MDH-PPH). La participation sociale dépend donc des capacités de la personne à être autonome dans la société : elle dépend des capacités de la personne à se prendre en soin (activités de la vie quotidienne comme la toilette, l'habillement...), à s'occuper de son environnement de vie (s'occuper de son logement, des tâches administratives...) et à avoir un rôle sociétal (avoir un emploi, participer à un projet de groupe...) et à prendre des décisions, des choix dans chacun de ces environnements. La qualité de sa participation sociale en est dépendante. Dans le MDH-PPH, elle oscille entre une situation de handicap et une situation de participation sociale complète.

Auprès des personnes atteintes de la MA aux stades les plus élevés, la qualité de la participation sociale se rapproche de la situation de handicap.

Améliorer la participation sociale est un des objectifs en ergothérapie, notamment auprès des personnes en étant atteintes.

c. En ergothérapie

D'après la définition de la participation sociale précédente, il existe différents niveaux dans la participation sociale allant de la sphère la plus personnelle de la personne à une sphère sociétale. Meyer (2013) dit que les activités de la vie quotidienne sont réalisées dans le but de préparer la participation sociétale en donnant pour exemple de prendre une douche avant de sortir. Elle définit ces activités comme réalisées dans l'isolement mais réalisées dans un contexte social. Elles sont donc définies socialement et dépendent de la société dans laquelle la personne évolue. Ainsi, la réalisation des activités de vie quotidienne prépare à la réalisation des activités dans la société et apparaissent comme étant un facteur de bien-être.

L'activité étant au cœur de la participation sociale et de la profession d'ergothérapeute, Meyer (2013) cite les auteurs Law, Baum & Dunn qui disent que « *la participation s'est développée comme une finalité de l'ergothérapie* ».

d. Après des personnes atteintes de la MA aux stades modéré à sévère

Cependant, dans la MA aux stades les plus évolués et où le déclin cognitif et les troubles psycho-comportementaux sont importants, la personne atteinte est dépendante pour la plupart voire la totalité des activités de la vie quotidienne, est totalement dépendante pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (gestion financière, préparation des repas...) : la personne participe de moins en moins voire plus à ces activités. Qu'est-ce que l'ergothérapeute peut-il mettre en place ?

« La participation n'implique pas non plus la pleine performance d'une activité, c'est-à-dire son choix, son organisation, sa réalisation. Elle peut exister lorsque la personne est dans un rôle de spectateur. Ainsi, dans le cadre d'une activité, par exemple un repas de famille, la participation peut simplement consister

à assister au repas sans prendre part aux discussions. » (Meyer, 2013). Autrement dit, la personne atteinte de la MA peut participer à une activité sans pour autant n'avoir à la réaliser pleinement. En institution, l'équipe pluridisciplinaire est un élément facilitateur à la participation des résidents. Ils participent aux activités de vie quotidienne auprès avec les soignants et aux autres activités mises en place au sein de l'institution par d'autres intervenants. Cependant, les troubles psycho-comportementaux sont un réel obstacle à cette participation. L'ergothérapeute peut mettre en place des activités adaptées pour permettre voire faciliter la participation des personnes atteintes de la MA aux stades les plus évolués.

La musique est une médiation que l'ergothérapeute utilise et adapte dans sa pratique.

III) L'activité musicale

1) La musique et le cerveau

a. La musique : quel intérêt dans la société ?

i. Utilisation au quotidien

Dès le temps de la préhistoire, il y a plus de 35 000 ans, l'homme jouait d'instruments à vent faits d'os (Paillet, 2018). Des inscriptions en hiéroglyphes de l'époque de l'Égypte Ancienne mettent en évidence l'existence d'instruments tels que des percussions faites d'ivoire et de roseau mais également d'instruments à vents à corde comme des harpes, instruments qui accompagnaient des chanteurs (Société Française de Musicologie, 1950). On pourrait penser que la musique nous accompagne depuis notre apparition sur Terre.

De nos jours, la musique est omniprésente dans notre société. En effet, on la retrouve dans notre quotidien sous diverses formes ; à écouter à la radio, en CD, dans des documentaires et dans des films en tant qu'accompagnatrice. Pourquoi a-t-elle un tel rôle dans notre société ?

La musique est un support attractif qu'on pourrait qualifier d'universel. Elle est implantée chez les humains. Selon Peretz (2009), « *l'implication musicale (voire l'instinct musical) est un trait fondamental de l'espèce humaine* ». En effet, les berceuses existent dans toutes les cultures et présentent les mêmes caractéristiques (Bigand, 2018). D'ailleurs, de nombreux enfants naissent prodiges musicaux comme Mozart ayant composé sa première œuvre à l'âge de 4 ans. Soulignant cette idée, Bigand en 2010 rapporte les résultats d'études stipulant que le nourrisson s'habitue plus rapidement à une voix chantée de sa mère qu'à une voix parlée.

Ainsi, de par son attractivité, l'écoute musicale est présente dans toute culture et appréciée par des personnes d'âges différents. Selon Menon et Levitin (2005), l'écoute musicale est « *une des expériences humaines les plus valorisantes et plaisantes* ». Il serait donc intéressant de se pencher au niveau cérébral pour comprendre les mécanismes de la musique sur le cerveau. Tout d'abord, qu'est-ce que la musique ?

ii. Définition

Rousseau dans son Dictionnaire de Musique (1780-1789) dit que la musique est « *l'Art de combiner les sons d'une manière agréable à l'oreille* ». De nos jours, le dictionnaire Larousse (2017) propose diverses définitions telles que la musique est un « Art qui permet à l'homme de s'exprimer par l'intermédiaire des sons » et également une « Suite de sons produisant une impression harmonieuse ». Dans ces définitions séparées par plusieurs siècles, le mot « son » revient.

Qu'est-ce qu'un son ? Un son est une onde sonore ou une vibration qui se propage dans un environnement. Notre appareil auditif constitué notamment de l'oreille va capter cette vibration.

iii. L'appareil auditif

Selon Bigand (2016), « *la musique pénètre dans notre corps par les voies auditives et nous sommes tout simplement obligés de donner du sens au signal sonore. Cette interprétation se fait à une vitesse extrêmement importante - 250*

millièmes de seconde d'un stimulus sonore suffit à notre cerveau à se synchroniser.
» (France Musique, 2016)

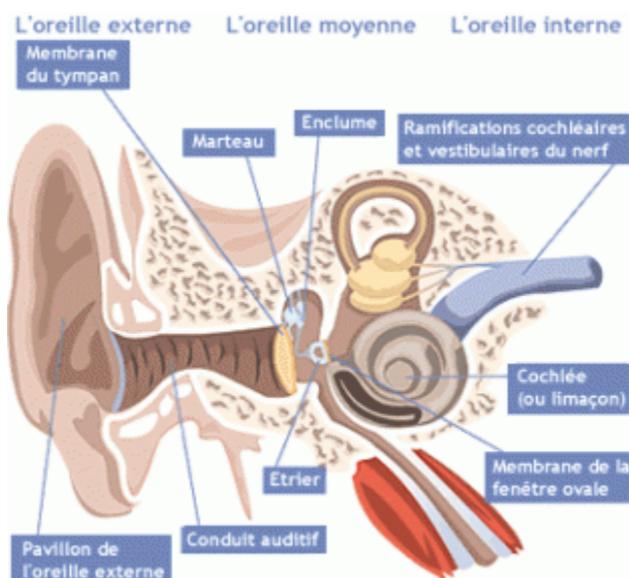


Figure 2 Schéma de l'oreille (Medisite (2005))

L'oreille est l'organe de la perception du son. Elle est constituée de 3 parties : l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne.

■ L'oreille externe, partie visible de l'oreille sur le corps humain, est constituée du pavillon, qui capte le son, et du conduit auditif. La limite entre l'oreille externe et moyenne est faite par le tympan, membrane fine qui vibre au son.

- L'oreille moyenne est constituée du marteau, de l'enclume et de l'étrier. Ces trois éléments sont des os qui répondent aux vibrations du tympan et vont les transmettre à l'oreille interne (Dancer & Robillard, 2018).
- L'oreille interne est constituée de la cochlée contenant des cellules sensibles au son. Ces cellules sont stimulées par le son transmis par l'oreille interne et envoient un message nerveux au cerveau par le nerf auditif (Medisite, 2005).

b. La musique sur le cerveau : quelles parties stimulées ?

Dans le cerveau, le son parcourt la voie auditive. La voie auditive est constituée d'organes relais reliées entre elles par des neurones qui sont stimulées par le son (Pujol, 2016) notamment par le mésencéphale dans lequel se trouve l'aire tegmentale ventrale, un des centres du plaisir, et par le cortex auditif qui va traiter l'information notamment au niveau des aires du langage et de la compréhension du langage (Le Cerveau à tous les Niveaux, 2018).

Selon Blood et Zatorre (2001), la musique stimule les aires du cortex frontal (le cortex orbitofrontal droit, le cortex préfrontal ventromédian) et le système

limbique constitué notamment des amygdales, de l'hypothalamus et de l'hippocampe.

- L'amygdale intervient dans la gestion des émotions mais également dans l'apprentissage (Institut Polytechnique Fédérale de Lausanne, 2010)
- L'hippocampe intervient dans la mémoire sémantique et relie les souvenirs aux émotions (Institut Polytechnique Fédérale de Lausanne, 2010)
- Le cortex orbitofrontal est relié au système limbique, notamment sur la mémoire émotionnelle, et influe sur le comportement de l'individu en fonction de ses émotions passées et actuelles (Ollat & Pirot, 2004)
- Le cortex préfrontal ventromédian est relié au système limbique et agit sur le plaisir et la motivation
- L'hypothalamus joue le rôle de lien entre le système nerveux et le système hormonal (Institut Polytechnique Fédérale de Lausanne, 2010)

La musique stimule donc plusieurs parties cérébrales qui ont un rôle sur la mémoire sémantique et émotionnelle mais également sur l'émotion, le plaisir et les comportements en fonction de ces derniers. Cela est permis par l'hypothalamus qui transmet les messages nerveux vers le système hormonal permettant à l'être humain de sécréter des hormones qui ont un effet sur le corps humain.

c. La musique sur le cerveau : les effets

i. *Le bien-être*

« *La musique éveille des registres liés à la perception, à l'affect et au corps, entre en résonance.* » (Carliez, 2006, p. 1172)

La musique peut permettre la production de dopamine, hormone de l'envie et du désir, produite lorsqu'on ressent du plaisir. Elle est libérée par l'aire tegmentale ventrale qui joue un rôle dans le circuit du plaisir où la dopamine envoie des signaux de récompense. Ainsi, dans le cadre d'une écoute musicale, la dopamine est responsable de la sensation de plaisir ou au frisson ressenti en lien avec un pic émotionnel (Moussard, Bigand, & Rochette, 2012).

ii. L'émotion

La musique est un vecteur d'émotion privilégié (Moussard, Bigand, & Rochette, 2012). En effet, au quotidien, « *nous pratiquons sans le savoir une automédication par la musique - beaucoup d'entre nous ont leur playlist pour se redonner de l'énergie ou au contraire, se calmer, se libérer du stress ou se consoler.* » (France Musique, 2016). « *La musique serait au moins un instrument privilégié pour exprimer nos émotions : rien ne pourrait remplacer la musique en tant que langue des émotions humaines* » (Darsel, 2010)

D'après la partie précédente, la musique peut être à l'origine de l'activation de la dopamine qui stimule notamment l'amygdale. Intervenant dans la gestion des émotions, la stimulation de l'amygdale par la musique influe sur notre humeur. Or, la musique favoriserait également la sécrétion d'hormones telles que la morphine, hormone impliquée dans la douleur. Ainsi, une musique qui fait naître de bonnes émotions permettrait de réduire la douleur (Moussard, Bigand, & Rochette, 2012)

Qu'est-ce qu'une émotion ? Selon l'Encyclopaedia Universalis, l'émotion est l'ensemble des sentiments qui changent une personne. Les émotions peuvent être déclenchées selon différents facteurs tels que des situations particulières, sur la compréhension d'éléments ou sur l'affection que porte la personne sur un objet. Le déclenchement des émotions enclenchent des mécanismes internes (augmentation du rythme cardiaque, par exemple) et externes (le rougissement, par exemple) chez la personne (Sander, 2018). Ainsi, l'émotion peut être observée. De plus, les émotions dépendent du système nerveux (Claudon & Weber, 2009). Selon Kensinger et Corkin en 2003, cités par Moussard, Bigand et Rochette, les émotions joueraient un rôle dans les fonctions cognitives.

iii. Les fonctions cognitives

■ La mémoire :

Ce sont dans les deux hémisphères du cerveau que la mémoire musicale se situe (la partie gauche pour la capacité à nommer une œuvre et la partie droite pour

la reconnaissance de la mélodie). Selon Platel (2016), la mémoire musicale permet aux personnes présentant une lésion à la partie gauche de percevoir une musique, et de la mémoriser sans avoir besoin de connaître son nom. De cette façon, la musique peut atteindre et marquer durablement le cerveau notamment avec un sentiment de familiarité en lien avec les émotions (CNRS, 2016).

De plus, la musique permettrait également aux personnes atteintes de la MA aux stades les plus évolués d'apprendre de nouveau (Narme, Clement, & Samson, 2012) malgré leurs lésions cérébrales. En effet, la musique utilise la plasticité du cerveau pour favoriser les échanges entre les deux hémisphères du cerveau et stimuler des zones saines mais inertes (CNRS, 2016).

Selon Sacks (2009), la musique permet de stimuler la mémoire sémantique notamment par la remémoration d'éléments passés par les émotions que la musique procure. auprès des personnes atteintes de la MA, « *se souvenir d'une mélodie entendue jadis peut réactiver la mémoire* » (Bigand, 2018). Ainsi, la musique peut être associée à des souvenirs personnels, même les plus enfouis (Sacks, 2009).

■ Le langage, la communication :

« [...] Dans la prise en charge de patients Alzheimer à un stade avancé de la pathologie, [...] la musique demeure le seul canal de communication possible »

Hervé Platel.

Dans la MA notamment aux stades les plus évolués, les interactions sont difficiles notamment au niveau du langage et de sa compréhension. La communication non-verbale intervient pour compenser les troubles linguistiques (Di Pastena, Schiaratura, & Askevis-Leherpeux, 2015). Bien qu'elle soit préservée dans la MA, l'apathie reste également un obstacle à la communication (Samson, et al., 2012). Or, selon Sacks (2007), la musique permet aux personnes atteintes de ces difficultés de véhiculer un message, de communiquer : « *Les visages redeviennent expressifs sitôt que les airs d'antan sont reconnus et que les émotions resurgissent* » (Sacks, 2009) ce qui suggère que les patients atteints de la MA aux

stades modéré à sévère restent capables de s'exprimer grâce aux émotions ressenties qui stimuleraient leur système nerveux (cf. ii.).

iv. Le comportement

La musique peut améliorer le comportement et est préconisée par la Haute Autorité de la Santé (HAS, 2011). Elle aurait pour effets de les diminuer notamment l'agressivité, les déambulations (Carliez, 2006).

2) L'activité musicale et la maladie d'Alzheimer en ergothérapie en institution

a. Un traitement non médicamenteux pour réduire les troubles psycho-comportementaux

David et Piano (2015) proposent une liste de prises en charge non médicamenteuses pour réduire les troubles psycho-comportementaux :

Type d'intervention	Apports
Intervention directe (auprès du patient)	
Stimulation cognitive	Mise en situation ou simulation de situations vécues pour favoriser l'autonomie et ainsi, rassurer le patient
Réminiscence-thérapie	Evocation de souvenirs anciens à l'aide de supports pour réduire les troubles psycho-comportementaux du patient
Gymnastique	Maintien des capacités physiques et prévention des chutes pour rassurer le patient et réduire les troubles psycho-comportementaux

Stimulation sensorielle (<i>stimulation des sens : ouïe, odorat, Snoezelen, zoothérapie, toucher...</i>)	Réduction des troubles psycho-comportementaux en procurant du bien-être au patient
Intervention indirecte (auprès du patient)	
Education et soutien aux aidants (professionnels et familiaux)	Apporter des informations sur la maladie pour éviter de générer une ambiance stressante
Adaptation environnementale	Aménager l'environnement pour sécuriser et stimuler le patient

L'activité musicale, stimulant notamment l'ouïe, fait partie des traitements non médicamenteux recommandés par ces auteurs.

De plus, ils proposent trois facteurs nécessaires à l'efficacité d'une thérapie non médicamenteuse :

- Un **niveau d'engagement**⁶ suffisant. Les auteurs soulignent que, dans la MA, l'engagement est limitée. Pour favoriser cet engagement, les auteurs invitent les thérapeutes à cibler les centres d'intérêts du patient.
- Une **approche personnalisée** où la prise du patient dans sa globalité est nécessaire pour adapter l'activité à sa personne, ses capacités et ses habitudes de vie.
- La **formation des aidants** au niveau des troubles psycho-comportementaux est primordiale en institution afin de réduire la survenue des troubles psycho-comportementaux issus du comportement des soignants.

Ainsi, l'ergothérapeute a les compétences nécessaires pour permettre et maintenir les trois facteurs nécessaires à l'efficacité de l'activité musicale :

- L'ergothérapeute prend son patient dans sa globalité lui permettant d'adapter sa prise en charge au patient. Cela permet de favoriser l'engagement dans l'activité.

⁶ « Le concept d'engagement correspond, pour un patient donné, au fait de se sentir impliqué dans les activités ayant une résonance particulière pour lui » (David & Piano, 2015)

- L'ergothérapeute est capable de former et d'informer l'entourage familial, social et institutionnel du patient dans l'objectif d'améliorer sa prise en charge (Ministère de la Santé et des Sports & Ministère du Travail, 2010).

b. L'activité musicale en ergothérapie en institution

L'activité musicale peut prendre différentes formes selon les nombreuses utilisations du quotidien : l'écoute passive, le chant, ou encore la participation active à l'aide d'instruments. La possibilité d'adapter l'activité constitue l'activité musicale comme un support privilégié pour la thérapie (Samson, et al., 2012). L'ergothérapeute intervient et adapte la musique dans sa pratique dans un but thérapeutique. La musique, dans l'activité musicale, devient une médiation, un moyen pour atteindre un ou plusieurs objectifs thérapeutiques fixés en amont en équipe pluridisciplinaire.

L'ergothérapeute, dans son champ de compétences, n'a pas besoin d'avoir une expérience théorique et/ou pratique musicale (Samson, et al., 2012). Il adapte l'activité musicale selon les objectifs thérapeutiques mais également ergothérapeutiques du patient. Il invite le patient à produire et à vivre une expérience pendant l'activité. Pour permettre cette expérience, l'ergothérapeute est le garant du cadre de l'activité où il adopte une posture sécurisante et rassurante pour sécuriser et soutenir le patient dans l'activité (Ménard, 2007). Pour permettre de sécuriser le cadre, l'ergothérapeute adapte l'environnement de l'activité musicale pour permettre de rassurer le patient, lui permettre d'avoir des repères dans l'objectif de faciliter sa participation dans l'activité : « *la musique permet de trouver un repaire identitaire et sensoriel, un cadre rassurant et un espace de plaisir échangeable* » (Carliez, 2006). En institution, l'ergothérapeute doit collaborer avec l'équipe pluridisciplinaire pour permettre ce cadre et fera ses transmissions pour participer à l'évolution du plan de traitement des patients.

c. Avec la maladie d'Alzheimer aux stades modéré à sévère

Il s'agit d'adapter les éléments traités ci-dessus à la maladie. Dans la MA aux stades modéré et sévère, les problématiques résident au niveau cognitif et au niveau des troubles psycho-comportementaux des personnes atteintes. Ces

troubles ont un impact conséquent sur l'autonomie, leur lien social, le bien-être et la participation des personnes dans leurs activités habituelles (habitudes de vie). En institution, les objectifs thérapeutiques auprès de cette population ont pour but d'agir sur ces situations de handicap. Ainsi, les objectifs thérapeutiques de l'équipe sont généralement :

- Créer, maintenir un lien social
- Améliorer le bien-être
- Apaiser les troubles psycho-comportementaux
- Maintenir les capacités restantes

Pour atteindre l'objectif de la création, du maintien du lien social, l'activité musicale permet d'être en groupe de plusieurs personnes. La cohésion du groupe serait meilleure avec la musique qu'avec le langage. En effet, Bigand (2010) souligne que parler tous en même temps au sein d'un groupe serait un obstacle à la compréhension tandis que chanter, par exemple, ensemble permet de fusionner la musique : cette fusion offre un sentiment de confiance, de valorisation et d'appartenance au groupe tout en travaillant le langage.

A ces stades de la maladie, l'ergothérapeute doit être observateur dans le suivi de ses patients dans l'activité : les interactions sont essentiellement non-verbales.

IV) Conclusion de la partie théorique

Les personnes atteintes de la MA aux stades modéré à sévère deviennent de plus en plus dépendantes médicalement rendant leur maintien à domicile dangereux pour elles. Des institutions spécialisées offrent un environnement sécurisé et adapté à la personne dépendante dans laquelle, membre d'une équipe pluridisciplinaire, l'ergothérapeute intervient. La MA à ces stades évolués se caractérise par un déclin cognitif et une majoration des troubles psycho-comportementaux qui portent atteinte à la santé de la personne atteinte, notamment au niveau de son autonomie, de son bien-être et de sa participation dans les activités au quotidien. La musique, par ses aspects universels et son pouvoir sur la

cognition et les émotions, est utilisée par l'ergothérapeute, dans un but thérapeutique, en tant qu'activité musicale.

Ainsi, pour répondre à la problématique et à l'hypothèse de ce mémoire, une étude autour de l'activité musicale veut montrer que cette activité réduit les troubles psycho-comportementaux qui influent sur la participation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer aux stades modéré à sévère.

PARTIE EXPERIMENTALE

I) Objectifs

- Obtenir l'avis des ergothérapeutes sur l'impact de l'activité musicale sur la participation des personnes atteintes de la MA, sur leurs troubles psycho-comportementaux et pouvoir établir un lien entre ces concepts.
- Confronter mes recherches théoriques aux données pratiques
- Confirmer ou infirmer mon hypothèse
- Permettre une ouverture vers une autre ou d'autres problématique(s)

II) Population

Je choisis de cibler principalement la population des ergothérapeutes qui prennent en charge des personnes atteintes de la MA aux stades modéré à sévère. Ces derniers doivent travailler en institution (EHPAD, PASA, USLD, UHR...). En effet, les personnes atteintes de la MA aux stades qui m'intéressent y sont généralement accueillies. Comme dernier critère d'inclusion, les ergothérapeutes doivent utiliser l'activité musicale en tant que médication.

Je ne m'entretiendrai pas avec les personnes atteintes de la MA aux stades étudiés car, compte tenu de leurs troubles cognitifs (mémoire, fonctions exécutives...) et psycho-comportementaux, il serait difficile d'obtenir des résultats fiables et exploitables. Il aurait été intéressant de m'entretenir avec d'autres professionnels tels que les aides-soignants et infirmiers ainsi qu'avec les aidants familiaux ou sociaux. Cependant, l'étude est portée sur l'activité musicale en ergothérapie. Il me paraît plus pertinent et réalisable, dans le cadre de ce mémoire, de ne m'entretenir qu'avec des ergothérapeutes remplissant les critères cités ci-dessus.

III) Constitution de l'échantillon

L'échantillon est constitué de cinq ergothérapeutes travaillant en institution auprès de personnes atteintes de la MA aux stades modéré à sévère et qui utilisent

l'activité musicale comme médiation. Ces ergothérapeutes travaillent dans l'ensemble du territoire français et ont été contactés via les réseaux sociaux.

- **E1** travaille en EHPAD auprès de personnes atteintes de la MA aux stades légers à sévères
- **E2** travaille en EHPAD auprès de la même population
- **E3** intervient au sein d'une UHR auprès de personnes atteintes de la MA aux stades modéré à sévère
- **E4** intervient dans plusieurs structures. Parmi elles, il intervient dans un PASA dans lequel il prend en charge des personnes atteintes de la MA aux stades modéré à sévère
- **E5** intervient dans plusieurs structures. Parmi elles, il travaille en Unité de Vie Alzheimer (UVA) dans lequel il prend en charge des personnes atteintes de la MA aux stades modéré à sévère

IV) Outil d'investigation

En contact avec quatre représentants de ma population-cible, l'utilisation de l'outil « questionnaire » n'est pas adaptée. En effet, le questionnaire doit être envoyé à un large échantillon de personnes pour obtenir des résultats fiables et exploitables, ce qui ne correspond pas à ma situation.

Ensuite, ma problématique et mon hypothèse concernent une population-cible précise intervenant dans un lieu précis auprès d'une population précise. Pour conserver ces critères, je souhaite utiliser un outil d'investigation à caractère qualitatif. Afin d'atteindre les objectifs de mon enquête, je voudrais obtenir des réponses « spontanées », notamment sur les résultats de la pratique des ergothérapeutes, leurs avis et leurs réactions. Cela me permettra d'affirmer ou d'infirmer mon hypothèse. Pour ce faire, je souhaite garantir une liberté d'expression aux interviewés tout en dirigeant mon enquête. Je voudrais aussi relancer le discours selon les réponses qui m'intéresseraient. Ainsi, j'ai décidé de choisir comme outil d'investigation l'entretien semi-directif. Une grille d'entretien (voir annexes n°3) a été mise en place et utilisée durant les cinq entretiens.

V) Résultats, analyse, discussion

1) Présentation des résultats bruts et leur analyse

A l'issue des entretiens, les résultats de l'enquête dégagés ont été classés en fonction de thèmes revenus les plus fréquemment dégagés. Les thèmes dégagés sont :

- Les objectifs ergothérapeutiques en institution
- La pertinence de l'activité musicale en ergothérapie
- L'évaluation des troubles psycho-comportementaux
- Les effets de l'activité musicale sur les fonctions cognitives
- Les effets de l'activité musicale sur les troubles psycho-comportementaux
- Les effets de l'activité musicale sur le bien-être
- Les effets de l'activité musicale ou le changement au niveau des troubles psycho-comportementaux (conséquences de l'activité musicale) sur la participation
- Une rémanence des effets de l'activité
- Les limites de l'activité

a. Objectifs ergothérapeutiques en institution

E1	EHPAD	<i>« Je faisais principalement du positionnement fauteuil et lit avec mises en place d'aides techniques, [...] canaliser leur anxiété, arriver à les maintenir dans une activité, à leur faire prendre plaisir dans une activité parce que souvent il y avait une humeur triste avec l'institutionnalisation », « solliciter les capacités préservées »</i>
E2	EHPAD	<i>« Trouver les moyens de conserver l'autonomie et l'indépendance des résidents [...], de conserver leurs capacités mais aussi en trouvant des moyens de les compenser », « ça dépendait vraiment des résidents. Pour certains, c'était de les remettre un peu dans l'activité [...], pour d'autres, c'était qu'ils se retrouvent dans les ateliers pour leur plaisir [...]</i>

		<i>et pour d'autres, c'est la stimulation cognitive ou physique selon leurs difficultés »</i>
E3	UHR	<i>« Maintenir le plus possible les capacités de la personne, l'autonomie dans les activités du quotidien, favoriser les repères temporo-spatiaux le plus possible [...], de stimuler les fonctions cognitives à travers l'abondance de consignes plus ou moins complexes, stimuler aussi le langage, l'expression », « diminuer [...] les troubles du comportement »</i>
E4	EHPAD UHR PASA	<i>« Rencontrer les personnes et leurs proches, de les évaluer [...], d'évaluer la situation, [...] [de mettre] en place des activités au sein de la structure [...], d'accompagner la personne au quotidien [...], la stimulation des fonctions cognitives et motrices [...], le maintien du lien social »</i>
E5	EHPAD UVA	<i>« Conseil au niveau des équipes et des familles de prises en soin, de relationnel avec les résidents [...], un rôle d'adaptation des chambres et de l'environnement [...], un rôle au niveau des troubles psycho-comportementaux »,</i>

On constate que, sur les 5 ergothérapeutes interrogés, 4 d'entre eux interviennent au sein d'EHPAD dans leur pratique. 3 sur les 5 ergothérapeutes travaillent dans d'autres structures telles que des UHR (E3 et E4), des PASA (E4) et des UVA (E5). Les structures mises en avant dans le tableau montrent que l'activité musicale est mise en place dans celles-ci. Les objectifs ergothérapeutiques de chaque thérapeute interrogés diffèrent entre eux mais présentent des points en commun notamment sur le maintien des capacités restantes (E1, E2, E3) et sur la prise en charge des troubles psycho-comportementaux (E1, E2, E3, E5).

b. Pertinence de l'activité musicale en ergothérapie

E1	<i>Utilise l'activité musicale depuis : 2016 Arrivée dans l'EHPAD en 2016</i>
----	---

	<p>« C'était quelque chose qui marchait vraiment bien », « La musique est une des rares médiations qui parvenait systématiquement à l'apaiser », « elle apportait vraiment quelque chose », « activité qui parle à beaucoup de monde », « la musique, c'est assez universel », « c'est la seule activité qui marchait pour lui »</p>
E2	<p>Utilise l'activité musicale depuis : Octobre 2016 Arrivée dans l'EHPAD en Octobre 2016</p> <p>« Clairement, le chant, ça parle à tout le monde », « Pour renarcissiser les gens, je trouvais ça pas mal », « les ergothérapeutes non musiciens peuvent avoir du mal à la mettre en place »</p>
E3	<p>Utilise l'activité musicale depuis : 2016 Arrivée en UHR en : 2016</p> <p>« La musique était quelque chose de signifiant pour la majorité des résidents », « il y a quelque chose de beaucoup plus spontané avec la musique qu'on aura pas forcément avec les autres activités », « c'est assez fédérateur : ça marche à n'importe quel stade de la maladie », « ça met dans une confiance, dans une ambiance », « on est vraiment adapté », « je trouve que c'est vraiment pertinent d'utiliser ce média pour travailler sur les troubles du comportement, sur les capacités »</p>
E4	<p>Utilise l'activité musicale au PASA depuis : Juillet 2017 Arrivée dans le complexe en : Juillet 2017</p> <p>« Adapté aux difficultés cognitives des personnes », « on peut mettre n'importe quelle musique », « on fait plein de choses avec la musique »</p>
E5	<p>Utilise l'activité dans l'UVA depuis : 2016 Travaille en EHPAD depuis 10 ans</p> <p>« La musique est quelque chose qui parle aux gens de près ou de loin [...]. C'est un moyen assez [...] pertinent pour les personnes qui ont des troubles du comportement », « c'est aussi connaître le résident. Si on ne connaît pas le résident, il va avoir des réactions qui [...] ne seraient pas significatifs pour lui mais quand on le connaît, c'est significatif », « c'est un moyen de médiation qui est</p>

<p><i>accessible pour tout le monde », « c'est quelque chose [...] qui permet d'être en relation duelle et collective très facilement », « les gens qui ont vraiment de très, très gros troubles, qui sont très renfermés avec qui on n'arrive pas vraiment à faire des activités, c'est vrai que c'est beaucoup plus facile avec la musique de les faire participer ». « c'est une activité variée, on peut vraiment la faire sous différentes formes parce que ça permet d'aller chercher certains résidents [...] mis de côté pour certaines activités car trop difficiles d'accès », « Ca leur redonne un sentiment d'appartenance au groupe et ce sentiment d'être capable de faire des choses. »</i></p>
--

Chaque ergothérapeute utilise donc l'activité musicale dans leur pratique selon leurs objectifs ergothérapeutiques mentionnés précédemment. E3 dit que les ergothérapeutes sont « *vraiment adaptés* » et que l'activité « marche à tous les stades de la maladie [d'Alzheimer]. Selon 3 sur 5 des ergothérapeutes interrogés, l'activité musicale est pertinente à utiliser dans la pratique ergothérapeutique de par ses côtés « accessible » et « universel » (E1, E3, E5). En effet, la *musique « parle à tout le monde »* (E2), serait fédératrice (E3) et facilite l'entrée en relation avec les résidents : « *permet d'être en relation duelle et collective très facilement* ». Egalement, la musique pourrait être utilisée, adaptée selon les besoins : beaucoup de choses peuvent être faites avec (E4). Par ailleurs, 4 sur les 5 ergothérapeutes utilisent cette médiation dans leur pratique depuis leur arrivée dans leurs institutions respectives. Le 5^e ergothérapeute a mis en place depuis deux ans son activité musicale dans son UVA. Il n'y a pas d'informations quant à l'éventuelle existence d'une mise en place d'activités musicales antérieures ni d'informations quant à son arrivée dans l'unité. Or, E2 pense qu'un ergothérapeute sans bagage musical aurait des difficultés à mettre en place cette activité.

En parallèle à au côté universel de la musique, l'activité musicale mise en place par l'ergothérapeute semble être, pour certains patients, la seule activité qui les atteint (E1) car il y aurait « *quelque chose de plus spontané* » qu'il n'y aurait pas avec les autres activités (E3) et qui facilite la participation des patients « *trop difficiles d'accès* » dans l'activité (E5). Enfin, 3 ergothérapeutes sur 5 soulignent que l'activité musicale est une activité pertinente à mettre en place contre les troubles du comportement. E1 parle d'un résident sur lequel l'activité musicale – une des « rares » activités qui – arrivait « systématiquement » à l'apaiser. E3, en plus de

souligner lui-même la pertinence de l'activité, parle d'une « mise en confiance et dans une ambiance ». E5 révèle que l'activité musicale, qui se fait en groupe, est un facilitateur de la participation. En effet, l'activité musique permet à la personne, atteinte de troubles importants, d'être valorisée au sein d'un groupe.

c. Evaluation des troubles psycho-comportementaux et travail collaboratif

E1	<p><i>Outil utilisé : NPI</i></p> <p>« On se réunissait une fois par semaine avec le médecin, les infirmiers, la psychologue et les aides-soignants pour discuter des NPI, pour les réévaluer », « avec le NPI, on va évaluer l'impact que ça a sur la personne », « c'est déjà arrivé plusieurs fois qu'on suggère aux équipes soignantes [...] qu'ils allument la radio ou des petits postes »</p>
E2	<p><i>Outil utilisé : Observation et transmissions pluridisciplinaires</i></p> <p>« on avait la chance d'avoir des soignants qui transmettaient beaucoup »</p>
E3	<p><i>Outil utilisé : Observation et transmissions pluridisciplinaires</i></p> <p>« en équipe du coup, quand on en discute », « les soignants voient la différence entre avant l'atelier », « c'est tout l'intérêt de notre travail en équipe », « je travaille rarement seule », « c'est vraiment de la collaboration entre les différents professionnels qui fait qu'on peut jouer sur les troubles du comportement »</p>
E4	<p><i>Outil utilisé : Observation et transmissions pluridisciplinaires</i></p> <p>« On n'utilise pas d'évaluation en activité [...] car à partir du moment où les personnes sont là, on fait des activités », « on échange avec les gens »</p>
E5	<p><i>Outil utilisé : Observation et transmissions pluridisciplinaires + participation au NPI</i></p> <p>« ça va être beaucoup d'observation [...], une photographie avant, pendant, après », « on utilise par contre le NPI quotidiennement mais, pour le coup, c'est propre à la structure. C'est pas un bilan qu'on va nous demander en tant qu'ergo</p>

	<i>particulièrement. C'est un bilan qu'on va faire en collectif [...] où chacun apporte sa participation », « [La collaboration pluridisciplinaire] est essentielle ».</i>
--	--

On constate que la totalité des ergothérapeutes interrogés utilisent l'observation en tant qu'outil d'évaluation des troubles psycho-comportementaux dans leur pratique. Ils transmettent leurs informations en équipe. En effet, les ergothérapeutes, en institution, collaborent au quotidien avec une équipe pluridisciplinaire. L'amélioration des troubles psycho-comportementaux est un objectif commun. *« C'est vraiment la collaboration entre les différents professionnels qui fait qu'on peut jouer sur les troubles du comportement »* (E3).

En parallèle, 2 sur les 5 ont parlé d'utiliser ou de participer à l'utilisation du NPI dans leur pratique. Selon E5, il s'agit d'un bilan nécessitant une collaboration pluridisciplinaire : chaque professionnel va participer à l'évaluation du NPI en en discutant durant des réunions. Il ne semble pas que chaque ergothérapeute utilise ou participe à ce bilan dans chaque structure. En effet, E5 dit que *« c'est propre à la structure. C'est pas un bilan qu'on va nous demander en tant qu'ergo particulièrement. »*

Néanmoins, il apparaît unanime que chaque professionnel de l'équipe va et doit apporter sa participation dans la prise en charge et le suivi des troubles psycho-comportementaux de leurs patients comme les soignants qui voient la différence chez les résidents avant et après l'activité musicale (E3), par exemple, et qui vont transmettre l'information (E2).

d. Les effets de l'activité musicale sur les fonctions cognitives

E1	<i>« Favoris[e] l'attention, la concentration, la prise d'initiative », « ça leur faisait faire du lien avec leurs souvenirs sur le plan mnésique », « ça leur faisait travailler vraiment beaucoup de choses », « on pouvait capter l'attention de tout le monde », « elle pouvait chanter pas mal de chansons ce qui [...] était assez extraordinaire », « diminution des troubles », « peut éveiller un souvenir »</i>
E2	<i>« Travailler la mémoire de travail, le souffle, la conscience du corps », « j'avais beaucoup plus la possibilité de travailler sur le cognitif avec [cette activité] », « ils étaient très attentifs »,</i>

E3	« Il y a quelque chose de l'ordre de l'automatique avec les airs qu'ils ont entendus quand ils étaient plus jeunes », « médiateur intéressant surtout au niveau de la réminiscence », « elle spontanément qui va évoquer des souvenirs de leur enfance »
E4	« On travaille la mémoire épisodique, [...] la mémoire sémantique », « on travaille mine de rien la fonction du langage », « ça leur rappelait de bons souvenirs »
E5	« Très bon moyen pour la réminiscence et pour la médiation. On a certains résidents qui ne parlent pas, qui sont très difficiles d'accès en termes de communication verbale ou non verbale. On se rend compte que [...] le fait d'utiliser la musique permet d'avoir un petit mot qui émerge de temps en temps [...] qu'on aurait pas avec d'autres activités », « Ca permet d'entrer en relation avec des personnes qui sont difficiles d'accès au niveau de la relation »

Chaque ergothérapeute dit que l'activité musicale a un effet sur les troubles cognitifs. On retrouve entre autre un effet sur « l'attention, la prise d'initiative » (E1) mais chaque ergothérapeute apparait être en accord commun sur la mémoire, notamment la mémoire sémantique (la mémoire des souvenirs). E3 parle d'un lien « de l'ordre de l'automatique » avec les souvenirs des personnes prises en charge, lien qu'E1 évoque également. Pour E5, il s'agit d'un « très bon moyen pour la réminiscence » mais aussi pour la communication. En effet, l'activité musicale permet aux personnes de travailler le langage (E4) en ayant « un petit mot qui émerge de temps en temps » et en leur permettant jusqu'à « chanter pas mal de chansons » (E1). Cette atteinte permet aux thérapeutes de « capter » (E1) l'attention de leurs résidents et « d'entrer en relation avec des personnes difficiles d'accès » (E5) notamment en raison de leurs troubles psycho-comportementaux.

e. Les effets de l'activité musicale sur les troubles psycho-comportementaux

E1	« La musique a un effet très apaisant [...] sur l'anxiété et sur l'angoisse » « Pour les personnes apathiques, c'était assez impressionnant », « elle est passée de cette attitude régressive de petite fille à une attitude de très, très ouverte, très joviale », « diminution des troubles »
E2	« moins d'angoisses »

E3	« Par le biais de cette activité, on peut travailler sur les troubles du comportement : la déambulation, l'anxiété, favoriser un cadre rassurant pour la personne », « il y a le côté apaisant » «, « on a des personnes qui déambulent de façon excessive [...] et en mettant de la musique dans [leur] chambre, ça [les] calme »,
E4	« ça peut les apaiser », « ça calme, ça joue vraiment sur les troubles du comportement »
E5	« Des personnes qui vont arrêter de déambuler d'un coup », « ça peut être juste le regard qui change, ça peut être juste un sourire, ça peut être un petit changement d'attitude », « un apaisement, une canalisation », « la musique adoucit les mœurs », « ça détourne l'attention de la cause du trouble du comportement », « « ils se calment, l'ambiance générale est plus détendue, plus apaisée »

Chaque ergothérapeute constate que l'activité musicale a un effet sur les troubles psycho-comportementaux de leurs résidents, notamment un effet apaisant. E3 dit clairement qu'à travers cette activité, « on peut travailler sur les troubles du comportement ». En effet, les ergothérapeutes ont pu, dans leur pratique, observer « moins d'angoisses » (E2), « une canalisation » auprès des résidents qui, en se calmant, voient l'ambiance de leur environnement se détendre (E5). Au niveau de la déambulation, E5 note que l'effet peut être immédiat par un arrêt instantané (« d'un coup ») du mouvement. Il explique que l'activité musicale « détourne l'attention de la cause du trouble du comportement ». D'ailleurs, E1 utilise l'exemple d'une de ses résidentes apathique qui, à l'heure d'aujourd'hui, est vue comme « joviale et ouverte » grâce à l'activité musicale. Cela pourrait s'expliquer par l'instauration d'un cadre rassurant (E3) rappelant que l'activité musicale est, parfois, la seule activité qui puisse atteindre certains résidents en les mettant en confiance, leur redonnant une appartenance à un groupe et un sentiment d'être capable de faire des choses (cf. b.)

f. Les effets de l'activité musicale sur le bien-être et le plaisir

E1	« Il y avait cette prise de plaisir », « Il [...] prenait goût », « ils sortent de « bonne humeur » de l'atelier », « Evidemment que si », « Je les voyais plus calmes, plus joyeux »
E2	« C'était une demande des résidents d'avoir une vraie chorale », « en faisant intervenir la mémoire émotionnelle, la musique peut permettre de ramener les gens à une période qui était positive pour eux »
E3	« J'ai des patients qui m'ont dit que le fait d'écouter de la musique, ça leur rappelait de bons souvenirs »
E4	« C'est valorisant pour la personne », « les personnes ont adoré cette activité », « l'activité musicale [...] apporte avant tout le plaisir [...] d'écouter de la musique », « elle nous remercie parce qu'on lui a fait du bien », « lorsque ça leur fait du bien, ils vont sécréter une hormone qui va stimuler le système de récompense »
E5	« Les gens qui ont de gros troubles cognitifs vont être un peu réticents aux autres activités car cela va leur demander un effort alors que l'activité ne demande pas forcément d'effort »

On constate que les ergothérapeutes rapportent des effets de l'activité musicale sur le bien-être et la prise de plaisir de leurs résidents. Ils rapportent des effets positifs tels que « ils sortent de bonne humeur [...], plus joyeux » (E1), « une période positive » (E2), « de bons souvenirs » (E3), « les personnes ont adoré cette activité » (E4) que les résidents, eux-mêmes, leur ont partagé (E2). E3 rappelle que l'activité musicale stimule la mémoire, notamment « la mémoire émotionnelle » qui, en les ramenant à cette « période positive », va leur apporter du bien-être, du plaisir qui, au niveau organique, stimule leur système de récompense (E4). Certains résidents vont jusqu'à remercier le thérapeute pour l'activité (E3), montrant qu'elle lui a apporté.

E5 parle d'effort de la part des résidents à participer à une activité : selon lui, l'activité musicale ne leur « demande pas forcément d'effort » mettant en avant l'aspect facilitateur de la participation de l'activité musicale. D'ailleurs, dans le cas de E2, l'activité musicale a été mise en place dans la demande des résidents.

- g. Les effets de l'activité musicale ou le changement au niveau des troubles psycho-comportementaux (conséquences de l'activité musicale) sur la participation

E1	<p>« Par leurs questions, leur attention, je voyais qu'ils étaient plutôt attentifs et qu'ils étaient impliqués », « [l'activité musicale] permettait vraiment au patient d'être dans l'ici et le maintenant [...], ils sont vraiment présents à écouter de la musique, à être attentifs, à chanter un peu les paroles », « il tapait discrètement dans les mains, remuait un peu la tête, chantonait l'air. [...] C'est là qu'on voit que ça arrivait à l'atteindre », « quand on passe la musique, ça les réduit très clairement », « ça a un effet très bénéfique », « c'est une activité qui, du moment que ça leur parle un minimum, cela va bien augmenter leur participation dans l'activité », « Elle se faisait un devoir de mémoriser toutes les paroles »</p>
E2	<p>« J'ai réussi à faire venir des gens qui ne participaient pas aux autres ateliers », « ça aide énormément à les investir », « honnêtement, je pense que c'est surtout dans l'autre sens que ça se fait : c'est la participation aux activités qui permet de baisser les troubles psycho-comportementaux »</p>
E3	<p>« Dès les premières notes, ils reconnaissent la musique sans qu'on les sollicite directement : ils interviennent spontanément », « il y a eu des personnes plus grabataires qui participaient quand il y avait de la musique. On avait toujours une petite réaction », « des patients qui vont nommer le titre ou l'artiste, d'autres qui vont chanter, qui vont fredonner [...], qui tapent le rythme, qui dansent un peu », « quand on fait de la musique, tous les résidents participent », « il y a des personnes apathiques qui vont participer [...] et qui ne participeront pas sur les autres exercices qu'on peut proposer », « ça facilite les échanges, c'est assez intuitif »</p>
E4	<p>« La maladie fait qu'on se retrouve isolé », « on a du mal à voir s'ils participent au stade sévère [...]. Souvent, ils participent plus trop », « Maintenant, à partir du moment où ça les apaise, elles sont incluses dans un groupe dans lequel on lance une activité. Donc elles sont présentes », « ça peut participer la participation par l'apaisement », « elles vont souvent se mettre à chanter. J'ai même vu dans un groupe que ces personnes se sont levées et se sont mises à danser »,</p>

E5	<p>« [...] qui vont se mettre à chanter, à danser », « il y a des gens qui ne vont pas du tout être dans ce qu'on appelle nous la participation mais rien que le fait de rester parmi nous et qu'ils soient tranquilles fait que c'est déjà une participation », « c'est pas compliqué de participer à une activité musicale », « je fais cette activité dans [...] la salle commune [...] parce que ça me permet d'avoir les résidents qui sont déjà là et comme c'est un endroit où les autres résidents vont passer un moment donné ou un autre, ça va me permettre de les capter au fur et à mesure sans [...] les obliger à participer parce que la participation est plus efficace et sereine si on les laisse venir d'eux-mêmes », « on s'aperçoit [...] qu'ils vont finir par se poser et participer à cette activité et être détournés de tout trouble du comportement »</p>
----	---

On constate que pour 4 sur 5 des ergothérapeutes interrogés, globalement, l'activité musicale stimule corporellement les résidents. En effet, ils vont fredonner, chanter, bouger leurs mains et même se mettre à danser (E1, E3, E4, E5), actions qui montrent qu'ils sont dans l'activité, qu'ils participent. Cependant, ce n'est pas le cas de tous. E4 met en avant que dans l'évolution de la maladie, la participation devient difficile. « On a du mal à voir s'ils participent au stade sévère [...] Souvent, ils participent plus trop ». Cependant, E5 avance que le fait d'être présent et de rester dans l'activité avec les autres résidents et avec le thérapeute est une forme de participation. Ainsi, être dans un groupe, être présent dans l'ici et le maintenant (E1), c'est déjà participer.

E2 et E3 mettent en avant que l'activité musicale est la seule activité à laquelle certains résidents participent, notamment les résidents apathiques. Cela peut être dû à une prise de plaisir (cf f.) car, selon E1, l'activité leur est signifiante « du moment que ça leur parle un minimum, cela va bien augmenter leur participation dans l'activité » ou, selon E4, dû aux effets bénéfiques sur leurs troubles psycho-comportementaux « ça peut participer la participation par l'apaisement », « à partir du moment où ça les apaise, elles sont incluses dans un groupe ». Certains d'entre eux y trouveront un rôle comme une des résidentes citées en exemple par E1 qui se devait de connaître les paroles de toutes les chansons. Cet aspect est appuyé par E5 qui souligne que cette activité permet aux résidents d'être détournés de tout trouble du comportement leur permettant de se poser dans l'activité. De plus, certains résidents interviennent dans l'activité sans

avoir besoin de stimulation malgré l'avancée de leur pathologie. Selon E3, les échanges entre les thérapeutes et le résident et entre les résidents sont facilités. Pour soutenir cette idée, E3 parle d'intuition : « *c'est assez intuitif* ».

D'ailleurs, E2 et E5, par le cadre de leur activité ouvert, permettent aux résidents de choisir de participer à l'activité selon leur volonté. A l'aide de ce cadre, E2 a permis de faire « *venir des gens qui ne participaient pas aux autres ateliers* ». Selon E5, la qualité de la participation est meilleure, « *sereine* », s'ils en font le choix eux-mêmes.

Enfin, bien que 4 sur 5 ergothérapeutes pensent que l'activité musicale a un effet positif sur les troubles psycho-comportementaux des résidents leur permettant de participer à cette dernière, E2 pense qu'il s'agit du fait de participer dans l'activité qui diminuerait les troubles psycho-comportementaux des résidents.

h. Une rémanence des effets de l'activité

E1	« <i>Ils vont être aussi peut-être plus réceptifs aux activités suivantes</i> », « <i>c'est principalement [...] une grosse réduction des troubles au moment où on faisait l'activité et un peu après, voire longtemps après</i> », « <i>ça dépend des patients</i> », « <i>il y a des patients chez qui ça va marcher, qui vont vraiment avoir une affinité particulière avec cette médiation et qui du coup, ça va avoir un effet très thérapeutique sur eux</i> », « <i>après, est-ce que c'était l'effet de l'activité musique ou de [l'institution] tout court, ça par contre, c'est difficile à dire</i> » « <i>on nous disait qu'ils revenaient [...] assez joyeux</i> »
E2	« <i>Ils seraient plus disponibles pour les AVQ</i> »
E3	« <i>Pas toujours</i> », « <i>le fait de les avoir avec nous, après, à l'atelier, ils peuvent être plus calmes à l'heure du repas</i> », « <i>s'il y a moins de troubles psycho-comportementaux, ils sont plus accessibles pour participer aux activités du quotidien</i> »
E4	« <i>Je pense qu'il y a ce fameux sentiment de familiarité qui correspondrait à la mémoire sémantique où ils ont passé un bon moment. Ça reste après ça va pas rester tout le temps</i> », « <i>je parlerais de sentiment de familiarité positif qui fait qu'ils ont été bien à la fois d'avant et les fois encore d'avant qui font qu'ils ont ce sentiment en eux</i> »

E5	<p>« C'est à plus ou moins long terme. Il n'y a pas de règles. », « Certains patients [...] [sont] en demande à leur manière de cette activité », « au niveau des personnes apathiques, si elles sont vraiment très, très atteintes au niveau de la démence, à moins que ce soit immédiatement derrière [...], ils vont retourner dans leur apathie. Par contre, pour l'apaisement, ça peut permettre de faciliter la prise de repas ou la toilette », « Pour le goûter par exemple, chez certains résidents déambulants, c'est très difficile dans leur déambulation d'aller les chercher et de les faire s'asseoir pour qu'ils prennent leur goûter. Même si on arrive ponctuellement à les faire s'asseoir, ils ne restent pas bien longtemps assis. Donc le temps qu'on aille chercher le goûter pour leur ramener, ils sont de nouveau en train de déambuler. Tandis que si ils ont déjà été apaisés et posés par l'activité, ça permet aux soignants de préparer et de l'apporter immédiatement à l'arrêt de l'activité. »</p>
----	--

On constate que les ergothérapeutes identifient une rémanence des effets de l'activité à la suite de l'activité notamment au niveau des activités de la vie quotidienne. E1 et E3 mettent en avant que cette rémanence est liée à l'individualité de chaque personne : « ça dépend des patients », « pas toujours ». Selon E4, cela correspondrait à un « sentiment de familiarité positif » liée à la mémoire sémantique qu'il définit comme une réminiscence corporelle d'un bien-être régulier

E4 parle de disponibilité pour les AVQ ce que E5 souligne que l'activité musicale a pour effets rémanents de l'apaisement ce qui peut permettre de « faciliter la prise de repas ou la toilette » et donne l'exemple de patients déambulants que l'activité musicale qu'il a mise en place est un facilitateur à la prise du goûter.

Bien que des effets soient constatés, E1 rappelle que les résidents sont pris en charge en institution par une équipe et qu'il peut être difficile de parler de rémanence des effets de l'activité musicale sans parler de l'effet des autres prises en charge.

i. Limites de l'activité

E1	<p>« si la personne est très, très atteinte par l'anxiété, très, très atteinte par la colère, elle va être focalisée sur ses problèmes. Elle ne va pas avoir forcément envie d'écouter de la musique. Ça peut même l'agacer davantage », « Moins qu'ils</p>
----	---

	<i>aient une affinité avec cette médiation, plus c'était difficile de les faire rentrer dans l'activité »</i>
E2	<i>« L'équipe n'était pas toujours très, très au clair par rapport à ça », « c'était assez compliqué dans cet établissement », « le personnel soignant n'était pas toujours aidants »,</i>
E3	<i>« ça peut être un peu l'effet inverse »</i>
E4	<i>« il y a des personnes pour qui cela n'a jamais fonctionné », « un sentiment de familiarité négatif [...] pour la prochaine séance, il va venir à reculons et ne saura pas pourquoi »</i>
E5	∅

Lors des entretiens, 3 sur 5 ergothérapeutes interrogés ont parlé d'effets négatifs que l'activité musicale aurait sur le patient. En effet, selon E1, l'activité musicale doit être signifiante pour le patient car, dans le cas contraire, l'activité n'atteindrait pas le patient. *« Il y a des personnes pour qui cela n'a jamais fonctionné », « un sentiment de familiarité négatif »* (E4). D'ailleurs, E1 ajoute que l'activité musicale ne serait pas adaptée aux personnes prises totalement dans leurs troubles. Elle n'aurait, dans cette situation, pas les effets escomptés : *« ça peut même l'agacer davantage »* (E1), *« ça peut être un peu l'effet inverse »* (E3).

E2 a exposé des problèmes institutionnels autour de l'activité musicale en ergothérapie qui n'était pas comprise par l'équipe soignante. Elle était devenue limitante de l'activité.

Bien que 4 sur 5 ergothérapeutes mettent en avant ces limites, E5 n'en a pas parlé.

2) Discussion

a. Confrontation des résultats à la théorie et vérification de l'hypothèse

i. Confrontation des résultats

Cette étude sous forme d'analyse d'entretiens a été menée auprès d'un échantillon de 5 ergothérapeutes afin de connaître l'influence de l'activité musicale en ergothérapie auprès de personnes atteintes de la MA aux stades modéré à sévère notamment sur les troubles psycho-comportementaux et sur leur participation.

Les résultats obtenus à la suite des entretiens révèlent que l'activité musicale est une activité pertinente en ergothérapie grâce à son aspect attirant, universel, signifiant et adaptable. Les ergothérapeutes interrogés rapportent que la musique est intuitive et que les réactions sont spontanées. Cela fait écho à l'histoire de la musique, qui, selon la partie théorique, est née en même temps que les hommes ainsi qu'à l'instinct. Un des ergothérapeutes interrogés pense que des connaissances musicales sont nécessaires à la mise en place de cette activité. Or, les autres ergothérapeutes ne le font pas remarquer : ils n'évoquent pas de limites de l'activité au niveau de leurs connaissances. Bien qu'il n'y ait pas d'informations sur leurs expériences théoriques ou pratiques musicales, les ergothérapeutes restent unanimes quant aux apports de l'activité musicale sur les personnes atteintes de la MA aux stades évolués bien qu'il puisse y avoir des limites au niveau de l'avancée des troubles des patients ainsi qu'au niveau de l'équipe pluridisciplinaire, notamment à leur manque d'informations autour de l'activité musicale en ergothérapie.

Au niveau cognitif, les personnes atteintes aux stades modéré à sévère ont des troubles conséquents altérant leur autonomie au quotidien et leurs capacités cognitives, notamment la mémoire. A travers cette étude, la mise en place de l'activité musicale permet d'éveiller la mémoire sémantique. Les ergothérapeutes décrivent les aspects positifs du souvenir, des événements d'antan qui apportent aux résidents un sentiment de plaisir et de bien-être. Il est intéressant de noter que

la partie théorique met en avant le côté émotionnel de la musique qui n'est que rapidement traité par les ergothérapeutes interrogés sous la forme d'une mémoire émotionnelle liée à la mémoire sémantique, apportant du bien-être et du plaisir.

Les ergothérapeutes indiquent que leurs résidents sont joyeux, sont de meilleure humeur à la suite de l'activité musicale. En somme, ils font comprendre aux thérapeutes que l'activité musicale leur apporte un réel plaisir et améliore leur bien-être. En cela, les résidents s'engagent dans l'activité. Cela est permis par l'aspect signifiant de la médiation, du cadre mais également par la relation thérapeutique. Un des ergothérapeutes rapporte que l'activité musicale facilite la relation thérapeutique entre le thérapeute et le résident, concept non abordé dans la partie théorique de ce mémoire.

Dans leur pratique, les ergothérapeutes utilisent principalement l'observation en tant qu'outil d'évaluation dans leur pratique en institution. Il s'agit d'un outil essentiel dans la communication non-verbale auprès des personnes atteintes de la MA aux stades modéré à sévère. Alors que les ergothérapeutes observent également des effets de l'activité musicale sur le corps de leurs résidents (danse, battement du rythme par les pieds...), il s'agit d'un point non abordé directement dans la partie théorique mais les éléments concernant les émotions et leur impact corporel pourraient avoir un lien dans l'explication de ces effets.

ii. Vérification de l'hypothèse

Au niveau des troubles psycho-comportementaux, les ergothérapeutes sont unanimes : l'activité musicale réduit les troubles qui, selon la partie théorique, limitent la personne atteinte au quotidien, notamment sa participation aux activités. Ainsi, ils notent que l'activité réduit la déambulation, apaise l'agressivité et stimule l'apathie. A travers ces résultats, la préconisation de la musique dans le traitement non médicamenteux des troubles psycho-comportementaux par l'HAS prend son sens. L'étude suggère que la réduction des troubles psycho-comportementaux est dû à un détournement de l'attention permis par l'émotion véhiculée par la musique. Les résidents sont alors dans l'ici et le maintenant, réagissent à l'activité musicale à travers un changement de regard, un battement de rythme, observés par les ergothérapeutes. En somme, la réduction des troubles psycho-comportementaux

permet aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer aux troubles modéré à sévère de participer à l'activité.

L'hypothèse de ce mémoire – l'activité musicale en ergothérapie réduit les troubles psycho-comportementaux, qui influent sur la participation, des personnes en institution – est validée, dans le cadre de cette étude et dans ce mémoire.

Or, bien que l'hypothèse soit validée, l'étude menée auprès des cinq ergothérapeutes met en exergue des concepts qu'il serait intéressant de traiter.

b. Pistes de réflexion

■ Le concept de rémanence des effets et le sentiment de familiarité

A l'issue de cette enquête, les ergothérapeutes ont pu s'exprimer sur l'existence d'une rémanence des effets de l'activité qui semble être relative à l'institution et la prise en charge globale par l'équipe pluridisciplinaire. Bien qu'il ait été reporté que des patients assimilaient l'activité au thérapeute malgré leur déclin cognitif majeur, la question de cette existence se pose quant à l'effet de l'activité en elle-même ou à l'effet de la structure et des prises en charge effectuées au quotidien. Or, des études auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans un contexte d'utilisation de la musique ont montré que « les malades éprouvaient un sentiment de familiarité avec les mélodies écoutées deux mois et demi plus tôt » malgré leurs troubles cognitifs majeurs. Pour Platel, cela confirme « l'étonnant pouvoir de la musique à s'inscrire durablement dans le cerveau » (CNRS, 2016). Dans ce contexte, le sentiment de familiarité pourrait être « l'émotion ou le plaisir éprouvé » (Carliez, 2006) pendant et à la suite de l'activité. Il serait intéressant de se demander si cette rémanence ne pourrait pas se transférer au niveau des activités de la vie quotidienne notamment au niveau des effets positifs sur les troubles psycho-comportementaux.

■ La participation permet de diminuer les troubles psycho-comportementaux

Un autre point intéressant a été soulevé par un des ergothérapeutes interrogés. Selon lui, ce ne serait pas la réduction des troubles psycho-comportementaux qui faciliterait la participation des patients, mais plutôt le

mouvement inverse : la participation des patients favoriserait la réduction des troubles psycho-comportementaux. Cette réflexion serait intéressante à étudier dans le cadre d'une ouverture à la suite de ce mémoire.

c. Critique : les intérêts et les limites de l'enquête et de l'étude

i. L'enquête

Les limites

■ Outil :

Par manque de temps et de moyens, je n'ai pas eu l'occasion de mettre en place l'outil « Observation » qui m'aurait apporté une ressource supplémentaire pertinente à mon enquête notamment dans l'observation de plusieurs séances d'activité musicale et de noter son influence sur les troubles psycho-comportementaux.

■ Grille d'entretien :

Les questions de la grille d'entretien ne sont pas assez précises et apparaissent trop générales. Il aurait fallu que j'approfondisse davantage la grille. De plus, au niveau des résultats obtenus, les ergothérapeutes répondaient à quelques questions avant même qu'elles ne soient posées et se sont répétées à d'autres. Egalement, il aurait été pertinent de poser des questions autour de l'activité musicale menée par chaque ergothérapeute notamment sur les objectifs de l'activité, le cadre de l'activité et la relation thérapeutique. En effet, ces concepts auraient pu se développer en des pistes de réflexion possibles.

■ L'échantillon de l'enquête :

L'échantillon d'ergothérapeutes n'est pas suffisamment significatif pour permettre de généraliser les résultats obtenus bien que ces derniers soient intéressants, nous permettant d'avoir un avis général sur le sujet.

■ **Expérience personnelle :**

N'étant pas suffisamment familière avec l'outil de l'entretien semi-directif, je n'ai pas su rebondir sur des éléments qui m'ont intéressée et sur lesquels j'aurais souhaité obtenir davantage d'informations.

Les intérêts

■ **Vérification de l'hypothèse :**

Bien que l'échantillon d'ergothérapeutes soit réduit, confronter les résultats obtenus à la partie théorique m'a permis de construire mon mémoire notamment dans le processus de vérification de mon hypothèse.

■ **Pistes de réflexion :**

Les ergothérapeutes interrogés ont pu éveiller ma curiosité sur différents concepts en lien avec l'activité musicale, la maladie d'Alzheimer et la participation notamment sur la rémanence des effets de l'activité musicale sur les activités de la vie quotidienne et sur les effets de la participation sur les troubles psycho-comportementaux. Je pense que ce serait enrichissant que je commence et poursuive des recherches sur ces derniers.

ii. L'étude

Les limites

Par manque de temps, je n'ai pas pu approfondir ce travail d'initiation de mémoire comme je l'aurais souhaité. En effet, beaucoup d'idées et concepts qui, à mon sens, auraient été intéressantes à intégrer dans ce mémoire n'ont pas pu être exploités.

Les intérêts

Cette étude m'aura permis de m'initier à un travail de recherche et à m'intéresser à de nombreux écrits. Ainsi, dans ma pratique professionnelle à venir, j'ai la possibilité d'exploiter ce que j'ai travaillé dans ce mémoire. En effet, je

souhaite mettre en place l'activité musicale dans ma pratique, convaincue de ses apports thérapeutiques. Ainsi, je serais intéressée par la poursuite de ma réflexion, mais également sur les ouvertures possibles, à travers d'autres travaux de recherche.

CONCLUSION

La MA est une maladie neurodégénérative évolutive qui touche, en France, 900 000 personnes. Elle réduit progressivement l'autonomie de la personne touchée par une apparition et évolution de troubles cognitifs et psycho-comportementaux dans le temps. Le maintien à domicile devient difficile : les personnes atteintes de la MA aux stades les plus évolués sont institutionnalisés et encadrés par une équipe pluridisciplinaire.

Par l'évolution des troubles, la MA entraîne, aux stades les plus évolués, une majoration des troubles psycho-comportementaux devient, chez les personnes touchées, une limite à participation aux activités.

Pour permettre et maintenir la participation aux activités, la HAS préconise l'intervention de l'ergothérapeute. Il adapte la musique à sa pratique pour atteindre des buts thérapeutiques. Auprès des personnes atteintes de la MA aux stades modéré à sévère, un des objectifs ergothérapeutiques principal se centre autour de la participation du patient, notamment de ce qui la limite.

Ainsi, il serait intéressant de se demander en quoi l'activité musicale en ergothérapie facilite la participation en institution des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré à sévère ?

Une enquête a été menée auprès d'ergothérapeutes permettant de mettre en avant la pertinence de l'activité musicale en ergothérapie auprès d'une population Alzheimer aux stades les plus évolués. Elle influe sur les troubles psycho-comportementaux, cognitifs mais également sur le bien-être des résidents, ce qui facilite leur participation dans l'activité. L'ergothérapeute observe ces changements et les transmet à son équipe en institution dans le cadre d'une collaboration pluridisciplinaire et une prise en charge globale.

Enfin, l'étude effectuée offre de nouvelles pistes de réflexion autour d'une possibilité de rémanence des effets de l'activité sur les activités de vie quotidienne ainsi que sur l'effet de la participation sur les troubles psycho-comportementaux.

BIBLIOGRAPHIE

- Alzheimer's Association. (2017). *Les stades de la Maladie d'Alzheimer*. Récupéré sur alz.org: <http://www.alz.org/fr/stades-de-la-maladie-d-alzheimer.asp> [EN LIGNE]
- ANESM. (2014). *Risques liés à la prise de médicaments*.
- ANFE. (2017). *Définition de l'ergothérapie*. Récupéré sur ANFE: <http://www.anfe.fr/index.php/definition> [EN LIGNE] consulté le 02/02/2018
- ANSM. (2008). *Agence Nationale de Sécurité du Médicament*. Récupéré sur ANSM: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Securite-d-emploi-des-antipsychotiques-classiques-chez-les-patients-ages-déments> [EN LIGNE] consulté le 03/02/2018
- Bigand. (2018). *Les bienfaits de la musique sur le cerveau*. Belin.
- Bigand, E. (2010, Mars). *Musique, empathie et cohésion sociale*. Récupéré sur Université de Bourgogne: <http://leadserv.u-bourgogne.fr/en/members/emmanuel-bigand/pages/musique-empathie-et-cohesion-sociale> [EN LIGNE] consulté le 25/04/2018
- Bigand, E. (2014). *Les pouvoirs thérapeutiques de la musique: 3 questions à Emmanuel Bigand*. Récupéré sur Université de Bourgogne: <http://recherche.u-bourgogne.fr/actualites/les-pouvoirs-therapeutiques-de-la-musique-3-questions-a-emmanuel-bigand.html> [EN LIGNE] consulté le 25/04/2018
- Blood, A., & Zatorre, R. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, pp. 11818-23.
- Caisse d'Assurance Maladie. (2017, Avril). *La maladie d'Alzheimer*. Récupéré sur ameli.fr: <https://www.ameli.fr/val-de-marne/assure/sante/themes/maladie-alzheimer/comprendre-maladie-alzheimer> [EN LIGNE] consulté le 01/11/17
- Carliez, S. (2006). La re-création en musique. *L'encéphale*, pp. 1171-1174.
- Castelein, P. (2015). *La participation sociale: un enjeu interdisciplinaire pour nos institutions*. Récupéré sur La-persagotiere.fr: <https://www.la-persagotiere.fr/wp-content/uploads/cdlp-n63-2015-la-participation-sociale.pdf> [EN LIGNE] consulté le 05/01/2018
- Claudon, P., & Weber, M. (2009). L'émotion. *Devenir*, pp. 61-99.
- CNRS. (2016). *CNRS Le Journal*. Récupéré sur CNRS: <https://lejournel.cnrs.fr/articles/la-musique-pour-soigner-la-mémoire> [EN LIGNE] consulté le 06/04/2018
- Dancer, A., & Robillard, G. (2018). *Oreille moyenne*. Récupéré sur Voyage au centre de l'audition: <http://www.cochlea.eu/oreille-generalites/oreille-moyenne> [EN LIGNE] consulté le 10/05/2018
- Darsel, S. (2010). De la musique aux émotions. *Presses universitaires de Rennes*, pp. 15-28.

- David, R., & Piano, J. (2015). Prise en charge des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer. *Démences*, pp. 213-215.
- Delphin-Combe, F., Martin-Gaujard, G., Roubaud, C., Fortin, M.-E., Husson, F., Rouch, I., & Krolak-Salmon, P. (2013). Expérience d'un parcours de soins des symptômes psychologiques et comportementaux des démences. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, pp. 416-422.
- Derouesné, C., Poitreneau, J., Hugonot, L., Kalafat, M., Dubois, B., & Laurent, B. (1999). Le Mini-Mental State Examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. *La Presse Médicale*, pp. 1141-1148. Récupéré sur Faculté de Médecine de Sorbonne Université.
- Di Pastena, A., Schiaratura, L., & Askevis-Leherpeux, F. (2015). Joindre le geste à la parole: les liens entre la parole et les gestes co-verbaux. *L'année psychologique*, pp. 463-493.
- Duzan, B., & Fouassier, P. (2011). Maladie d'Alzheimer et fin de vie: aspects évolutifs et stratégies thérapeutiques. *Elsevier Masson*, pp. 230-244.
- Fougeyrollas, P. (2005). Comprendre le processus de production du handicap (PPH) et agir pour la participation sociale, une responsabilité sociale et collective. *Journée d'étude 15 Juin 2005 ANDESI*, (pp. 1-9).
- France Alzheimer. (2017, Juillet). *La Maladie d'Alzheimer*. Récupéré sur Francealzheimer: <http://www.francealzheimer.org/la-maladie-d-alzheimer/d%C3%A9finition-de-la-maladie-d-alzheimer> [EN LIGNE] consulté le 28/10/2017
- France Musique. (2016). *L'émotion de la musique décryptée. D'où provient le frisson musical ?* Récupéré sur France Musique: <https://www.francemusique.fr/actualite-musicale/musique-et-sante-l-emotion-de-la-musique-decryptee-d-ou-provient-le-frisson-musical-729> [EN LIGNE] consulté le 08/05/2018
- Gouvernement. (2007). *Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012*.
- Gouvernement. (2018). *Code de la santé publique*. Récupéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/> [EN LIGNE] consulté le 10/02/2018
- HAS. (2009). *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer*. Récupéré sur HAS: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-11/maladie_dalzheimier_-_synthese_-_septembre_2009.pdf [EN LIGNE] consulté le 13/01/2018
- HAS. (2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - Argumentaire*.
- HAS. (2010). *Actes d'ergothérapie susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer*.
- HAS. (2011). *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*. Récupéré sur HAS: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge.pdf [EN LIGNE] consulté le 13/01/2018

- HAS. (2011). *Maladie d'Alzheimer et Maladies apparentées: diagnostic et prise en charge* . Haute Autorité de la Santé.
- HAS. (2011-12). *Critères diagnostiques de la maladie d'Alzheimer, NINCDS-ADRDA*. Récupéré sur HAS: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/maladies_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge_annexe_5.pdf [EN LIGNE] consulté le 14/01/2018
- HAS. (2012). *Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer, DSM-IV-TR*. Récupéré sur HAS: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/dms-iv-tr.pdf> [EN LIGNE] consulté le 14/01/2018
- HAS. (2014). *Haute Autorité de la Santé* . Récupéré sur Les approches thérapeutiques non médicamenteuses : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1781393/fr/approches-therapeutiques-non-medicamenteuses [EN LIGNE] consulté le 09/02/2018
- INSERM. (2008). *Effets sur le bien-être et la qualité de vie*. Récupéré sur Inserm: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/?sequence=15> [EN LIGNE] consulté le 16/04/2018
- Inserm. (2014, Juillet). *La maladie d'Alzheimer*. Récupéré sur Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale.
- Institut Polytechnique Fédérale de Lausanne. (2010). *Le cerveau limbique - Notre cerveau émotionnel*. Récupéré sur Brain Days: https://www.braindays.ch/wp-content/uploads/2015/09/brainbus_factsheet_cerveau_limbique.pdf [EN LIGNE] consulté le 05/05/2018
- Larivière, N. (2008). Analyse du concept de la participation sociale: définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs . *Canadian Journal of Occupational Therapy*, pp. 114-127.
- Larousse. (2017). *Définition de "Musique"*. Récupéré sur Dictionnaire Larousse: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/musique/53415> [EN LIGNE] consulté le 28/11/2017
- Larousse. (2017). *Définition de "Participer"*. Récupéré sur Larousse: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/participer/58375?q=participer#58025> [EN LIGNE] consulté le 06/03/2018
- Le Cerveau à tous les Niveaux. (2018). *Les centres du plaisir*. Récupéré sur Le cerveaux à tous les niveaux: http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_cr/i_03_cr_que/i_03_cr_que.html [EN LIGNE] consulté le 04/05/2018
- Medisite. (2005). *L'oreille, comment ça entend ?* Récupéré sur Medisite: <http://www.medisite.fr/audition-l-oreille-comment-ca-entend.157.11582.html> [EN LIGNE] consulté le 25/04/2018
- Mega, M. S., Cummings, J. L., Fiorello, T., & Gombein, J. (1996). The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology*, pp. 130-135.
- Ménard, M. (2007). La fabrique du cadre en ergothérapie . *Ergothérapie en psychiatrie* .

- Menon, V., & Levitin, D. (2005). The rewards of music listening: response and physiological connectivity of the mesolimbic system. *Neuroimage* , pp. 175-184.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation* .
- Ministère de la Santé et des Sports, & Ministère du Travail. (2010). *Référentiel de compétences du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute*.
- Ministère des Solidarités et de la Santé . (2018). *Ministère des Solidarités et de la Santé* . Récupéré sur Ministère des Solidarités et de la Santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer> [EN LIGNE] consulté le 02/02/2018
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2014-2019). *Plan des maladies neurodégénératives*.
- Molin, P., & Rockwood, K. (2016). Les nouveaux critères de la Maladie d'Alzheimer - Perspective gériatrique . *Canadian Geriatrics Journal*, pp. 74-82.
- Moussard, A., Bigand, E., & Rochette, F. (2012). La musique comme outil de stimulation cognitive. *L'année psychologique*, pp. 499-542.
- Narme , P., Clement, S., & Samson, S. (2012). *Musique et cerveau, Nouveaux concepts, Nouvelles applications*. Sauramps médical .
- Ollat, H., & Pirot, S. (2004). Cortex orbitofrontal, comportement et émotions . *Research Gate*.
- Ollivet, C., Moulias, R., Hervy, M.-P., & Mischlich, D. (2005). *Alzheimer et les maladies apparentées: traiter, soigner et accompagner au quotidien*. Masson.
- OMS. (2017, Septembre). *Aide-mémoire sur la démence*. Récupéré sur Organisation Mondiale de la Santé: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/> [EN LIGNE] consulté le 21/11/2017
- OMS. (2017). *Projet de plan mondial d'action de santé publique contre la démence (2017)*.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Classification Internationale des Maladies* . Récupéré sur CIM-10: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F00> [EN LIGNE]
- Paillet, P. (2018). *Quels sont les premiers instruments de musique utilisés par l'Homme ?* Récupéré sur Musée de l'Homme: <http://www.museedelhomme.fr/fr/quels-sont-premiers-instruments-musique-utilises-homme> [EN LIGNE] consulté le 29/11/2017
- Peretz, I. (2009). *Neuroscience cognitive de la musique*. Récupéré sur La lettre du Collège de France: <https://journals.openedition.org/lettre-cdf/324> [EN LIGNE] consulté le 14/04/2018
- Pujol, R. (2016). *Cerveau auditif*. Récupéré sur Voyage au centre de l'audition: <http://www.cochlea.eu/cerveau-auditif> [EN LIGNE] consulté le 10/05/2018
- RIPPH. (2018). *Réseau International sur le Processus de production du handicap*. Récupéré sur RIPPH: <http://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/> [EN LIGNE] consulté le 14/11/2017
- Rousseau, J.-J. (1780-1789). *Dictionnaire de Musique - Volume 9*. Collection complète des oeuvres.
- Sacks, O. (2009). *Musicophilia, la musique, le cerveau et nous*. Du Seuil.

- Samson, S., Tonini, A., Khatir, F., Clement, S., Schiaratura, L., & Narme, P. (2012). Thérapies non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer: comparaison d'ateliers musicaux et non musicaux. *Gériatrie et psychologie - Neuropsychologie du vieillissement*, pp. 215-24.
- Sander, D. (2018). *Psychologie des émotions*. Récupéré sur Encyclopaedia Universalis France: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/psychologie-des-emotions/1-qu-est-ce-qu-une-emotion/> [EN LIGNE] consulté le 04/05/2018
- Société Française de Musicologie. (1950). *Abrégé de l'histoire de la musique en Egypte*. Récupéré sur Revue de musicologie: <http://www.coptic.org/music/abrege.htm> [EN LIGNE] consulté le 05/12/2018
- Vandel, P., Haffen, E., & Sechter, D. (2009). Traitements pharmacologiques des troubles psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer. *Annales médico-psychologiques*, pp. 219-223.

ANNEXES

Annexes n°1 : Les concepts-clefs du MDH-PPH

Annexes n°2 : Tableau récapitulatif des symptômes psychocomportementaux dans la maladie d'Alzheimer selon le score du MMSE issu d'une étude menée en 1996

Annexes n°3 : Grille d'entretien

Annexes n°4 : Entretien avec un des cinq ergothérapeutes de l'échantillon

Annexes n° 1 : Les concepts-clés du MDH PPH

Source : <http://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/>

Selon le modèle conceptuel du Modèle de développement humain - Processus de production du handicap (MDH-PPH), la compréhension et l'explication du phénomène du handicap repose sur l'interaction entre trois domaines conceptuels :

1- Les facteurs personnels

Un facteur personnel est une caractéristique appartenant à la personne, telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc. Le modèle conceptuel du Modèle de développement humain - Processus de production du handicap (MDH-PPH) propose trois échelles de mesure pour les facteurs personnels : une pour les facteurs identitaires, une pour les systèmes organiques et une autre pour les aptitudes.

Facteurs identitaires

Les facteurs identitaires sont des caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles propres à un individu et à son histoire de vie. Ceux-ci incluent également des informations concernant les valeurs et les préférences de ce même individu.

- **Caractéristiques sociodémographiques**
- **Âge, sexe, appartenance culturelle significative pour la personne (ethnique, confessionnelle)**
- **Histoire de vie**
- **Objectifs de vie**
- **Diagnostic si applicable**
- **Revenu ou statut sociodémographique**
- **Degré de scolarité**
- **Statut familial**

Système organique

Un système organique est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commun. Les systèmes organiques s'apprécient sur une échelle allant de « l'intégrité » à « la déficience importante ».

Intégrité

L'intégrité correspond à un système organique n'ayant pas subi d'altération.

Déficience

Une déficience correspond à un système organique ayant subi des altérations légères, modérées ou considérables.

Selon le MDH-PPH, les systèmes organiques seraient composés de quatorze catégories :

- Morphologie
- Système endocrinien
- Système reproducteur
- Système cutané
- Système musculaire
- Système squelettique
- Système nerveux
- Système auriculaire
- Système oculaire
- Système digestif
- Système respiratoire
- Système cardiovasculaire
- Système urinaire
- Système hématopoïétique et immunitaire

Aptitudes

Une aptitude est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale. Les aptitudes s'apprécient sur une échelle allant de « capacité sans limite » à une « incapacité complète ».

Capacité

Une aptitude permet d'accomplir partiellement ou entièrement l'activité physique ou mentale même si cela est fait avec une aide technique ou humaine.

Incapacité

Une aptitude ne permet pas d'accomplir l'activité physique ou mentale.

Selon le MDH-PPH, les aptitudes seraient composées de dix catégories :

- Aptitudes reliées aux activités intellectuelles
- Aptitudes reliées au langage
- Aptitudes reliées aux comportements
- Aptitudes reliées aux activités motrices
- Aptitudes reliées à la respiration
- Aptitudes reliées au sens et à la perception
- Aptitudes reliées à la digestion
- Aptitudes reliées à l'excrétion
- Aptitudes reliées à la reproduction
- Aptitudes reliées à la protection et à la résistance

2- Les facteurs environnementaux

Un facteur environnemental est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société. Les facteurs environnementaux s'apprécient sur une échelle allant du « facilitateur majeur » à « l'obstacle majeur »

Facilitateur

Un facilitateur correspond à un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles).

Obstacle

Un obstacle correspond à un facteur environnemental qui entrave la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles).

Selon le MDH-PPH, les facteurs environnementaux se regroupent en « facteurs sociaux » et en « facteurs physiques ». Chacun d'eux sont composés de neuf catégories.

Facteurs sociaux	Facteurs physiques
<u><i>Facteurs politico-économiques</i></u> <ul style="list-style-type: none">• Systèmes politiques et structures gouvernementales• Système juridique• Système économique• Système socio-sanitaire• Système éducatif• Infrastructures publiques• Organisations communautaires	<u><i>Nature</i></u> <ul style="list-style-type: none">• Géographie physique• Climat• Temps• Bruits• Électricité et magnétisme• Luminosité
<u><i>Facteurs socio-culturels</i></u> <ul style="list-style-type: none">• Réseau social• Règles sociales	<u><i>Aménagements</i></u> <ul style="list-style-type: none">• Architecture• Aménagement du territoire• Technologies

3- Les habitudes de vie

Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. Les habitudes de vie s'apprécient sur une échelle allant de la « situation de participation sociale optimale » à la « situation de handicap complète »

Une situation de participation sociale

Une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles).

Une situation de handicap

Une situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation ou à l'incapacité à réaliser des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles).

Selon le MDH-PPH, les habitudes de vie se regroupent selon deux classes : « activités courantes » et en « rôles sociaux ». Les activités courantes et les rôles sociaux sont chacun composés de six catégories d'habitudes de vie.

Activités courantes	Rôles sociaux
<ul style="list-style-type: none">• Communications• Déplacements• Nutrition• Condition corporelle• Soins personnels• Habitation	<ul style="list-style-type: none">• Responsabilités• Relations interpersonnelles• Vie communautaire• Éducation• Travail• Loisirs

Annexes n° 2 : Tableau récapitulatif des symptômes psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer selon le score du MMSE

	Score du MMSE	[30-21]	[20-11]	[10-0]	Total n
	Nombre brut n	17	20	13	50
Symptômes					
Idées délirantes		12	25	31	22
Hallucinations		12	15	8	10
Agitation		47	55	85	60
Dépression/dysphorie		12	45	62	38
Anxiété		24	65	54	48
Euphorie		18	0	8	8
Apathie		47	80	92	72
Impulsivité		35	40	31	36
Irritabilité		35	40	54	42
Comportement moteur abherring		12	30	84	38

Tableau issu de : The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease, article de Mega M, Cummings J. L., Fiorello T. paru dans le périodique *Neurology* en 1996.

Population étudiée et échantillon : 50 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer réparties en trois catégories selon leur score du MMSE.

Les résultats présents dans la colonne verte sont exprimés en pourcentage (%).

Annexes n°3 : Grille d'entretien

Questions	But des questions
Pouvez-vous vous présenter ?	
Dans la structure, en tant qu'ergothérapeute, comment définiriez-vous votre rôle et vos objectifs avec vos patients ?	Pour connaître sa définition de l'ergothérapie et ses objectifs ergothérapeutiques dans ses prises en charge avec ses patients
Depuis combien de temps utilisez-vous l'activité musicale comme médiation ?	Le temps d'utilisation d'une activité est un bon indice de pertinence d'une activité
Pourquoi avez-vous choisi d'utiliser l'activité musicale dans votre pratique ? Qu'apporte-t-elle concrètement par rapport aux autres des activités que vous encadrez en parallèle ?	Pour connaître la/les raisons pour laquelle/lesquelles l'ergothérapeute a choisi d'utiliser cette médiation et ce qu'elle apporte par rapport aux autres activités
Vos patients sont-ils impliqués/participent durant l'activité ? A quoi voyez-vous qu'ils sont impliqués/participent ? Quels sont les signes d'implication/de participation que vous relevez ?	Pour connaître l'impact de l'activité musicale sur la participation des patients
En quoi l'activité musicale facilite la participation de vos patients ?	Pour connaître l'avis des ergothérapeutes sur ce qui facilite la participation des patients dans l'activité musicale. Cette question suit la problématique du mémoire
Pensez-vous que l'activité musicale a un effet sur les troubles psycho-comportementaux de vos patients ? Si oui, quels en sont les effets ?	Pour connaître l'impact de l'activité musicale sur les troubles psycho-comportementaux des patients

<p>Selon vous, comment l'activité musicale influe sur les troubles psycho-comportementaux ?</p>	<p>Question qui dépend de la précédente. Pour connaître l'avis des ergothérapeutes sur le lien entre l'activité musicale et les troubles psycho-comportementaux et pour comprendre comment l'activité musicale peut avoir une influence sur les troubles psycho-comportementaux</p>
<p>Comment évaluez-vous les changements des troubles psycho-comportementaux de vos patients ?</p>	<p>Pour connaître les moyens mis en œuvre par l'ergothérapeute pour évaluer la variation des troubles psycho-comportementaux de ses patients</p>
<p>En quoi ces changements au niveau des troubles psycho-comportementaux influent sur la participation de vos patients ?</p>	<p>Pour une mise en lien entre la baisse des troubles psycho-comportementaux et le niveau de participation des patients</p>
<p>En dehors des effets sur troubles psycho-comportementaux, avez-vous observé d'autres bénéfices que peut apporter l'activité musicale sur vos patients ?</p>	<p>Pour avoir leur avis sur une ancienne hypothèse qui serait utilisée dans la discussion et, éventuellement, en ouverture</p>
<p>Pensez-vous qu'il existe une rémanence des effets de l'activité musicale après l'activité ?</p>	<p>Pour avoir leur avis sur une ancienne hypothèse qui serait utilisée dans la discussion et, éventuellement, en ouverture</p>
<p>Avez-vous autre chose à ajouter ?</p>	<p>En cas d'oubli ou si l'ergothérapeute souhaite ajouter des informations</p>

Annexes n°4 : Un des cinq entretiens avec les ergothérapeutes de l'échantillon

- Durée de l'entretien : 35 minutes
- En italique : l'étudiante ergothérapeute
- En gras et mentionné : l'ergothérapeute interviewé

Est-ce que vous pouvez vous présenter ?

Ergothérapeute : Alors, je suis ergothérapeute depuis 10 ans. J'ai fait mes études en Belgique et je travaille en EHPAD et en Unité de soins de suite en gériatrie depuis mes débuts. J'ai toujours travaillé en gériatrie avec plusieurs pathologies notamment les démences de type Alzheimer et démences associées Alzheimer.

D'accord. A l'heure actuelle, dans la structure dans laquelle vous travaillez, comment définiriez-vous votre rôle et vos objectifs en tant qu'ergothérapeute au sein de la structure ?

Ergothérapeute : Alors, on a des rôles un peu divers au sein de l'EHPAD. On a un rôle évidemment de conseil au niveau des équipes et des familles de prise en soin, de relationnel avec les résidents. Nous avons également un rôle d'adaptation des chambres et de l'environnement. On a surtout un gros rôle à jouer au niveau des troubles psycho-comportementaux qui vont être pris en charge de façon individuelle ou de façon globale dans des ateliers individuels ou en groupe. Les ateliers individuels vont être décidés en fonction de la personne. Les ateliers de groupe vont être décidés en fonction des besoins généraux. Et on va choisir les résidents en fonction de leurs appétences et de leurs besoins au niveau des ateliers en groupe qui seront définis en avance.

Vous utilisez l'activité musicale de façon individuelle ou en groupe ?

Ergothérapeute : Nous l'utilisons plutôt en groupe. En fait, j'interviens dans la structure à plusieurs niveaux : au sein d'un PASA et au sein d'un UVA. Vous connaissez les définitions des PASA et UVA ?

Le PASA, pôle d'activités et de soins adaptés, oui mais pas l'UVA.

Ergothérapeute : En fait, l'UVA c'est l'Unité de Vie adaptée. C'est une petite unité où on a à peu près 15 résidents. C'est une unité fermée pour les personnes qui ont des troubles du comportement productifs surtout de type déambulation qui ont donc des troubles plus importants que ceux qui vont au PASA.

Et vous intervenez donc à l'UVA. C'est dans cette UVA que vous menez une activité musicale avec vos patients ?

Ergothérapeute : Voilà. Je le faisais au PASA avant mais c'étaient avec les groupes que Mme Maurice a repris.

Depuis combien de temps utilisez-vous l'activité musique au sein de cette UVA ?

Ergothérapeute : Depuis à peu près 2 ans.

Pourquoi vous avez choisi d'utiliser cette activité dans votre pratique ?

Ergothérapeute : En fait, on se rend compte que la musique est quelque chose qui parle aux gens de près ou de loin. C'est très rare qu'il n'y ait pas de réactions de la part des résidents quand on passe de la musique. Ce sont des réactions diverses et variées, il faut savoir les déceler. Mais quel que soit le degré de pathologie, on a toujours une réaction de la part des résidents. C'est un moyen assez... comment je peux vous le dire ? Pertinent.. pour les personnes qui ont des troubles du comportement et des démences.

D'accord. Vous avez parlé de signes à repérer. Quels sont-ils et que permettent-ils vous de voir ?

Ergothérapeute : En fait, ça peut être des réactions évidentes. Des personnes qui vont arrêter de déambuler d'un coup, qui vont se mettre à chanter, à danser, tout ça ce sont des réactions flagrantes. Après, il y a des réactions plus subtiles et si on n'est pas avertis, on ne les remarque pas forcément. Ça peut juste être le regard qui change, ça peut être juste un sourire, ça peut être un petit changement d'attitude. Si on est pas vraiment attentifs, on ne va pas forcément le déceler. C'est aussi connaître le résident.

Si on ne connaît pas le résident, il va avoir des réactions qui... comment je le dirais ? Qui ne seraient pas significatifs pour lui mais quand on le connaît, c'est significatif.

D'accord. Ce seraient-ils des signes de participation durant l'activité ?

Ergothérapeute : Euh, oui. Alors, après, on a différents types de participation c'est toujours pareil. On a la participation active, la participation passive. Il y a des gens qui ne vont pas du tout être dans ce qu'on appelle nous la participation mais rien que le fait de rester parmi nous et qu'ils soient tranquilles fait que c'est déjà une participation.

Selon vous, en quoi l'activité musicale facilite la participation de vos patients ?

Ergothérapeute : Ben, c'est un moyen de médiation qui est accessible pour tout le monde. Une chanson, bien souvent si les gens ne connaissent pas les paroles, ils connaissent au moins l'air. Même s'ils ne connaissent pas l'air, ils peuvent participer vraiment sur différentes formes. C'est pas compliqué de participer à une activité musicale. Même s'ils ont de grosses difficultés cognitives, il existe toujours un moyen de participer, même de façon passive. En général, les gens qui ont de gros troubles cognitifs vont être un peu réticents aux autres activités car cela va leur demander un effort alors que l'activité musicale ne demande pas forcément d'effort et ils sont plus volontiers à participer à cette activité. D'ailleurs, au niveau du cadre, je fais cette activité dans la grande salle d'activités qui est la salle commune. Pourquoi ? Parce ça me permet déjà d'avoir les résidents qui sont déjà là et comme c'est un endroit où les autres résidents vont passer un moment donné ou un autre, ça va me permettre de les capter au fur et à mesure sans forcément aller les déranger ou les obliger à participer parce que la participation est beaucoup plus efficace et sereine si on les laisse venir d'eux-mêmes que si on vient les chercher et les déranger dans ce qu'ils sont en train de faire. J'ai pris parti d'aller chercher les résidents qui sont déjà là, de leur proposer l'activité car ils sont déjà là. Par contre, les autres vont venir participer ou pas selon leur souhait quand ils passeront dans la salle.

D'accord. Concernant les troubles psycho-comportementaux dont vous aviez parlé il y a quelques minutes, quels effets a l'activité musicale sur ces derniers ?

Ergothérapeute : On va dire que pour à peu près 50% des résidents, ça permet un apaisement, une canalisation notamment pour les gens qui vont être déambulants ou dans l'agressivité. On se rend compte que dès qu'on va mettre un peu de musique et qu'on se pose avec eux et qu'on participe à cette activité, on s'aperçoit souvent à plus ou moins long terme qu'ils vont finir par se poser et participer à cette activité et être détournés de tout trouble du comportement au moment où on arrive et où on démarre l'activité.

OK. Et selon vous, comment l'activité musicale influe sur ces troubles psycho-comportementaux ?

Ergothérapeute : Bah... On dit souvent que la musique adoucit les mœurs. Je pense que c'est vrai. Déjà, comme toute l'activité, ça détourne l'attention de la cause du trouble du comportement productif. Parce que même si on ne la connaît pas toujours, il y a forcément une cause. Donc, ça détourne l'attention et après c'est aussi dans le choix des musiques. Forcément, si on choisit une musique douce, la personne va avoir envie d'être dans une attitude calme et douce. Vraiment, vraiment, ça détourne l'attention et en plus, ça a vraiment des vertus apaisantes et vraiment, encore une fois, c'est très facile de participer à une activité musicale. Très rapidement, les gens vont être attirés par la musique, vont chanter, vont danser. C'est un très bon moyen de détourner l'attention et c'est quelque chose de plutôt joyeux et festif qui permet d'être en relation duelle et collective très facilement.

Donc, comment vous évaluez les troubles psycho-comportementaux notamment leurs changements ? Est-ce que vous utilisez un bilan en particulier ?

Ergothérapeute : Non, non, c'est très souvent... C'est pas vraiment un argument mais c'est quand même un argument : on manque quand même de temps donc on ne peut pas se permettre de faire des évaluations pour chaque résidents à chaque activité tous les jours. Des évaluations, on va peut-être en faire vraiment soit à l'entrée du résident, soit à des gros changements d'attitude persistants. Sinon, ça va être beaucoup d'observation, hein. Dire quelle est l'ambiance générale et quel est le comportement du résident quand on arrive et puis on va parler des comportements au cours de l'activité et enfin, l'ambiance générale et le comportement des résidents en fin d'activité. C'est plus une photographie avant, pendant, après. Mais on fait pas un bilan complet, on n'a

pas le temps, c'est pas possible. On utilise par contre le NPI quotidiennement mais, pour le coup, c'est propre à la structure. C'est pas un bilan qu'on va nous demander en tant qu'ergo particulièrement. C'est un bilan qu'on va faire en collectif lors des réunions de service ou chacun apporte sa participation mais c'est pas moi en tant qu'ergothérapeute qui va faire le NPI.

La collaboration est donc essentielle à cette évaluation des changements des troubles psycho-comportementaux ?

Ergothérapeute : Oui, bien sûr.

Et, en quoi ces changements au niveau des troubles psycho-comportementaux de vos patients influent sur la participation de vos résidents ?

Ergothérapeute : Euh... Un peu compliqué comme question. Disons que... Euh... on a certains résidents qui vont tellement être dans le trouble du comportement qu'ils ne vont pas être accessibles. Donc, ça va être compliqué de leur proposer des activités de vie quotidienne ou des activités de jeu de société parce qu'ils ne sont pas disponibles, ils sont tellement dans leurs troubles qu'on n'y arrive pas. Et parfois, par extension, ils vont finir par perturber l'ensemble des résidents comme ils vivent en permanence ensemble – comme c'est une petite structure, donc ils sont quand même très souvent ensemble – et la musique, c'est quelque chose qui permet de chopper les résidents même si on n'est pas juste à côté d'eux. Même si, au moment où on arrive, la personne n'est pas disponible, si on met la musique et qu'on laisse les résidents tranquilles, le résident va finir par de lui-même être accrochés par la musique et bien souvent, ils viennent d'eux-mêmes rejoindre le groupe et finir par participer. Comme ils se calment, l'ambiance générale c'est plus détendue, plus apaisée et ça arrive – enfin, c'est quand même rare – qu'à la fin de l'activité, il n'y ait pas au moins un degré en dessous d'apaisement par rapport à quand j'arrive. Si, parce que, quand j'arrive, il y a agitation.

Et en dehors des effets sur les troubles comportementaux, avez-vous observé d'autres bénéfices qu'apporte l'activité musicale sur vos résidents ?

Ergothérapeute : Oui. La musique est un très bon moyen pour la réminiscence et pour la médiation. On a certains résidents qui ne parlent pas, qui sont très difficiles d'accès

en termes de communication verbale ou non verbale. On se rend compte que, dans beaucoup de cas, le fait d'utiliser la musique, ça permet d'avoir un petit mot qui émerge de temps en temps, un regard, un sourire, pourquoi pas un geste qu'on aurait pas avec d'autres activités. Ça permet d'entrer en relation avec des personnes qui sont très difficiles d'accès au niveau de la relation telle que nous on l'entend au quotidien. Et le deuxième effet, c'est vraiment la réminiscence. C'est bien rare qu'on n'ait pas au moins une musique, une chanson qui ne permet pas aux personnes de se souvenir de quelque chose en particulier et même de la chanson en elle-même. C'est déjà une forme de réminiscence. Donc voilà. Les gens qui ont vraiment de très, très gros troubles, qui sont très renfermés avec qui on n'arrive pas vraiment à faire des activités, c'est vrai que c'est beaucoup plus facile avec la musique de les faire participer.

D'accord. Est-ce que vous pensez qu'il existe une rémanence des effets de l'activité musicale après l'activité ?

Ergothérapeute : Euh... Oui. Oui, oui. Alors, c'est à plus ou moins long terme. Il n'y a pas une règle. Oui, les gens restent quand même apaisés pendant un certain temps. Euh... Alors... ça arrive aussi que certains résidents... comment je dirais ? Soient en demande à leur manière de cette activité. Moi, je fais ça tous les mardis après-midis juste avant le goûter. C'est vrai que certains résidents que je croise vont m'associer à cette activité et à leur manière dans leur attitude et dans leur façon de parler. On se rend compte qu'ils savent qu'avec moi ils vont faire ça et ils sont plutôt demandeurs. C'est pas la majorité, hein, parce que, bon, ils ne sont pas tous capables d'exprimer ça mais certains sont encore capables d'exprimer des choses à leur manière.

Pensez-vous qu'il y a un effet sur les activités de la vie quotidienne ?

Ergothérapeute : Je dirais que pour la toilette, ça peut être bénéfique d'utiliser la musique parce que ça va détourner l'attention et les focalisations qui amènent les troubles du comportement notamment si c'est des douleurs au niveau des manipulations, si c'est une difficulté au niveau de la mobilisation. Ça permet de détourner un peu l'attention de toutes ces choses parasites qui entraînent les troubles du comportement. Sinon, je suis pas très fan d'utiliser la musique pendant les repas parce que justement ça détourne l'attention et pour les gens qui ont des difficultés à utiliser les couverts parce que... voilà, pour diverses raisons, ça va augmenter ces

difficultés et pour moi, mais c'est mon avis personnel, je suis pas fan d'utiliser la musique durant les repas.

D'accord. Je pense m'être mal exprimée. Je parlais en fait de votre activité musicale et de ses effets. Est-ce que cette activité aurait un effet rémanent sur les activités de vie quotidienne qu'il y aurait à la suite de votre activité comme les soins de l'après-midi ?

Ergothérapeute : Oui, oui. Au niveau des personnes apathiques, si elles sont vraiment très, très atteintes au niveau de la démence, à moins que ce soit immédiatement derrière, le temps qu'ils fassent la toilette ou le repas, ils vont retourner dans leur apathie. C'est vraiment trop furtif. Par contre, pour l'apaisement, ça peut permettre de faciliter la prise des repas ou de la toilette, effectivement. Pour le goûter par exemple, chez certains résidents déambulants, c'est très difficile dans leur déambulation d'aller les chercher et de les faire s'asseoir pour qu'ils prennent leur goûter. Même si on arrive ponctuellement à les faire s'asseoir, ils ne restent pas bien longtemps assis. Donc le temps qu'on aille chercher le goûter pour leur ramener, ils sont de nouveau en train de déambuler. Tandis que si ils ont déjà été apaisés et posés par l'activité, ça permet aux soignants de préparer et de l'apporter immédiatement à l'arrêt de l'activité. Donc les patients qui sont déjà posés peuvent enchaîner tranquillement sur le goûter et reprendre, s'ils doivent reprendre leur déambulation, après le goûter.

Est-ce que vous auriez autre chose à ajouter ?

Ergothérapeute : Euh... Ben... J'inviterais franchement les ergos à se pencher sur cette activité. En plus, c'est une activité variée, on peut vraiment la faire sous différentes formes parce que ça permet d'aller chercher certains résidents qui sont un peu mis de côté pour certaines activités car trop difficiles d'accès. On a franchement de jolies surprises avec des résidents ben pour qui on a l'impression qu'on ne pourra plus être en relation avec eux et si on est dans la recherche de leur bien-être, on a de très jolies surprises. Mais il faut vraiment apprendre à être à l'écoute parce que l'écoute nous permet d'être vraiment attentifs à ce qui se passe, aux tous petits signes comme des yeux qui vont se lever, une main qui va bouger, un tout petit sourire... Vraiment, c'est très, très léger mais pour eux, c'est beaucoup. Si on arrive à avoir déjà ça chez ces personnes, c'est déjà une très grande victoire. Les résidents sont très facilement eux-mêmes acteurs dans cette activité. Ca vaut le coup de se pencher et de faire quelque

chose autour de la musique... C'est une activité qui peut se décliner, c'est faire juste de petits mouvements, ça peut dévier vers... euh... parler des compositeurs. C'est vraiment très, très large. Il faut pas se mettre de barrières en se disant que « ouais, moi, je sais pas chanter », « je connais pas la musique ». Voilà, voilà, ce que j'ai à dire. Pour moi, c'est une activité que j'affectionne tout particulièrement parce que, je sais pas si ma collègue vous l'a dit, car au-delà que j'en ai découvert les bénéfices, je suis quelqu'un qui est pas mal dans la musique et, vraiment, c'est un bonheur de faire ça avec les résidents. La plupart du temps, c'est un moment de joie pour eux. Quand on les voit avec le sourire car ils savent très qu'ils vont passer un bon moment, vraiment, c'est agréable. Ca leur redonne un sentiment d'appartenance au groupe et ce sentiment d'être capable de faire des choses. Même pour avoir la participation des soignants, c'est plus agréable d'avoir la participation des soignants avec une activité comme celle-là qu'une activité où le cadre est très strict. C'est beaucoup plus facile pour eux de s'investir car ils peuvent participer de loin, ils peuvent participer de près. C'est plus spontané et plus libre.

Super. Eh bien... je n'ai plus de questions. Je vous remercie encore de m'avoir donné de votre temps

Ergothérapeute : Je vous en prie.

Résumé

Contexte : Les troubles psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer (MA) influent sur la participation des personnes atteintes, notamment aux stades modéré à sévère, vivant en institution. La Haute Autorité de la Santé préconise l'utilisation de la musique et l'intervention de l'ergothérapie pour prendre en charge ces troubles. **Objectif :** L'objectif de cette étude est d'évaluer l'influence de l'activité musicale en ergothérapie sur la participation et sur les troubles psycho-comportementaux des personnes atteintes de la MA. **Méthode :** 5 ergothérapeutes intervenant en institution auprès de personnes Alzheimer aux stades modéré à sévère, utilisant l'activité musicale, dans leur pratique ont été questionnés selon un guide d'entretien. **Résultats :** L'activité musicale menée par l'ergothérapeute en institution a un effet positif sur les troubles psycho-comportementaux ainsi que sur la participation des personnes atteints de la MA aux stades les plus évolués. **Conclusion :** L'ergothérapeute adapte la musique à sa pratique et collabore avec l'équipe pluridisciplinaire pour faciliter la participation et agir sur les troubles psycho-comportementaux des personnes atteintes de la MA aux stades les plus évolués.

Mots-clefs : Maladie d'Alzheimer, activité musicale, participation, troubles psycho-comportementaux, ergothérapie

Abstract

Background: Behavioral and psychological disorders in Alzheimer's disease (AD) have an impact on the participation of residents suffering from it in homes for dependent people, especially in moderate to severe stages. Music and occupational therapy intervention is recommended by the French health authority in the care of these disorders. **Objective:** This study aims to assess the influence of the musical activity in occupational therapy on AD people's participation, behavioral and psychological disorders. **Method:** 5 OTs, working in homes for dependent people with AD people in the most severe stages and integrating the musical activity in their practice, were interviewed using an interview guide. **Results:** The musical activity led by the OT shows a positive impact on the participation, behavioral and psychological disorders of the residents. **Conclusion:** The OT adapts music to his or her practice and collaborates with a multidisciplinary health team to facilitate the participation of people with AD and to have an impact on their behavioral and psychological disorders in the most severe stages.

Keywords: Alzheimer's disease, musical activity, participation, behavioral and psychological disorders, occupational therapy