



Les actes du symposium de recherche 2012

**Tenu lors de la 38ⁱème conférence annuelle de l'Association de
musicothérapie du Canada (AMC) en partenariat avec l'Université
Concordia**

Compilé par

LAUREL YOUNG

Professeure adjointe, Université Concordia, Montréal

Et

HÉLÈNE GAUDREAU

TESSA WINGATE

Étudiantes à la maîtrise, Université Concordia, Montréal

© 2012

Association de musicothérapie du Canada et Université Concordia

PRÉFACE

Bien que la recherche soit devenue une partie intégrante de la conférence annuelle de l'AMC au cours des dernières années, c'est la première fois que nous organisons un symposium de recherche de cette importance. Ces actes fascinants sont à l'image de la diversité et de l'effervescence se déroulant actuellement dans le domaine de la recherche en musicothérapie au niveau national et international. Le travail présenté par les chercheurs débutants et expérimentés semble être un bon indicateur que la recherche en musicothérapie est enfin une discipline à part entière au Canada. Nous espérons que ce symposium et ces actes de recherche vont inspirer et encourager les comités organisateurs de la conférence de l'AMC à organiser un événement semblable lors des conférences annuelles futures car cela jouera un rôle important dans le développement et la croissance de notre domaine.

Nous aimerions reconnaître la contribution et le support de nombreux individus et organisations. Nous aimerions remercier tous les délégués ayant assisté au symposium et tout particulièrement ceux ayant partagé leur travail. Le 3 mai, nous étions heureux d'accueillir Dr. Stephen Snow, directeur du département de thérapies par les arts créatifs de l'université Concordia, qui a fait le discours d'ouverture. Le 4 mai, nous étions heureux de commencer la journée avec Dr. Brynjulf Stige. Sa présentation d'ouverture sur la recherche en musicothérapie communautaire a donné un ton inspirant aux événements de la journée. Finalement, nous présentons notre grande reconnaissance à l'université Concordia et le bureau du vice-président, de la recherche et des études supérieures pour nous avoir offert un support financier pour cet événement en nous remettant le prix du programme de financement aux événements, publications, expositions et activités de promotions reliés à la recherche.

Laurel Young, Coordonnatrice du symposium de recherche
Guylaine Vaillancourt, Coprésidente de la conférence de l'AMC
Sandi Curtis, Coprésidente de la conférence de l'AMC

Table des matières

| | |
|---|---|
| Préface..... | 1 |
| JEUDI, le 3 Mai 2012 | 5 |
| Résumés..... | 5 |
| Improviser librement: L'expérience d'une musicothérapeute / <i>Hélène Gaudreau</i> | 5 |
| L'épuisement chez les musicothérapeutes: Une étude phénoménologique / <i>Kiki Chang</i> | 5 |
| Création d'un programme de musicothérapie pour les proches aidants de personnes ayant la maladie d'Alzheimer / <i>Christelle Laforme</i> | 5 |
| L'expérience de la Méthode Bonny en musique et imagerie guidée pour des patients en soins palliatifs / <i>Sheilla Killoran</i> | 6 |
| Regard phénoménologique sur l'utilisation combinée de la musicothérapie et de la massothérapie dans les soins en oncologie / <i>Jessica Ford</i> | 6 |
| La recherche en musicothérapie à l'université Concordia / <i>Sandi Curtis, Gyrlaine Vaillancourt & Laurel Young</i> | 6 |
| EXPOSITION D'AFFICHES DE RECHERCHE | 7 |
| Group music therapy with parents of children with autism: A case study / <i>Thyra Andrews</i> | 7 |
| Music therapy with people in low awareness states: A systematic review / <i>Camila Siqueira Gouvea Acosta Gonçalves</i> | 7 |
| Music therapists' perspectives on the profession of music therapy in Canada/ <i>Erin Gross</i> | 7 |
| Music therapy intervention with mothers with post-partum depression and their infants / <i>Rebecca Harknett</i> | 7 |
| Musical gestures in a music therapy context / <i>Danielle Jakubiak</i> | 7 |

| | |
|---|----|
| MUSIC THERAPY RESEARCH SYMPOSIUM/ SYMPOSIUM DE RECHERCHE EN MUSICOTHÉRAPIE Montréal, Canada – May 3 and 4, 2012/3 et 4 mai 2012 | 3 |
| Music therapy via remote video technology is a viable treatment option for complex PTSD: A case review / <i>Aaron Lightstone</i> | 7 |
| Effets comparatifs de la musicothérapie active et de l'écoute de la musique sur la cognition et l'humeur après un accident vasculaire cérébral / <i>Heather Purdie- Owens</i> | 7 |
| Effects of music therapy on perception of mental illness stigma: A randomized three group study / <i>Michael Silverman</i> | 7 |
| A songwriting intervention to address self-esteem and perceived social support in young adults with depression / <i>Tessa Wingate</i> | 7 |
| Vendredi, le 4 Mai 2012..... | 8 |
| Résumés..... | 8 |
| La recherche en musicothérapie à l'université Wilfrid Laurier / <i>Colin Lee</i> | 8 |
| Un atelier sur la recherche axée sur les arts / <i>Carolyn Arnason & Amanda Schenstead</i> | 8 |
| Un nouveau modèle en musicothérapie auprès de jeunes issus de contextes scolaires diversifiés / <i>Katrina McFerran</i> | 8 |
| Les facteurs prévisibles de la réponse des clients dans la Méthode Bonny en musique et imagerie guidée (BMGIM) / <i>Laurel Young</i> | 9 |
| Questionnement philosophique : exploration de la diversité et de l'unité dans le domaine de la musicothérapie / <i>Kerry L. Byers</i> | 10 |
| Musicothérapie, communautés de pratique et Internet : une exploration cyber- ethnographique / <i>Danna Grace Da Costa</i> | 15 |
| Comparaison des effets de la musicothérapie active et de l'écoute musicale sur la cognition et l'humeur après un accident vasculaire cérébral : conclusions d'une étude pilote/ <i>Heather Purdie-Owens</i> | 22 |
| Recherche contrôlée et randomisée en musicothérapie auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer / <i>Kevin Kirkland¹, Susan Summers² et Robin Hsiung³</i> | 30 |

| | |
|--|----|
| Musicothérapie éducative centrée sur les proches aidants : effets sur la dépression et la satisfaction de vie des patients atteints de troubles psychiatriques aigus / <i>Michael J. Silverman</i> | 37 |
| Effets sur les patients psychiatriques d'un protocole de jeu de rôle favorisant l'assertivité dans le cadre d'une séance de musicothérapie / <i>Michael J. Silverman</i> | 46 |
| Effets de la musicothérapie sur l'état de préparation au changement et l'état de besoin chez les patients d'une unité de désintoxication / <i>Michael J. Silverman</i> | 47 |
| BIOGRAPHIES DES CONFÉRENCIERS..... | 48 |
| Carolyn Arnason | 48 |
| Kerry L. Byers | 48 |
| Kiki Chang | 48 |
| Sandi Curtis | 48 |
| Danna Da Costa | 48 |
| Jessica Ford..... | 48 |
| Hélène Gaudreau | 48 |
| Sheila Killoran | 49 |
| Kevin Kirkland..... | 49 |
| Christelle Laforme | 49 |
| Colin Lee | 49 |
| Katrina McFerran | 49 |
| Heather Purdie-Owens..... | 49 |
| Amanda Schenstead | 49 |
| Michael J. Silverman | 49 |
| Susan Summers..... | 49 |
| Laurel Young..... | 50 |

JEUDI, LE 3 MAI 2012

Résumés

Improviser librement: l'expérience d'une musicothérapeute / *Hélène Gaudreau*

Cette recherche heuristique axée sur les arts, présente la démarche personnelle d'une musicothérapeute novice qui cherche à développer le sentiment de liberté rattaché à l'improvisation musicale. Les thèmes principaux de la recherche seront décrits sous forme d'un diagramme représentant les trois étapes principales traversées par la chercheuse et ils seront accompagnés d'un portrait musical qui en a résulté.

L'épuisement chez les musicothérapeutes: Une étude phénoménologique / *Kiki Chang*

Cette étude phénoménologique se penche sur l'expérience de six musicothérapeutes canadiens pour mieux répondre aux questions suivantes : «Quelle est l'expérience de certains musicothérapeutes face à l'épuisement professionnel ? » «En quoi cette expérience est- elle semblable à l'expérience d'un autre musicothérapeute ? » et « Quelles sont les différences entre ces expériences ? » L'expérience commune des participants et les implications pour la profession seront discutées.

Création d'un programme de musicothérapie pour les proches aidants de personnes ayant la maladie d'Alzheimer / *Christelle Laforme*

Cette présentation portera sur le développement d'un programme de musicothérapie pour les proches aidants de parents ayant la maladie d'Alzheimer. Elle permettra de mieux comprendre la maladie d'Alzheimer, la situation des proches aidants et comment la musicothérapie peut soutenir ces derniers. La démarche de recherche ainsi que les résultats seront présentés.

L'expérience de la Méthode Bonny en musique et imagerie guidée pour des patients en soins palliatifs / *Sheilla Killoran*

Cette étude phénoménologique jette un regard sur l'expérience de patients en soins palliatifs qui ont expérimenté la Méthode Bonny en musique et imagerie guidée (BMGIM), et ce afin de mieux comprendre les applications de la méthode et les contre-indications pour cette population. Les thèmes et l'essence de l'expérience des patients seront partagés. Les meilleures pratiques de BMGIM en soins palliatifs et les pistes de recherche seront aussi présentées.

Regard phénoménologique sur l'utilisation combinée de la musicothérapie et de la massothérapie dans les soins en oncologie / *Jessica Ford*

Cette étude s'est attardée à l'utilisation combinée de la musicothérapie et de la massothérapie. Neuf participants-patients provenant d'une unité de soins en oncologie ont reçu ce type de séances. Les bienfaits de l'utilisation conjointe de la musicothérapie et de la massothérapie dans le traitement du cancer seront présentés, de même que des applications de cette approche auprès de d'autres populations.

La recherche en musicothérapie à l'université Concordia / *Sandi Curtis, Guylaine Vaillancourt & Laurel Young*

Cette présentation offre un survol de l'étendue de la recherche qui se fait en musicothérapie à l'Université Concordia. Les professeures à temps plein partageront leurs perspectives diverses et leurs intérêts tout particulièrement dans les domaines de la musicothérapie féministe, la musicothérapie communautaire, le mentorat et l'utilisation du chant pour promouvoir la santé.

EXPOSITION D’AFFICHES DE RECHERCHE

Group music therapy with parents of children with autism: A case study /
Thyra Andrews

Music therapy with people in low awareness states: A systematic review /
Camila Siqueira Gouvea Acosta Gonçalves

Music therapists’ perspectives on the profession of music therapy in Canada /
Erin Gross

**Music therapy intervention with mothers with post-partum depression and
their infants /** *Rebecca Harknett*

Musical gestures in a music therapy context / *Danielle Jakubiak*

**Music therapy via remote video technology is a viable treatment option for
complex PTSD: A case review /** *Aaron Lightstone*

**Effets comparatifs de la musicothérapie active et de l’écoute de la musique sur
la cognition et l’humeur après un accident vasculaire cérébral /** *Heather Purdie-
Owens*

**Effects of music therapy on perception of mental illness stigma: A randomized
three group study /** *Michael Silverman*

**A songwriting intervention to address self-esteem and perceived social
support in young adults with depression /** *Tessa Wingate*

VENDREDI, LE 4 MAI 2012

Résumés

La recherche en musicothérapie à l'université Wilfrid Laurier / *Colin Lee*

Cette présentation mettra en lumière des initiatives de recherche en musicothérapie complétées et en cours à L'Institut de recherche en musicothérapie Manfred et Penny Conrad. Nous exposerons les résultats d'une recherche historique et musicologique, qui fait une comparaison entre l'art musical et le processus de composition de Paul Nordoff et la structure des improvisations cliniques.

Un atelier sur la recherche axée sur les arts / *Carolyn Arnason & Amanda Schenstead*

Cette présentation s'attarde aux idées maîtresses de la recherche axée sur les arts qui incluent les aspects de convergence entre les méthodologies d'interprétation, l'improvisation et la thérapie, ainsi que les questions déontologiques. Les participants auront l'occasion de découvrir une approche systématique de l'analyse des données artistiques, s'inspirant des concepts et des processus utilisés dans la recherche heuristique.

Un nouveau modèle en musicothérapie auprès de jeunes issus de contextes scolaires diversifiés / *Katrina McFerran*

La pratique de la musicothérapie dans le milieu scolaire se transforme et de nouveaux modèles peuvent être utiles pour aider les professionnels à réfléchir sur les possibilités d'intervention les plus pertinentes. Cette présentation met l'accent sur la pratique centrée sur la collaboration, la consultation et les ressources, lesquelles sont à leur tour influencées par la théorie et les valeurs de la musicothérapie communautaire.

Les facteurs prévisibles de la réponse des clients dans la Méthode Bonny en musique et imagerie guidée (BMGIM) /*Laurel Young*

Le but de cette étude était d'identifier les facteurs prévisibles des réponses dans la Méthode Bonny en musique et imagerie guidée. L'hypothèse énoncée était que, lorsque combinés, le sens de cohérence, l'anxiété, l'expérience de la musique classique, le sexe et/ou l'âge, représenteraient un nombre significatif de variances dans les réponses produites pas la BMGIM. Les implications pour des recherches futures, la pratique et la formation seront discutées.

Remarque : Le masculin est utilisé pour faciliter la lecture.

**Questionnement philosophique : exploration de la diversité et de l'unité dans
le domaine de la musicothérapie / Kerry L. Byers**

Music Therapy of London (Canada)

La musicothérapie est un domaine diversifié et segmenté par une multitude d'approches qui créent des tensions et gênent la communication parmi les acteurs de la profession de même qu'à l'extérieur de celle-ci. La présentation examinera les résultats tirés d'entrevues portant sur la diversité et l'unité qui ont été menées auprès de 24 éducateurs en musicothérapie provenant de 11 pays différents.

Mots-clés : *musicothérapie, théorie fondamentale, diversité et unité*

Il est très difficile de définir la musicothérapie, notamment parce que les besoins variés des clients et les multiples contextes situationnels, culturels et théoriques de prestation de services ont entraîné le développement d'une diversité au sein de la profession (Bruscia, 1998; Bunt, 1994; Wigram, Pedersen et Bonde, 2002). Par ailleurs, il est de plus en plus difficile de cerner les différences entre la musicothérapie et les autres professions basées sur la musique et la santé, car l'inclusion d'une grande variété de définitions et de théories dans cette profession a eu pour effet d'élargir ses frontières. De plus, les acteurs du domaine ne sont pas en mesure de déterminer ce qui les unit (Bruscia, 1998; Kenny, 1999; Wigram, Pedersen et Bonde, 2002). Dans son ouvrage *Defining Music Therapy*, Bruscia (1998) a minutieusement décrit les nombreux aspects de la musicothérapie et ainsi fourni une analyse approfondie de la profession. Or, en tentant de couvrir l'ensemble du travail accompli sous le thème de la musicothérapie, il a mis en lumière les nombreuses différences qui caractérisent la profession. Cette multitude de variations souligne l'importance de cibler les similitudes qui existent au-delà des différences relevées dans la musicothérapie. C'est pourquoi la profession aurait beaucoup à gagner si l'on prenait appui sur le travail fondamental de Bruscia pour définir les principes unifiant le domaine.

Le présent document expose une petite partie des résultats d'une étude qui souhaitait déterminer les postulats communs à l'ensemble de la musicothérapie. L'étude approfondie visait à poser les questions suivantes : 1) Existe-t-il des fondements qui unissent la profession? 2) La musicothérapie est-elle dans les faits constituée de deux professions distinctes (ou plus) regroupées sous une même étiquette? Le document présente les conclusions tirées d'entrevues menées auprès de 24 éducateurs en musicothérapie provenant d'Europe, des États-Unis, du Canada,

de l’Australie, du Japon, de l’Argentine et du Brésil. Ces entrevues avaient pour but de cibler les conceptions actuelles sur la diversité et l’unité dans le domaine de la musicothérapie. Parmi les huit thèmes qui ont émergé des discussions, trois sont abordés dans les paragraphes qui suivent, soit la diversité, les divisions et le concept de théorie unique au sein de la musicothérapie.

RÉSULTATS

La diversité semble être perçue comme un élément qui fait partie de la vie en général et qui est inhérent à la musique; c’est pourquoi elle est considérée comme une caractéristique essentielle de la musicothérapie. On reconnaît donc l’importance de la diversité, et ce, même si bon nombre de difficultés lui sont associées. Parmi les aspects négatifs cernés, mentionnons l’animosité entre les thérapeutes, les problèmes de communication au sein de la profession et à l’extérieur de celle-ci, ainsi que les problèmes de communication et de formation résultant de l’étendue du champ d’activité. Cela dit, les participants estiment que la diversité est essentielle pour répondre aux besoins de leurs clients. On pourrait affirmer que, puisque la clientèle est diversifiée, la musicothérapie se doit de l’être aussi, et inversement, que la musicothérapie est en mesure de servir une clientèle diversifiée en raison de sa propre diversité. De plus, on considère que la diversité favorise la croissance et le développement, même si peu d’informations ont été communiquées sur la façon dont on devrait en faire la promotion dans le domaine. À ce sujet, les participants pensent qu’il faut non seulement croire en la valeur de la diversité, mais aussi faire preuve de respect et d’ouverture d’esprit. On juge également qu’il faudrait clarifier les forces de chaque approche et peut-être élaborer une structure de spécialisations afin d’encourager la diversité au sein de la profession.

Les discussions ont révélé que même s’il est considéré comme important, le concept de diversité est source de nombreuses divisions. Chaque aspect permet en effet de jeter un regard différent sur la profession et est influencé par le contexte culturel, les structures de prestation de soins de santé et l’économie. La pratique de chaque thérapeute reflète une combinaison de divers aspects, comprenant parfois les extrêmes d’un aspect donné et parfois des positions plus modérées. Les différents aspects ciblés sont les suivants : l’usage créatif ou fonctionnel de la musique; la théorie psychologique ou l’approche philosophique; le diagnostic des clients; le milieu de travail, les objectifs et le format de la séance; l’inclusion ou l’exclusion de la communication verbale durant la séance; la musique pré-composée ou improvisée; la musique en concert ou enregistrée en studio; l’accent sur la guitare, le piano ou un autre instrument; la musique préférée ou aléatoire; l’importance de l’esprit musical et la musique en tant qu’outil; les résultats sur le plan musical ou comportemental; la musique et la relation entre thérapeute et client en tant que vecteurs de changement; l’aspect créatif ou rationnel; le produit et le processus; et l’expérience intérieure ou extérieure que procure la musique. En plus des divisions qui existent dans la pratique clinique, on a relevé des différences dans

la formation, ce qui a une incidence sur la pratique. Ces différences prenaient diverses formes : des périodes de formation courtes ou longues; des formations de 1^{er} cycle ou de cycles supérieurs; des programmes éclectiques ou ciblés; des formations généralistes ou spécialisées; et des formations comme thérapeutes ou musiciens.

La majorité des participants favorisent la diversité, mais appuient aussi de manière prudente une évolution unifiée de la profession. Divers moyens ont été suggérés pour y parvenir, y compris l'établissement de spécialisations; la définition des forces et de la portée de chaque approche; la sensibilisation à différentes approches et les interactions avec les collègues qui les pratiquent; la clarification des termes et l'élaboration d'une terminologie facilement comprise par les musicothérapeutes, les autres professionnels et la population; et le développement d'une culture de la musicothérapie inclusive et respectueuse.

L'établissement d'une grande théorie ne semble pas important pour les personnes rencontrées, et certains participants ont même souligné qu'il ne faudrait pas que leurs idées soient utilisées comme arguments pour l'élaboration d'une théorie fondamentale. Pour beaucoup de participants, l'étiquette « musicothérapie » semble appropriée, car il est convenu qu'il n'y a à peu près que la musique qui unifie la profession. La majorité des participants accordent aussi de l'importance à la diversité et à l'inclusivité, et personne n'a préconisé la mise en place de limites claires (même si certains ont laissé entendre que cela pourrait s'avérer nécessaire). Cependant, de nombreux problèmes connexes ont été relevés. En effet, il existe encore de l'animosité au sein de la profession ainsi que de la confusion et des problèmes de communication à l'intérieur comme à l'extérieur de celle-ci. Or, la musicothérapie semble évoluer lorsqu'elle est guidée par une voix unique (voir l'exemple de l'Allemagne comparativement à celui des États-Unis), et ce, malgré les opposants qui soutiennent que la diversité est nécessaire au développement de la profession.

Cette position généralisée, qui favorise l'inclusivité et évite l'établissement de limites claires pour la profession, est compréhensible étant donné que les musicothérapeutes adaptent naturellement leurs services aux besoins de leurs clients. On accepte donc chaque client, quelle que soit la nature de ses besoins. Cette approche hautement inclusive semble toutefois avoir créé un problème au sein de la profession : un refus de reconnaître les inconvénients causés par la diversité et l'absence de limites, par crainte de l'apparition d'un certain type d'exclusion. Le fait que le domaine favorise une grande diversité et qu'il n'ait pas de paramètres fixes est ainsi problématique. À l'inverse, le fait de pouvoir compter sur une seule voix pour protester contre les lois du gouvernement, sensibiliser les autres professionnels de la santé et obtenir du travail de clients potentiels constituerait un avantage certain. Le défi est de trouver une façon de pouvoir compter sur cette voix unique tout en encourageant la diversité et en s'assurant que la profession reste en mesure de répondre aux changements culturels et sociaux. Cela dit, les difficultés rencontrées dans l'atteinte de cet objectif ne doivent pas entraver sa réalisation. Il serait surprenant qu'une grande théorie fasse partie de la solution, compte tenu des

efforts déployés pour tenter d'en définir une et du fait que tant de concepts théoriques sont mis de l'avant dans les nombreuses approches privilégiées. Il semble cependant qu'il faudrait mettre l'accent sur l'élaboration d'une philosophie commune.

CONCLUSIONS

S'il est peu probable que tous les musicothérapeutes s'entendent un jour sur les nombreux éléments qui définissent leur profession, les participants ont tout de même réussi à cibler certains points communs sur lesquels la majorité des professionnels pourraient s'accorder. Ces points sont : a) la musique est importante aux yeux de l'humanité; b) la musique a une incidence sur le comportement; c) la musicothérapie consiste en une utilisation de la musique à dessein de stimuler et d'influencer le comportement d'un client (on reconnaît qu'une approche pourrait mettre l'accent uniquement sur l'aspect musical ou viser principalement d'autres aspects comportementaux comme le comportement cognitif, social ou physique); d) les musicothérapeutes utilisent la musique pour aider les autres; e) les services de musicothérapie ont une structure et un objectif, impliquent une interaction entre client et thérapeute, et ont en commun des facteurs non spécifiques (comme le décrivent les ouvrages de psychologie); f) les musicothérapeutes ont à cœur le bien-être de leurs clients.

Chacun de ces éléments sert d'hypothèse sur laquelle se basent les recherches en musicothérapie. C'est pourquoi il faut se demander si ces éléments sont suffisamment solides et distincts pour créer un fondement qui permettra au domaine de se développer, ou si la « musicothérapie » constitue un terme général désignant une multitude de services.

Adresse de correspondance

Kerry L. Byers (PhD)
Music Therapy of London
C.P. 142
Thorndale (Ontario) N0M 2P0
CANADA

Courriel : kbyers@alumni.uwo.ca

Bibliographie

- BRUSCIA, Kenneth E. (1998). *Defining Music Therapy*, 2^e éd., Gilsum, Barcelona Publishers.
- BUNT, Leslie (1994). *Music Therapy: An Art Beyond Words*, New York, Routledge.
- BYERS, Kerry L. (2012). *A philosophical inquiry: Seeking points of unification*, Thèse de doctorat non publiée, London, Université de Western Ontario.
- KENNY, Carolyn B. (1999). « Beyond this point there be dragons: Developing general

theory in music therapy », *Nordic Journal of Music Therapy*, 8 (2), p. 127-136,
[en ligne] <https://normt.uib.no/index.php/voices/article/view/129>].
WIGRAM, Tony, PEDERSEN, Inge Nygaard, et Lars Ole BONDE (2002). *A
Comprehensive Guide to Music Therapy*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.

**Musicothérapie, communautés de pratique et Internet : une exploration
cyber-ethnographique /Danna Grace Da Costa**

École de musique, Université de Windsor (Canada)

Internet s'est établi comme le principal moyen de communication de notre époque, et les acteurs du domaine de la musicothérapie l'utilisent de plus en plus pour diffuser leurs connaissances auprès des professionnels comme du grand public. L'objectif de la présente étude était d'examiner et de définir la façon dont les musicothérapeutes utilisent Internet en complément de leurs activités hors ligne, pour offrir un soutien et communiquer, et ce, en se basant sur la théorie des communautés de pratique d'Etienne Wenger. Dans le cadre de l'étude, on a eu recours à des techniques cyber-ethnographiques d'observation en ligne de chercheurs ainsi qu'à des entrevues par voie électronique avec les participants (Skype, courriels, etc.). Ces derniers ont été recrutés directement sur les sites Web étudiés, soit ceux de l'Association de musicothérapie du Canada (AMC), de la communauté en ligne Voices et de la World Federation of Music Therapy (WFMT). L'étude pourrait influencer les moyens de communication et de réseautage actuels au sein du domaine de la musicothérapie.

Mots-clés : *musicothérapie, communautés de pratique*

Les musicothérapeutes ont commencé à pratiquer un peu partout dans le monde dès les années 1950 et 1960, quand les premiers programmes de musicothérapie ont fait leur apparition dans les universités d'Europe, d'Amérique du Nord, d'Amérique latine et d'Australie. Aujourd'hui, la World Federation of Music Therapy (WFMT) est présente en Amérique du Nord, en Amérique latine, en Europe, en Asie du Sud-Est, en Australie, en Nouvelle-Zélande, dans le Pacifique occidental, en Afrique et en Méditerranée orientale (source : http://www.wfmt.info/WFMT/Regional_Information.html, septembre 2010). Ainsi, depuis qu'Internet s'est imposé comme le principal moyen de communication, les acteurs du domaine de la musicothérapie l'utilisent pour favoriser la diffusion de leurs connaissances auprès des professionnels comme de la population en général. L'objectif de la présente étude était de définir la façon dont les musicothérapeutes utilisent Internet en complément de leurs activités hors ligne, et ce, en se basant sur la théorie des communautés de pratique d'Etienne Wenger (Wenger, McDermott et Snyder, 2002).

M. Wenger définit les communautés de pratique comme des groupes de personnes qui ont en commun une préoccupation, une problématique ou un intérêt pour un sujet donné, et qui interagissent régulièrement entre elles pour approfondir leurs connaissances et leur expertise (Wenger, McDermott et Snyder, 2002). Le concept s'applique aux musicothérapeutes, qui collaborent continuellement entre

eux afin d'élargir leur champ de connaissances par le biais de conférences, d'Internet ou de conversations entre collègues, et ce, pour le mieux-être des patients qu'ils aident. La valeur qu'accordent les membres d'une communauté de professionnels au partage et au développement de connaissances liées à leur domaine constitue la base d'une communauté de pratique, et cette valeur peut servir de cadre pour comprendre la communauté des musicothérapeutes (Wenger, McDermott et Snyder, 2002). Même si les communautés de pratique sont diversifiées, elles ont toutes une structure fondamentale incluant un domaine (identité, valeurs, objectif établi), une communauté (structure sociale favorisant les interactions et les relations sociales) et une pratique, qui se définit par un ensemble d'approches communes et de normes partagées constituant un point de départ pour l'action, la communication, la résolution de problèmes, la performance et la responsabilité (Wenger, McDermott et Snyder, pp. 28 et 38, 2002).

Wenger et ses collaborateurs ont aussi exploré comment les défis et les avantages des communautés de pratique peuvent être amplifiés dans les communautés de pratique réparties, soit des communautés de professionnels dispersés dans de nombreux pays (Wenger, McDermott et Snyder, 2002). Il est d'ailleurs possible de considérer que les musicothérapeutes de partout dans le monde forment une communauté de pratique répartie. Comme le révèlent des études ethnographiques en ligne, les quatre principaux problèmes auxquels doivent faire face les communautés de pratique réparties concernent la distance (moins d'interactions en personne), l'affiliation (conflits causés par des divergences d'opinions et de priorités), la taille (l'étendue considérable des communautés de pratique réparties peut être la cause de liens sociaux moins solides) et la culture. En effet, les communautés de pratique réparties étant souvent interculturelles, la communication peut s'avérer ardue et les valeurs peuvent être interprétées différemment (Wenger, McDermott et Snyder, 2002; Hine, 2000; Jones, 1995; Baym dans Jones, 1995). Cependant, si l'on parvient à surmonter ces problèmes, il est possible d'améliorer l'expérience des membres d'une communauté de pratique répartie (Wenger, McDermott et Snyder, 2002).

Les recherches de Burgess et Green se penchent sur l'évolution de YouTube vers une culture participative de vidéos en ligne (2009). Les amateurs et d'autres consommateurs y sont invités à participer activement à la création et à la diffusion de nouveaux contenus. Les remaniements économiques et culturels qui définissent cette culture peuvent être aussi dérangeants que libérateurs, et les questions d'ordre technologique, culturel et politique n'y occupent pas une place majeure (Jenkins dans Burgess et Green, 2009, p. 10; Burgess et Green, 2009, p. 10-11). Il est important de reconnaître que la manière dont les communautés se présentent sur Internet, sur leur site Web, ainsi que sur les forums où les professionnels communiquent, obtiennent un soutien et échangent des connaissances avec d'autres professionnels et le public en général peut contribuer à façonner l'image de la profession ou de la communauté de pratique aux yeux du monde.

L'objectif de la présente étude était d'analyser la manière dont les musicothérapeutes utilisent Internet en complément de leurs activités hors ligne,

pour communiquer avec les membres de la communauté en ligne et leur offrir un soutien. À cet égard, les questions suivantes ont été soulevées : 1) Comment la communauté en ligne des musicothérapeutes utilise-t-elle Internet pour favoriser le partage des ressources et des connaissances? 2) Comment les interactions en ligne des musicothérapeutes appuient-elles les interactions et pratiques hors ligne? 3) En quoi les forums sur la musicothérapie sont-ils différents des forums de discussion en ligne traditionnels? 4) Comment les musicothérapeutes utilisent-ils Internet pour communiquer? L'étude a une incidence sur la pratique de la musicothérapie et sur la communication au sein de la communauté de pratique répartie des musicothérapeutes.

MÉTHODES

Participants

L'Université de Windsor a approuvé, par l'entremise du comité d'éthique de la recherche, l'utilisation de deux techniques cyber-ethnographiques d'observation en ligne. En premier lieu, les modérateurs m'ont autorisée à agir comme participante observatrice sur les trois forums modérés du site Web de l'AMC, sur le forum non modéré de Voices, et sur le site Web de la WFMT (Atay, 2009; Hine, 2000; Hine, 2005). En second lieu, ces mêmes modérateurs m'ont permis de publier des annonces pour trouver des participants; ceux-ci ont par la suite été interviewés par voie électronique (Skype, messagerie instantanée, courriels, etc.).

J'ai pu compter sur quatre participants, soit deux du site de la WFMT et deux autres du site de l'AMC. Puisqu'aucun participant du forum non modéré de Voices n'a pu être recruté, le site a été analysé à l'aide de mesures de tendances centrales pour évaluer la participation active et passive sur le forum. Deux participants étaient des hommes, et deux étaient des femmes; un habitait en Europe, deux en Amérique du Nord, et un en Océanie. Les participants avaient entre 26 et 49 ans (moyenne de 41,25 ans et médiane de 45 ans). Les quatre participants étaient des musicothérapeutes praticiens ou avaient utilisé la musicothérapie par le passé dans leur pratique et étaient encore actifs dans le domaine par le biais de la recherche, de l'enseignement, de la supervision ou de la sensibilisation; un des participants avait également fait un retour aux études dans le but d'obtenir un diplôme d'études supérieures. Les participants comptaient entre 2 et plus de 20 années d'expérience. Tous ont choisi de participer aux entrevues par vidéoconférence (Skype, Webex, iMeet, etc.).

Matériel

On a demandé aux participants de se soumettre à des entrevues semi-structurées menées à l'aide d'outils de vidéoconférence; les entrevues ont été enregistrées au moyen d'un système d'enregistrement audionumérique. Des ensembles identiques de questions d'entrevue ont été divisés selon les catégories suivantes : a) questions démographiques; b) questions concernant la formation et la pratique en musicothérapie; c) questions ouvertes. Chaque entrevue a commencé par

l'obtention du consentement éclairé, et ce, avant le début de l'enregistrement.

Procédure

Le processus d'approbation du comité d'éthique de la recherche m'a permis d'agir en tant qu'observatrice auprès de la communauté en ligne et d'examiner la dynamique de celle-ci sans qu'elle ne change avant la publication d'annonces de recherche de participants (Atay, 2009; Hine, 2000; Hine, 2005; Waldron, 2010). Dans ce contexte, j'ai étudié les règlements des forums de chaque site Web, et aucun d'entre eux n'interdisait l'utilisation des forums à des fins de recherche. L'observation en ligne s'est donc effectuée après approbation de la part du comité d'éthique de la recherche (Waldron, 2011).

En plus de l'observation effectuée, j'ai interviewé les participants par le biais de leur voie électronique privilégiée. Avant de recruter des participants sur les forums, j'ai envoyé un courriel aux modérateurs de tous les sites Web pour leur demander la permission de publier une annonce, dont une copie était jointe au courriel pour approbation. L'annonce comprenait mes coordonnées ainsi que celles du conseiller de ma faculté afin que les participants puissent établir le premier contact, une explication de l'objectif de l'étude, le nom du modérateur du forum, une description des attentes envers les participants, une définition des règles d'éthique et des droits des participants en ce qui a trait à la participation et à l'abandon, de même que les coordonnées du comité d'éthique de la recherche de l'Université de Windsor (voir le site Web de Voices à l'adresse <http://pub45.bravenet.com/forum/static/show.php?usernum=3862196689&frmid=156&msgid=1027899&cmd=show>). Une fois l'approbation des administrateurs des forums obtenue, des annonces ont été publiées sur les trois forums modérés de l'AMC destinés aux membres généraux ainsi que sur le forum non modéré de Voices (début avril 2011). J'ai aussi communiqué avec l'administrateur des publications de la WFMT afin d'obtenir sa permission pour envoyer des annonces aux blogueurs régionaux de cette association recensés parmi tous les membres du site dont l'adresse courriel était accessible. Une fois la permission obtenue, une version courriel de l'annonce leur a été envoyée au début de mars 2011. Afin de faciliter l'analyse et le codage des sites Web, on a fait des saisies d'écran de tous les sites après en avoir reçu l'autorisation.

Après la réception du premier courriel des participants, on leur a envoyé un formulaire de consentement éclairé et une demande de consentement pour l'enregistrement audio, puis on leur a demandé par courriel leurs préférences concernant la date, l'heure et le mode de l'entrevue. Les formulaires ont été examinés, signés, numérisés et retournés, et les entrevues ont été enregistrées à l'aide d'un appareil audionumérique avant d'être retranscrites. Celles-ci avaient une durée maximale d'une heure et étaient semi-structurées. On a ensuite envoyé les transcriptions aux participants pour vérifier toute modification ou omission et pour obtenir leur approbation conformément aux règles d'éthique énoncées dans le formulaire de consentement éclairé. Une fois l'approbation des participants reçue par courriel, on a analysé et codé les données des transcriptions, comparé les

transcriptions entre elles pour cibler les corrélations entre les participants, puis vérifié toute corrélation avec les notes prises durant l'entrevue. Des pseudonymes ont été attribués à tous les participants.

RÉSULTATS

Les données ethnographiques de l'étude ont été codées selon deux catégories : les données de l'analyse des sites Web et les données des entrevues avec les participants. On a analysé et interprété les résultats en se basant sur la théorie des communautés de pratique de Wenger et sur le concept de la culture participative de Burgess et Green. Les pseudonymes attribués aux participants étaient Caroline, Ken, Stewart et Sandy.

L'analyse des sites Web s'est limitée au codage des renseignements contenus dans les pages destinées à la communication ainsi qu'au partage des ressources et des connaissances. Les sites Web ont été codés en fonction des ressources et des renseignements en matière de musicothérapie, de la facilité à partager les ressources, des forums fermés et ouverts, des publics cibles, des attributs uniques absents des forums traditionnels, du degré d'anonymat et des thèmes abordés par les membres et les blogueurs dans les forums. Le forum non modéré de Voices offrait une occasion exceptionnelle de mesurer la participation passive, car il tenait un registre des publications rédigées, consultées et ayant entraîné des réponses. La proportion de publications consultées par rapport au nombre de réponses était de 620,78:1 en avril 2011 et de 621,63:1 en mai 2011 (étendue des réponses et des publications = 0-14; étendue des publications consultées = 19-3 909; médiane des réponses = 1; médiane des publications consultées = 1 236). Les statistiques montrent donc que l'activité est passive et qu'il y a beaucoup d'observation sur le forum non modéré de Voices. Les données des entrevues avec les participants ont été classées selon quatre thèmes : la perception de la musicothérapie en tant que communauté de pratique dans une communauté répartie; les musicothérapeutes en tant qu'innovateurs et la gestion du savoir dans une communauté répartie; les différentes perceptions de l'isolement dans la communauté que constitue la musicothérapie; la reconnaissance du potentiel d'Internet et des voies de communication électronique comparativement aux inquiétudes à la source de la résistance aux changements communicationnels dans la communauté de la musicothérapie.

ANALYSE

La portée de la présente recherche pour la communauté de pratique de la musicothérapie permet de définir, entre autres, la façon dont les musicothérapeutes utilisent actuellement Internet et les voies de communication électronique ainsi que la façon dont nous pouvons créer des initiatives pour améliorer et optimiser notre utilisation d'Internet dans nos pratiques professionnelles, cliniques et éducatives. La communication entre les professionnels de la communauté peut être bénéfique et

inspirer l'entièreté de la communauté de pratique de la musicothérapie, et nous pourrions nous servir d'Internet, des différentes voies de communication électronique et de la technologie comme notre média. Il est devenu évident au cours de l'étude qu'il nous faudra continuer à faire preuve de leadership et à nous montrer responsables au sein de la communauté de pratique de la musicothérapie afin d'être toujours bien conscients de nos interactions avec les autres et de favoriser une expérience communautaire encore plus positive grâce à une ouverture accrue, à une modernisation des idées, au mentorat, à des perspectives novatrices concernant la communauté ainsi qu'à un leadership continu et renouvelé (Wenger, McDermott et Snyder, 2002).

J'espère que la présente étude entraînera la mise en œuvre d'initiatives et d'autres recherches sur le soutien communautaire et clinique, un plus grand partage des ressources et un accroissement des connaissances par l'entremise d'Internet en tant qu'outil de soutien à la musicothérapie, et ce, dans le but d'augmenter la cohésion, le savoir et la compréhension culturelle au sein de la communauté de la musicothérapie. Wenger, McDermott et Snyder ont mentionné que les communautés étaient indispensables à une véritable mondialisation (2002, p. 135). Je considère qu'une communauté holistique qui est sensible à sa propre réalité favorise l'accomplissement de changements positifs en elle-même.

Remerciements

M^{me} Janice Waldron, École de musique, Université de Windsor, Canada

Adresse de correspondance

Danna Da Costa
56, rue Chalmers Nord
Cambridge (Ontario) N1R 5B8
CANADA

Courriel : dannadacosta@yahoo.com

Bibliographie

- ATAY, A. (2009). *Identities in motion: Cyberspace and diasporic queer male bodies in the context of globalization*, Thèse de doctorat, Carbondale, Southern Illinois University, ProQuest LLC, UMI Microform 3372507.
- BURGESS, J., et J. GREEN (2009). *YouTube: Online video and participatory culture*, Cambridge, Polity Press.
- HINE, C. (2000). *Virtual Ethnography*, Londres, SAGE Publications.
- HINE, C. (éd.) (2005). *Virtual Methods: Issues in Social Research on the Internet*, Oxford, Berg Publishers.
- JONES, S. G. (1995). *Cybersociety: Computer-Mediated Communication and Community*, Thousand Oaks, SAGE Publications.
- WALDRON, J. (2010). *Narratives from a Virtual Place: A Cyber Ethnographic Case*

Study of Music Learning in One Online Music “Community of Practice”, chapitre non publié, Windsor, Université de Windsor.

WALDRON, J. (mai 2011). « You Tube, Fanvids, Forums, Vlogs, and Blogs: A cyber ethnographic field study of informal music learning in online community », *Music Learning in Online Community: Research, Practice, Agency, and Ethics*, symposium présidé par J. Waldron lors de la Leading Music Education International Conference tenue à London, en Ontario.

WENGER, E., McDERMOTT, R., et W. M. SNYDER (2002). *Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge*, Boston, Harvard Business School Press.

Babillards électroniques de l'Association de musicothérapie du Canada, [en ligne] [<http://www.musictherapy.ca/members/messageboards.htm>].

Blogue des sections régionales de la World Federation of Music Therapy, [en ligne] [http://www.wfmt.info/WFMT/Regional_Liaisons_Blog/Regional_Liaisons_Blog.html].

Forum non modéré de Voices. Voices: A World Forum for Music Therapy, [en ligne] [<http://pub45.bravenet.com/forum/static/show.php?usernum=3862196689&frmid=156&msgid=0>].

Voices: A World Forum for Music Therapy, [en ligne] [<http://www.voices.no>].

Comparaison des effets de la musicothérapie active et de l'écoute musicale sur la cognition et l'humeur après un accident vasculaire cérébral : conclusions d'une étude pilote/Heather Purdie-Owens

Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal (Canada)

Les fonctions cognitives comme l'attention, la mémoire, le langage, la perception visuelle et les fonctions exécutives peuvent être affectées à la suite d'un accident vasculaire cérébral. De plus, la réadaptation peut être gênée par la dépression et le manque motivation. Des études ont montré qu'écouter de la musique pouvait avoir un impact cognitif et psychologique positif sur les personnes qui ont eu un accident vasculaire cérébral. D'autres études donnent à penser que, comparativement à l'écoute de la musique, la participation à une musicothérapie active pourrait être encore plus bénéfique pour la neuroplasticité des adultes en santé. La présente étude pilote visait à comparer l'impact cognitif et psychologique de l'écoute de la musique, d'une part, avec celui de la participation active à une musicothérapie, d'autre part, après un accident vasculaire cérébral. Selon les résultats préliminaires, les participants du groupe de musicothérapie active montraient une légère amélioration de l'attention sélective et de la mémoire active comparativement aux participants du groupe d'écoute musicale. Des recommandations seront formulées, des questions de méthodologie abordées et des extraits vidéo de l'étude présentés.

Mots-clés : *accident vasculaire cérébral, cognition, humeur, écoute, réadaptation*

Les conséquences cognitives et comportementales d'un accident vasculaire cérébral sont bien documentées et affectent notamment l'attention, la mémoire, le langage, la perception et les fonctions exécutives. Ces difficultés cognitives sont souvent aggravées par la dépression et le manque de motivation (Lenzi et coll., 2008). Une étude finlandaise récente a démontré pour la première fois qu'écouter de la musique peut améliorer la cognition et l'humeur après un accident vasculaire cérébral (Särkämö et coll., 2008). Ainsi, la mémoire verbale et l'attention exclusive s'amélioreraient considérablement dans un groupe d'écoute musicale comparativement à un groupe témoin à qui l'on avait fait écouter des histoires enregistrées sur CD et à un autre groupe témoin pour lequel il n'y avait eu aucune intervention. Le groupe qui a écouté de la musique était aussi moins déprimé et moins désorienté. L'étude prouve qu'écouter de la musique dans la période suivant un accident vasculaire cérébral peut favoriser la réadaptation cognitive et améliorer l'humeur.

De récentes études dans le domaine de la neurobiologie de la musique montrent que les stimulations musicales activent plusieurs régions du système

limbique et augmentent les niveaux de mélatonine et d'anticorps naturels (Boso et coll., 2006). D'autres études montrent aussi que le fait de jouer d'un instrument de musique peut améliorer les résultats cognitifs encore plus que l'écoute de musique. Plus précisément, une récente étude portant sur des personnes en santé a révélé qu'une formation sensorimotrice et auditive, comme apprendre à jouer du piano, stimule les changements neuroplastiques dans le cortex auditif. Ces changements étaient plus appréciables que ceux produits par une formation auditive simple, comme écouter du piano (Lappe et coll., 2008). C'est pourquoi il apparaît que la participation à des activités musicales entraîne de meilleurs résultats que la simple écoute musicale. En ce qui concerne la réadaptation des personnes qui ont eu un accident vasculaire cérébral, cela voudrait dire que la participation à des activités musicales pourrait être plus bénéfique que l'écoute musicale.

L'objectif du projet était de déterminer si la participation à des activités musicales comme celles privilégiées par la musicothérapie pourrait améliorer de façon importante la cognition et le comportement des personnes se remettant d'un accident vasculaire cérébral. De manière plus précise, nous souhaitions comparer les résultats de deux groupes : un groupe de musicothérapie active et un groupe d'écoute musicale. La cognition et l'humeur des patients ont été mesurées avant et après l'intervention. L'hypothèse était que la participation active à des activités musicales serait plus bénéfique que la simple écoute musicale.

MÉTHODE

Participants

Pour l'étude, l'objectif était de recruter 20 sujets âgés de 65 ans ou plus ayant eu un premier accident vasculaire cérébral (gauche ou droit) dans les quatre à huit semaines précédentes parmi les patients de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM). Les critères d'inclusion étaient les suivants : les sujets devaient obtenir un résultat de 24 ou plus au MMSE à leur admission, être en mesure de donner un consentement éclairé et ne pas avoir d'antécédents de problèmes cognitifs graves (comme l'Alzheimer). Les deux groupes devaient comporter des sujets ayant un âge, une éducation et une formation musicale (aptitude à jouer d'un instrument) similaires. Les patients ont été recrutés graduellement, au fur et à mesure de leur admission dans l'unité. Pour cette étude pilote, nous souhaitions recruter dix patients dans chaque groupe.

Matériel

La cognition et l'humeur des patients ont été mesurées avant et après le test des façons suivantes :

Cognition

Attention sélective et processus d'inhibition : test de Stroop; attention sélective : test des lames sonores; flexibilité mentale : test de tapping conflictuel; mémoire de travail : test numérique et visuo-spatial de Corsi; rapidité : test de substitutions de l'échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes.

Humeur

Échelle de bien-être général (Bravo et coll., 1996); questionnaire sur la qualité de vie et D-QOL (Brod et coll., 1999).

Procédure

Avant et après la période d'intervention, un neuropsychologue a examiné individuellement tous les sujets qui ont accepté de participer au projet. Pendant huit mois, un musicothérapeute a offert à chacun d'entre eux, au fur et à mesure de leur recrutement, des séances de musicothérapie active et d'écoute musicale. Les sujets ont été choisis de manière quasi aléatoire, en fonction du côté de leur accident vasculaire cérébral, de leur âge, de leur niveau de scolarité, de leur sexe et de leurs aptitudes en musique.

Groupe de musicothérapie active : Pendant six semaines, des séances de 45 minutes ont été offertes deux fois par semaine à des petits groupes de deux à trois personnes. Les interventions étaient basées sur la participation active des sujets aux activités musicales (chant, percussions, etc.). On a proposé aux participants des défis musicaux de plus en plus complexes comprenant des structures et des rythmes conçus pour améliorer l'attention et la mémoire (par exemple, on a augmenté le nombre de notes à mémoriser et à répéter, on a demandé aux sujets de jouer en polyphonie et on leur a fait suivre des modèles rythmiques plus complexes). Pour ce faire, on a eu recours à de la musique connue ainsi qu'à de l'improvisation avec une variété d'instruments.

Groupe d'écoute musicale : La même procédure a été suivie (des interventions en groupe menées par un musicothérapeute sur une période de six semaines), mais les séances étaient centrées sur l'écoute musicale. On a demandé aux sujets d'apporter leurs propres choix musicaux ou de choisir parmi de la musique traditionnelle, classique, jazz, religieuse ou de la musique du monde. Le groupe témoin a écouté de la musique, mais n'a pas participé à des activités instrumentales ou vocales.

RÉSULTATS

Le début de l'étude a coïncidé avec l'épidémie de grippe H1N1 au Canada (hiver 2009), et le recrutement s'est avéré encore plus difficile en raison d'une vague de gastro-entérite à l'IUGM, qui a d'ailleurs dû fermer ses portes. C'est pourquoi le recrutement a été retardé, et le nombre de sujets potentiels grandement réduit. Douze sujets ont été recrutés et ont commencé à participer à l'étude.

Neuf d'entre eux ont terminé l'étude, soit six dans le groupe de musicothérapie active et trois dans le groupe d'écoute musicale.

Le tableau 1 ci-dessous présente les caractéristiques (âge, scolarité, côté de l'accident vasculaire cérébral) des participants avant le début de l'intervention.

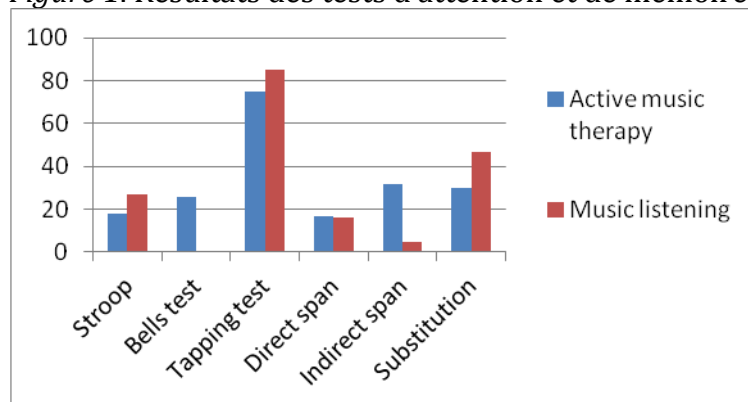
Tableau 1. Caractéristiques au moment du recrutement

| | <i>Musicothérapie active</i> | <i>Écoute musicale</i> |
|--|------------------------------|------------------------|
| Âge | 80,2 ± 4,2 | 84,5 ± 0,7 |
| Scolarité | 11,3 ± 4,0 | 12,3 ± 8,7 |
| Accident vasculaire cérébral du côté droit | 3 (60 %) | 3 (100 %) |

Compte tenu du nombre peu élevé de sujets dans chaque groupe, nous avons décidé d'effectuer uniquement des analyses descriptives. On a ainsi calculé l'amélioration (en %) pour chaque sujet et chaque mesure (avant-après/avant x 100).

Bien que les deux groupes semblent avoir obtenu de meilleurs résultats dans les tests cognitifs, les participants du groupe de musicothérapie active semblaient présenter une plus grande amélioration dans l'exercice d'attention sélective (lames sonores) et dans la mémoire de travail (empan indirect) que ceux du groupe d'écoute musicale (voir la figure 1).

Figure 1. Résultats des tests d'attention et de mémoire



Active music therapy = Musicothérapie active
 Music listening = Écoute musicale

Stroop = Stroop
Bells test = Lames sonores
Tapping test = Tapping
Direct span = Empan direct
Indirect span = Empan indirect
Substitution = Substitutions

Les résultats des tests psychologiques (bien-être) ont révélé une légère amélioration pour les deux groupes d'intervention (musicothérapie active : 13,5 %; écoute musicale : 13,9 %). Les résultats observés étaient très variés. Les sujets qui avaient eu un accident vasculaire cérébral du côté gauche présentaient une plus grande amélioration (43,7 %) en ce qui a trait au bien-être que ceux ayant eu un accident du même genre du côté droit (3,7 %); cela s'explique probablement par le fait qu'ils étaient plus conscients de la nécessité de rebâtir leur confiance après leur accident vasculaire cérébral.

ANALYSE

En plus des difficultés liées au recrutement énoncées ci-dessus, d'autres problèmes méthodologiques sont survenus dans le cadre de l'étude pilote. Plusieurs sujets ont commencé l'étude, mais ont quitté l'unité avant la fin de leur thérapie. Il nous a été impossible d'effectuer un suivi auprès de ces sujets après leur départ, ou de terminer l'intervention qui leur était destinée.

Des problèmes sont aussi survenus en ce qui a trait à l'horaire des interventions en musicothérapie, qui n'étaient permises qu'à partir de 15 heures. Tous les patients de l'unité de réadaptation doivent en effet respecter un programme quotidien intensif et exigeant, qui prévoit en priorité de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de l'orthophonie, des exercices linguistiques et des consultations psychologiques, de même que d'autres consultations à l'extérieur de l'hôpital. Par conséquent, il nous a été impossible de planifier des interventions en musicothérapie avant 15 heures. Or, à ce moment, les sujets étaient souvent fatigués ou attendaient de la visite. À plusieurs occasions, les sujets étaient occupés ou n'étaient pas en mesure de participer aux interventions.

Le musicothérapeute et le neuropsychologue ont relevé les effets positifs ci-après chez le groupe suivant une musicothérapie active. Les sujets étaient attentifs et concentrés sur les tâches qu'on leur a demandé d'effectuer. Ils étaient en mesure de mémoriser des séquences et des mélodies ou des rythmes proposés par le musicothérapeute, et ce, quelles que soient leurs aptitudes et leurs connaissances musicales. Les sujets ont pu accomplir des tâches musicales de plus en plus complexes, comme suivre des changements de tempo ou de rythme et lire des partitions adaptées afin d'effectuer des changements d'accords au bon moment ou d'apprendre des mélodies. Ceux qui étaient aux prises avec des troubles du langage comme l'aphasie ont fait des exercices vocaux pour améliorer leur communication.

Tous les sujets ont joué des percussions, se sont étirés pour faire jouer les cordes de l'autoharpe avec leur bras affaibli, ont tenu un plectre, ont tourné les poignets en agitant une cabasa et ont fait rebondir le poignet de leur bras affaibli en frappant sur un xylophone. Tous les sujets étaient remarquablement motivés, notamment en raison du renforcement positif et de la récompense que constituait une tâche bien exécutée. Les sujets ont aussi appris à s'encourager mutuellement au fil des semaines. Dans un questionnaire remis après l'étude, les sujets ont mentionné que leur participation à la musicothérapie active s'était avérée utile, qu'ils étaient motivés et qu'ils avaient du plaisir à atteindre les objectifs de réadaptation par l'entremise de la musique.

En ce qui concerne le groupe d'écoute musicale, on souhaitait qu'il soit semblable autant que possible à l'autre groupe. Ainsi, des séances de 45 minutes se terminant par une brève discussion étaient offertes par un musicothérapeute, mais aucun instrument de musique n'était utilisé. Le groupe était composé majoritairement de personnes qui affectionnent la musique et de musiciens amateurs ayant une certaine expérience en matière de musique classique et un niveau de scolarité élevé. Ils ont discuté de leurs goûts musicaux et apporté leurs propres CD. Les participants ont eu de la difficulté à écouter attentivement de la musique pendant 45 minutes sans parler ou être distraits. À certains moments, l'atmosphère dans le groupe est devenue tendue en raison des goûts musicaux très différents des participants. C'est pourquoi il s'est parfois avéré difficile de choisir de la musique qui plaisait à tous. Il convient de mentionner que l'intervention était aussi moins structurée que les séances de musicothérapie active. Il aurait peut-être été plus facile de gérer une écoute musicale individuelle, mais en raison de la structure de l'étude, il était nécessaire que les sujets soient séparés en petits groupes et qu'un musicothérapeute soit présent en tout temps.

En ce qui a trait aux problèmes liés à la structure de l'étude, l'ajout d'un groupe témoin aurait été préférable, mais compte tenu des difficultés de recrutement, cela n'a pas été possible. Pour une étude pilote de cette taille, il aurait peut-être été plus approprié de favoriser une structure comportant un seul cas. Idéalement, on aurait mené une étude dans plusieurs unités de réadaptation, ce qui nous aurait donné accès à un plus grand nombre de sujets ayant eu un accident vasculaire cérébral et nous aurait permis d'inclure un groupe témoin.

Recommandations

Les résultats de l'étude pilote donnent à penser que la musicothérapie, en combinaison avec d'autres interventions de réadaptation, pourrait être efficace pour améliorer la cognition ainsi que la santé physique et psychologique après un accident vasculaire cérébral. Même si ses résultats ne sont pas probants, l'étude a démontré que les participants ont beaucoup apprécié la musicothérapie, que celle-ci les a grandement motivés et qu'il pourrait être utile de l'inclure dans un environnement thérapeutique. La musicothérapie, dont l'objectif est de favoriser la participation et d'améliorer l'humeur, la motivation et les autres fonctions cognitives des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral, pourrait aussi

avoir une incidence positive sur les résultats d'autres interventions de réadaptation, comme l'orthophonie et la physiothérapie.

Malgré le nombre peu élevé de participants en raison des problèmes de recrutement, et malgré la variabilité des sujets, les résultats de l'étude pilote laissent entendre que la musicothérapie active pourrait légèrement améliorer la cognition chez les personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral et offrir des résultats supérieurs à ceux obtenus par les sujets du groupe d'écoute musicale, notamment en ce qui a trait à l'attention sélective et à la mémoire de travail. Les sujets des deux groupes ont semblé profiter des interventions sur le plan psychologique. À la fin de l'étude, ils ont mentionné à quel point ils aimaient effectuer des exercices de réadaptation dans un milieu décontracté (mémoriser des séquences sur les percussions, favoriser la communication par le chant, participer à des activités musicales en utilisant leur bras affaibli, faire ou écouter de la musique en groupe et partager des souvenirs musicaux avec les autres). Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour comparer l'efficacité de la musicothérapie active avec celle de l'écoute musicale en ce qui a trait à l'attention et à l'humeur des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral, et ce, préférablement dans le cadre d'une étude multicentrique.

Remerciements

Je souhaite remercier le Centre de recherche de l'IUGM, qui m'a généreusement versé une bourse pour ce projet de recherche, ainsi que la Dr^e Sylvie Hébert, qui a supervisé l'étude. La Dr^e Francine Fontaine, M^{me} Adriana Enriquez-Rosas et le Dr François Langlois du service de neuropsychologie de l'IUGM ont travaillé avec acharnement à la mise en œuvre du projet, au recrutement, à l'administration des tests et à la compilation des résultats finaux. Leur expertise s'est avérée inestimable, et j'aimerais leur présenter mes remerciements les plus sincères.

Adresse de correspondance

Heather Purdie-Owens
Service de musicothérapie
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Pavillon Côte-des-Neiges
4565, chemin Queen-Mary
Montréal (H3W 1W5) Québec
CANADA

Courriel : heather_owens@sympatico.ca

Bibliographie

- LENZI, G. L., ALTIERI, M., et I. MAESTRINI (2008). « Post-stroke depression », *Revue neurologique*, 164 (10), p. 837-840.
- SÄRKÄMO, T. et coll. (2008). « Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke », *Brain*, 131, p. 866-876.

- BOSO, M., POLITO, P., BARALE, F. et E. EMANUELE (2006). « Neurophysiology and neurobiology of the musical experience », *Functional Neurology*, 21 (4), p. 187-191.
- LAPPE, C., HERHOLZ, S., TRAINOR, L. et C. PANTEV (2008). « Cortical plasticity induced by short-term unimodal and multimodal musical training », *Journal of Neuroscience*, 28 (39), p. 9632-9639.

Recherche contrôlée et randomisée en musicothérapie auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer / Kevin Kirkland¹, Susan Summers² et

Robin Hsiung³

¹ Département de musicothérapie, Université Capilano (Canada)

² Département de musicothérapie, Université Capilano (Canada)

³ Département de neurologie, Université de la Colombie-Britannique (Canada)

Les preuves montrant que la musicothérapie est bénéfique à long terme pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, quel que soit son degré de gravité, méritent d'être étudiées de manière plus approfondie (Koger, Chapin et Brotons, 1999; Clair, 1996; Gerdner et Swanson, 1993; Crystal, Grober et Masur, 1989; Fornazzari et coll., 2006). La complexité et le traitement de la musique peuvent solliciter des régions non exploitées du cerveau, et ainsi influencer l'humeur, le comportement et l'acuité mentale. Aucun contexte concernant l'intervention mise en œuvre n'a été donné aux évaluateurs chargés de l'analyse des résultats. Afin de tester l'hypothèse de manière scientifique, des essais contrôlés et randomisés ont eu lieu à la clinique pour la maladie d'Alzheimer et les troubles connexes de l'Hôpital de l'Université de la Colombie-Britannique. On souhaitait ainsi étudier les effets de la musicothérapie sur cette population en examinant une variété d'aspects cliniques, notamment en prenant des images du cerveau. À ce jour, aucune autre étude ne s'est penchée sur le fonctionnement et les changements du cerveau en lien avec la musicothérapie. On a émis l'hypothèse voulant que la musique favorise la neurogenèse, la régénération et la réparation des neurones (Thompson et coll., 2005; Sibling, 1999; Polk et Pertesz, 1993; Cuddy et Duffin, 2005). La plasticité synaptique basée sur l'expérience semble être propre au traitement de la musique et aux aptitudes musicales. C'est pourquoi nous avons inclus des tests d'IRMf, en fonction de l'hypothèse selon laquelle la musicothérapie pourrait améliorer l'activation et la circulation sanguine dans les régions du cerveau liées aux aptitudes musicales, causant ainsi des changements mesurables. La présentation fait état du lancement de la recherche, de l'élaboration d'un protocole de musicothérapie ainsi que de la création et de la mise en œuvre d'un outil d'évaluation de 41 aspects. Les sujets ont suivi des séances individuelles de musicothérapie deux fois par semaine pendant quatre semaines, pour un total de huit séances.

Mots-clés : *musicothérapie; maladie d'Alzheimer; recherche contrôlée et randomisée; cerveau; mémoire*

Notre objectif était de mener une recherche de validation contrôlée et randomisée pour déterminer les bénéfices cliniques et biologiques de séances de musicothérapie d'une durée de 45 à 60 minutes tenues deux fois par semaine pendant quatre semaines, pour un total de huit séances par sujet, auprès de dix patients présentant un diagnostic d'Alzheimer faible à modéré. Compte tenu du fait que plus de la moitié des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer manifestent au moins un symptôme neuropsychiatrique, nous avons prévu comparer les mesures cognitives et comportementales avant et après l'intervention en musicothérapie auprès de cinq patients témoins, et ce, à l'aide de six échelles : 1) inventaire neuropsychiatrique; 2) échelle d'évaluation globale du fonctionnement; 3) échelle d'évaluation de la maladie d'Alzheimer (et sous-échelle pour les fonctions cognitives); 4) mini-examen de l'état mental (MMSE); 5) échelle de dépression de Cornell pour la démence (CSDD); 6) échelle de la qualité de vie pour la maladie d'Alzheimer. Nous avons également mesuré le niveau matinal du cortisol salivaire (ce qui est moins invasif) avant et après l'intervention afin de déterminer tout changement dans la réaction de stress biologique à la musicothérapie. Des tests d'IRMf ont aussi été prévus afin d'évaluer les zones activées du cerveau avant et après l'intervention, et ce, dans le but d'établir des corrélations entre les changements cognitifs et les bénéfices que procure la musicothérapie sur le plan de la santé. Les séances ont été enregistrées sur vidéo, et on a élaboré un outil d'évaluation musicothérapeutique pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer que l'on a utilisé chaque fois. Le musicothérapeute a suivi un protocole visant à stimuler les aptitudes neurocognitives et les réponses affectives en faisant appel aux habiletés musicales. On a utilisé des statistiques descriptives normalisées pour décrire les caractéristiques de base de la cohorte. À des fins statistiques, on a aussi eu recours à des tests t pour comparer les mesures avant et après l'intervention en musicothérapie.

Notre hypothèse est que la musicothérapie a un effet positif sur l'humeur et le stress, et qu'elle entraîne des changements mesurables en ce qui a trait aux échelles cliniques et aux niveaux d'hormones. De plus, nous croyons que les changements positifs escomptés seront accompagnés d'une circulation accrue du sang dans certaines régions du cerveau, observable grâce à l'IRMf. Les résultats nous aideront à définir les protocoles ainsi que le rôle de la musicothérapie dans la gestion de la démence, de même qu'à mieux comprendre la science du traitement de la musique dans le cerveau des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

MÉTHODE

Participants

Dix sujets aux prises avec la maladie d'Alzheimer (troubles légers ou modérés) ont été recrutés à la clinique pour la maladie d'Alzheimer et les troubles connexes de l'Hôpital de l'Université de la Colombie-Britannique, et ont donné leur consentement. On a examiné les sujets pour s'assurer qu'ils répondaient aux exigences, puis on les a affectés de manière aléatoire au groupe d'intervention en

musicothérapie ou au groupe témoin, pour lequel il n'y a eu aucune intervention (le groupe « en attente », qui a commencé l'intervention une fois celle des cinq premiers sujets terminée). Les sujets retenus devaient avoir reçu un diagnostic d'Alzheimer léger ou modéré, posséder de bonnes aptitudes auditives et ne compter pas plus de six années de formation musicale. On a exclu les sujets qui possédaient une formation musicale approfondie, qui ne pouvaient se soumettre à un test d'IRM, qui ne pouvaient fournir un échantillon de salive adéquat ou qui présentaient des problèmes minimes en matière de comportement selon l'inventaire neuropsychiatrique.

Matériel

Parmi les éléments utilisés figuraient : un assortiment de percussions traditionnelles et tonales; une guitare; un clavier; un lecteur CD et une sélection de styles musicaux différents; des ballons; un tambour creux et des cartes où sont inscrits des titres de chansons; des foulards pour la danse et les mouvements; un pupitre à musique; une caméra; et l'outil d'évaluation musicothérapeutique des personnes atteintes de démence (un prototype mis au point par Kirkland, Summers, Jacova et Hsiung).

Procédure

Structure de l'étude : Il s'agit d'une étude de validation à simple insu, randomisée et avec contrôle parallèle, qui vise à déterminer les effets d'une intervention de quatre semaines en musicothérapie sur les mesures cliniques auprès de sujets atteints d'Alzheimer léger ou modéré. En raison du nombre peu élevé de sujets que l'on a pu inclure dans la présente étude compte tenu de son financement, notre capacité à déterminer les effets cliniques s'est avérée limitée. C'est d'ailleurs pourquoi nous avons aussi inclus des mesures d'effets biologiques en ce qui a trait aux hormones du stress ainsi qu'une analyse approfondie de l'IRMf, qui pourrait servir de balise un peu plus précise pour les changements physiologiques. Ces résultats secondaires seront utilisés à des fins de recherches plus approfondies et d'élaboration d'hypothèses.

Mesure des résultats

Résultats principaux : Parmi les principaux résultats cliniques, mentionnons des changements dans l'inventaire neuropsychiatrique et l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement. Nous avons choisi l'inventaire neuropsychiatrique comme mesure principale des résultats, car il s'agit d'une échelle largement reconnue, utilisée dans le cadre de nombreuses recherches cliniques. Des études cliniques antérieures en musicothérapie laissent entendre que l'amélioration du comportement constitue le résultat positif le plus fréquent (Raglio et coll., 2008). Nous avons aussi utilisé l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement comme mesure globale des résultats. Il s'agit d'une échelle multidimensionnelle utilisée par les cliniciens qui comprend huit domaines : la mémoire, le fonctionnement

social et professionnel, la maison et les loisirs, les soins personnels, le langage, le raisonnement, l'affect et l'orientation; cette échelle tient compte du passé du sujet, des résultats sur le plan physique et des renseignements collatéraux.

Résultats biologiques :

- a. Pour chaque sujet, nous avons obtenu une lecture d'IRMf de référence au repos dans la semaine précédant le début de la musicothérapie, ainsi qu'une lecture d'IRMf de suivi dans la semaine suivant la fin de l'intervention d'une durée de quatre semaines, et ce, dans le but de comparer les débits sanguins.
- b. Le stress biologique a été évalué à l'aide du cortisol salivaire. Un niveau élevé de cortisol est lié à un niveau élevé de stress. Les échantillons de salive constituent un moyen non intrusif de recueillir des données biologiques (Strazdins, Meyerkort, Brent, D'Souza, Broom et Kyd, 2005).

Intervention : On a choisi de manière aléatoire cinq sujets à qui on a offert des séances individuelles de musicothérapie de 45 à 60 minutes, deux fois par semaine pendant quatre semaines, ainsi que cinq autres sujets à qui on a offert des soins classiques. L'intervention musicothérapeutique utilisée est une adaptation du protocole mis au point par Clair et Bernstein (1990), constitué d'approches normalisées axées sur la musique qui sont bénéfiques pour les personnes atteintes de démence, notamment l'écoute, la lecture, la mémorisation, la verbalisation, l'apprentissage, le jeu, l'établissement de liens, la récitation et le mouvement. Les choix musicaux ont été effectués en fonction de l'évaluation du passé des sujets, réalisée avant le traitement, et de leurs préférences individuelles. Les cinq sujets du groupe témoin ont reçu des soins classiques sans musicothérapie. Les séances ont eu lieu dans une salle clinique de musicothérapie à la clinique pour la maladie d'Alzheimer et les troubles connexes de l'Hôpital de l'Université de la Colombie-Britannique.

Analyse statistique

On a utilisé des statistiques descriptives normalisées pour décrire les caractéristiques de base de la cohorte. En ce qui concerne les résultats cliniques primaires et secondaires et les niveaux d'hormones, des combinaisons de tests t ont été utilisées pour comparer les mesures précédant et suivant l'intervention en musicothérapie, et ce, dans le but d'évaluer toute différence statistiquement significative à un niveau de $p < 0,05$.

RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

Les résultats (avant et après la musicothérapie ainsi qu'avant et après l'attente) ont été comparés par l'entremise de tests t combinés. On constate une tendance à

l'amélioration pour chaque mesure, mais aucune n'est réellement significative sur le plan statistique, possiblement en raison de la taille de l'échantillon ($N = 10$). On a remarqué des améliorations sur plusieurs des échelles pour le groupe ayant suivi une musicothérapie par rapport au groupe en attente d'une intervention, notamment en ce qui a trait à l'échelle de dépression, à l'échelle de la qualité de vie pour la maladie d'Alzheimer (tant pour les sujets que pour les proches aidants), à l'inventaire neuropsychiatrique et au MMSE, où l'amélioration moyenne a été de 1,20, comparativement à -0,30 pour le groupe en attente. Si le groupe d'étude avait été plus grand, les changements dans le MMSE auraient pu être très significatifs sur le plan statistique. On recommande donc de mener une étude avec un échantillon plus grand et une durée d'intervention plus longue. Ni les résultats de l'outil d'évaluation pilote et du protocole de musicothérapie, ni les lectures de l'IRMf et les niveaux de cortisol n'étaient disponibles au moment d'écrire ces lignes. À des fins d'éducation et de recherche, on continue de procéder à des analyses avec l'outil d'évaluation et les données enregistrées sur vidéo.

ANALYSE

Bien que cette étude de validation soit de petite envergure, ses résultats sont importants tant sur le plan scientifique que clinique. Ils nous permettront entre autres d'évaluer les bénéfices potentiels de la musicothérapie de manière objective, ce qui nous fournira des preuves qui guideront nos pratiques cliniques exemplaires dans l'avenir. L'accomplissement d'interventions réussies en ce qui a trait au traitement de la maladie d'Alzheimer est important, car on estime qu'au moins 60 % des personnes atteintes de cette maladie, ou leurs proches aidants, rapportent un ou plusieurs symptômes neuropsychiatriques (Lyketsos, Sheppard, Steinberg, Tschanz, Norton et Steffens, 2001). De plus, le coût des soins fournis aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer est élevé et dépend grandement de la gravité de la démence et de la présence de troubles du comportement (Jonsson, Eriksson, Kilander, Soininen, Hallikainen et Waldemar, 2006). Par ailleurs, selon ce que nous savons, il s'agit de la première fois que l'on mesure en même temps les effets cliniques et biologiques de la musicothérapie chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Il faudra aussi s'assurer d'examiner le substrat neuroanatomique du traitement de la musique et sa relation avec la mémoire et les autres processus cognitifs lorsque viendra le temps de concevoir de nouveaux paradigmes expérimentaux d'IRMf. Les résultats de la présente recherche nous aideront à élaborer d'autres études afin d'évaluer l'usage le plus efficace des interventions musicothérapeutiques dans le cadre des soins accordés aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de démence.

Remerciements

L'étude a été rendue possible grâce à la généreuse contribution financière du Vancouver Coastal Health Research Institute.

Adresse de correspondance

Kevin Kirkland
Département de musicothérapie
Université de Capilano
2055 Purcell Way
North Vancouver (Colombie-Britannique) V7J 3H5
CANADA

Courriel : sonus@shaw.ca

Bibliographie

- CLAIR, A. A., et B. BERNSTEIN (1990). « A preliminary study of music therapy programming for severely regressed persons with Alzheimer's-type dementia », *Journal of Applied Gerontology*, 9 (3), p. 299-311.
- CLAIR, A. A. (1996). *Therapeutic uses of music with older adults*, Baltimore, Health Professions Press.
- CRYSTAL, H. A., GROBER, E., et D. MASUR (1989). « Preservation of musical memory in Alzheimer's disease », *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 52 (12), p. 1415-1416.
- CUDDY, L. L., et J. DUFFIN (2005). « Music, memory, and Alzheimer's disease: Is music recognition spared in dementia, and how can it be assessed? », *Medical Hypotheses*, 64 (2), p. 229-235.
- FORNAZZARI, L., CASTLE, T., NADKARNI, S., AMBROSE, M., APANASIEWICZ, N., et F. PHILLIPS (2006). « Preservation of episodic musical memory in a pianist with Alzheimer Disease », *Neurology*, 66 (4), p. 610-611.
- GERDNER, L. A., et E. A. SWANSON (1993). « Effects of individualized music on confused and agitated elderly patients », *Archives of Psychiatric Nursing*, 7 (5), p. 284-291.
- KOGER, S., CHAPIN, K., et M. BROTONS (1999). « Is music therapy an effective intervention for dementia? A meta-analytic review of literature », *Journal of Music Therapy*, 36, p. 2-15.
- JÖNSSON, L., ERIKSDOTTER, J., KILANDER, L., SOININEN, H., HALLIKAINEN, M., WALDEMAR, G., et coll. (2006). « Determinants of costs of care for patients with Alzheimer's disease », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (5), p. 449-459.
- LYKETSOS, C. G., SHEPPARD, J. M., STEINBERG, M., TSCHANZ, J. A., NORTON, M. C., STEFFENS, D. C., et coll. (2001). « Neuropsychiatric disturbance in Alzheimer's disease clusters into three groups: The Cache County study », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(11), p. 1043-1053.
- NAKANE, H., ASAI O., YAMADA, Y., HARADA, T., MATUI, N., KANNO, T., et coll. (1998). « Salivary chromogranin as an index of psychosomatic response », *Biomedical Research*, 19, p. 401-406.
- POLK, M., et A. KERTESZ (1993). « Music and language in degenerative disease of the

- brain », *Brain & Cognition*, 22 (1), p. 98-117.
- RAGLIO, A., BELLELLI, G., TRAFICANTE, D., GIANOTTI, M., UBEZIO, M. C., et D. VILLANI (2008). « Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia », *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 22 (2), p. 158-162.
- SIBLER, F. (1999). « The influence of background music on the performance of the Mini Mental State Examination with patients diagnosed with Alzheimer's Disease », *Journal of Music Therapy*, 36, p. 196-206.
- STRAZDINS, L., MEYERKORT, S., BRENT, V., D'SOUZA, R. M., BROOM, D. H., et J. M. KYD (2005). « Impact of saliva collection methods on sIgA and cortisol assays and acceptability to participants », *Journal of Immunological Methods*, 307 (1-2), p. 167-171.
- THOMPSON, R. G., MOULIN, C. J. A., HAYRE, S., et R. W. JONES (2005). « Music enhances category fluency in healthy older adults in and Alzheimer's disease patients », *Experimental Aging Research*, 31, p. 91-99.

**Musicothérapie éducative centrée sur les proches aidants : effets sur la
dépression et la satisfaction de vie des patients atteints de troubles
psychiatriques aigus / Michael J. Silverman**

Département de musicothérapie, Université du Minnesota (États-Unis)

La présente étude avait pour but de déterminer comment la musicothérapie éducative centrée sur les proches aidants influence les patients hospitalisés atteints de troubles psychiatriques aigus et les proches aidants eux-mêmes. Pour ce faire, on a eu recours à des instruments psychométriques dans le cadre d'une recherche clinique randomisée et contrôlée. Les participants ($n = 11$ patients et $n = 21$ proches aidants) ont été affectés aléatoirement à l'un des trois groupes de traitement suivants : musicothérapie éducative, intervention éducative et musicothérapie non éducative. Par la suite, les notes d'évolution rédigées par le thérapeute lors de chaque séance ont été analysées par thème afin de permettre une interprétation holistique du traitement. Les participants des deux groupes à volet éducatif étaient beaucoup plus susceptibles de reconnaître l'utilité de la thérapie que ceux du groupe de musicothérapie récréative. Bien que ces résultats ne soient pas probants, les patients du groupe de musicothérapie éducative avaient tendance à obtenir, en moyenne, des résultats plus faibles quant au niveau de stress et des résultats plus élevés quant au niveau de satisfaction de vie lors du post-test. Pour leur part, les proches aidants du groupe de musicothérapie éducative avaient tendance à obtenir, en moyenne, des résultats plus faibles quant au niveau de stress et des résultats plus élevés quant au niveau de satisfaction de vie et à la perception de l'utilité de la thérapie lors du post-test. Les analyses qualitatives ont fait ressortir sept thèmes des notes d'évolution du thérapeute, soit : 1) la complexité du traitement; 2) le dialogue axé sur les actions à entreprendre; 3) la structure; 4) l'enthousiasme par rapport au traitement; 5) les techniques de résolution de problèmes; 6) la souplesse; 7) le plaisir et l'appréciation. La musicothérapie éducative centrée sur les proches aidants pourrait être une méthode efficace et intéressante d'accroître le traitement des patients psychiatriques et de leurs proches aidants.

Mots-clés : *proches aidants; santé mentale; musicothérapie*

Compte tenu de l'importance d'éduquer les patients psychiatriques et leurs proches aidants – qui est d'ailleurs appuyée par des ouvrages dans des domaines autres que la musicothérapie – et compte tenu des contraintes de temps avec lesquelles doivent composer les fournisseurs de soins de santé mentale de courte durée, il serait

pertinent de déterminer l'efficacité de la musicothérapie éducative de courte durée centrée sur les proches aidants. Sur le plan théorique, ce type de musicothérapie s'apparente à la musicothérapie intuitive avec objectifs de rééducation (Wheeler, 1983), ou encore à la psychothérapie ayant recours à la musique (Bruscia, 1998). À la lumière des résultats obtenus par les traitements fondés sur des données probantes visant les patients psychiatriques, il semble opportun d'étudier plus à fond la question de l'intégration de la musicothérapie dans les séances éducatives destinées aux patients psychiatriques et à leurs proches aidants.

À ce jour, aucun ouvrage ne traite de la musicothérapie éducative de courte durée centrée sur la famille en lien avec les patients psychiatriques. Il s'agit d'une lacune considérable, qui pourrait avoir comme conséquence de limiter l'amélioration de la qualité des soins et d'empêcher les patients psychiatriques et leurs proches aidants d'accéder aux services. Ainsi, même s'il existe des ouvrages appuyant la psychopédagogie et l'éducation, la psychopédagogie centrée sur la famille de même que les traitements de courte durée, ces formes de thérapie n'ont pas fait l'objet d'études systématiques en lien avec la musicothérapie. La présente étude avait donc pour but de déterminer comment la musicothérapie éducative centrée sur les proches aidants influence les patients psychiatriques et les proches aidants eux-mêmes. Pour ce faire, on a eu recours à des instruments psychométriques dans le cadre d'une recherche clinique randomisée et contrôlée ainsi que d'une période de suivi de trois mois. Les questions de recherche étaient les suivantes :

1. Comment le concept de musicothérapie éducative de courte durée peut-il être appliqué avec succès auprès de patients psychiatriques hospitalisés et de leurs proches aidants?
2. Lors du post-test immédiat et de la période de suivi de trois mois, peut-on observer des différences entre le groupe soumis à une musicothérapie éducative, celui soumis à une intervention éducative et celui soumis à une musicothérapie non éducative en ce qui a trait aux indices de dépression et de satisfaction de vie?
3. Quels thèmes tirés des notes d'évolution du musicothérapeute pourraient aider à mieux préparer les futurs musicothérapeutes à prodiguer des musicothérapies éducatives de courte durée à des patients psychiatriques hospitalisés et à leurs proches aidants?

MÉTHODE

Participants

Au total, 11 patients hospitalisés et 21 membres de la famille, parents ou amis (ci-après désignés comme les « proches aidants ») ont participé à l'étude. Celle-ci a été menée dans une unité de soins psychiatriques de courte durée. Afin d'être admis dans cette unité, les patients devaient être assurés. Les patients étudiés étaient généralement hospitalisés pendant une période de trois à sept jours. L'unité en question se trouvait dans un hôpital universitaire du Midwest américain. Les

participants étaient volontaires et n'ont reçu aucune rémunération. Même si tous les participants potentiels ont accepté de contribuer à l'étude, ils avaient quand même le choix d'assister à la séance de thérapie sans prendre part à la recherche. Les patients qui n'avaient pas de proches aidants étaient exclus de l'étude. En vue d'accroître la dose de traitement et d'établir des paramètres aussi inclusifs que possible pour le groupe des proches aidants, les participants pouvaient assister à de multiples séances avec le thérapeute de l'étude. Toutefois, le cas échéant ($n = 1$), les données du post-test immédiat n'ont été colligées qu'après la première séance des participants et les données de suivi n'ont pas été analysées. Puisque des études antérieures ont montré que la psychopédagogie plurifamiliale pouvait être efficace (Dyck, Hendryx, Short, Voss et McFarlane, 2002; Dyck et coll., 2000), et dans le but d'être le plus inclusif possible, on a permis à plusieurs familles de participer aux séances. Dans le cadre de la présente étude, le traitement plurifamilial s'est déroulé en deux temps : d'abord, durant une intervention éducative non musicothérapeutique, puis durant une intervention musicothérapeutique non éducative.

Différentes analyses de variance ont été effectuées pour déterminer s'il existait des différences entre les trois groupes de traitement en ce qui a trait aux éléments suivants : 1) le nombre de patients ayant pris part à chaque séance qui se sont portés volontaires pour participer à l'étude; 2) le nombre total de patients à chaque séance; 3) le nombre total de fois où les patients ont été admis dans un établissement psychiatrique; 4) l'âge des patients. Des analyses de variance distinctes ont été effectuées pour les patients et les proches aidants. Aucune différence statistiquement significative n'a été relevée entre les groupes pour chacune de ces mesures ($p > 0,05$ dans tous les cas).

Matériel

L'inventaire de dépression de Beck (IDB) (Beck, Ward, Mendelson, Mock et Erbaugh, 1961) est un test d'auto-évaluation qui comporte 21 questions et qui vise à mesurer la gravité de la dépression chez un individu. Le test prend environ dix minutes et les répondants doivent avoir un niveau d'alphabétisation de cinquième ou de sixième année pour bien comprendre les questions (Groth-Marnat, 1990). Les participants répondent aux 21 questions en attribuant une note de 0 à 3 aux énoncés qui reflètent le mieux leurs expériences au cours de la dernière semaine. Dans le cadre de la présente étude, le thérapeute a demandé aux participants de quantifier leur degré de dépression actuel à l'aide de cet outil. Plus les résultats obtenus étaient élevés, plus le degré de dépression l'était également. Beck, Steer et Garbin (1988) ont constaté, chez les populations aux prises avec des troubles psychiatriques, une grande cohérence interne avec des coefficients alpha de 0,86. Une méta-analyse des études portant sur l'IDB a révélé un degré élevé de validité de contenu et a confirmé les différences observées entre les personnes atteintes de dépression et les autres (Richter, Werner, Heerlim, Kraus et Sauer, 1998).

L'Échelle de satisfaction de vie (ESV) est une mesure globale de la satisfaction d'un individu par rapport à sa vie (Diener, Emmons, Larsen et Griffin, 1985). La

satisfaction à l'égard de la vie est l'un des aspects qui définissent le paradigme universel du bien-être subjectif. Des études et des théories de domaines non liés à celui de la réadaptation ont noté que le bien-être subjectif comporte au moins trois composantes : l'évaluation de l'affect positif, l'évaluation de l'affect négatif et la satisfaction à l'égard de la vie. Cette dernière se distingue de l'évaluation de l'affect du fait qu'elle se fonde sur une base cognitive plutôt qu'émotive. Elle peut se définir comme « l'évaluation globale de la qualité de vie d'une personne en fonction des critères qu'elle a choisis » (Shin et Johnson, 1978, p. 478). Le coefficient de corrélation test-retest sur deux mois de l'ESV était de 0,82, tandis que le coefficient alpha était de 0,87. L'ESV est constituée de cinq énoncés à formulation positive proposant une échelle de type Likert en sept points (de « Fortement en désaccord » à « Fortement en accord »). Les résultats obtenus pour chacun des énoncés sont additionnés pour produire le résultat total de l'ESV. Un résultat de 5 indique une faible satisfaction à l'égard de la vie, tandis qu'un résultat de 35 indique une grande satisfaction à l'égard de la vie.

Le post-test contenait également des questions visant à obtenir des renseignements démographiques des participants, ainsi qu'une question ouverte où les participants étaient invités à donner leurs commentaires sur la séance. Trois échelles de type Likert distinctes ont été utilisées pour mesurer la perception des participants quant à l'utilité de la thérapie, le degré de stress et la force de la relation entre les patients et leurs proches aidants. Ces échelles ont été établies de manière à ce que « 1 » représente un résultat négatif (pas utile, stress élevé, relation faible) et « 7 » un résultat positif (utile, stress faible, relation forte). Le test de suivi était identique au post-test, mais contenait en plus des questions visant à déterminer si les patients avaient été réadmis dans un établissement psychiatrique et combien de séances psychopédagogiques ils avaient suivies depuis leur sortie de l'hôpital.

Immédiatement après chaque séance, le thérapeute de l'étude discutait de vive voix avec un collègue pour en faire le bilan. Le thérapeute consignait alors ses réflexions concernant la séance dans des notes d'évolution détaillées en vue d'en faire par la suite une analyse thématique. Ce volet qualitatif visait à fournir une description plus exhaustive et holistique du traitement. Le thérapeute procédait subséquemment à une analyse thématique des notes d'évolution en se servant de la procédure décrite en détail par Braun et Clarke (2006). Ces chercheurs ont recommandé que les analyses thématiques comprennent six étapes : se familiariser avec les données; générer les codes initiaux; chercher les thèmes; passer les thèmes en revue; définir et nommer les thèmes; et rédiger le rapport. Le thérapeute suivait ces étapes durant les analyses répétées des données. Il ne cernait et n'établissait les catégories de codes et les thèmes que lors de ses lectures répétées des données, et non pas avant (Atkinson et Hammersley, 1998). Afin d'assurer l'exactitude des thèmes, le thérapeute consultait des chercheurs qui n'étaient pas directement associés à l'étude. Ces chercheurs examinaient les données en plus de vérifier les codes et les thèmes (Bruscia, 2005; Maxwell, 2005).

Procédure

L'intervention musicothérapeutique (contexte A) consistait en une séance éducative de composition de chansons portant sur la vie après la sortie de l'hôpital. Le contexte de contrôle actif (contexte B) consistait en une intervention éducative non musicothérapeutique portant sur la vie après la sortie de l'hôpital. Le contexte de contrôle passif (contexte C) consistait en une séance musicothérapeutique non éducative reposant sur un jeu de bingo musical. Le thérapeute élaborait des scénarios et les mettait à l'essai dans le cadre d'études pilotes connexes menées dans la même unité de soins psychiatriques de courte durée. Avant de commencer les séances, le thérapeute s'assurait d'expliquer les grandes lignes de l'étude et d'obtenir le consentement éclairé des participants. Il demandait alors aux participants de se nommer et de dire comment ils se sentaient à ce moment; il appliquait ensuite chacun des contextes de traitement. Dans les contextes A et B, le thérapeute remettait aux participants une feuille présentant de l'information sur les groupes de soutien locaux, la psychopédagogie familiale, ainsi que la National Alliance for the Mentally Ill.

RÉSULTATS

La perception des patients à l'égard de l'utilité de la thérapie a fait l'objet d'une analyse de variance à un critère de classification. Ce test s'est avéré significatif : $F(2,10) = 7,75$, $p < 0,013$, η^2 partiel = 0,660. Des comparaisons binaires ajustées à l'aide de la correction de Bonferroni pour les analyses multiples ont révélé des différences significatives entre les contextes A et C ($p < 0,044$) ainsi qu'entre les contextes B et C ($p < 0,017$). L'analyse des données descriptives a montré que les participants du contexte B reconnaissaient le plus l'utilité de la thérapie, contrairement aux participants du contexte C. Aucune autre comparaison entre les groupes n'a mené à des résultats significatifs ($p > 0,05$).

Après avoir analysé ses notes d'évolution de façon répétée et complète à l'aide de lectures multiples et de vérifications de l'exactitude, le thérapeute a cerné sept thèmes en suivant les étapes définies par Braun et Clarke (2006) pour l'analyse thématique des données qualitatives, soit : 1) la complexité du traitement; 2) le dialogue axé sur les actions à entreprendre; 3) la structure; 4) l'enthousiasme par rapport au traitement; 5) les techniques de résolution de problèmes; 6) la souplesse; 7) le plaisir et l'appréciation.

Tableau 1. Statistiques descriptives des patients – Post-test immédiat

| Variable dépendante | Contexte A : Musicothérapie éducative | Contexte B : Intervention éducative (non musicothérapeu- tique) | Contexte C : Musicothérapie non éducative |
|---------------------|---|---|---|
|---------------------|---|---|---|

| | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>n</i> |
|---------------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|----------|
| Utilité | 6,67 | 0,58 | 3 | 6,80 | 0,45 | 5 | 5,00 | 1,00 | 3 |
| Stress | 5,67 | 0,58 | 3 | 4,00 | 2,45 | 5 | 3,33 | 1,15 | 3 |
| Force | 6,00 | 1,00 | 3 | 6,00 | 1,00 | 5 | 5,67 | 1,15 | 3 |
| Satisfaction de vie | 18,67 | 11,02 | 3 | 13,60 | 7,23 | 5 | 15,33 | 10,69 | 3 |
| Dépression | 24,00 | 18,52 | 3 | 30,70 | 13,21 | 5 | 16,33 | 2,31 | 3 |

ANALYSE

La présente étude avait pour but de déterminer comment la musicothérapie éducative centrée sur les proches aidants influence les patients psychiatriques et les proches aidants eux-mêmes. Pour ce faire, on a eu recours à des instruments psychométriques dans le cadre d'une recherche clinique randomisée et contrôlée ainsi que d'une période de suivi de trois mois. Bien que l'échantillon soit de petite taille et qu'il soit encore trop tôt pour tirer des conclusions générales à partir des résultats quantitatifs, les post-tests ont révélé que les patients et leurs proches aidants avaient tendance à vivre des expériences positives lors des séances de musicothérapie éducative. Le thérapeute de l'étude a évalué les effets d'une musicothérapie éducative de courte durée; or, les chercheurs en musicothérapie ont laissé entendre que cette forme de thérapie méritait que l'on s'y attarde, car la durée d'hospitalisation des patients est en voie de diminution (Cassity, 2007; Justice, 2007; Thomas, 2007). En fait, selon Thomas (2007; p. 125), les musicothérapeutes devraient repenser et retravailler leurs modèles conceptuels de traitement. L'étude représente une approche novatrice en matière de traitement musicothérapeutique auprès de patients psychiatriques et de leurs proches aidants, approche qui trouve appui dans des ouvrages traitant de thérapies psychosociales non liées à la musique.

Dans l'ensemble, les résultats des post-tests immédiats menés auprès des patients avaient tendance à être légèrement plus positifs dans le cas du contexte A. En ce qui concerne le stress, les participants du contexte A ont obtenu en moyenne les résultats les plus faibles, tandis que ceux du contexte C ont obtenu les résultats les plus élevés. En ce qui a trait à la force du lien familial, les participants des contextes A et B avaient tendance à avoir la même perception, tandis que ceux du contexte C avaient tendance à avoir une perception légèrement plus faible. En outre, pour ce qui est de la perception de l'utilité de la thérapie, les participants des contextes A et B ont obtenu en moyenne des résultats beaucoup plus élevés que ceux du contexte C. Les participants du contexte C n'accordaient peut-être pas autant de valeur à leur traitement parce qu'il s'agissait d'une musicothérapie non éducative. En ce qui a trait à la satisfaction à l'égard de la vie, les participants du contexte A ont obtenu les résultats les plus élevés, tandis que ceux du contexte B ont obtenu les résultats les plus faibles. Enfin, en ce qui concerne la dépression, les participants du contexte C ont obtenu les résultats les plus faibles, tandis que ceux du contexte B ont obtenu les résultats les plus élevés.

Une analyse thématique des notes d'évolution rédigées par le thérapeute a

permis de jeter un regard sur la musicothérapie éducative offerte aux patients hospitalisés pour des troubles psychiatriques aigus et à leurs proches aidants. Les sept thèmes cernés (la complexité du traitement, le dialogue axé sur les actions à entreprendre, la structure, l'enthousiasme par rapport au traitement, les techniques de résolution de problèmes, la souplesse, ainsi que le plaisir et l'appréciation) ont permis d'accroître l'ampleur et la profondeur des connaissances liées aux particularités de cette forme thérapeutique complexe. Les musicothérapeutes qui souhaitent prodiguer ce type de traitement devraient se familiariser avec ces thèmes afin d'intervenir de façon compétente auprès des patients atteints de troubles psychiatriques aigus et de leurs proches aidants. Les musicothérapeutes actifs dans le domaine de la psychiatrie qui souhaitent prodiguer un traitement psychopédagogique centré sur les proches aidants devraient aussi connaître l'intensité, la complexité, la dynamique et les aspects uniques de ce traitement qui ont été définis par les sept thèmes. Il serait tout à fait pertinent de mener des études quantitatives ultérieures sur ces thèmes afin de valider les données.

La présente étude avait pour but de déterminer comment la musicothérapie éducative centrée sur les proches aidants influence les patients psychiatriques. Pour ce faire, on a eu recours à des instruments psychométriques dans le cadre d'une recherche clinique randomisée et contrôlée ainsi que d'une période de suivi de trois mois. Bien que l'échantillon utilisé soit de petite taille et qu'il soit encore trop tôt pour tirer des conclusions générales à partir des résultats quantitatifs, les post-tests ont révélé que les patients et leurs proches aidants avaient tendance à vivre des expériences positives lors des séances de musicothérapie éducative. Les thèmes qui ressortent des notes d'évolution du thérapeute peuvent être utilisés pour aider les cliniciens à offrir des services efficaces. Il serait pertinent de mener des études ultérieures afin de déterminer des traitements psychosociaux efficaces pour les patients psychiatriques.

Remerciements

L'étude a été financée grâce à une bourse de recherche Arthur Flagler Fultz de l'American Music Therapy Association.

Adresse de correspondance

Michael J. Silverman
Music Therapy Department
University of Minnesota School of Music
100 Ferguson Hall
2106 Fourth Street South
Minneapolis, MN 55455
ÉTATS-UNIS

Courriel : silvermj@umn.edu

Bibliographie

- ATKINSON, P., et M. HAMMERSLEY (1998). « Ethnography and participant observation », dans DENZIN, N. K., et Y. S. LINCOLN (éd.), *Strategies of qualitative inquiry*, p. 110-136, Thousand Oaks, SAGE Publications.
- BECK, A. T., STEER, R. A., et M. G. GARBIN (1988). « Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation », *Clinical Psychology Review*, 8, p. 77-100.
- BECK, A. T., WARD, C. M., MENDELSON, M., MOCK, J. E., et J. K. ERBAUGH (1961). « An inventory for measuring depression », *Archives of General Psychiatry*, 4, p. 561-571.
- BRAUN, V., et V. CLARKE (2006). « Using thematic analysis in psychology », *Qualitative research in psychology*, 3, p. 77-101.
- BRUSCIA, K. E. (1998). « An introduction to music psychotherapy », dans K. E. BRUSCIA (éd.), *The dynamics of music psychotherapy*, p. 1-15, Gilsum, Barcelona Publishers.
- BRUSCIA, K. E. (2005). « Data analysis in qualitative research », dans B. L. WHEELER (éd.), *Music therapy research, 2nd ed.*, p. 179-186, Gilsum, Barcelona Publishers.
- CASSITY, M. D. (2007). « Psychiatric music therapy in 2016: A Delphi poll of the future », *Music Therapy Perspectives*, 25, p. 86-93.
- DIENER, E., EMMONS, R., LARSEN, J., et S. GRIFFIN (1985). « The satisfaction with life scale », *Journal of Personality Assessment*, 49, p. 71-75.
- DYCK, D. G., HENDRYX, M. S., SHORT, R. A., VOSS, M. D., et W. R. McFARLANE (2002). « Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment », *Psychiatric Services*, 53, p. 749-754.
- DYCK, D. G., SHORT, R. A., HENDRYX, M. S., NORELL, D., MYERS, M., PATTERSON, T., McDONELL, M. G., VOSS, W. D., et W. R. McFARLANE (2000). « Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups », *Psychiatric Services*, 51, p. 513-519.
- GROTH-MARNAT, G. (1990). *The handbook of psychological assessment*, 2^e éd., New York, John Wiley & Sons.
- JUSTICE, R. W. (2007). « Adults with mental disorders in community settings », dans CROWE, B. J., et C. COLWELL (éd.), *Music therapy for children, adolescents and adults with mental disorders*, p. 133-146, Silver Spring, American Music Therapy Association.
- MAXWELL, J. A. (2005). *Qualitative research design: An interactive approach*, Thousand Oaks, SAGE Publications.
- RICHTER, P., WERNER, J., HEERLIEN, A., KRAUS, A., et H. SAUER (1998). « On the validity of the Beck Depression Inventory: A review », *Psychopathology*, 31, p. 160-168.
- SHIN, D. C., et D. M. JOHNSON (1978). « Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life », *Social Indicators Research*, 5, p. 475-492.
- THOMAS, C. (2007). « Music therapy and acute care psychiatric treatment », dans CROWER, B. J., et C. COLWELL (éd.), *Music therapy for children, adolescents and adults with mental disorders*, p. 125-132, Silver Spring, American Music

Therapy Association.

WHEELER, B. L. (1983). « A psychotherapeutic classification of music therapy practices: A continuum of procedure », *Music Therapy Perspectives*, 1, p. 8-16.

Effets sur les patients psychiatriques d'un protocole de jeu de rôle favorisant l'assertivité dans le cadre d'une séance de musicothérapie /

Michael J. Silverman

RÉSUMÉ

La présente étude avait pour but de mettre en œuvre un protocole de jeu de rôle dans le cadre d'une séance de musicothérapie favorisant l'assertivité, puis d'en évaluer les effets sur les personnes atteintes de troubles psychiatriques aigus. Les participants ($N = 133$) ont été regroupés de façon aléatoire dans l'un des trois contextes suivants : 1) séance musicothérapeutique favorisant l'assertivité; 2) séance non musicothérapeutique favorisant l'assertivité; 3) séance musicothérapeutique ne favorisant pas l'assertivité. Les participants des deux contextes où l'assertivité était favorisée ont reproduit différents scénarios couramment observés dans les établissements psychiatriques et la collectivité. Aucune différence significative n'a été relevée entre les groupes lors du post-test en ce qui a trait à la qualité de vie, au locus de contrôle ou aux autres sous-échelles. Toutefois, les participants des deux contextes où l'assertivité était favorisée avaient tendance à obtenir des résultats légèrement plus élevés que ceux du troisième contexte (celui où l'assertivité n'était pas favorisée) en ce qui concerne le locus de contrôle interne et la qualité de vie. En outre, on a observé un plus fort taux de participation pour le contexte de la séance musicothérapeutique favorisant l'assertivité que pour les deux autres contextes. Par ailleurs, contrairement au contexte de la séance non musicothérapeutique favorisant l'assertivité, on a relevé dans les deux autres contextes une proportion élevée de participants affirmant qu'ils n'avaient jamais participé à une séance de thérapie de groupe aussi utile ou thérapeutique. Il serait pertinent de mener d'autres études afin de mesurer les effets des protocoles qui peuvent aider les patients psychiatriques à appliquer au quotidien les compétences apprises lors d'un traitement en établissement.

Effets de la musicothérapie sur l'état de préparation au changement et l'état de besoin chez les patients d'une unité de désintoxication / Michael J. Silverman

RÉSUMÉ

La présente étude avait pour objectif de déterminer comment une intervention musicothérapeutique ayant recours à un « rockumentaire » peut influencer l'état de préparation au changement et l'état de besoin chez les patients d'une unité de désintoxication. Pour ce faire, on a utilisé des instruments psychométriques auprès de trois groupes randomisés. Les participants ($N = 141$) ont été regroupés de façon aléatoire dans l'un des trois contextes suivants : 1) musicothérapie avec « rockumentaire »; 2) thérapie verbale; 3) musicothérapie récréative. Toutes les interventions étaient scénarisées et suivies à la lettre, et les participants ne devaient se soumettre qu'à un post-test. En ce qui concerne l'état de préparation au changement, on a relevé des différences significatives entre les groupes aux sous-échelles Contemplation et Action : en effet, les participants des contextes de musicothérapie avec « rockumentaire » et de musicothérapie récréative ont obtenu des résultats moyens plus élevés que ceux du contexte de thérapie verbale. Aucune différence n'a toutefois été observée entre les deux contextes musicothérapeutiques à l'égard des variables liées à l'état de préparation au changement. En ce qui a trait à l'état de besoin, même si les résultats n'étaient pas significatifs, les participants des deux contextes musicothérapeutiques présentaient généralement des résultats moyens plus faibles que ceux du contexte de thérapie verbale. En ce qui concerne la motivation à changer, la perception de l'utilité et la perception du plaisir, éléments évalués grâce à une échelle de type Likert, les participants des deux contextes musicothérapeutiques ont généralement obtenu des résultats moyens légèrement plus élevés que ceux du contexte de thérapie verbale. Les commentaires rédigés par les participants lors du post-test étaient positifs, quel que soit le contexte. Il serait pertinent de mener des études plus approfondies sur le sujet.

BIOGRAPHIES DES CONFÉRENCIERS

Carolyn Arnason, PhD, MTA, est titulaire de diplômes en interprétation au piano, en travail social et en musicothérapie. Elle enseigne l'improvisation clinique à l'Université Wilfrid Laurier, participe à des concerts d'improvisation, supervise des recherches axées sur les arts et tient un cabinet privé de psychothérapie par la musique.

Kerry L. Byers, PhD, MTA, MT-BC, est titulaire de deux baccalauréats (composition/théorie et musicothérapie), d'une maîtrise en éducation musicale, et d'un doctorat en musicologie systématique. Elle est musicothérapeute depuis 23 ans.

Kiki Chang, BMT, MTA, termine actuellement sa maîtrise en thérapies par les arts, option musicothérapie, à l'Université Concordia. Elle a travaillé avec des clients en soins de longue durée et des enfants atteints de THADA. Ses champs de recherche incluent l'épuisement professionnel et le multiculturalisme chez les thérapeutes.

Sandi Curtis, PhD, MT-BC, MTA, est vice-présidente de l'American Music Therapy Association et professeure et directrice-fondatrice des programmes d'études supérieures en musicothérapie à l'Université Concordia. Elle se spécialise dans l'aide aux victimes de violence et aux personnes ayant des capacités différentes ainsi qu'en soins palliatifs. Ses champs de recherche portent sur les dimensions féministe et communautaire de la musicothérapie. Elle est lauréate d'un *Social Justice Person Award* de l'Université de Windsor.

Danna Da Costa, BMT, (MT Interne), a présenté l'exposé *La musique comme moyen de communication, d'identification et d'unification dans une communauté mondiale : une étude de cas ethnographique de la communauté en ligne et hors ligne de l'AIÉSEC* lors de la conférence internationale LME.

Jessica Ford, BMT, MTA, travaille au site de l'Hôpital général de Montréal du Centre de santé de l'Université McGill dans le domaine de l'hématologie-oncologie et des soins palliatifs. Elle termine actuellement sa maîtrise en thérapies par les arts, option musicothérapie, à l'Université Concordia.

Hélène Gaudreau, GCMT, MTA, étudie actuellement au programme de maîtrise en thérapies par les arts, option musicothérapie, à l'Université Concordia. Elle travaille avec des personnes âgées et des clients atteints de déficience intellectuelle et/ou physique, et occupe le poste de secrétaire de l'Association québécoise de musicothérapie.

Sheila Killoran, BMT, MTA, se spécialise en soins palliatifs et en aide aux personnes en deuil. Elle est à compléter sa formation de la méthode Bonny en musique et imagerie guidée et est étudiante à la maîtrise en thérapies par les arts, option musicothérapie, à l'Université Concordia.

Kevin Kirkland, PhD, MTA, FAMI, est membre du corps professoral de l'Université Capilano. Il travaille aussi avec les personnes âgées atteintes de déficience cognitive à l'Hôpital de l'Université de la Colombie-Britannique, où il mène par ailleurs des recherches sur la musique, le cerveau et la maladie d'Alzheimer.

Christelle Laforme, GCMT, MTA, termine actuellement une maîtrise en thérapies par les arts, option musicothérapie, à l'Université Concordia. Elle travaille en gériatrie et s'intéresse à la pratique de la musicothérapie avec les proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Colin Lee, PhD, MTA, est directeur du Département de musicothérapie à l'Université Wilfrid Laurier. Après des études de piano à la Nordwestdeutsche Musikakademie, en Allemagne, il a obtenu un diplôme d'études supérieures en musicothérapie du centre Nordoff-Robbins de Londres en 1984, puis un doctorat de la City University en 1992. Il a publié de nombreux articles dans des revues et des ouvrages corédigés.

Katrina McFerran, PhD, RMT, est musicothérapeute agréée par l'Australian Music Therapy Association et chargée de cours principale à l'Université de Melbourne. Elle se spécialise en musicothérapie auprès des jeunes en milieu scolaire et communautaire.

Heather Purdie-Owens, MMus, DipMT, LGSM, MTA, a étudié au centre de musicothérapie Nordoff-Robbins de Londres en 1989. Elle a également travaillé en Écosse et au Québec, et se spécialise en réadaptation neurologique et en démence. Son intérêt pour la recherche continue de stimuler sa pratique clinique à Montréal.

Amanda Schenstead, MMT, MTA, travaille actuellement comme musicothérapeute en soins palliatifs à Regina, en Saskatchewan. Elle a également occupé des postes de musicothérapeute au Centre de réadaptation Wascana dans le cadre des programmes de soins prolongés et de soins aux vétérans.

Michael J. Silverman, PhD, MT-BC, est directeur du Département de musicothérapie à l'Université du Minnesota. Il siège au comité de rédaction de *Music Therapy Perspectives* et est activement engagé dans la recherche auprès de la clientèle psychiatrique en hôpital universitaire.

Susan Summers, MMT, MTA est membre du corps professoral de l'Université Capilano et doctorante au programme Leadership and Change de l'Université

d'Antioch. Elle est clinicienne pour la recherche en musicothérapie à l'Université de la Colombie-Britannique.

Guylaine Vaillancourt, PhD, MTA, FAMI, est professeure adjointe de musicothérapie au programme de thérapies par les arts de l'Université Concordia. Elle possède une vaste expérience en oncologie, en soins palliatifs, en santé mentale et en cabinet privé. Présidente sortante de l'Association de musicothérapie du Canada, elle a publié le livre *Musique, musicothérapie et développement de l'enfant*.

Laurel Young, PhD, MTA, FAMI, est professeure adjointe de musicothérapie au programme de thérapies par les arts de l'Université Concordia. Elle possède plus de 17 ans d'expérience clinique et est actuellement vice-présidente de l'Association de musicothérapie du Canada.

***FAMI: Fellow of the Association for Music and Imagery**