



HAL
open science

Introduction de l'écoute musicale dans la prise en charge orthophonique de la personne ayant présenté un AVC

Pauline Louvet, Maélie Freminet

► To cite this version:

Pauline Louvet, Maélie Freminet. Introduction de l'écoute musicale dans la prise en charge orthophonique de la personne ayant présenté un AVC. Médecine humaine et pathologie. 2015. hal-02111469

HAL Id: hal-02111469

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02111469>

Submitted on 26 Apr 2019

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

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



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE
DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE

MÉMOIRE présenté par :

Maélie FREMINET et Pauline LOUVET

soutenu le : 30 juin 2015

en vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
de l'Université de Lorraine

Introduction de l'écoute musicale dans la prise en charge orthophonique de la personne ayant présenté un AVC

MÉMOIRE dirigé par : Madame Frédérique BRIN-HENRY, Orthophoniste, Docteure en sciences du langage, Centre Hospitalier de Bar-le-Duc (55), laboratoire ATILF-CNRS/Université de Lorraine

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur Le Professeur Xavier DUCROCQ, Neurologue, Hôpital Central de Nancy (54)

ASSESEUR : Madame Soumaya JAWAHER, Orthophoniste et psychothérapeute à Thionville (57), université de Lorraine

Année universitaire : 2014-2015

REMERCIEMENTS

A **Madame Brin-Henry** qui a accepté de diriger ce mémoire, qui nous a guidées et accompagnées tout au long du projet. Merci pour votre disponibilité, vos remarques constructives et le temps que vous nous avez concédé. Cette expérience constituera une pierre précieuse à l'édification de notre pratique professionnelle.

A **Madame Jawaher** pour avoir accepté de faire partie de notre jury et pour votre implication.

A **Monsieur Le Professeur Ducrocq** pour nous avoir fait l'honneur de présider notre jury et pour l'intérêt que vous portez à notre sujet.

A **Monsieur Delatte**, chef du service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR), pour nous avoir permis de réaliser ce projet au sein de ses services.

A **Monsieur Mathieu Stéphane**, cadre du service de MPR et à **Madame Hacquin Sylvie**, cadre du service infirmier, pour nous avoir soutenues dans la mise en place et le bon déroulement de ce projet.

A tout le **personnel du service MPR** pour leur participation au projet et pour leur accueil et en particulier à Annelise pour son soutien et son aide précieuse dans notre projet.

A **Monsieur Dodet**, musicothérapeute, pour ses conseils à distance et son implication.

Aux **patients** qui ont participé à notre étude pour leur implication et leur sincérité. Les moments passés ensemble lors des ateliers auront été une expérience professionnelle unique et humainement enrichissante. Nous sommes heureuses d'avoir croisé leur chemin.

A nos **camarades et futurs collègues** pour ces quatre années passées ensemble dans la joie, la bonne humeur et la gourmandise et une pensée toute particulière à notre amie **Camille**.

A tous **nos amis** respectifs meusiens, vosgiens et meurthe-et-mosellans pour tous ces moments de joie et de complicité partagés. Merci d'être là.

Nous remercions **nos familles** d'avoir toujours cru en nous et en particulier **nos parents**, de nous avoir soutenues (et supportées) et d'avoir accepté nos nombreux silences durant ces quatre années d'études « parce qu'on fait le mémoire ! » ou « parce que c'est les partiels ! ».

* * * * *

Merci à **Matthieu** pour ta patience et ton soutien. Merci d'avoir cru en moi de l'inscription au concours d'entrée à aujourd'hui.

Au **running** et à la **musique** pour les nombreuses échappées cérébrales.

A **Pauline**, mon amie et ma « copilote de choc » pour avoir mené cet avion à bonne destination malgré les turbulences. Ce voyage eût été bien différent sans toi. Merci pour ton soutien, ta constance et surtout pour nos nombreux instants de joie et de fous rire passés et à venir !

* * * * *

Merci à **ma sœur**, mon rayon de soleil, pour sa joie de vivre communicative, sa confiance, sa présence irremplaçable et tellement plus.

Merci à **Adrien** d'avoir cru en moi depuis mon entrée si désirée en école d'orthophonie et de m'avoir donné la force d'avancer.

Merci à **Maélia**, mon amie et mon binôme tout au long de cette aventure. Merci pour ta confiance, ton soutien si précieux et ta bonne humeur. Merci pour les merveilleux souvenirs que me laisseront ces quatre années d'études (et surtout la dernière !) à tes côtés. L'aventure ne fait que commencer... !

*« La musique est peut-être l'exemple unique de ce qu'aurait pu être
– s'il n'y avait pas eu l'invention du langage, la formation des mots, l'analyse des idées –
la communication des âmes. »*

Proust, A la recherche du temps perdu, 1913

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION.....	10

ANCRAGE THEORIQUE, PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS 14

CHAPITRE 1. Généralités sur l'écoute musicale 15

1.1	Ecoute musicale : définition et lien avec le langage.....	15
1.1.1	<i>La notion d'écoute musicale</i>	15
1.1.2	<i>Ecoute musicale et langage.....</i>	15
1.1.3	<i>Amusie et aphasie.....</i>	16
1.2	Effets physiologiques et cliniques de l'écoute musicale.....	17
1.2.1	<i>Ecoute musicale et fonctions thymiques.....</i>	17
1.2.2	<i>Ecoute musicale et fonctions cognitives.....</i>	18
1.2.3	<i>Musique et communication</i>	19
1.2.4	<i>Musique, humeur et émotions.....</i>	19
1.2.5	<i>Rôle des variables, de la préférence et de la familiarité musicale</i>	20
1.3	Utilisation thérapeutique de l'écoute musicale	22
1.3.1	<i>Ecoute musicale et processus de neuro-réhabilitation</i>	22
1.3.2	<i>Musicothérapie réceptive.....</i>	22

CHAPITRE 2. La personne prise en charge en orthophonie à la suite d'un AVC 25

2.1	Troubles de la communication	25
2.1.1	<i>Préambule</i>	25
2.1.2	<i>Troubles de la communication verbale.....</i>	25
2.1.3	<i>Troubles de la communication non verbale.....</i>	27
2.1.4	<i>Appétence à la communication.....</i>	28
2.2	Altération de la qualité de vie	28

CHAPITRE 3. La prise en charge orthophonique de la personne porteuse de troubles de la communication à la suite d'un AVC..... 31

3.1	Phases dans la prise en charge et rôle de la plasticité cérébrale	31
3.2	Facteurs affectant la restauration	32
3.3	La prise en charge collective	33

3.4	Modalités de prise en charge d'un groupe	34
3.5	Place actuelle de la musique dans le prise en charge orthophonique post-AVC	34
CHAPITRE 4. Ecoute musicale et AVC : études existantes		37
4.1	Ecoute de musique et amélioration de la récupération cognitive et de l'humeur après un AVC de l'artère cérébrale moyenne. Särkämö. 2008	37
4.2	Effet de la musicothérapie sur l'humeur et l'anxiété des patients victime d'AVC. Dong Soo Kim 2011	38
4.3	Rôle de l'écoute musicale dans la réhabilitation après AVC. Forsblom 2009	38
4.4	Point de vue des patients victime d'un AVC quant aux effets de l'écoute de musique et de livre audio. Forsblom 2010	39
CHAPITRE 5. Synthèse		41
5.1	De l'intérêt de l'écoute musicale chez la personne ayant présenté un AVC... ..	41
5.2	... A son introduction dans la rééducation orthophonique en modalité collective ..	42
CHAPITRE 6. Problématique, objectifs et hypothèses		43
6.1	Problématique.....	43
6.2	Objectifs.....	43
6.3	Hypothèses.....	43
ATELIERS D'ECOUTE MUSICALE		45
CHAPITRE 1. Du projet d'ateliers... ..		46
1.1	Choix de la population	46
1.2	Déroulement de l'étude.....	47
1.3	La rencontre initiale et phase évaluation 1.....	49
1.3.1	<i>Présentation du projet au patient</i>	<i>49</i>
1.3.2	<i>Passation du TLC (Delacourt 2000) et du SIP-65 (Benaïm 2003).....</i>	<i>49</i>
1.3.3	<i>Questionnaire « profil musical » (annexe 5).....</i>	<i>49</i>
1.4	Second entretien facultatif	50
1.5	Mise en place des séances d'écoute musicale en groupe	50
1.5.1	<i>Analyse des données et création des séances</i>	<i>50</i>
1.5.2	<i>Enjeux des ateliers « écoute musicale en modalité collective »</i>	<i>50</i>
1.5.3	<i>Modalités pratiques préconisées.....</i>	<i>51</i>

1.5.4	<i>Structuration type d'une séance d'écoute musicale collective</i>	52
1.6	Phase évaluation 2	55
1.6.1	<i>Passation du TLC (annexe 3) et du SIP-65 (annexe 4)</i>	55
1.6.2	<i>Le questionnaire aux professionnels de santé (annexe 7)</i>	55
1.6.3	<i>Le questionnaire aux patients (annexe 8)</i>	56
1.6.4	<i>Les synthèses (annexe 10)</i>	56
CHAPITRE 2.	... A sa mise en place concrète	58
2.1	Lieu d'intervention.....	58
2.2	Présentation du groupe et des patients	58
2.2.1	<i>M.D</i>	58
2.2.2	<i>M.H</i>	59
2.2.3	<i>M.V</i>	60
2.2.4	<i>Mlle.S</i>	61
2.2.5	<i>M.M</i>	63
2.3	Déroulement de la rencontre initiale et de la phase évaluation 1.....	64
2.4	Déroulement des ateliers « écoute musicale en groupe »	64
2.4.1	<i>Analyse des données et création des séances</i>	64
2.4.2	<i>Modalités pratiques préconisées VS appliquées</i>	65
2.4.3	<i>Déroulement général des ateliers</i>	67
2.5	Déroulement de la phase évaluation 2.....	69
CHAPITRE 3.	Précautions méthodologiques	70

RESULTATS 71

CHAPITRE 1.	Mise en place et organisation des ateliers d'écoute musicale	72
1.1	Respect des modalités du protocole expérimental	72
1.2	Organisation des ateliers : avis des patients.....	73
1.3	Avis des thérapeutes	73
CHAPITRE 2.	Etudes de cas	76
2.1	M.D.....	77
2.2	M.H	80
2.3	M.V	84
2.4	Mlle.S.....	88

2.5	M.M.....	93
-----	----------	----

DISCUSSION..... 94

CHAPITRE 1.	Tentative de validation des hypothèses.....	95
--------------------	--	-----------

CHAPITRE 2.	Réponse à la problématique.....	97
--------------------	--	-----------

CHAPITRE 3.	Intérêts, limites et perspectives	98
--------------------	--	-----------

3.1	Critiques de la mise en place du projet.....	98
-----	--	----

3.2	Critiques de l'organisation des ateliers	98
-----	--	----

3.3	Critiques de la méthode d'évaluation des intérêts des patients.....	99
-----	---	----

3.4	Critiques des résultats quant aux intérêts des ateliers pour le patient.....	100
-----	--	-----

3.5	Considérations générales	101
-----	--------------------------------	-----

CONCLUSION..... 102

Bibliographie	106
----------------------------	------------

Abstract	113
-----------------------	------------

Résumé.....	114
--------------------	------------

INTRODUCTION

La musique et le langage, considérés comme l'apanage des êtres humains, sont deux systèmes de communication partageant des composants abstraits et sophistiqués : le rapport signifié signifiant des mots ou des notes de musique, les grammaires linguistique ou musicale. Les deux systèmes impliquent néanmoins des réseaux cérébraux distincts et spécifiques à chacun. De ce fait, la musique peut s'avérer utile en cas de lésions des zones cérébrales dédiées au langage.

Le lien qui unit musique et langage est d'ailleurs déjà exploité dans la rééducation orthophonique via la Thérapie Melodique et Rythmique (TMR). Cette utilisation thérapeutique primée et reconnue s'adresse à des patients aphasiques non fluents et repose sur une utilisation active de la musique. A l'heure actuelle, il s'agit de la seule technique de rééducation orthophonique à employer la musique dans la prise en charge des personnes ayant fait un Accident Vasculaire Cérébral (AVC).

Cependant la recherche scientifique s'intéresse ces dernières années aux impacts positifs générés par la musique dans son versant passif, c'est-à-dire l'écoute musicale. Il est aujourd'hui avéré que l'écoute musicale chez les personnes ayant présenté un AVC d'origine ischémique influe effectivement d'une part sur les processus de neuro-réhabilitation (Fukui et Toyoshima, 2008), d'autre part sur les fonctions cognitives (Sarkämo, 2008), sur l'humeur négative, l'anxiété et la dépression (Sarkämo, 2008) ainsi que sur l'appétence à la communication et l'état émotionnel (Forsblom, 2009).

La prise en charge orthophonique post-AVC a pour but l'amélioration des capacités langagières et des attitudes communicationnelles. Comme pour les autres rééducations des suites d'un AVC, elle s'appuie sur les processus de plasticité cérébrale et elle est fréquemment entravée par des troubles thymiques, troubles se répercutant sur le fonctionnement général du patient. En outre, l'altération de la qualité de vie est d'autant plus prégnante chez les personnes présentant des troubles phasiques et/ou de la communication (Hilari, 2010) ce qui impacte d'autant plus l'état psychologique du patient, sa motivation et a fortiori sa récupération.

Ces constats convergent vers l'intérêt d'employer l'écoute musicale dans la rééducation orthophonique de la personne présentant des troubles du langage et/ou de la communication à la suite d'un AVC. La question de la faisabilité émerge alors : comment peut-on introduire l'écoute musicale dans la rééducation orthophonique de ces patients ?

En référence à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) des orthophonistes, la prise en charge orthophonique est possible sous deux modalités : en séance individuelle ou en séance collective. Dans la rééducation post-AVC la modalité individuelle a pour principal objectif la restauration des fonctions déficitaires via des exercices analytiques, de l'entraînement ; c'est le mode de rééducation le plus couramment employé. La modalité collective se retrouve quant à elle à travers des rééducations de groupe pour lesquelles l'objectif est non pas de restaurer le langage mais de redonner une communication fonctionnelle à travers des situations écologiques. Les dernières classifications de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous poussent d'ailleurs à reconsidérer la personne aphasique dans sa globalité plutôt qu'à travers son déficit et à recourir à ces rééducations de groupe.

Comme affirmait J.P Badin « L'absence d'activités de groupe, de dialogues et de sollicitations intellectuelles crée la passivité, le vide relationnel et le silence. Ainsi, proposer des temps d'activité de groupe permet de solliciter l'envie de communiquer et peut avoir un rôle social pour la personne qui a désinvesti la relation à autrui ».

De ce fait, il semble évident et pertinent d'introduire l'écoute musicale dans la rééducation orthophonique post-AVC en l'associant à la modalité collective. Cette association permettra d'une part de profiter des bienfaits de l'écoute musicale à l'échelle de l'individu : stimulation cognitive, soutien émotionnel, appétence à la communication, amélioration de l'humeur ; d'autre part de profiter des bénéfices apportés par le groupe en termes de dynamique, de possibilité de partage et d'aspect écologique. En outre, cette association s'inscrit en complémentarité de la rééducation individuelle avec pour objectif le renforcement de la rééducation orthophonique sur le plan communicationnel ainsi que l'amélioration de la qualité de vie du patient.

Ainsi nous proposons une étude de faisabilité concernant :

L'introduction de l'écoute musicale en modalité collective dans la rééducation orthophonique de la personne présentant des troubles communicationnels suite à un AVC ischémique.

Un ancrage théorique sera d'abord exposé duquel découleront la problématique et les objectifs de travail. Pour y répondre, un protocole sera ensuite créé et appliqué avec la mise en place d'ateliers « écoute musicale en groupe » pour quatre patients. Afin d'évaluer la pertinence de ces ateliers, des indicateurs de mesure seront utilisés. Les résultats seront mentionnés dans une tierce partie puis discutés.

ANCRAGE THEORIQUE, PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS

CHAPITRE 1. Généralités sur l'écoute musicale

1.1 Ecoute musicale : définition et lien avec le langage

1.1.1 La notion d'écoute musicale

L'écoute au sens large désigne une « attitude perceptive impliquant une focalisation de l'attention sur un stimulus acoustique » (Honegger cité par Lecourt 2014).

On distingue couramment deux types d'écoute :

- l'écoute active qui porte sur l'analyse et le repérage de l'organisation des sons dans la musique. L'écoute active est plus couramment utilisée dans des ateliers d'éducation musicale auprès de jeunes enfants.
- l'écoute passive qui désigne l'attitude d'écoute que nous adoptons en voiture, à la maison, à un concert... Nous entendons la musique, nous y prenons parfois du plaisir, chantons avec elle mais nous n'analysons pas ce que nous entendons.

Dans ce mémoire de recherche, il sera question de l'écoute musicale passive.

1.1.2 Ecoute musicale et langage

La musique et le langage constituent deux stimuli auditifs les plus complexes et les plus polyvalents en termes de richesse acoustique et de l'ampleur des réseaux neuronaux impliqués dans leur perception et l'apprentissage. La question épineuse du lien entre musique et langage suscite la curiosité scientifique, sans pour autant être totalement résolue.

A l'heure actuelle voici les constatations sur lesquelles nous pouvons nous appuyer :

La musique et le langage partagent des composantes telles que les séquences rythmiques (mélodies ou phrases), le rapport signifiant/signifié des mots ou des notes de musique, des règles de combinaisons d'éléments, les caractéristiques acoustiques, l'organisation dans le temps... Musique et langage sont donc deux moyens de communication universels avec un lien en apparence contigu.

Toutefois les réseaux cérébraux activés lors du traitement d'une information linguistique et d'une information musicale sont majoritairement indépendants. D'une manière générale les capacités musicales sont assignées à l'hémisphère droit alors que les

capacités langagières sont dévolues à l'hémisphère gauche. Si les activités d'écoute musicale et de traitement du langage mettent en jeu des réseaux cérébraux spécifiques, cela n'exclut pas l'existence des zones de convergence.

L'écoute passive de musique engage effectivement des activations bilatérales avec un recouvrement de certaines aires de l'hémisphère gauche dédiées au langage (aire de Broca). La superposition des aires du langage et de la musique correspondrait donc notamment au traitement syntaxique de ces deux fonctions cognitives : il existerait un chevauchement important des ressources neuronales impliquées dans le traitement de la syntaxe linguistique et musicale (Koelsch, 2005). En outre, une tâche de mémoire épisodique musicale, c'est-à-dire se rappeler dans quel contexte précis le souvenir de la musique a été acquis, génère un même profil d'activité cérébrale que pour une tâche de mémoire épisodique d'images ou de mots (Bigand, 2012). Une tâche sémantique musicale, c'est-à-dire le sentiment de familiarité et l'identification du morceau, produit quant à elle des activations bilatérales de diverses régions cérébrales et notamment dans la partie antérieure du lobe temporal de l'hémisphère gauche, aire cérébrale cruciale pour l'accès à la mémoire sémantique et aux concepts linguistiques (Stewart 2006 cité par Bigand 2012). Enfin, l'écoute musicale active aussi des régions impliquées dans l'attention, les fonctions exécutives, compétences concourant au traitement des informations linguistiques.

1.1.3 Amusie et aphasie

En raison des réseaux de traitement majoritairement différents pour le langage et la musique, l'un de ces domaines peut être altéré tandis que l'autre reste préservé. Dans le cas de dommages cérébraux une altération des zones dédiées au langage génère une aphasie, une altération des zones dédiées à la musique génère une amusie. Ces deux déficits des fonctions musicales et linguistiques peuvent en fonction des zones lésées se présenter séparément ou coexister.

Par définition l'amusie ou agnosie musicale désigne un « déficit de la reconnaissance de la musique, qui peut affecter les notes, les rythmes ou la mélodie. Le sujet peut, soit ne pas identifier la mélodie, soit même ne pas reconnaître la musique en tant que telle. » (Brin-Henry, 2011). L'amusie est donc un trouble neurologique indépendant de toute lésion de l'appareil auditif.

Comme pour les aphasies, l'amusie ne désigne pas une sémiologie unique. La

littérature distingue actuellement les amusies de la façon suivante (Brionne, 2010) :

- Les amusies de productions ou expressives : elles peuvent affecter les capacités vocales (avocalie), la transcription rythmique, la pratique instrumentale ainsi que l'écriture musicale chez les musiciens.
- Les amusies de perceptions ou réceptives qui se déclinent en trois niveaux d'altération de la perception musicale (Bernard Lechevalier cité par Brionne 2010) :
 - o Perte de la capacité à reconnaître la nature d'un son : le malade ne peut distinguer s'il s'agit d'un bruit, de musique ou même de parole.
 - o Perte de la faculté à analyser et à comparer les diverses qualités d'un son musical.
 - o Perte de l'identification de l'œuvre entendue : le malade ne peut identifier l'œuvre c'est-à-dire la reconnaître en tant que musique connue et la nommer verbalement.

En raison d'une amusie, le processus d'écoute musical est perturbé ainsi que les impacts qu'il génère. L'utilisation de la musique en neuro-réhabilitation peut donc servir de support à l'amélioration de fonctions langagières, à condition que les fonctions musicales ne soient pas également altérées.

1.2 Effets physiologiques et cliniques de l'écoute musicale

1.2.1 Ecoute musicale et fonctions thymiques

Ecouter de la musique influe sur la thymie c'est-à-dire les phénomènes anxieux ou compulsifs, le stress, les phénomènes dépressifs et l'humeur en général. Physiologiquement, l'écoute de musique agit sur le système neuro-végétatif ou autonome et donc sur la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et sur la tension artérielle.

Une musique avec un rythme lent provoquerait effectivement une respiration plus profonde, une diminution du rythme cardiaque et donc une baisse de la pression artérielle et une détente musculaire. Ces réponses physiologiques vont de pair avec l'instauration d'un état de calme et donc d'une baisse du niveau de stress (Sleight cité par ABC Sciences, 2005). Au contraire, une musique avec un rythme rapide engendrerait un effet dynamogénique, c'est-à-dire un effet stimulant des fonctions organiques.

L'explication de ces conséquences sur la thymie d'un individu repose sur le

fonctionnement biochimique de notre cerveau. Ainsi lorsque nous écoutons de la musique perçue comme agréable notre cerveau active et produit de la dopamine, un neurotransmetteur responsable de l'excitation et du plaisir, augmente la sécrétion de mélatonine C, hormone impliquée dans la régulation de l'humeur et diminue le taux de cortisol, hormone responsable du stress (Salimpoor, 2010).

L'écoute de musique est à ce titre déjà employée pour ses effets sur les fonctions thymiques dans plusieurs services hospitaliers : pédiatrie, maternité, soins palliatifs, gériatrie (Carré, 2009) et de récentes études confirment encore ses bienfaits sur l'humeur : réduction de l'anxiété, de la dépression et de la douleur chez des patients avec maladie somatique (Siedliecki et Good, 2006), amélioration de l'humeur et diminution de l'anxiété et de la dépression chez les patients institutionnalisés ayant une lésion cérébrale traumatique (Guétin, 2009), par exemple.

1.2.2 Ecoute musicale et fonctions cognitives

La musique déclenche une suite de composants cognitifs (Peretz et Zatorre, 2005) qui peuvent améliorer la performance de certaines capacités cognitives en particulier en cas de lésions cérébrales. Ces bénéfices sont d'autant plus significatifs que la musique écoutée est appréciée de l'individu (Schellenberg et Hallam, 2005).

Concernant les fonctions cognitives non linguistiques il a été prouvé que l'écoute de la musique pendant la première phase de récupération post-AVC pouvait améliorer la récupération cognitive notamment mémoire verbale et attention sélective (Sarkämo, 2008). Bien plus encore, la simple exposition à la musique aiderait la mémoire verbale (Wallace, 1994 citée par Sarkämo, 2008). Ces impacts cognitifs ont également été démontrés chez des patients cérébrolésés suite à un programme d'entraînement de l'attention musicale de dix semaines (Knox et al 2003 cités par Thaut, 2009) et en milieu scolaire chez des sujets sains : amélioration de la mémoire, de l'attention, de la concentration (Rivière-Raverlat, 1997). Aussi l'écoute musicale favoriserait la concentration d'un individu en modulant ses facteurs attentionnels et en diminuant l'effet des stimuli distrayants (Koelsch, 2009). D'autres études démontrent que l'écoute musicale pourrait également améliorer la récupération mnésique et attentionnelle chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (Simmons-Stern, 2010) en raison du bénéfice de la musique sur le rappel d'événements autobiographiques. Elle stimulerait de plus le développement des habiletés spatiales en

améliorant l'orientation et l'organisation dans l'espace (Hetland, 2000).

Concernant les fonctions cognitives linguistiques, il existerait un effet de transfert positif entre écoute de musique et perception de la prosodie de la parole (Hetland, 2010). En 2005, Thompson *et al* ont aussi démontré l'effet de l'écoute musicale sur les performances en fluence catégorielle chez les patients Alzheimer et chez des sujets âgés sains : après l'écoute d'un extrait des Quatre Saisons de Vivaldi (Hiver), les performances en fluence catégorielle se sont révélées meilleures qu'en condition silencieuse.

1.2.3 Musique et communication

La musique est présente dans toutes sortes de rassemblements : cérémonies, rituels religieux, événements populaires venant renforcer les liens interpersonnels et la notion d'appartenance à un groupe. En ce sens la musique contribuerait à promouvoir la cohésion groupale (Wallin, 2000). Comme l'affirmait déjà Blacking en 1987, le pouvoir de la musique tiendrait en la capacité à faire interagir les individus ensemble et donc d'augmenter la coopération sociale.

C'est pour cette raison que des théories la définissent comme une forme de communication entre êtres humains, communication des sentiments et des états d'âme. A ce sujet, l'écoute musicale est d'ailleurs employée dans le cadre des prises en charge des Troubles Envahissants du Développement en tant que vecteur de communication au sein d'un groupe. La médiation par la musique permet en effet l'expression et la régulation des émotions et favorise les interactions sociales (AMTA, 2008). D'autres études se sont également intéressées à l'impact de l'écoute musicale via des séances individuelles sur la communication et les habiletés interactionnelles chez des patients en état pauci-relationnel (Magee, 2005 cités par Ruiz, 2013).

1.2.4 Musique, humeur et émotions

L'émotion fait partie intégrante de l'expérience musicale, c'est pourquoi on parle dans la littérature du « pouvoir émotionnel de la musique ». La musique est effectivement un puissant outil de modulation des émotions et de l'humeur (Bharucha, 2006 cité par Peretz) puisqu'elle peut activer des structures cérébrales du système participant aux émotions telles que l'amygdale et le cortex orbitofrontal. Bien plus encore, elle induirait une augmentation du volume de matière grise dans des régions limbiques (subgenuel cortex cingulaire antérieur et

striatum ventral droit), liées au traitement des expériences émotionnelles et au plaisir (Sarkamo, 2014), et dont le dysfonctionnement serait associé à l'anhédonie, symptôme dépressif (Der Avakian, 2012).

A propos du pouvoir émotionnel de la musique, les chercheurs emploient le terme de « frisson musical ». Celui-ci désigne les effets physiologiques (accélération rythme cardiaque, respiration profonde et rapide, tension musculaire) remarquables chez un individu lors de l'écoute d'une musique qui l'émeut particulièrement (Krumhansl, 1997). Lors d'un frisson musical, les régions impliquées dans la réponse à des stimuli gratifiants ou importants sur le plan émotionnel sont fortement activées (Blood, 2001), tandis que les régions impliquées dans les sentiments de peur et d'émotions négatives ont une activité moindre.

D'un point de vue thérapeutique, l'écoute musicale s'avère intéressante dans les prises en charge neurologiques ; les études quant aux impacts sur les fonctions thymiques font d'ailleurs florès. D'une manière générale, les habiletés musicales étant particulièrement résistantes au déclin cognitif et au vieillissement, l'écoute musicale est un outil thérapeutique intéressant chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Des études cliniques randomisées concluent que des séances musicales collectives influent sur l'anxiété et la dépression de ces patients (2009, Guétin) et présenteraient des bénéfices spécifiques et significatifs quant à l'amélioration de l'humeur et du comportement (Clément S cité par Bigand, 2012). Une étude de cas unique menée par Cuddy (citée par Bigand, 2012) ajoute que l'écoute de musique améliorerait de surcroît la qualité de vie et compenserait en partie les déficits de ces patients. D'autres chercheurs constatent aussi les bienfaits de l'écoute musicale individuelle sur l'humeur et l'anxiété dans d'autres atteintes neurologiques, la cérébro-lésion par exemple (Guétin, 2008).

1.2.5 Rôle des variables, de la préférence et de la familiarité musicale

Le « frisson musical » étant impliqué dans la délivrance de dopamine (hormone du plaisir), les effets psycho-émotionnels sont prépondérants dans une activité d'écoute puisqu' intriqués dans les effets thérapeutiques de la musique sur l'humeur (Zatorre, 2013 cité par Bigand, 2013) et les compétences cognitives (voir Latendresse, Larivée, & Miranda, 2006, pour une revue portant sur 26 études).

Ce pouvoir émotionnel est fonction de différents facteurs dont les variables musicales : le tempo et le rythme, l'intensité du niveau sonore, la fréquence, la structure

musicale. Nous retiendrons qu'un tempo rapide exprime plutôt la joie ou l'angoisse ; un tempo lent plutôt le calme ou la tristesse et que la régularité du tempo produit un effet sécurisant tandis que son irrégularité engendre souvent un sentiment d'angoisse. Aussi, un faible niveau d'intensité génère un effet sécurisant ; à l'inverse un niveau d'intensité élevé est souvent générateur de stress. Enfin une structure musicale fondée sur la répétition de motifs sonores serait plus sécurisante et apaisante pour son auditeur qu'une structure musicale déroutante.

L'appréciation émotionnelle d'une musique est aussi fonction de facteurs subjectifs tels que les goûts ou la préférence musicale. Ceci explique pourquoi tous les auditeurs n'éprouvent pas le même frisson lors de l'écoute d'un même extrait. La question de la préférence musicale sur le traitement cérébral a fait l'objet d'une étude scientifique dirigée par Wilkins en 2014. Cette dernière stipule que le critère préférence musicale dicte la connectivité cérébrale quel que soit le type de musique. Ainsi l'écoute d'une musique appréciée (« *like* ») active dans le cerveau des réseaux cérébraux permettant d'encoder de nouveaux souvenirs et d'accéder à l'introspection. L'écoute d'une musique aversive (« *dislike* ») permet également l'encodage de nouveaux souvenirs mais les réseaux d'activation lors d'une tâche d'introspection ont un faible rendement. L'écoute d'une musique préférée (« *favorite* ») a quant à elle le potentiel de recruter (et non d'encoder) des souvenirs et de soutenir des phénomènes liés à l'introspection et aux pensées auto-référentielles. Au vu de ces conséquences neurobiologiques, les auteurs suggèrent que l'utilisation de musique préférée peut avoir un effet plus important sur un cerveau lésé que celle de musique détestée.

En outre, l'appréciation émotionnelle d'une musique est aussi modulée par le degré de familiarité musicale. En tant qu'auditeurs, nous avons tendance à aimer ce que nous connaissons déjà et préférons donc la musique familière à la musique nouvelle, sans forcément en être conscients (Perez, 1998 cité par Peretz). Il a été prouvé que la familiarité avec une musique influençait l'excitation émotionnelle et donc le plaisir musical (Van den Bosch, 2013). Bien que l'écoute d'une musique inconnue puisse susciter des expériences agréables, le degré de plaisir et les émotions ressenties sont donc moindres comparés à l'écoute de musique connue. En somme, il serait donc préférable d'utiliser des musiques connues des patients afin de maximiser les effets thérapeutiques de la musique.

1.3 Utilisation thérapeutique de l'écoute musicale

1.3.1 Ecoute musicale et processus de neuro-réhabilitation

L'activité du cerveau, le métabolisme et la circulation sanguine sont étroitement liés. En conséquence, toute modification de l'activité corticale cognitive reflète la vitesse d'écoulement du sang. Ceci est particulièrement important chez les patients qui se remettent d'un AVC. Les études montrent que la stimulation par la musique augmente le flux sanguin chez les patients atteints d'un AVC ischémique aigu et améliore ainsi le rétablissement post-AVC (Antic, 2012). Aucune étude n'a été investie chez des patients ayant présenté un AVC hémorragique.

En parallèle, l'écoute musicale favorise la neurogénèse, c'est-à-dire la régénération et la réparation des neurones et circuits neuronaux via l'ajustement des sécrétions hormonales (comme le cortisol, la testostérone et les œstrogènes) reconnues comme jouant un rôle dans les processus de plasticité cérébrale (Toyoshima, 2008).

Plus spécifiquement, écouter de la musique suite à une lésion de l'hémisphère gauche augmenterait le volume de matière grise dans des zones cérébrales (gyrus supérieur frontal droit, gauche et médial) corrélées à l'amélioration de la mémoire verbale et des compétences linguistiques (Sarkämo, 2014). Les réorganisations sont moins significatives pour les patients dont l'hémisphère droit est lésé et les chercheurs font l'hypothèse que ces patients présentaient certainement des amusies entravant le réseau du traitement musical. Il n'en reste pas moins qu'une augmentation du volume de matière grise a été observée dans des zones liées au traitement affectif de la musique et à l'amélioration des compétences linguistiques (Sarkämo, 2014).

1.3.2 Musicothérapie réceptive

La musicothérapie est définie comme étant « une forme de psychothérapie ou de rééducation, d'aide psychomusicale, selon les cadres considérés, qui utilise le son et la musique –sous toutes leurs formes- comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation. » (Lecourt, 2014).

La thérapie par l'écoute de musique est appelée musicothérapie réceptive ou passive ; la musicothérapie active étant réservée à la thérapie par la pratique instrumentale. La musicothérapie réceptive est donc une technique contrôlée d'écoute musicale utilisant son

influence physiologique, psychologique et émotionnelle sur la personne durant le traitement d'une maladie ou d'un traumatisme (Biley cité par Guétin, 2008). L'écoute musicale peut se faire individuellement ou en groupe. Une prise en charge collective nécessite un espace approprié pour les activités de groupe, avec une décoration musicale légère et un matériel diffusant un son de qualité (Carré, 2006). Après l'écoute, s'ensuit généralement un dialogue autour de l'extrait sonore pendant lequel s'expriment les goûts et les sensibilités de chacun. Le thérapeute tente alors d'analyser et de comprendre les émotions que cela suscite chez les auditeurs. La musicothérapie réceptive est indiquée pour diverses pathologies (troubles névrotiques, psychoses stabilisées, handicap mental léger ou moyen...) et à tout âge de la vie (Carré, 2006).

La musicothérapie à proprement parler repose sur un protocole scientifique qui exige des recherches rigoureuses établissant les effets de la musique, des sons et des rythmes sur l'être humain. En outre, elle requiert nécessairement la présence d'un musicothérapeute, un professionnel ayant suivi une formation. Néanmoins, il nous semble possible d'utiliser les effets positifs de la musique dans un cadre thérapeutique sans pour autant faire de la musicothérapie à proprement parler. Tout personnel soignant peut en effet avoir recours à la musique en parallèle ou en complémentarité à sa prise en charge, utiliser la musique comme stimulant, comme moyen d'apaisement ou comme outils de soin. Il devra toutefois faire preuve d'un champ de compétences médicales, musicales et relationnelles. Concernant l'orthophoniste, ses connaissances médicales et sa pratique professionnelle lui permettent d'envisager l'utilisation de l'écoute de musique auprès de ses patients. Des assises théoriques concernant la musique sont cependant nécessaires. Ces dernières permettront de comprendre les tenants et les aboutissants de l'écoute musicale et donc d'en extraire les intérêts pour la rééducation orthophonique.

A retenir :

- L'écoute musicale engage un large réseau d'activation concourant aux processus cognitifs (attention, mémoire, langage) ainsi qu'aux processus émotionnels. Elle peut donc être utile en cas de lésions cérébrales à condition que le patient ne présente pas d'amusie.
- Des études démontrent qu'écouter de la musique influe sur les fonctions biochimiques du cerveau et régule les fonctions thymiques d'un individu. En outre elle peut améliorer les capacités cognitives linguistiques et non linguistiques ainsi que les compétences sociales et communicationnelles.
- Ces effets sont en partie dus aux impacts psycho-émotionnels générés par l'écoute d'une musique et dépendent d'une part de facteurs intrinsèques à la musique : tempo, rythme, intensité, structure musicale ; d'autre part de facteurs d'appréciation et de familiarité propres à chaque individu.
- Après un AVC ischémique, l'écoute musicale peut agir sur le métabolisme cérébral (circulation sanguine, neurogenèse, réorganisation cérébrale) et donc favoriser la récupération cérébrale.
- L'écoute musicale est utilisée en tant que discipline à part entière sous le nom de musicothérapie réceptive. Elle est aussi employée par d'autres professionnels sous forme d'ateliers musicaux notamment dans les prises en charges de pathologies neurologiques telles que l'autisme ou la maladie d'Alzheimer.

CHAPITRE 2. La personne prise en charge en orthophonie à la suite d'un AVC

2.1 Troubles de la communication

2.1.1 Préambule

La communication comporte des échanges verbaux, ou échanges linguistiques, ainsi que des échanges non verbaux. Un trouble de communication consécutif à une lésion cérébrale n'est pas toujours secondaire à une aphasie. En effet, la communication peut être perturbée par des troubles mnésiques, attentionnels, praxiques, dysexécutifs qui prédominent dans le cas d'une lésion cérébrale droite et qu'il convient de prendre en considération en situation d'interaction.

2.1.2 Troubles de la communication verbale

Comme l'affirme Daviet *et al.* (2007), « il est assez arbitraire de déterminer où s'arrête l'aphasie, en tant que trouble psycholinguistique, et où elle commence, en tant que trouble de la communication verbale ». Ces auteurs définissent la communication verbale comme étant « la capacité à adapter les comportements discursifs aux données d'une situation, d'un contexte d'énonciation, à sa propre compétence et à celles des partenaires de l'échange ». Les déficits linguistiques de la personne aphasique entravent nécessairement ses capacités d'adaptation à la situation d'interaction et la communication s'en trouve perturbée. Les troubles communicationnels verbaux diffèrent selon le type de déficit linguistique (symptôme aphasique).

- Versant compréhension :

Les troubles de la compréhension constituent un obstacle aux échanges verbaux. Les difficultés du patient à comprendre les mots et les phrases de son interlocuteur amènent ce dernier à répéter, reformuler voire simplifier ses énoncés. Malgré ces efforts d'ajustement de la part de l'interlocuteur, le déficit de la compréhension peut engendrer des malentendus ou des ruptures de la communication. De surcroît, les formes de compréhension qui requièrent

les plus hauts niveaux d'intégration telles que l'humour, le second degré, les métaphores sont difficilement accessibles pour les personnes aphasiques présentant des troubles de la compréhension (Daviet *et al*, 2007).

- Versant expression :

L'altération de la communication est également favorisée par les difficultés du patient à produire un langage fluent, des énoncés intelligibles, des mots corrects et une syntaxe adaptée. En production, les troubles de la deuxième et troisième articulation gênent plus modestement l'échange que les troubles de la première articulation qui nécessitent plus d'effort de suppléance et de reconstitution ainsi qu'une mobilisation attentionnelle supplémentaire de la part de l'interlocuteur (Daviet *et al*, 2007).

- Eléments pragmatiques :

Les actes de parole : Chez les personnes aphasiques, les actes de langage produits sont réduits quantitativement et qualitativement (Prutting et Kirchner, 1987 cités par Daviet *et al*, 2007). De plus, des difficultés à argumenter dans des situations de requête et de négociation ont été mises en évidence par De Partz et Carlomagno cités par Daviet *et al*, 2007. Les actes de parole indirects sont plus difficilement compréhensibles que les actes de parole directs par les personnes cérébro-lésées (Levey et Goldfarb, 2003 cités par Daviet *et al*, 2007).

La gestion des thèmes : Le discours de certains patients aphasiques (aphasie fluente) manque d'organisation logique. On constate alors des digressions ainsi que des ruptures thématiques involontaires. A l'inverse, d'autres (aphasie non fluente) présentent des difficultés pour répondre aux questions ouvertes, introduire de nouveaux thèmes, initier un échange verbal et adapter leur production aux connaissances de l'interlocuteur (Daviet, 2007).

Les tours de parole : Les difficultés relatées ci-dessus entraînent un déséquilibre dans la répartition des tours de parole. De la même façon que précédemment, certaines personnes aphasiques monopolisent la parole produisant ainsi des tours de parole anormalement longs. D'autres adoptent un rôle passif dans la conduite de l'interaction et participent essentiellement en réponse aux sollicitations de son interlocuteur (De Partz, 2007).

Les procédures de réparation : un interlocuteur utilise davantage de procédures de réparation

lorsqu'il interagit avec une personne aphasique, celle-ci étant en difficultés à clarifier elle-même rapidement et/ou à répondre efficacement aux demandes de réparations (De Partz, 2007).

2.1.3 Troubles de la communication non verbale

- Versant compréhension :

La compréhension des pantomimes est altérée chez la personne aphasique (Saygin *et al*, 2004 cités par Daviet *et al*). En outre, certains patients cérébro-lésés présentent des difficultés à considérer les feed-back non verbaux émis par un interlocuteur (Rousseau *et al*, 2010 cités par Daviet *et al*).

- Versant expression :

Selon les études de Carlomagno *et al*. (2005) et Hadar *et al*. (1998) cités par Daviet *et al*, les aphasiques avec une atteinte lexicale sémantique et/ou phonologique utilisent les gestes coverbaux iconiques tels que des mimes de forme ou d'usage. Ces gestes facilitent la récupération de la forme phonologique, la décision lexicale et la récupération du mot grâce à leur forme, leur dynamique ou leur configuration ayant un lien sémantique ou pragmatique clair avec un mot ou une phrase. Au contraire, les aphasiques ayant des difficultés d'accès au concept utilisent moins de gestes iconiques et plus de gestes indéfinis. Les gestes indéfinis sont des gestes dont les représentations (forme, configuration, dynamique) ne sont pas communément partagées.

D'autres études (Laffaire *et al*, 2001 cités par Daviet *et al*) ont montré que les fonctions expressives (expressions faciales) et phatiques (assurer le contact), en référence à la classification de Jakobson, sont conservées chez certaines personnes aphasiques. A l'inverse, les fonctions poétiques (le message), référentielles (tenir compte du contexte) et métalinguistiques (la langue utilisée), en lien direct avec la communication verbale, sont globalement altérées. La fonction conative (tenter de modifier l'interlocuteur) est quant à elle, plus variable selon les individus. Ces considérations dépendent néanmoins de la localisation lésionnelle de la personne aphasique et ne permettent pas de généralisation. Nous verrons que l'appétence à la communication n'est pas systématiquement préservée suite à une lésion cérébrale.

L'utilisation du TLC (Darrigrand *et al*, 2011 cités par Daviet *et al*) met en exergue une

altération dans la production des gestes symboliques (gestes dont le sens est communément partagé par une culture donnée) et des pantomimes (mimer l'action de boire par exemple) mais une relative préservation des gestes déictiques (geste de pointage). Néanmoins, certains patients cérébro-lésés utilisent les gestes déictiques, symboliques et mimétiques comme moyen de compensation à leurs difficultés communicationnelles.

2.1.4 Appétence à la communication

Le handicap communicationnel lié notamment aux déficits linguistiques de la personne aphasique limite ses interactions sociales et diminue ainsi ses intentions de communication et son engagement dans les échanges verbaux.

De plus, des travaux réalisés par Rousseaux *et al.* (2010) auprès de patients victimes d'AVC gauche dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne mettent en évidence une diminution des comportements de salutation caractéristiques d'une baisse de l'engagement dans la communication.

Ces mêmes auteurs relatent également des difficultés à prêter attention aux propos de l'interlocuteur et à s'engager durablement dans la communication chez les patients présentant des lésions frontales.

Les difficultés linguistiques et communicationnelles de la personne ayant présenté un AVC perturbent les situations de communication et engendrent un isolement. Les conséquences sociales de ces difficultés et l'altération de la qualité de vie chez la personne cérébro-lésée feront l'objet de la partie suivante.

2.2 Altération de la qualité de vie

Selon un article récent de Hilary publié en août 2010, les personnes aphasiques participent moins aux activités sociales et ont une moins bonne qualité de vie après l'accident vasculaire cérébral que les personnes sans aphasie, même lorsque leurs capacités physiques, le bien-être et le soutien social sont comparables. Au cours de ce chapitre, l'altération de la qualité de vie est essentiellement mise en lien avec les troubles phasiques des patients ayant subi un AVC mais ces postulats s'appliquent également à des personnes présentant des difficultés de communication (sans troubles phasiques) consécutives à une lésion cérébrale de l'hémisphère droit.

- La dépression post-AVC :

Les troubles dépressifs sont fréquents après un AVC et aggravent sensiblement le pronostic cognitif et fonctionnel (Benaim C et al. 2005). Les symptômes dépressifs les plus fréquemment observés chez le patient cérébro-lésé sont l'irritabilité, le manque d'intérêt de motivation, l'apathie et la fatigabilité.

- L'adaptation de l'entourage :

Plusieurs études se sont intéressées à l'adaptation de l'entourage face aux difficultés de communication de la personne aphasique. Les proches adoptent des comportements d'évitement (Le Dorze et Brassard, 1995) ou à l'inverse, des comportements surprotecteurs (Croteau C et Le Dorze, 1999), ce qui, à plus ou moins long terme, engendre une diminution du plaisir de la personne cérébro-lésée à communiquer et contribue progressivement à l'isolement social.

- Les conséquences sociales :

Les relations sociales des personnes ayant présenté un AVC sont amoindries lorsque la récupération des troubles phasiques est limitée et que les patients ont conscience de leurs difficultés à communiquer. Ils ont alors tendance à se replier sur eux-mêmes et à éviter le contact et les échanges. L'autonomie et les relations sociales de la personne présentant des troubles phasiques et/ou troubles de la communication suite à un AVC dépendent également de sa personnalité et de l'attitude de son entourage dans la gestion des difficultés rencontrées. La distinction entre les changements des traits de personnalité de la personne victime d'AVC liés à la lésion et ses réactions face à ses troubles est parfois difficilement identifiable.

A la suite d'un AVC, les individus touchés et leur entourage ont moins d'activités et de loisirs, notamment en groupe et les contacts relationnels extérieurs diminuent. En effet, selon Natterlund (2009) et Northcott (2011) cités par Mazaux *et al.* (2014) les personnes aphasiques se contentent d'écouter lors des activités en groupe ou des réunions car elles ne peuvent pas intervenir assez rapidement. Elles souhaiteraient participer, argumenter, objecter mais les mots leur manquent et le thème de la conversation a déjà changé. Elles éprouvent alors un sentiment d'impuissance et de mise à l'écart. De nombreuses personnes aphasiques ou présentant des troubles de la compréhension désinvestissent ainsi les

activités sociales et privilégient les loisirs individuels. En outre, Pradat-Diehl *et al* (2007) mettent en exergue les difficultés que rencontrent les personnes aphasiques à reprendre leur activité professionnelle. La réinsertion professionnelle dépend de nombreux facteurs tels que la nature du travail, le degré de sévérité des troubles, les difficultés associées (troubles moteurs, fatigabilité, troubles attentionnels et mnésiques, lenteur), l'âge, le sexe ainsi que la durée de la rééducation et la récupération.

De manière générale, les troubles du langage et de la communication apparaissent comme un facteur déterminant dans le processus d'isolement, de rupture des liens sociaux et entretiennent la dépression. Selon Forsblom (2009), l'écoute musicale favorise l'émergence de souvenirs et encourage ainsi la communication. En outre, une étude menée par Särkämö en 2008 indique que l'écoute musicale peut prévenir l'humeur négative chez la personne cérébro-lésée et participer ainsi au maintien de sa qualité de vie.

A retenir :

- Le déficit linguistique de la personne aphasique peut affecter tous les niveaux (compréhension et production phonologique, lexicale, morphosyntaxique, pragmatique) et perturbe nécessairement la communication.
- La communication non verbale peut être également altérée chez la personne cérébro-lésée. L'interprétation et la réalisation des mimes et des gestes sont approximatives ou erronées.
- Les difficultés linguistiques et communicationnelles de la personne ayant présenté un AVC perturbent les situations de communication et engendrent progressivement un appauvrissement des relations sociales. Cet isolement social entretient et décuple les symptômes dépressifs liés à l'AVC et concourt à l'altération de la qualité de vie de la personne cérébro-lésée.

CHAPITRE 3. La prise en charge orthophonique de la personne porteuse de troubles de la communication à la suite d'un AVC

3.1 Phases dans la prise en charge et rôle de la plasticité cérébrale

On distingue habituellement trois étapes dans la prise en charge du patient post-AVC. Les quatorze jours suivant l'AVC correspondent à la phase aiguë pour laquelle une prise en charge orthophonique peut être prescrite pour l'évaluation et la rééducation d'une aphasie, d'une dysarthrie, de troubles de la parole ainsi que de troubles de déglutition. La seconde phase dite de « récupération » fait suite à la phase aiguë et dure en moyenne de 6 à 8 mois. Durant cette période, la rééducation doit être intensive avec des objectifs de travail fonctionnels. Au-delà de cette période, il s'agit de la phase de stabilisation. Des progrès peuvent encore se produire mais souvent dans une moindre mesure. La prise en charge orthophonique devient hebdomadaire et a alors pour but de permettre une adaptation souvent difficile de la personne et de son entourage (COFEMER, 2005).

Au cours de ces trois phases et principalement dans les six premiers mois post-AVC, le phénomène de plasticité cérébrale œuvre en la restauration des fonctions nerveuses. Cette tendance du système nerveux central à reconstituer sa structure après une lésion fait intervenir plusieurs mécanismes : multiplication des synapses ou connexions entre neurones, multiplication des neurones ou allongement des prolongements axonaux. Ce phénomène s'observe notamment dans les troubles du langage consécutifs à une atteinte cérébrale avec un recouvrement des capacités au cours des 3 à 6 premiers mois après l'AVC : c'est la période de récupération spontanée. Le phénomène se poursuit ensuite de façon plus lente. En outre, nous savons actuellement que la récupération des déficits cognitifs (comprenant le langage) et moteurs est associée à des changements de volume de matière grise dans de nombreuses zones frontales, temporales, cérébelleuses et sous corticales (Grau-Olivares *et al* 2010, cité par Sarkämo, 2014). Fait intéressant car une étude menée par Sarkämo en 2014 indique que l'écoute musicale serait responsable d'une augmentation du volume de matière grise dans le gyrus supérieur frontal droit, gauche et médial, des zones corrélées aux

fonctions cognitives. Ainsi, ces constats signalent que des activités d'écoute musicale soutiendraient les processus de restauration cérébrale et la récupération des déficits cognitifs après un AVC.

3.2 Facteurs affectant la restauration

La restauration des fonctions cérébrales dédiées au langage et à la communication est soumise à différents facteurs. A l'instar de ceux liés à la taille, localisation de la lésion, au type et à la sévérité des troubles initiaux et à l'âge du sujet, des facteurs s'exerçant après la lésion sont tout aussi importants tels que la rééducation orthophonique, l'enrichissement du milieu et la motivation.

En effet, le travail de rééducation orthophonique et les stimulations apportées par le thérapeute influencent les processus de restauration (De Boissezon, 2006). Bien qu'encore peu nombreuses, plusieurs études en neuro-imagerie comme celle de Robey en 1998 ou celle de Joseph *et al* en 2000 (cités par De Boissezon, 2006) reconnaissent l'efficacité de la rééducation orthophonique dans la récupération cérébrale.

Il est tout aussi décisif dans une première période de procurer au malade un environnement riche et stimulant dans la mesure où ces stimulations respectent la fatigabilité du malade et ne requièrent pas de sa part une tâche désormais impossible. Des études notifient que l'enrichissement auditif peut être bénéfique pour le cerveau et suggèrent qu'il pourrait contribuer à de meilleures capacités cognitives et à la récupération neuronale après un AVC. Plus précisément, l'enrichissement de l'environnement auditif peut améliorer la structure et la fonction du cortex auditif, la mémoire et régule positivement divers neurotransmetteurs comme la dopamine (Angelucci *et al*, 2007, Nichols *et al*, 2007 cités par Sarkämo, 2014).

Enfin, la portée de la motivation sur la récupération ne doit pas être méjugée car le désir de guérison permet de vaincre l'inertie et l'apathie. La motivation est essentielle dans la compensation des déficits et dans la rééducation ; le constat étant que la passivité majore le déficit produit (Jeannerod, 1979). Comme cela a été mentionné précédemment, la qualité de vie, l'humeur et l'état psychologique du patient sont autant de facteurs pouvant impacter la motivation et de ce fait la restauration des fonctions nerveuses.

3.3 La prise en charge collective

La modalité de prise en charge collective apparaît dans la NGAP des orthophonistes au chapitre des rééducations nécessitant des techniques de groupe sous les intitulés : « rééducation de la communication et du langage dans les aphasies » ou « rééducation des troubles de la communication et du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques ». Les prises en charge de groupe sont moins fréquentes que les prises en charge individuelles et varient d'un établissement à un autre. (NGAP, 2015)

Les dernières classifications de l'OMS nous poussent cependant à reconsidérer la personne aphasique dans sa globalité et non plus seulement à travers son déficit. L'objectif principal n'est plus alors de restaurer le langage mais de redonner au patient une communication fonctionnelle. Pour ce faire, les situations de rééducation doivent être les plus écologiques possibles ce qui peut être davantage le cas dans la rééducation de groupe.

La prise en charge collective présente plusieurs intérêts pour le patient en difficultés de communiquer à savoir : prises d'initiatives multipliées, actes de communication variés, amélioration du statut psycho-social, généralisation des acquis des séances individuelles (Elman, 2007). En outre amener un groupe de personnes à se retrouver régulièrement lors d'une activité permet de développer un sentiment d'appartenance à un groupe et de solliciter des échanges communicationnels. Comme J.P Badin l'affirmait « l'absence d'activités de groupe, de dialogues et de sollicitations intellectuelles crée la passivité, le vide relationnel et le silence. Ainsi, proposer des temps d'activité de groupe permet de solliciter l'envie de communiquer et peut avoir un rôle social pour la personne qui a désinvesti la relation à autrui.»

La littérature indique que la prise en charge en groupe peut intervenir à un stade chronique de la maladie en tant que soutien à la rééducation individuelle dans le but de généraliser ou de maintenir des acquis (Buttet Sovilla cité par Héral, 1999). Une récente étude (Patry, 2006) indique parallèlement que la prise en charge en groupe peut être débutée très tôt et qu'elle doit être considérée comme complémentaire à la rééducation individuelle. Elle permet au patient, dès la phase initiale des troubles phasiques, de développer tous les moyens de communication qu'il possède dans une situation moins protégée que la séance individuelle.

En cela il s'agit d'une modalité pertinente de réadaptation pour les personnes

présentant des troubles de la communication et du langage.

3.4 Modalités de prise en charge d'un groupe

Fréquence et durée : Selon la NGAP, les rééducations nécessitant des techniques de groupe en orthophonie ont une durée minimale d'une heure. Concernant la fréquence, Bouvier recommande en 1998 une séance de groupe par semaine, exceptionnellement deux.

Nombre de séances : en moyenne, huit à quinze séances sont recommandées (Martin, 2008 cité par Buchot, 2011)

Nombre de patients : les groupes peuvent être constitués de trois à six patients (pour Besson et Holland en 1996 cité par Buchot, 2011), la fourchette optimale se situant de quatre à cinq patients selon Bouvier en 1998.

Profil des patients : les avis sont divergents quant à l'homogénéité ou l'hétérogénéité du groupe en termes de troubles et de sévérité du trouble (Bouvier 1998, Buchot, 2011). Il est cependant conseillé d'avoir au moins un patient fluent pour garder un certain dynamisme dans les séances (Bouvier, 1998). Comme cela est expliqué précédemment, les patients peuvent intégrer un groupe quel que soit leur délai post-AVC.

Nombre de praticiens : selon la NGAP une prise en charge de groupe nécessite obligatoirement au moins un praticien pour quatre patients. La présence de deux thérapeutes permet aussi d'éviter le piège du transfert avec un interlocuteur unique et favorise le dynamisme du groupe (Bouvier, 1998).

Lieu: il est important que le lieu soit spacieux, accueillant, chaleureux et lumineux afin de maintenir l'entrain des patients (Buchot, 2011).

3.5 Place actuelle de la musique dans le prise en charge orthophonique post-AVC

En 1973 les neuroscientifiques M.Albert et N.Sparks ont mis au point la Melodic Intonation Therapy, une méthode permettant à des patients aphasiques non fluents de reparler après un AVC. Cette méthode a été transposée en français par Philippe Van Eeckhout sous le nom de Thérapie Mélodique et Rythmique au début des années 1980. La

TMR utilise des dispositifs cérébraux préservés concourant à la mélodie et au rythme comme support à la rééducation du langage. Cette méthode donne des résultats très encourageants chez des patients ne réagissant pas aux techniques classiques de rééducation de l'aphasie (Belin, 1996 cité par Bigand, 2012). De récentes études suggèrent que les interventions à base de musique active telles que la MIT sont efficaces pour l'amélioration de la parole et pour la récupération motrice et ce grâce à une augmentation des fibres dans le faisceau arqué de l'hémisphère droit. Le faisceau arqué connectant les aires motrices nécessaires pour la production de la parole (aire de Broca) et celles nécessaires à sa perception/compréhension (aire de Wernicke), le renforcement de ce lien dans l'hémisphère droit compenserait ainsi les déficits de l'hémisphère gauche (Schlaug, 2010).

La musique est donc bel et bien déjà utilisée en rééducation orthophonique pour une patientèle aphasique spécifique. Il s'agit cependant d'une thérapie à part entière utilisant la composante rythmique de la musique de manière active puisque le patient retrouve la parole en chantant, en frappant les rythmes, en répétant les phrases intonées. (Dalla-Bella, 2011, cité par Bigand, 2012). Il n'existe à ce jour aucune trace de l'utilisation de la musique dans son versant passif en rééducation orthophonique post-AVC.

A retenir :

- La restauration des fonctions langagières et communicationnelles comprend trois stades et s'appuie tant sur le phénomène de plasticité cérébrale que sur des facteurs externes.
- Parmi les facteurs favorisant la restauration de ces fonctions on compte la prise en charge orthophonique, l'enrichissement du milieu et la motivation du patient. Des facteurs peuvent au contraire interférer la restauration et la prise en charge rééducative tels que des troubles thymiques, une altération de la qualité de vie ou un syndrome dépressif.
- La prise en charge orthophonique se fait classiquement de manière individuelle mais des séances en groupe peuvent être proposées quel que soit le délai post-AVC. Celles-ci ont toute leur importance au côté de la rééducation individuelle afin de restaurer des capacités communicationnelles en situation écologique.
- La musique est déjà employée dans la rééducation orthophonique de la personne aphasique dans son versant actif en tant que thérapie à part entière mais aucune utilisation de la musique dans son versant passif n'a encore été mentionnée.

CHAPITRE 4. Ecoute musicale et AVC : études existantes

Ce quatrième chapitre porte sur une revue d'études existantes concernant le lien entre l'écoute musicale et la réadaptation post-AVC. Les études ci-dessus fournissent des données récentes sur le rôle thérapeutique de l'écoute musicale et sur sa mise en place pratique dans la réadaptation post-AVC.

4.1 Ecoute de musique et amélioration de la récupération cognitive et de l'humeur après un AVC de l'artère cérébrale moyenne. Särkämö. 2008

Objectif : cette étude a pour but de déterminer si l'écoute musicale quotidienne peut faciliter la récupération des fonctions cognitives et de l'humeur après un accident vasculaire cérébral.

Sujet et méthode : dans la phase aigüe, soixante patients ayant subi un accident vasculaire cérébral de l'artère cérébrale moyenne de l'hémisphère gauche ou droit ont été assignés aléatoirement à un groupe d'écoute musicale, un groupe de langage ou un groupe témoin. Durant les deux mois suivants, les individus des groupes de musique et de langage ont respectivement écouté tous les jours de la musique auto-choisie ou un livre audio, tandis que le groupe témoin n'a reçu aucun matériel d'écoute. En outre, tous les patients ont reçu les soins médicaux habituels et la rééducation. Tous les patients ont subi un examen neurologique complet, comprenant une grande variété de tests cognitifs ainsi que des questionnaires sur l'humeur et la qualité de vie, une semaine (servant de référence), trois mois et six mois après l'accident vasculaire cérébral.

Résultats et intérêts : l'étude a montré que l'écoute de la musique durant la phase aigüe après un AVC peut améliorer la récupération des fonctions cognitives (mémoire verbale et attention sélective) et prévenir l'humeur négative (moins de signes de dépression et humeur moins confuse).

4.2 Effet de la musicothérapie sur l'humeur et l'anxiété des patients victime d'AVC. Dong Soo Kim 2011

Objectif : il s'agit d'explorer les effets de la musicothérapie sur l'humeur dépressive et l'anxiété chez les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (délai post-AVC inférieur à six mois) et d'évaluer le niveau de satisfaction des patients et des soignants après la thérapie.

Sujets et méthode : la population est composée de dix-huit patients est divisée en deux groupes : le groupe musique et le groupe témoin. Le groupe expérimental participe à un programme de musicothérapie durant quatre semaines à raison de deux séances de quarante minutes par semaine. Ce programme est composé de chant, de partage d'expériences, d'activités musicales, de jeux d'expression et d'improvisation en musique. L'état psychologique des patients est évalué avant et après les séances de musicothérapie pour déterminer l'effet de celles-ci sur l'état psychologique. Le niveau de satisfaction et les changements psychologiques sont également évalués via un questionnaire à remplir par les patients participant à l'étude et leurs aidants.

Résultats et intérêts : l'étude démontre que la musicothérapie a un effet positif sur l'humeur des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral et sur leur motivation de manière plus générale. Bien qu'elle repose davantage sur l'utilisation de la musique en versant actif (chant, pratique instrument), cette étude prouve que la musique couplée à une prise en charge en groupe est une association pertinente en termes de mise en place et d'intérêt pour le patient.

4.3 Rôle de l'écoute musicale dans la réhabilitation après AVC. Forsblom 2009

Objectif : cette étude a pour but d'approfondir le rôle thérapeutique de l'écoute musicale dans la réadaptation post-AVC par le biais d'entretiens avec d'une part les patients et d'autre part le personnel infirmier.

Sujets et méthode : les patients ont eux-mêmes choisi de la musique qu'ils ont écouté une heure par jour pendant deux mois. Ils ont également tenu un journal tout au long de l'intervention au terme de laquelle ils ont été interrogés sur la manière dont ils ont vécu l'expérience (ressentis, émotions) et sur les bienfaits de l'écoute musicale sur leur récupération. Les avis des infirmières concernant l'utilisation clinique de l'écoute musicale dans une unité de réadaptation post-AVC ont été recueillis.

Résultats et intérêts : de manière générale, les résultats recueillis lors des entretiens avec les patients montrent que l'écoute musicale peut être utilisée pour se détendre, améliorer l'humeur et fixer la concentration. Elle permet également l'émergence de souvenirs et de réflexions sur le passé et l'avenir. Des résultats similaires ont été relatés lors des entrevues avec le personnel infirmier. En outre, les infirmières ont considéré que l'écoute musicale encourageait la communication et constituait un outil transdisciplinaire permettant de comprendre davantage le ressenti des patients. La relation patient/soignant est par conséquent plus humaine.

4.4 Point de vue des patients victime d'un AVC quant aux effets de l'écoute de musique et de livre audio. Forsblom 2010

Objectif : il s'agit d'explorer de manière plus approfondie, les facteurs émotionnels et psychologiques qui sous-tendent les effets thérapeutiques de l'écoute de la musique après un AVC, en combinant des méthodes qualitatives et quantitatives.

Sujets et méthode : pour ce faire, trente-neuf patients ayant subi un AVC ont été interrogés sur leur ressenti lors de l'écoute quotidienne de musique ou de livres audio, deux mois après le début de l'expérience. Pour comprendre comment cette expérience a réellement été vécue par les patients, les données recueillies lors des entrevues ont été analysées, regroupées et résumées en six catégories : la relaxation, la stimulation, l'augmentation de l'activité motrice, l'amélioration de l'humeur, l'évocation de pensées et de souvenirs et la contribution à la récupération.

Résultats et intérêts : les résultats ont montré que l'écoute de musique a été spécifiquement associée à une meilleure relaxation, augmentation de l'activité motrice et amélioration de l'humeur. En outre, elle contribuerait davantage à la récupération et permettrait autant de stimulations et de réminiscences que l'écoute de livres audio. Ces résultats soulignent l'importance d'un environnement stimulant et des activités de loisirs après un AVC et encouragent l'utilisation de la musique dans la réadaptation post-AVC.

A retenir :

- Ces études encouragent l'utilisation de l'écoute de musique dans la réadaptation post-AVC comme moyen d'enrichissement de l'environnement, qui plus est stimulant et agréable.
- Des études actuelles mettent en exergue l'amélioration des fonctions cognitives, de l'humeur et de la communication suite à une écoute musicale régulière chez les patients ayant présenté un AVC ischémique.
- En pratique l'écoute musicale est préférentiellement exploitée en modalité individuelle mais une étude nous laisse penser qu'il est tout aussi pertinent en termes de mise en place et d'intérêts pour le patient de l'exploiter en modalité collective.

CHAPITRE 5. Synthèse

5.1 De l'intérêt de l'écoute musicale chez la personne ayant présenté un AVC...

Le rôle thérapeutique de l'écoute musicale dans la réadaptation post-AVC n'est plus à démontrer. Les études présentées dans les parties précédentes et notamment au chapitre quatre mettent en exergue les domaines impactés par l'écoute musicale : phénomènes mnésiques et attentionnels, humeur et symptômes dépressifs, communication. Ces effets seraient d'autant plus prégnants que les musiques sont connues et appréciées de l'auditeur.

Premièrement, l'écoute musicale améliore les fonctions cognitives linguistiques et non linguistiques ce qui profite à la récupération des fonctions communicationnelles des patients. Effectivement nous avons vu que les déficits linguistiques de la personne aphasique avaient un rôle prépondérant dans les difficultés de communication et a fortiori dans l'isolement social et l'altération de la qualité de vie. Deuxièmement, l'écoute musicale impacte positivement l'humeur et les états anxieux des patients. Précédemment nous avons détaillé l'importance de la qualité de vie et des fonctions thymiques dans la récupération de la personne ayant présenté un AVC. La prise en compte de ces facteurs est importante car l'amélioration de l'humeur impacte positivement l'état général du patient ainsi que sa qualité de vie, ce qui lui permet d'investir davantage ses prises en charge. Enfin, l'écoute musicale impacte le domaine d'intervention de l'orthophonie qu'est la communication notamment en termes d'appétence à communiquer. En effet, les réminiscences et émotions induites par l'écoute de musiques connues et appréciées peuvent générer une envie d'extérioriser et de partager.

Ces constats nous orientent vers l'importance d'agir d'une part sur la communication et d'autre part sur la qualité de vie des patients ayant présenté un AVC. Ceci étant, le patient investirait davantage sa prise en charge orthophonique avec à la clef une meilleure récupération. L'écoute de musique connue et appréciée permettrait justement d'impacter ces deux versants que sont la communication et la qualité de vie.

5.2 ... A son introduction dans la rééducation orthophonique en modalité collective

On constate l'intérêt d'introduire l'écoute musicale dans la prise en charge orthophonique de la personne ayant subi un AVC. La question du « comment » se pose alors à nous.

Pour y répondre nous nous appuyons sur deux constats : d'une part la rééducation en groupe, en plus d'être recommandée par l'OMS, présente des effets sur la communication et la qualité de vie (Bernstein-Ellis et Elman en 1999, Ross *et al* en 2006, ou Party *et al* en 2006, cités par Le Goff et Buchot (2001), d'autre part des activités d'écoute musicale peuvent faire l'objet d'une prise en charge de groupe. Ceci nous oriente vers la possibilité d'associer l'écoute musicale à une prise en charge en groupe sous forme d'ateliers. Cette perspective constitue le cœur de notre mémoire et de notre démonstration.

L'association « écoute musicale » et « groupe » permettrait aux patients de profiter des bienfaits de l'écoute musicale ainsi que des possibilités offertes par la modalité collective. Si la musique est un fil conducteur de pensées, d'émotions, de communication, la modalité collective va soutenir ces processus en offrant des perspectives d'échange et des situations écologiques de communication.

En regard des assises théoriques et des études scientifiques réalisées, des ateliers d'écoute musicale en groupe pourraient être mis en place en parallèle des autres prises en charge y compris orthophoniques. Il ne s'agit en aucun cas de présenter ce projet comme une méthode alternative à la rééducation individuelle mais bien de penser ces ateliers d'écoute de musique en groupe comme apport à la rééducation orthophonique sur le plan de la communication et de la qualité de vie.

Les rôles et missions de l'orthophoniste le laissent apparaître comme le professionnel de santé le plus à même de proposer ce type d'ateliers basés sur l'écoute musicale. En effet, le maintien de la communication auprès des personnes ayant présenté un AVC fait partie de ses champs de compétences et contribue au maintien de leur qualité de vie. De plus, selon la NGAP, l'orthophoniste possède les techniques nécessaires à la rééducation d'un groupe de personnes présentant des troubles du langage et/ou de la communication (Dictionnaire d'Orthophonie). Ces considérations justifient que l'écoute musicale en groupe puisse être proposée par les orthophonistes.

CHAPITRE 6. Problématique, objectifs et hypothèses

6.1 Problématique

La problématique de notre étude est la suivante : Etude de l'introduction de l'écoute musicale en modalité collective dans la rééducation orthophonique de la personne présentant des troubles de la communication à la suite d'un AVC ischémique.

Nous nous proposons donc d'étudier la faisabilité de l'écoute musicale en groupe.

6.2 Objectifs

Les objectifs de cette étude de faisabilité sont les suivants :

- Mettre en place des séances d'écoute musicale en modalité collective dans la rééducation orthophonique des personnes présentant des troubles phasiques et/ou de la communication suite à un AVC ischémique.
- Evaluer la pertinence de cette modalité d'introduction d'écoute musicale et donc l'intérêt pour le patient en termes de communication et de qualité de vie.

6.3 Hypothèses

Pour mener à bien ce projet, nous nous demandons s'il est faisable, c'est-à-dire possible et pertinent, d'introduire l'écoute musicale en modalité collective. Pour répondre à ce questionnement nous émettons deux hypothèses :

Hypothèse 1 : *Il est possible de mettre en place l'écoute musicale en modalité collective via des ateliers d'écoute musicale en groupe.*

Hypothèse 2 : *Il est pertinent d'introduire l'écoute musicale via des ateliers car ceux-ci présentent un intérêt pour le patient.*

- **Hypothèse 2a** : les ateliers présentent un intérêt en termes de communication
- **Hypothèse 2b** : les ateliers présentent un intérêt en termes de qualité de vie

ATELIERS D'ECOUTE MUSICALE

CHAPITRE 1. Du projet d'ateliers...

1.1 Choix de la population

Notre population d'étude inclut des patients ayant présenté un accident vasculaire cérébral ischémique gauche ou droit et pris en charge en orthophonie pour des troubles de la communication avec ou sans troubles phasiques associés. En effet, les études existantes sur le rôle de l'écoute musicale dans la réadaptation orthophonique ont été réalisées uniquement sur des patients ayant subi un AVC ischémique. Nos assises théoriques ne nous permettent pas de sélectionner des patients ayant présenté un AVC hémorragique puisque nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que les impacts de l'écoute musicale seront les mêmes dans ce type d'AVC.

Nous excluons les patients présentant une maladie neurodégénérative ou psychiatrique ou un trouble spécifique du comportement documentés dans le dossier médical. Les études sur lesquelles nous nous appuyons pour construire notre projet portent sur des patients ayant subi un AVC sans pathologie associée et nous souhaitons orienter notre réflexion vers cette même population. Ainsi, les troubles et symptômes présentés par le patient doivent être d'origine vasculaire cérébrale. De plus, les tests que nous avons sélectionnés pour réaliser les évaluations ont été élaborés de manière spécifique pour les personnes ayant présenté un AVC. Une pathologie associée de type démence, maladie psychiatrique ou trouble spécifique du comportement pourrait introduire un biais lors de la passation des tests et a fortiori dans les résultats obtenus.

Nous excluons aussi toute pathologie pouvant interférer le processus d'écoute musicale :

- Déficit sensoriel auditif de type moyen à sévère sans prothèse auditive mentionné dans le dossier médical : l'audition doit être préservée pour pouvoir bénéficier des séances d'écoute musicale.
- Amusie signalée dans le dossier médical : une amusie de premier niveau (le sujet ne reconnaît plus la musique comme phénomène sonore) annihile les phénomènes émotionnels engendrés par l'écoute musicale.

1.2 Déroulement de l'étude

Pour mener à bien cette étude nous allons mettre en place des séances d'écoute musicale en modalité collective dans la rééducation orthophonique après AVC. Afin de conclure ou non en la pertinence de ce projet nous évaluerons la mise en place et l'organisation des ateliers via le « *questionnaire aux patients* » et nos observations.

Nous évaluerons aussi l'intérêt des ateliers pour le patient selon deux indicateurs : Exploration de la communication : Nous cherchons ainsi à savoir si les ateliers influent des changements positifs sur la communication du patient et plus précisément l'appétence à communiquer, la communication verbale et la communication non verbale.

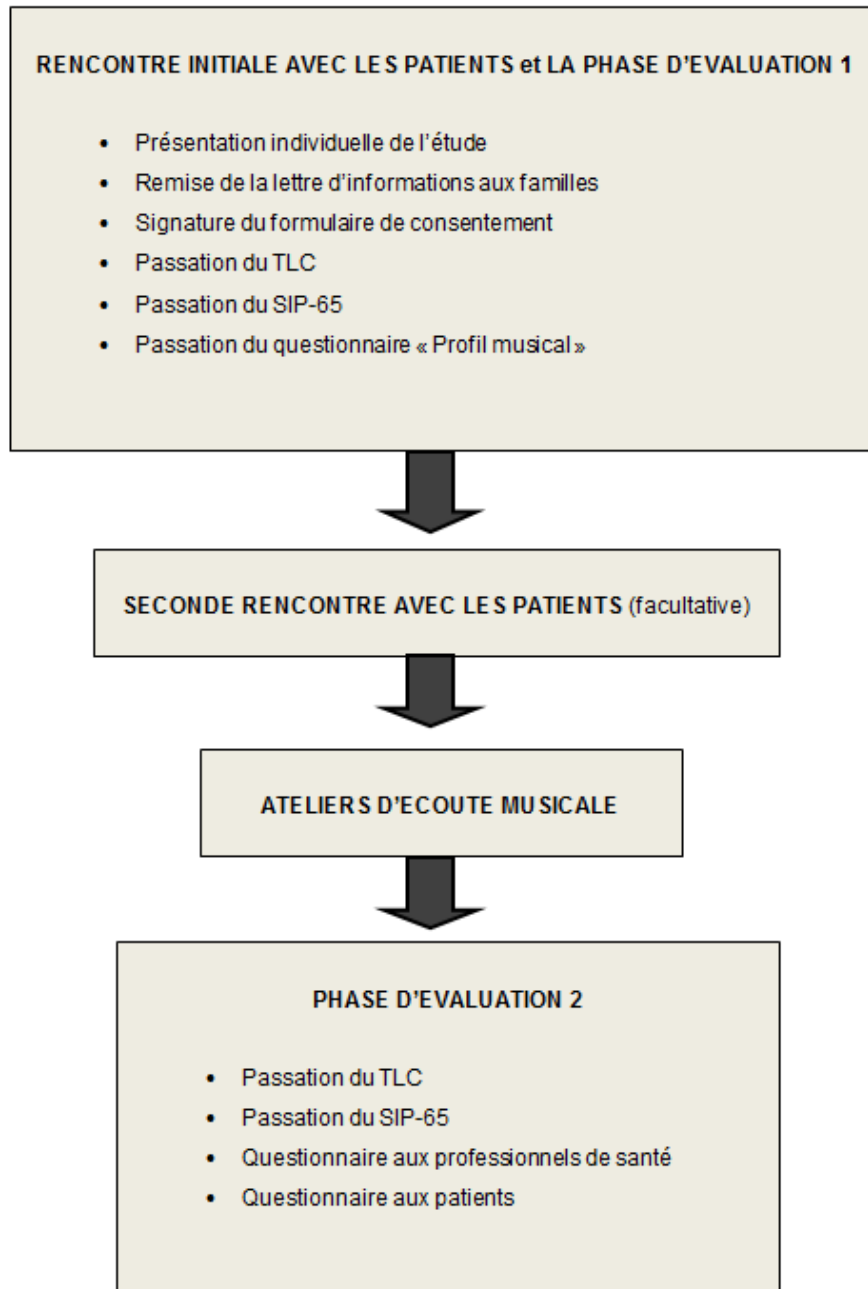
Pour ce faire nous aurons recours à une évaluation standardisée des capacités de communication avant et après la période de participation aux ateliers. Cette évaluation s'effectuera via le *Test Lillois de Communication* ou TLC (Delacourt, 2000) qui évalue la communication sous trois aspects (motivation, communication verbale et communication non verbale) quel que soit le stade évolutif et le milieu de vie du patient (hôpital ou domicile). Nous prendrons aussi en compte l'appréciation subjective des participants via le « *questionnaire aux patients* » ainsi que les observations cliniques de différents thérapeutes via le « *questionnaire aux professionnels de santé* » et les « *synthèses* ». Ces données seront recueillies après la période de participation aux ateliers.

Exploration de la qualité de vie : Par cet indicateur nous cherchons à mettre en évidence d'éventuels impacts positifs de notre intervention sur l'humeur, l'anxiété (signes somato-psychologiques), le fonctionnement cognitif (concentration, mémoire, attention) et le comportement général (relations sociales, motivation, expression de soi).

Pour ce faire nous aurons aussi recours à une évaluation standardisée de la qualité de vie avant et après la période de participation aux ateliers via le *Sickness Impact Profile 65* ou SIP-65 (Benaïm, 2003). Ce test est une adaptation du SIP-136 pour la mesure de la qualité de vie de la personne aphasique prenant en compte le trouble de la communication. Il explore les axes physique, psychologique et social du retentissement dans la vie quotidienne et les changements de comportements induits par les déficiences et incapacités liées à la cérébrolésion. Nous tiendrons également compte de l'appréciation des participants via le « *questionnaire aux patients* » ainsi que les observations cliniques de différents thérapeutes via le « *questionnaire aux professionnels de santé* » et les « *synthèses* ». Comme pour

l'indicateur communication, ces données sont récoltées après la période de participation aux ateliers.

Chronologiquement notre démarche est la suivante :



1.3 La rencontre initiale et phase évaluation 1

1.3.1 Présentation du projet au patient

La rencontre initiale établie avec chaque patient nous permet de présenter et de discuter de notre étude. Des informations orales lui sont remises ainsi qu'une présentation écrite de l'étude (annexe 1). Les patients ont préalablement été sélectionnés après consultation de leur dossier médical selon les critères d'inclusion suivants : patient suivi en orthophonie pour des troubles de la communication suite à un AVC ischémique. Les critères d'exclusion détaillés précédemment furent également pris en compte dans notre sélection. Si le patient est d'accord pour participer à l'étude, la phase « évaluation 1 » est aussitôt entreprise après recueil écrit du consentement (annexe 2).

1.3.2 Passation du TLC (Delacourt, 2000) et du SIP-65 (Benaïm, 2003)

Concernant le TLC (annexe 3), les conditions de passation du test sont reproductibles et standardisées, l'objectif étant d'obtenir une évaluation quantitative. La passation est constituée de trois étapes à savoir un entretien dirigé, une discussion (sur le progrès technique par exemple) et une situation *Promoting Aphasics Communicative Efficiency* (PACE). Trois grilles (à remplir par l'examineur) feront l'objet d'évaluation de ce bilan : la grille d'attention et de motivation à la communication, la grille de communication verbale et la grille de communication non verbale. Le livret de passation ne mentionne pas d'effet test-retest dans le cas où l'intervalle de trois mois entre deux passations ne serait pas respecté.

Concernant le SIP-65, la passation s'effectue sous forme d'un entretien oral. Les réponses sont de type binaire (vrai ou faux) et l'ensemble des items conduit à un pourcentage d'altération de la qualité de vie. Initialement destiné à des patients aphasiques du fait d'une cérébrolésion depuis plus de 12 mois et retournés à domicile, nous faisons le choix de l'utiliser pour l'ensemble de nos participants tout en adaptant certains items pour les patients encore hospitalisés.

1.3.3 Questionnaire « profil musical » (annexe 5)

Nous avons mis au point un questionnaire dans le but de collecter les informations nécessaires à l'établissement du « profil musical » de chaque participant. Chaque profil

musical nous permettra ensuite d'élaborer des activités à thème en respectant au mieux les goûts des participants.

Les questions sont posées oralement par l'examineur au patient et portent sur :

- Les modalités d'écoute musicale (fréquence, contexte) des participants. Nous prendrons en compte les habitudes d'écoute musicale avant l'hospitalisation ainsi que les habitudes actuelles en centre de réadaptation ou à domicile.
- Les goûts musicaux des participants
- L'appétence musicale des participants (pratique instrumentale ou chant)

1.4 Second entretien facultatif

Une seconde rencontre peut être proposée au patient dans le cas où :

- Des données n'ont pu être recueillies lors du premier entretien (exemple : passation du SIP-65)
- Un critère d'exclusion ou une contre-indication a été décelé après ou à la suite du premier entretien

1.5 Mise en place des séances d'écoute musicale en groupe

1.5.1 Analyse des données et création des séances

Une fois les réponses des patients examinées, les séances sont créées en fonction des profils musicaux des participants. Dans le même temps une lettre d'information à destination des professionnels de santé (annexe 6) a été remise au personnel du service MPR prenant en charge les participants. Cette lettre a pour but de présenter le projet d'étude, ses tenants et ses aboutissants. Le personnel infirmier et les aides-soignantes ont quant à eux été oralement informés du projet au cours d'une réunion d'équipe.

1.5.2 Enjeux des ateliers « écoute musicale en modalité collective »

Les ateliers d'écoute musicale en modalité collective sont proposés en parallèle d'une prise en charge orthophonique. Cependant, il ne s'agit pas d'exercices analytiques semblables à ceux que l'on pourrait rencontrer dans le cadre d'une prise en charge

individuelle. Ces ateliers consistent en une prise en charge orthophonique collective complémentaire à la rééducation individuelle.

L'enjeu orthophonique des ateliers ne réside donc pas uniquement dans l'écoute de musique mais bien dans l'écoute de musique corrélée à la modalité collective. Nous souhaitons agir, par le biais de l'écoute de musique et du groupe, sur les capacités de communication en suscitant l'envie de communiquer, en renforçant les capacités de communication en situation écologique et en stimulant les fonctions cognitives. Nous souhaitons aussi via ces ateliers agir sur la qualité de vie du patient par l'amélioration de l'humeur la baisse de l'anxiété et une hausse de la motivation.

1.5.3 Modalités pratiques préconisées

<p><u>La fréquence et durée :</u></p> <ul style="list-style-type: none">☒ les rééducations nécessitant des techniques de groupe en orthophonie ont une durée minimale d'une heure (NGAP).☒ une séance par semaine exceptionnellement deux (Bouvier, 1998)
<p><u>Nombre de séances :</u></p> <ul style="list-style-type: none">☒ en moyenne huit à quinze séances (Martin, 2008 cité par Buchot, 2011)
<p><u>Le nombre de patients :</u></p> <ul style="list-style-type: none">☒ trois à six patients (pour Besson et Holland en 1996 cité par Buchot, 2011)☒ la fourchette optimale est de quatre à cinq patients (Bouvier, 1998)
<p><u>Profil des patients :</u></p> <ul style="list-style-type: none">☒ avis divergents quant à l'homogénéité ou l'hétérogénéité du groupe en termes de troubles et de sévérité du trouble (Bouvier, 1998 ; Buchot, 2011)☒ au moins un patient fluent pour garder un certain dynamisme dans les séances (Bouvier, 1998)
<p><u>Le nombre de praticiens :</u></p> <ul style="list-style-type: none">☒ au moins un praticien pour quatre patients (NGAP)☒ deux praticiens pour éviter le piège du transfert avec un interlocuteur unique et pour dynamiser le groupe (Bouvier, 1998)

<p><u>Le matériel d'écoute :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ bonne qualité et diffusion du son (Carré, 2006) ☒ gestion des risques auditifs : le seuil sonore ne doit pas dépasser 94 dB pour une durée d'écoute d'une heure (santé.gouv)
<p><u>Le type de musique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ musiques connues de tous les patients (Van Den Bosch, 2013) ☒ musiques préférées et aimées dans la mesure du possible afin d'optimiser leur participation aux activités et d'évoquer chez eux divers sentiments (Wilkins, 2014)
<p><u>Le lieu :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ salle appropriée à des activités de groupe avec espace de 20m² minimum (Carré, 2006) ☒ lieu accueillant, chaleureux et lumineux afin de maintenir l'entrain des patients (Buchot, 2011) ☒ décoration musicale de la salle (Carré, 2006)

1.5.4 Structuration type d'une séance d'écoute musicale collective

<u>Accueil</u> 5 min	<u>Activité de mise en route</u> 10 min	<u>Activité(s) avec projet d'écoute</u> 30 min	<u>Activité sans projet d'écoute</u> 10 min	<u>Fin d'atelier</u> 5 min
--------------------------------	---	--	---	--------------------------------------

Accueil des patients en musique : Le temps d'accueil et d'installation des participants occupe les cinq premières minutes de la séance. Il s'accompagne d'une musique accueillante et dynamique. Cette musique ambiante confirme que le patient est bien là pour une séance musicale. Des affiches en rapport avec la musique sont également disposées au mur afin de rendre la salle plus accueillante ; celles-ci sont renouvelées à chaque atelier. Une fois tous les participants installés, on baisse la musique et l'atelier peut commencer.

Activités de mise en route : Les activités de mise en route ont pour but d'éveiller la curiosité des participants, d'introduire le thème musical de la séance et de mettre en avant l'aspect collectif.

La durée de ces activités est courte, une dizaine de minutes environ. La présentation du thème s'articule autour d'une activité de découverte dans laquelle les capacités d'écoute des participants sont directement sollicitées. La collectivité et l'importance du groupe est d'emblée mise en avant. Ce temps de démarrage s'effectue grâce à des musiques, des images en rapport avec le thème du jour.

Activités avec projet d'écoute : Les principaux enjeux de ces activités sont de créer une dynamique de groupe et favoriser la cohésion entre les participants, de favoriser les prises de parole, l'expression de soi et la communication en situation écologique et de bénéficier des impacts de l'écoute musicale à l'échelle individuelle.

Ce type d'activité occupe plus de la moitié du temps de l'atelier, environ trente minutes. Il peut s'agir d'une activité unique déclinée en plusieurs manches ou d'une succession de plusieurs activités. Les activités avec projet d'écoute s'articulent autour de trois composantes :

- **Les temps d'écoute** : Ils correspondent à la diffusion des extraits musicaux. Le temps de diffusion d'un extrait varie entre 1 minute et 1 minute 30. Cette durée moyenne correspond généralement au premier couplet et au premier refrain de la musique, temps musicaux nécessaires à la reconnaissance de l'extrait.
- **Le projet d'écoute** : Le projet d'écoute est là pour créer puis renforcer la dynamique de groupe. Il correspond à une consigne facile à comprendre et à laquelle une réponse fermée est attendue. Il est formulé avant la diffusion des extraits et peut-être rappelé si besoin au cours de l'activité. Les projets d'écoute varient d'une séance à l'autre et leur difficulté est ajustée si besoin (identification de l'interprète/chanteur/groupe, identification du titre de la chanson, identification du thème commun entre deux chansons).

Remarques : Comme nous nous appuyons sur l'écoute musicale passive les projets d'écoute reposent sur des activités d'analyse globale de l'extrait musical et non de type analytique : il ne s'agit pas d'identifier les composantes musicales précises telles que le rythme, les instruments.

- **Les temps d'expression** : Les activités avec projet d'écoute conduisent à des temps d'expression. Ils permettent d'une part aux patients d'initier une prise de parole en rapport avec le projet d'écoute, d'autre part d'écouter les réponses des autres participants. Les modalités de réponses varient également selon l'activité

(dénomination, désignation, mime) et dépendent des individus. Que l'on ait une réponse ou non, qu'elle soit verbale ou non verbale, ce petit temps a toute son importance pour la dynamique interactionnelle du groupe. En outre, les temps d'expression peuvent se prolonger au gré des participants puisque l'écoute musicale peut générer l'envie de communiquer un souvenir, son ressenti en rapport ou non avec le projet d'écoute initial.

Afin de favoriser la communication sous toutes ses formes, nous avons fait le choix de combiner à l'écoute de musique (modalité auditive) une modalité visuelle. Ces supports visuels se présentent sous la forme d'affiches en rapport avec le thème musical du jour. Ils doivent permettre aux patients bloqués ou freinés dans leur communication verbale de participer et d'investir l'atelier malgré tout et ainsi de développer une appétence à la communication.

Activité sans projet d'écoute : Les principaux enjeux de ces activités sont de laisser libre expression aux ressentis, émotions et souvenirs générés par l'écoute musicale, de favoriser l'expression de soi et la communication en situation écologique et de bénéficier des impacts de l'écoute musicale à l'échelle individuelle.

Ce type d'activité intervient en fin d'atelier après les activités d'écoute avec projet. Elle occupe environ dix minutes du temps de la séance. Il s'agit d'une écoute libre sans projet d'écoute. Une musique est pré-choisie en fonction des goûts musicaux de chacun et de ce qu'elle peut véhiculer en termes d'émotions, ressentis. Cette activité s'articule autour de deux composantes :

- **Les temps d'écoute** : Le temps de diffusion est plus long que pour les activités précédentes (de 2 à 3 minutes) et les participants sont invités à fermer les yeux pendant l'écoute musicale afin de se recentrer sur soi.
- **Les temps d'expression** : Au terme de l'écoute les participants peuvent s'ils le souhaitent prendre la parole et s'exprimer sur leur ressenti. La discussion est libre et chacun peut intervenir pour donner son avis. Dans le cas où la musique ne génère pas d'appétence à communiquer ou d'interactions entre les membres du groupe une seconde musique pourra être diffusée.

Temps de retour au calme et fin de séance : Ce dernier temps occupe les cinq dernières minutes de la séance durant lesquelles nous remercions la participation de chacun et recueillons leurs remarques quant à l'atelier du jour. Nous donnons la date du prochain atelier et les patients peuvent repartir. Une musique douce est lancée afin que l'activité cérébrale devienne peu à peu moins intense et que chacun puisse repartir détendu.

1.6 Phase évaluation 2

1.6.1 Passation du TLC (Delacourt, 2000) et du SIP-65 (Benaïm, 2003)

Les conditions de passation sont identiques à celles mentionnées pour la « phase évaluation 1 ».

1.6.2 Le questionnaire aux professionnels de santé (*annexe 7*)

Il s'agit d'un questionnaire destiné aux professionnels de santé côtoyant les patients de notre étude. Selon les prises en charge et le mode d'hospitalisation (de jour ou en continu), il pourra être adressé aux infirmières, aux kinésithérapeutes, aux ergothérapeutes, au psychologue spécialisé en neuropsychologie, aux professeurs d'Activité Physique Adaptée (APA), aux orthophonistes, aux aides-soignantes (AS) et aux agents sanitaires hospitalier (ASH).

Ce questionnaire a été créé dans le but de collecter des informations quant aux changements des capacités communicationnelles du patient et de sa qualité de vie. Ces données complètent celles obtenues via les tests standardisés en proposant un point de vue externe à l'étude, différent de celui du patient ou des orthophonistes.

Les questionnaires sont remis aux membres de l'équipe soignante et recueillis trois jours plus tard afin de laisser un temps de réflexion suffisant à la prise en compte et à l'appropriation des questions. Les professionnels de santé sont invités à répondre aux questions sur une échelle de Likert comprenant cinq degrés allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Ce choix de type de réponse permet de nuancer l'opinion des professionnels de santé et ainsi de faciliter le recueil et l'exploitation des réponses. En outre, cela nous permettra d'apprécier plus facilement les domaines sur lesquels les ateliers d'écoute musicale ont eu un impact et ceux, à l'inverse, sur lesquels il n'y a eu pas les impacts escomptés.

Le questionnaire se compose de trois parties :

- PARTIE 1 : comportement général du patient. Ces questions doivent nous renseigner sur les changements d'attitudes et de comportement en général comme la motivation, la concentration, le dynamisme.
- PARTIE 2 : état somato-psychologique. Ces questions doivent nous informer des changements d'humeur du patient, de sa confiance en lui et de la diminution ou non des signes d'anxiété et de nervosité.
- PARTIE 3 : communication et interactions sociales. Ces questions doivent nous renseigner sur les changements dans le mode de communication, sur l'appétence à la communication sur les capacités langagières d'une manière générale et sur les interactions sociales du patient.

1.6.3 Le questionnaire aux patients (annexe 8)

Il s'agit d'un questionnaire destiné aux patients ayant participé à l'étude créé dans le but de collecter des informations quant à l'organisation et l'apport des ateliers pour le patient.

Les questions consistent à choisir sur une échelle de Likert à quel degré le patient estime être d'accord avec l'affirmation proposée ou à choisir un mot/une expression parmi plusieurs réponses proposées. Ce type de questionnaire facilite la compréhension des questions et l'expression de leur réponse. La passation de ce questionnaire est faite en notre présence, durant la deuxième phase d'évaluation. Nous proposons oralement les questions et les choix de réponses aux patients.

Il se compose de deux parties :

- PARTIE 1 : organisation des ateliers. Ces questions doivent nous indiquer si le déroulement des ateliers (fréquence, horaires, activité, musique) a satisfait les patients et les éventuels aménagements possibles.
- PARTIE 2 : apports personnels des ateliers. Ces questions doivent nous indiquer ce que les ateliers ont apporté au patient et comment il a vécu ces ateliers.

1.6.4 Les synthèses (annexe 10)

Les synthèses d'ateliers rédigées de séance en séance permettent de rendre compte des observations et de l'évolution du groupe et de chaque participant. Ces observations sont intrinsèques à l'étude puisque nous les avons rédigées à l'issue de chaque atelier. Elles

complèteront l'évaluation de chaque patient.

CHAPITRE 2. ... A sa mise en place concrète

2.1 Lieu d'intervention

Nos interventions ont eu lieu au sein du service hospitalier de Bar le Duc dans le service MPR dirigé par le Docteur DELATTE.

Ce service MPR offre une chaîne complète de rééducation pour la prise en charge de nombreux troubles. Ce Service de Soins et Suite et de Réadaptation entre notamment dans le parcours de soins de la filière AVC. Suite à la prise en charge initiale des patients cérébrolésés en phase aiguë et en cardiologie, il propose une rééducation adaptée au projet de soins et au devenir du patient (Livret d'accueil des stagiaires orthophonistes).

2.2 Présentation du groupe et des patients

Le groupe est composé de cinq participants dont quatre hommes et une femme. Il est hétérogène sur le plan générationnel, la personne la plus âgée ayant 76 ans et la plus jeune 26 ans. Les patients sont suivis en orthophonie dans le cadre d'une hospitalisation de jour pour quatre d'entre eux et dans le cadre d'une hospitalisation complète pour un patient. Il existe donc une diversité dans le degré d'atteinte des fonctions communicatives et du délai post-AVC. Au commencement des ateliers deux patients se situent encore dans la phase de récupération (5mois et 6mois 17 jours post-AVC), un patient en début de phase de stabilisation (8mois 22 jours) et un autre en phase de stabilisation (1an 1 mois 30 jours). Notre participant « supplémentaire » se situe quant à la lui en début de phase de récupération (1mois 20 jours).

2.2.1 M.D

Homme 51 ans	Histoire de la maladie
AVC ischémique du territoire superficiel de l'artère cérébrale moyenne gauche. Phase initiale : aphasie mixte sévère caractérisée par une réduction sévère de l'expression orale et une altération de la compréhension en situation d'exercices. Troubles praxiques et gnosiques	

Situation actuelle	
<p>A notre rencontre M.D présente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expression orale : une fluence réduite associée à un manque du mot. Les phrases sont simples de type sujet-verbe-complément. Difficultés articulatoires. Evitement pour le discours spontané. - Compréhension orale : capacités préservées lui permettant d'accéder au sens des énoncés d'un discours. Faiblesse concernant la compréhension d'énoncés complexes avec effet de longueur. <p>La consultation du dernier bilan orthophonique nous indique une progression dans l'ensemble des domaines du langage et complète nos observations concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expression écrite : production difficile. Possibilité d'écrire des chiffres et des mots - Compréhension écrite : capacité de lire des mots et des phrases et d'accéder à leur sens. Effet de longueur et de complexité. <p>La prise en charge actuelle comprend de l'ergothérapie, de l'orthophonie, de la kinésithérapie et de l'APA à hauteur d'une séance par semaine.</p>	
Participation au projet	
<p>M.D est un patient discret et peu expressif. Au premier abord il semble peu intéressé par le projet mais accepte tout de même d'y participer sans plus de motivation.</p> <p>Le délai AVC- début des expérimentations est de 8 mois 22 jours.</p>	
Profil musical	
<p>M.D n'est ni musicien ni chanteur. Il écoute quotidiennement de la musique lorsqu'il est à son domicile. Il affirme avoir repris les mêmes habitudes d'écoute qu'avant son AVC, si ce n'est qu'il ne se rend plus à des concerts. Il a une préférence pour la variété internationale, apprécie la variété française, le R&B, le rap et l'opéra. Il préfère la musique avec paroles et en langue française. Son groupe favori est Take that.</p>	

2.2.2 M.H

Homme 76 ans	Histoire de la maladie
AVC ischémique du territoire superficiel de l'ACM gauche.	

Phase initiale : aphasie motrice caractérisée par une importante réduction de l'expression orale avec une anomie, des troubles de la programmation articulatoire. La compréhension orale est préservée. Le langage écrit est partiellement conservé. On note aussi une paralysie faciale centrale droite avec amimie faciale.

Situation actuelle

A notre rencontre M.H présente :

- Expression orale : les échanges sont construits. Le discours est marqué par un léger manque du mot et une légère difficulté de programmation articulatoire.
- Compréhension orale : la compréhension orale est intègre

La consultation du dernier bilan orthophonique nous indique une évolution très favorable et des compléments concernant :

- Expression écrite : on note quelques erreurs
- Compréhension écrite : la lecture est conservée

Actuellement la prise en charge comprend de l'ergothérapie et de l'orthophonie à hauteur d'une séance par semaine.

Participation au projet

MH est un patient soucieux et impliqué dans son travail de rééducation.

Le délai AVC- début des expérimentations de 6 mois et 17 jours.

Profil musical

M.H n'est ni musicien ni chanteur. Il écoute quotidiennement de la musique (radio) lorsqu'il est à son domicile et affirme avoir repris les mêmes habitudes d'écoute qu'avant son AVC. Il a une préférence pour le jazz, la musique classique et la variété française. Il préfère la musique avec paroles et en langue française. Ses artistes favoris sont Nolwenn Leroy et les Stentors.

2.2.3 M.V

Homme 52 ans	Histoire de la maladie
<p>AVC ischémique de l'ACM gauche total avec transformation hémorragique et ayant nécessité une craniotomie.</p> <p>Phase initiale : aphasie non fluente caractérisée par un mutisme puis par un recours rapide à des mots de prédilection et un manque du mot important. La compréhension orale est limitée.</p>	

Dysarthrie paralytique et hémiplégie droite.	
Situation actuelle	
<p>A notre rencontre M.V présente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expression orale : manque du mot sensible à l'ébauche orale. Le discours spontané est caractérisé par des idées fixes et par des mots ou tournures de prédilection. - Compréhension orale : consignes simples sont comprises - Expression écrite : transcription écrite spontanée <p>La consultation du dernier bilan orthophonique nous indique une évolution des compétences langagières en particulier sur les versants compréhension orale et écrite. La lecture de mots isolés est efficace.</p> <p>Actuellement la prise en charge comprend de l'ergothérapie et de l'orthophonie une fois par semaine, de la kinésithérapie deux fois par semaine ainsi qu'un suivi par le psychologue spécialisé en neuropsychologie.</p>	
Participation au projet	
<p>Lors de notre première rencontre, MV semble intéressé mais sa motivation est fluctuante. Le délai AVC- début des expérimentations est de 1 an 1 mois et 30 jours.</p>	
Profil musical	
<p>M.V n'est pas musicien. Il apprécie chanter et écouter de la musique à son domicile (sans activité associée), ce environ 1 à 3 fois par semaine. Il nous informe qu'il écoutait plus souvent de la musique avant son accident.</p> <p>Concernant ses goûts musicaux il apprécie beaucoup la musique pop et le rock, de préférence avec des paroles en langue anglaise. Il reste ouvert aux autres genres musicaux.</p> <p>En raison des troubles d'accès au lexique il est difficile pour M.V de nous indiquer ses artistes préférés. Nous lui soumettons quelques propositions de groupe pop/rock. Ainsi, il aime particulièrement U2, Indochine, Telephone et Hubert Felix Thiéfaine.</p>	

2.2.4 Mlle.S

Femme 26 ans	Histoire de la maladie
<p>AVC ischémique de l'ACM droit.</p> <p>Phase initiale : troubles de la communication caractérisés par un discours logorrhéique et une</p>	

dysarthrie. Hémiplégie gauche spastique. Paralyse faciale gauche.

Situation actuelle

A notre rencontre Mlle.S présente :

- Expression orale : le discours spontané est logorrhéique et les tours de parole ne sont pas respectés ; il n'y a pas de réel échange. L'intelligibilité est altérée par un débit rapide et une imprécision articulatoire. En situation dirigée on note peu d'initiatives verbales avec des productions courtes alternées avec des moments de précipitations. L'expression orale est perturbée par des troubles de l'inhibition du contrôle.
- Compréhension orale : la compréhension de phrases en situation est préservée. L'attention est labile.
- Expression écrite : Mlle.S nous informe avoir fréquemment recours à l'écrit. En situation semi-dirigée, on retrouve une certaine logorrhée avec des ajouts d'informations les unes derrière les autres sans réel lien entre les actions.

La consultation du bilan orthophonique nous indique que la compréhension écrite est relativement bien préservée ainsi que la copie et la dictée.

Elle est hémiplégique (gauche) et se déplace en fauteuil. La perméabilité labiale est mauvaise ce qui génère un bavage.

La prise en charge actuelle comprend de l'ergothérapie, de l'orthophonie et de la kinésithérapie quotidiennement

Participation au projet

Lors de notre première rencontre, Mlle.S est intéressée par notre projet mais nous devons lui en expliquer plusieurs fois les enjeux car elle pense que la musique va l'aider à remarcher.

Le délai AVC- début des expérimentations de 5 mois et 1 jour

Profil musical

Mlle.S n'est pas musicienne. Il lui arrive de chanter à son domicile avec sa petite fille de 5 ans. Avant son hospitalisation elle écoutait quotidiennement de la musique notamment lors des tâches ménagères. Durant sa période d'hospitalisation au service de neurochirurgie, Mlle.S avait pour habitude d'écouter de la musique tous les matins dans sa chambre (clip diffusés à la télévision ou sur son téléphone portable). Depuis qu'elle séjourne à Bar-le-Duc, elle n'écoute plus du tout de musique.

Elle a une préférence pour les musiques R&B, apprécie les autres genres musicaux hormis l'opéra et les musiques électroniques. Elle préfère les musiques avec des paroles et en langue française.

Ses artistes ou groupes favoris sont Kendji Girac, les Gipsy Kings, Renaud, Maitre Gims et Sexion d'Assaut.

2.2.5 M.M

Homme 78 ans	Histoire de la maladie
<p>AVC hémorragique pariétal droit.</p> <p>Phase initiale : importants troubles cognitifs, expression orale marquée par un manque du mot modéré et des troubles discursifs (coupe la parole, change de sujet...), compréhension orale et écrite perturbées par les troubles mnésiques (effet de longueur). L'écriture est difficilement lisible, le geste graphique est perturbé par des tremblements et le patient se plaint de ses difficultés orthographiques. Héminégligence majeure et légère paralysie faciale gauche.</p>	
Situation actuelle	
<p>A notre rencontre M.M présente :</p> <ul style="list-style-type: none">- Expression orale : Le discours spontané est cohérent et adapté.- Compréhension orale : La compréhension orale est bonne.- Expression écrite : le geste graphique est toujours perturbé par les tremblements. L'écriture est peu utilisée au quotidien car difficilement lisible et source d'angoisse. <p>La consultation du dernier bilan orthophonique nous indique une évolution globalement stable sur les plans cognitifs et langagiers et une compréhension écrite perturbée par des troubles mnésiques.</p> <p>Actuellement la prise en charge comprend de l'orthophonie et de l'ergothérapie à hauteur de deux séances par semaine.</p>	
Participation au projet	
<p>Lors de notre première rencontre, MM nous apparaît comme un patient souriant et communicant. Le délai AVC- début des expérimentations de 1 mois et 20 jours.</p>	
Profil musical	
<p>M.M n'est pas musicien. Il apprécie chanter mais écoute assez rarement de la musique.</p> <p>M.M a une préférence pour la variété française et internationale. Il apprécie également la musique pop et la musique classique. Son artiste favori est Kendji Girac.</p>	

2.3 Déroulement de la rencontre initiale et de la phase évaluation 1

Cette première étape du protocole s'est déroulée du 20 février au 1^{er} avril. Les entretiens ont eu lieu dans le service MPR. Un bureau nous a été mis à disposition pour les différentes entrevues. En moyenne 1h15 aura été consacrée à chaque patient au cours de laquelle le TLC, le SIP-65 et le questionnaire « profil musical » auront été passés. Un second entretien a été nécessaire pour trois des participants.

Lors de cette première phase nous avons rencontré six patients dont deux ne font pas partie de l'étude : M.C et M.M

- Le premier patient n'a pu être inclus dans l'étude car nous avons décelé un critère d'exclusion : M.C souffrait effectivement d'un trouble auditif qui rendait l'écoute musicale désagréable.
- Le second patient n'a pu être inclus dans l'étude car il ne respectait pas certains critères d'inclusion : AVC hémorragique et non ischémique. Cependant, M.M présente d'importants troubles cognitifs et au vu des impacts de l'écoute musicale sur la récupération des fonctions cognitives, il nous a semblé intéressant pour ce patient de participer à nos ateliers. En outre sa participation nous permet d'une part de former un groupe de cinq patients, d'autre part d'avoir un participant fluent et dynamique pour le groupe.

2.4 Déroulement des ateliers « écoute musicale en groupe »

2.4.1 Analyse des données et création des séances

Analyse des résultats obtenus aux questionnaires « profil musical » :

Une majorité de patients aime beaucoup ou apprécie bien la variété française, la variété internationale ainsi que la musique pop. En revanche, l'appréciation personnelle de chacun concernant les autres genres musicaux diffère de « j'apprécie bien » à « je n'apprécie pas du tout ». Les questionnaires « profil musical » révèlent donc une hétérogénéité dans les répertoires musicaux des participants.

Analyse des résultats obtenus aux Test Lillois de Communication et au SIP-65 : Cf. Partie résultats.

Nous tenons compte des troubles des patients et de leur sévérité dans l'élaboration des activités. Les contenus des ateliers sont constitués de séance en séance. Ainsi chaque atelier est élaboré compte tenu des observations faites aux séances précédentes, ce qui nous permet d'être au plus proche des capacités des patients et de leurs goûts. De plus, nous ajustons notre attitude à chaque participant en fonction de ses éventuelles difficultés de compréhension des consignes, de son humeur et de ses réactions lors des activités proposées.

2.4.2 Modalités pratiques préconisées VS appliquées

PRECONISATION	EN PRATIQUE
<u>La fréquence et durée :</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ☒ durée minimale d'une heure (NGAP). ☒ une séance par semaine exceptionnellement deux (Bouvier, 1998) 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ les ateliers duraient en moyenne 50 à 55 minutes en raison de la fatigabilité des patients et en tenant compte de leurs autres prises en charge. ☒ une heure une fois par semaine les vendredis de 15h à 16h ou les mercredis de 14h à 15h
<u>Nombre de séances :</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ☒ 8 à 15 séances (Martin, 2008 cité par Buchot, 2011) 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ 8 séances pour 2 patients ☒ 6 séances pour 2 patients en raison
<u>Le nombre de patients :</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ☒ 3 à 6 patients (Besson et Holland en 1996 cité par Buchot, 2011) ☒ fourchette optimale de 4 à 5 patients (Bouvier, 1998) 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ 5 patients présents pour 5 séances ☒ 4 patients présents pour 2 séances ☒ 3 patients présents pour 1 séance

<u>Profil des patients :</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ☒ Avis divergents quant à l'homogénéité ou l'hétérogénéité du groupe (Bersten-Ellis et Elma, 2005 cité par Buchot, 2011) ☒ au moins un patient fluent (Bouvier, 1998) 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Groupe hétérogène en termes de troubles et de sévérité ☒ un patient fluent
<u>Le nombre de praticiens :</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ☒ au moins un praticien pour quatre patients (NGAP) ☒ deux praticiens (Bouvier, 1998) 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ deux praticiens pour un groupe de cinq patients
<u>Le matériel d'écoute :</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ☒ bonne qualité et diffusion du son (Carré, 2006) ☒ gestion des risques auditifs (santegouv) 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ utilisation d'un ordinateur et d'enceintes. ☒ jauge sur le logiciel d'écoute permettant de ne pas dépasser le seuil autorisé Note : la SACEM nous a affirmé qu'aucune redevance nous serait demandée dans le cadre de notre étude.
<u>Le type de musique :</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ☒ musiques de préférence connues des patients (Van den Bosch, 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ l'ensemble des musiques étaient généralement connues de tous les patients
<ul style="list-style-type: none"> ☒ musiques préférées et aimées des patients (Wilkins, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Prise en compte systématique des goûts musicaux des patients. Certaines musiques préférées des uns ne l'étaient pas pour les autres.
<u>Le lieu :</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ☒ salle appropriée avec espace de 20m² minimum (Carré, 2006) ☒ lieu accueillant, chaleureux et lumineux (Buchot, 2011) ☒ décoration musicale (Carré, 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ salon des familles : pièce neutre et spacieuse ☒ pièce lumineuse et décorée pour chaque nouvel atelier ☒ mise en place d'affiches au mur

Les modalités sur fond gris clair désignent une discordance entre le protocole expérimental et

la mise en place concrète.

2.4.3 Déroulement général des ateliers

La structuration type des séances initialement prévue a pu être proposée et maintenue au cours des huit ateliers. Quelques ajustements concernant la répartition du temps ont été effectués en cours des séances en fonction des retours des patients et de nos ressentis. Certaines activités ont donc pu être prolongées ou écourtées de quelques minutes. Notre rôle a été de proposer les activités d'écoute, d'encourager chaque patient à y participer et de veiller à maintenir une dynamique de groupe. Le déroulement individuel de chaque séance est répertorié dans le livret des annexes (annexe 9). En pratique le déroulement général des ateliers a été le suivant :

Préparation de la salle : trente minutes nous étaient nécessaires afin d'installer le matériel d'écoute, préparer la salle et la disposition du mobilier et refaire le point entre nous.

Une vingtaine d'affiches correspondant aux musiques/interprètes diffusées lors de la séance étaient également disposées au mur pour chaque séance.

Accueil des patients en musique (5 minutes) : les patients arrivaient au compte-goutte et prenaient librement place. Ce temps d'accueil était l'occasion pour certains participants de parler entre eux, pour d'autres de nous interpeller, de regarder les affiches du jour ou encore de s'exprimer sur la musique d'accueil.

Activité de mise en route et découverte du thème (10 minutes) : cette activité a permis d'initier une dynamique de groupe et d'éveiller la curiosité des participants. Trois extraits musicaux en rapport avec le thème étaient diffusés à la suite desquels les patients pouvaient nous donner leurs suggestions. Pour la plupart des séances le thème était trouvé par un patient à la suite de la diffusion des trois extraits. Pour d'autres, la réponse était le fruit des différentes idées des participants et/ou de nos étayages.

Activités avec projet d'écoute (30 minutes) : deux activités étaient généralement proposées afin de maintenir l'attention des participants. Les activités étaient préparées d'une séance à l'autre en tenant compte de celles proposées précédemment. Selon les retours des patients et nos observations, des activités étaient maintenues aux séances précédentes, supprimées

ou modifiées. Nous avons tenté de maintenir des activités qui fonctionnaient tout en proposant des variations pour ne pas lasser les participants. Les activités d'identification (du chanteur, du genre musical, du film) nous ont semblé les plus pertinentes en terme de difficultés et d'investissement des patients. Elles ont pu être déclinées au gré des différents thèmes. Dans une moindre mesure des activités de comparaison (« les deux musiques sont-elles du même chanteur ? ») et d'évocation (« fermez les yeux et pensez à un sentiment, un souvenir ») ont aussi été investies. Une moyenne de huit extraits musicaux par activité avec projet d'écoute était généralement proposée.

Activité sans projet d'écoute (10 minutes) : L'activité sans projet d'écoute a été systématiquement proposée aux patients à la fin de l'atelier. Cette activité nous a permis de constater que certains patients éprouvaient des difficultés à se détacher des activités préalables avec un projet d'écoute et à écouter la musique « pour eux-mêmes ». La musique était toujours choisie en amont de la séance selon les goûts musicaux des participants mais il nous arrivait de changer de musique au cours de la séance, selon l'humeur et les réactions de chacun aux musiques précédemment diffusées. Cette activité a permis de finir la séance sereinement et constituait également une routine venant annoncer la fin de chaque atelier.

Temps de retour au calme et fin de séance (5 minutes) : une musique douce était diffusée à chaque fin de séance et permettait aux patients de repartir détendus.

Compte-rendu d'atelier : Après la séance, nous nous accordions un temps d'échange oral sur la séance. Une synthèse a été rédigée pour chaque atelier. Il nous arrivait d'avoir des points de vue différents sur certains événements, preuve que l'appréciation du déroulement des ateliers a bel et bien sa part de subjectivité. Les synthèses résument d'abord l'ambiance générale du jour et la dynamique de groupe puis les observations pour chaque patient quant aux prises de paroles, aux interactions et à l'attitude pendant l'écoute.

Ces synthèses nous permettent de garder une trace écrite des séances afin de mieux se rendre compte des évolutions du groupe et des patients. Elles ont aussi pour rôle de nous faire prendre du recul sur nos premières appréciations de l'atelier, d'en discuter, d'en extirper les points positifs et négatifs afin de nous ajuster pour les prochains ateliers. Ces synthèses sont répertoriées en annexe 10.

2.5 Déroutement de la phase évaluation 2

Cette seconde phase d'évaluation s'est déroulée du vendredi 22 au jeudi 28 mai dans les locaux du service de MPR. Chaque patient a été vu lors d'un entretien individuel pour une passation du TLC, du SIP-65 et la complétion du « questionnaire au patient ». En moyenne une heure aura été nécessaire pour ces entretiens. En parallèle, dix-sept questionnaires ont été distribués au personnel soignant tout confondu dont quinze ont pu nous être restitués dans le temps imparti.

CHAPITRE 4. Précautions méthodologiques

Ce projet porte sur des études de cas cliniques chez quatre patients et non sur une étude statistique. Du fait de cette faible population, les résultats ne sont pas généralisables. De plus les quatre participants présentent des profils hétérogènes notamment dans leur délai post-AVC. Nous en tiendrons compte dans nos conclusions en raison de l'implication possible du phénomène de récupération spontanée.

La participation de certains patients à 6 ou 7 séances au lieu de 8 sera certainement insuffisante pour pouvoir déceler des intérêts avérés pour ces patients. Si des résultats positifs sont mis en évidence nous devons donc davantage les interpréter comme des tendances. En outre, l'absence de groupe contrôle constitue un biais dans notre étude puisqu'il aurait fallu comparer les résultats de nos quatre participants avec ceux d'autres patients n'ayant pas bénéficié d'ateliers d'écoute. En raison de la rééducation individuelle en parallèle, il nous sera ainsi difficile d'imputer les progrès des patients à la seule participation aux ateliers d'écoute musicale en groupe.

Enfin, notre jeune expérience orthophonique peut également avoir constitué un écueil notamment dans la prise en charge d'un groupe thérapeutique. Bien que nous nous soyons documentées sur le sujet, la mise en pratique s'avère toujours délicate. Nous supposons donc que des professionnels plus expérimentés auraient peut-être géré le groupe différemment.

Malgré les biais soulevés ci-dessus, les résultats que nous allons exposer demeurent significatifs pour chaque patient dans sa singularité. A défaut de preuves assidues, ils suggèrent tout de même des perspectives positives.

RESULTATS

CHAPITRE 1. Mise en place et organisation des ateliers d'écoute musicale

La question de la mise en place et de l'organisation des ateliers sera traitée selon trois indicateurs :

- **Indicateur respect des modalités du protocole expérimental :**
 - o Grille de comparaison protocole expérimental/pratique
- **Indicateur avis des patients :**
 - o Questionnaire aux patients PARTIE 1 : organisation
- **Indicateur avis des thérapeutes :**
 - o Observations cliniques sur le déroulement général des ateliers

1.1 Respect des modalités du protocole expérimental

Notre protocole expérimental a été établi selon huit modalités : fréquence et durée, nombre de séances, nombre de patients, profil des patients, nombre de praticiens, matériel d'écoute, type de musique et lieu. Ces huit modalités ont été déterminées selon nos assises théoriques, des études scientifiques ou des textes de lois.

En pratique six de ces modalités ont été respectées et deux l'ont été partiellement à savoir :

- Le nombre de 8 séances minimum : M.D et Mlle.S ont bénéficié des 8 séances initialement prévues, MV et MH de 6 séances seulement et notre patient supplémentaire de 7 séances.
- Le type de musique : la diffusion de musiques de préférence connues des patients a pu être appliquée puisque seule une minorité d'extraits n'avaient jamais été entendus des participants. Néanmoins il est en pratique difficile de contenter tout le monde en termes de goût musical : la plupart des participants ont donc écouté à quelques reprises des musiques qu'ils n'appréciaient pas.

présentation orale fut programmée avec le service infirmier.

Nous avons érigé un planning prévisionnel, sur les conseils de notre maître de mémoire, afin de fixer les dates d'évaluation pour chaque patient ainsi que les dates auxquelles se dérouleraient les ateliers d'écoute musicale. En parallèle nous devions nous assurer de la mise à disposition de locaux pour les évaluations individuelles d'une part, pour le déroulement des ateliers d'autre part. Le terrain hospitalier dans lequel nous étions a pu répondre facilement à cette question en mettant à notre disposition des locaux adéquats au bon déroulement de l'étude.

Le recrutement des patients fut effectué sur consultation des dossiers médicaux afin de respecter les critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons fixés. Toutes les données ont ensuite été anonymées. Dans notre cas, quatre patients seulement répondaient à ces critères ce qui nous a conduit à inclure un patient supplémentaire pour constituer un groupe de cinq patients.

Les orthophonistes intervenant auprès des patients participant au projet nous ont aidées à organiser au mieux les emplois du temps. En effet, la prise en compte des disponibilités de chaque patient est un critère déterminant dans la mise en place du projet et a nécessité des permutations dans les plannings respectifs de chacun.

Concernant l'organisation des ateliers :

La fréquence des ateliers nous a paru adéquate compte tenu de l'enthousiasme manifesté par chaque patient à se rendre aux huit rendez-vous hebdomadaires dont nous avons convenu. Concernant la durée, celle-ci fut parfois écourtée en raison de facteurs externes (retard des participants) ou à notre propre initiative lorsque nous décelions des signes de fatigabilité ou de lassitude chez plusieurs participants. En regard du type d'activité proposé, une durée de 45 ou 50 minutes d'atelier nous paraît suffisante. Les horaires et le jour des ateliers nous ont semblé appropriés à une activité de groupe. Les ateliers fixés au vendredi annonçaient le week-end pour les patients qui étaient dans de bonnes conditions pour écouter de la musique. Le nombre de participants était opportun pour assurer une dynamique de groupe tout en nous permettant de consacrer un moment d'échange avec chacun et de solliciter tous les membres du groupe lors des activités. Néanmoins, l'absence d'un ou deux participants à deux séances a réduit considérablement l'effectif du groupe ne laissant ainsi plus la même liberté dans le choix des activités proposées (constitution

d'équipes impossible avec trois participants par exemple). Le salon des familles est une pièce spacieuse et lumineuse, propice aux activités de groupe. Ce lieu agréable a favorisé la détente des patients et ainsi la spontanéité de leur expression (verbale et gestuelle). Le choix du lieu est un critère influent dans ce projet qui vise à améliorer la qualité de vie et la communication des patients (appétence à la communication notamment).

Concernant le déroulement des ateliers, nous avons constaté une évolution dans la dynamique de groupe et dans les comportements. Les participants au-delà des activités, firent progressivement connaissance et des affinités semblent avoir été faites pour certains d'entre eux. Au fil des ateliers, les participants nous ont également semblé être plus à l'aise dans leurs attitudes gestuelles et communicationnelles. L'ambiance était quant à elle variable d'un atelier à un autre, en regard de la thématique musicale du jour et des extraits diffusés. Nous ne pouvons omettre la portée négative du comportement déroutant de M.V pour certains ateliers.

En outre, ce type d'activité de groupe nécessite une préparation préalable: chaque atelier a été construit et ajusté en fonction des précédents selon les feed-back et les besoins des patients. Nous avons tenu à respecter la même structuration d'une séance à l'autre afin d'instaurer une constante pour les patients. Trois activités différentes étaient proposées au sein d'un même atelier, celles-ci ont permis de maintenir l'attention des participants.

En moyenne, vingt-trois extraits musicaux d'une durée de une à une minute trente étaient diffusés par séance ce qui correspond à une moyenne de trente minutes d'écoute musicale dans la séance. Ces modalités de diffusion nous ont paru satisfaisantes, tant pour les patients que pour la gestion de l'atelier.

Nous avons fait le choix de décorer la salle d'affiches représentant les chanteurs ou groupes dont nous allions diffuser les musiques lors de la séance. Cet ornement mural, en plus d'être apprécié des patients, nous a semblé intéressant comme apport d'une modalité/un support de communication supplémentaire pour nos participants.

CHAPITRE 2. Etudes de cas

L'intérêt des ateliers pour les patients fera l'objet de cette seconde partie. Les données seront analysées selon le principe de l'étude de cas afin de proposer des analyses d'introduction d'écoute musicale détaillées. Les résultats aux différents tests et questionnaires seront recueillis et analysés pour chaque patient comme suit :

Indicateur communication (communication verbale - communication non verbale - appétence à la communication - interactions sociales) :

- TLC
- Observations cliniques des thérapeutes au cours des ateliers
- QR au patient PARTIE 2 : apports personnels
- QR au personnel PARTIE 3 : communication et interactions sociale
- Conclusion

Indicateur qualité de vie (motivation – humeur – anxiété - mémoire, attention, concentration - relation aux autres) :

- SIP-65
- Observations cliniques au cours des ateliers
- QR au patient PARTIE 2 : apports personnels
- QR au personnel PARTIE 1 : comportement général et PARTIE 2 : état somato-psychologique, humeur et émotions
- Conclusion

2.1 M.D

COMMUNICATION :		
TLC		
	Première évaluation	Deuxième évaluation
	Score global : 51.53/100	Score global : 57.19/100
<u>Attention et motivation à la communication</u>	<p>Score : 4/6</p> <p>Une attention et motivation à la communication limitées notamment dans l'investissement dans l'interaction.</p>	<p>Score : 4/6</p> <p>Remarques identiques à celles de la première évaluation.</p>
<u>Communication verbale</u>	<p>Score : 19/30</p> <p>Une communication verbale préservée dans son versant compréhension mais altérée sur le versant expressif en raison de troubles de l'évocation qui perturbent le débit et l'informativité du discours. Le thème de l'échange est maintenu. M.D est sensible à son interlocuteur et peut ajuster son discours si besoin.</p>	<p>Score : 21/30</p> <p>Le profil communication verbale s'apparente à celui obtenu lors de la première évaluation : préservation du versant compréhension mais altération du versant expression liée notamment à d'importants troubles de l'évocation. Le patient enrichit l'échange en apportant davantage d'informations nouvelles et adaptées au thème abordé.</p>
<u>Communication non verbale</u>	<p>Score : 11/30</p> <p>Une communication non verbale fonctionnelle mais peu employée. La compréhension des signes non verbaux est effectivement préservée mais M.D n'a recours à aucune compensation non verbale en situation de manque du mot. L'expressivité non verbale (feed-back non verbaux, gestes, expressions faciales) est discrète et peu évocatrice.</p>	<p>Score : 13/30</p> <p>La communication non verbale est légèrement améliorée. M.D utilise très peu de signes non verbaux pour compenser ses troubles d'évocation. Néanmoins, il utilise davantage de feed-back non verbaux (expressions faciales) pour témoigner de ses difficultés de compréhension que lors de la première phase d'évaluation.</p>

COMMUNICATION :

Observations cliniques des thérapeutes au cours des ateliers

Participant discret lors des premiers ateliers, M.D a progressivement gagné en confiance en lui pour communiquer. Son appétence à la communication s'est améliorée avec des prises de parole plus nombreuses de séance en séance. Pour signifier sa méconnaissance d'un extrait musical, M.D avait recours à des manifestations non verbales. Les signes non verbaux de découragement présents lors des premiers ateliers en situation de manque du mot notamment ont progressivement disparus. M.D a gagné en aisance et en spontanéité dans ses interactions verbales : le manque du mot ne semble plus un frein pour prendre la parole.

COMMUNICATION :

Questionnaire au patient (partie 2)

Les ateliers d'écoute musicale ont été utiles à la rééducation de M.D qui les conseillerait vivement à d'autres personnes ayant fait un AVC. M.D se sent désormais plus à l'aise pour communiquer mais aurait souhaité que les activités proposées soient davantage axées sur la communication entre les participants.

COMMUNICATION

Questionnaire au personnel (partie 3)

Les avis divergents des thérapeutes concernant l'évolution de M.D dans sa communication et ses interactions sociales ne nous permettent pas de dégager de réelles améliorations dans ce domaine. Néanmoins, une amélioration de la compréhension (en conversation et lors d'énonciation de consignes) a été mise en évidence. Davantage d'expressions du visage ont également été constatées chez ce patient qui semble « en progrès », selon certains thérapeutes.

Conclusion : Le TLC met en exergue une amélioration des capacités de communication verbales et non verbales. M.D est plus expressif en situation d'interaction et il semble avoir gagné en aisance pour communiquer. Les ateliers furent selon lui utiles à sa rééducation car cela lui a permis d'être plus à l'aise pour communiquer en groupe.

QUALITE DE VIE :

SIP-65

Première évaluation

Score d'altération de la qualité de vie de 52% avec 31 items répondus vrai sur 59 items renseignés.

Ses déficiences motrices impactent sur son quotidien : les loisirs et occupations à la maison ou au jardin sont très amoindries. Les déplacements à l'extérieur sont très limités et M.D a tendance à s'isoler et à se replier sur lui-même. Les relations avec les proches sont moins fréquentes et le patient souffre en silence de ses difficultés à communiquer ; M.D ne se plaint en effet quasiment jamais. D'une manière générale, le patient a perdu en estime de soi et son humeur est plus facilement irritable.

Deuxième évaluation

Score d'altération de la qualité de vie de 64% avec 38 items répondus vrai sur 59 items renseignés.

La qualité de vie de M.D a légèrement diminuée depuis la première phase d'évaluation. M.D ne semble pas avoir confiance en l'avenir en raison de son manque d'autonomie et de la diminution de ses loisirs et relations sociales. M.D dit être extrêmement gêné par ses difficultés de communication verbale dans la vie quotidienne.

QUALITE DE VIE :

Observations cliniques des thérapeutes au cours des ateliers

Lorsque nous avons rencontré M.D pour lui présenter notre projet, la motivation n'était pas au rendez-vous. Septique et discret lors de la première séance M.D a rapidement trouvé un intérêt à venir au groupe d'écoute musicale. En séance cela s'est ressenti par un visage davantage expressif, souriant et un investissement certain dans les activités et dans la dynamique de groupe. De notre point de vue M.D a pris un réel plaisir à venir aux ateliers pour écouter la musique, chanter et partager avec les autres. Cela aurait donc contribué à une amélioration de la qualité de vie sur le plan de l'humeur et des relations sociales.

QUALITE DE VIE :

Questionnaire au patient (partie 2)

M.D a trouvé des intérêts personnels à se rendre aux ateliers d'écoute musicale : ses capacités de concentration et de mémorisation se sont améliorées, il est plus détendu, d'humeur plus joyeuse et a pu nouer

des relations avec d'autres participants. M.D était motivé à se rendre aux ateliers et prenait plaisir à y participer. Ils lui ont donné envie d'écouter de la musique plus souvent mais pas de reprendre une activité de groupe. M.D a trouvé l'ambiance dynamique et a particulièrement apprécié se retrouver en groupe avec d'autres patients.

QUALITE DE VIE :

Questionnaire au personnel (parties 1 et 2)

De manière générale, les professionnels de santé intervenant auprès de M.D dans le cadre de sa prise en charge post-AVC ont constaté des changements positifs concernant son comportement général et son état somato-psychologique. En effet, une amélioration de ses capacités mnésiques et attentionnelles ainsi que de sa motivation a été relatée. En outre, le patient semble plus détendu et d'humeur plus joyeuse, exprimant davantage ses émotions et ressentis. Un gain de confiance en soi a également été noté.

Conclusion : Les résultats obtenus au SIP-65 ne mettent pas en évidence d'amélioration de la qualité de vie du patient. Néanmoins, des signes positifs concernant l'humeur du patient ont été observés au cours des ateliers. De plus, M.D a trouvé des intérêts personnels à se rendre aux ateliers d'écoute musicale et mentionne notamment des impacts positifs sur son humeur et sur ses capacités mnésiques et attentionnelles.

2.2 M.H

COMMUNICATION :

TLC

	Première évaluation	Deuxième évaluation
	Score global : 81.77/100	Score global : 92.48/100
<u>Attention et motivation à la communication</u>	Score : 6/6 Une attention et motivation à la communication présentes. M.H est attentif à son interlocuteur et s'engage dans l'interaction.	Score : 6/6 Remarques quasi identiques à celles de la première évaluation. On note que M.H s'engage plus aisément dans l'interaction.

<p><u>Communication verbale</u></p>	<p>Score : 29/30</p> <p>La communication verbale est fonctionnelle dans ses deux versants expression/compréhension. Le débit verbal est très légèrement ralenti en raison de difficultés de programmation motrice. Le discours est informatif : les troubles de l'évocation sont peu fréquents et palliés par la mise en place des moyens de compensation efficaces (utilisation de synonymes).</p>	<p>Score : 29/30</p> <p>Le profil communication verbale est identique à celui de la première évaluation avec un trouble d'accès au lexique peu fréquent et un débit légèrement ralenti. En situation de PACE M.H est plus à l'aise que lors de la première évaluation et investit cette épreuve de manière ludique. Il propose intentionnellement des devinettes : « les enfants l'appellent boîte à images » pour la télévision par exemple.</p>
<p><u>Communication non verbale</u></p>	<p>Score : 19/30</p> <p>Une communication non verbale efficace mais non spontanée (19/30). M.H comprend les signes non verbaux et les utilise à bon escient en situation de PACE. Cependant la communication non verbale est spontanément peu présente et le patient manifeste très peu de mimiques, gestes pour exprimer ses affects. La pragmatique interactionnelle est respectée : M.H tient compte de son interlocuteur et s'ajuste à ce dernier en cas d'incompréhension.</p>	<p>Score : 26/30</p> <p>Pas de changements concernant le versant compréhension non verbale et les aspects pragmatiques. La communication non verbale est cependant davantage investie sur le plan expressif : le recours aux gestes et aux mimes est plus important. Le patient est également plus expressif avec des mimiques et des gestes plus nombreux et plus significatifs qu'à la première passation.</p>

<p>COMMUNICATION :</p> <p>Observations cliniques des thérapeutes au cours des ateliers</p>
<p>Patient discret et peu expressif au cours des premiers ateliers, M.H est progressivement plus spontané dans ses prises de paroles. Une amélioration est remarquable quant à l'appétence à communiquer : en fin d'expérimentations M.H initie des échanges pour proposer des réponses même s'il n'est pas sûr de la véracité de ses propos. M.H semble également plus à l'aise dans les interactions du groupe et dans les relations duelles (M.H chante un extrait de musique à son voisin à l'avant dernier atelier par exemple). M.H a eu recours au canal non verbal pour exprimer sa méconnaissance des ateliers (mimiques et haussement d'épaules) tout au long des ateliers.</p>

COMMUNICATION :

Questionnaire au patient (partie 2)

Les ateliers ont été utiles dans sa rééducation car cela le stimulait et il les conseilleraient fortement à d'autres personnes ayant fait un AVC. Ces ateliers ont fait l'objet de discussion avec son entourage. Les ateliers d'écoute musicale ont particulièrement aidé M.H à être plus à l'aise pour communiquer au sein d'un groupe et lui ont permis de nouer des relations avec d'autres patients.

COMMUNICATION

Questionnaire au personnel (partie 3)

Observations issues de deux questionnaires.

Sur le plan de la communication le personnel soignant remarque que le patient initie davantage les interactions, prend plus spontanément la parole et interagit plus avec d'autres patients.

Conclusion : Les données recueillies mettent en évidence une amélioration des capacités de communication non verbales. M.H est plus expressif en situation d'interaction et a plus naturellement recours aux mimiques et aux gestes. De plus il semble globalement avoir gagné en aisance pour communiquer. Les ateliers furent selon lui utiles à sa rééducation car cela l'a stimulé et lui a permis d'être plus à l'aise pour communiquer. Cette augmentation de l'appétence à communiquer est d'ailleurs également observée par le personnel soignant.

QUALITE DE VIE :

SIP-65

Première évaluation

Score d'altération de la qualité de vie de 20% avec 12 items répondus vrai sur 60 items renseignés.

De manière générale, la qualité de vie de M.H est relativement préservée. L'état psychique et physique du patient est quasi similaire à avant l'AVC. M.H a conservé partiellement ses occupations, ses loisirs et ses habitudes de sortie. Il constate une légère baisse de ses performances cognitives, notamment en ce qui concerne ses capacités de concentration ainsi que ses capacités mnésiques et langagières. Le patient se dit être parfois gêné par ses difficultés de communication verbale qui fluctuent en fonction de son niveau de fatigabilité.

Deuxième évaluation

Score d'altération de la qualité de vie de 10% avec 6 items répondus vrai sur 60 items renseignés.

La qualité de vie s'est légèrement améliorée depuis la première passation. M.H est plus actif dans son quotidien et a repris ses activités de groupe. Il est également plus autonome dans ses déplacements. D'un point de vue cognitif les troubles de la mémoire sont de moins en moins fréquents et M.H accepte mieux ses troubles du langage puisqu'il peut à présent les relativiser.

QUALITE DE VIE :

Observations cliniques des thérapeutes au cours des ateliers

Au cours des premiers ateliers M.H bien que consciencieux dans les activités proposées semblait peu à l'aise dans le groupe. Nous avons noté un changement dans ses attitudes au fil des ateliers : plus détendu, plus souriant et naturel dans ses mimiques. M.H a également pris confiance en lui dans ses interactions avec les autres. En l'état actuel, les changements que nous avons constatés nous suggèrent que les ateliers ont permis à M.H d'augmenter ses interactions sociales et de prendre du plaisir à écouter de la musique.

QUALITE DE VIE :

Questionnaire au patient (partie 2)

MH était très motivé à venir aux ateliers d'écoute musicale et a pris beaucoup de plaisir à y participer. Il écoute autant de musique qu'avant mais prend plus de plaisir à cette activité. Les ateliers n'ont cependant pas eu d'impacts sur l'envie de reprendre une activité collective, MH ayant déjà repris une activité de groupe. Il a trouvé l'ambiance du groupe détendue mais soulève le comportement « inapproprié » d'un patient. Il a

particulièrement aimé les ateliers pour « écouter de la musique » et « être en groupe ». Il appréciait moins les temps d'échanges.

QUALITE DE VIE :

Questionnaire au personnel (parties 1 et 2)

Observations issues de deux questionnaires.

Le personnel soignant s'accorde à dire que M.H manifeste moins de signes d'anxiété et qu'il est plus concentré lors d'une tâche à effectuer.

Conclusion : Les données recueillies mettent en évidence une amélioration de la qualité de vie en relation avec un gain d'autonomie et la reprise de certaines activités qui tenaient à cœur à M.H. On note aussi une amélioration des capacités mnésiques et de la concentration, observations signalées par le personnel soignant et par le patient. En outre, MH semble aborder ses troubles du langage plus sereinement qu'il y a deux mois et être globalement moins anxieux. Du point de vue du patient, les ateliers furent une expérience très positive pour laquelle il a apprécié « l'ambiance » et le « bruit agréable ».

2.3 M.V

COMMUNICATION :

TLC

	Première évaluation	Deuxième évaluation
	Score global : 62.22/100	Score global : 69.74/100
<u>Attention et motivation à la communication</u>	Score : 5/6 Une attention et motivation à la communication présentes. M.V s'engage facilement dans l'interaction et il est attentif à son interlocuteur.	Score : 5/6 L'implication interactionnelle du sujet est similaire à celle de la première évaluation.
<u>Communication verbale</u>	Score : 10/30 Une communication verbale perturbée	Score : 13/30 La communication verbale reste

	<p>notamment dans son versant expression. Le discours est caractérisé par des mots ou tournures de prédilection, un manque du mot, quelques paraphasies et un agrammatisme ce qui impacte et réduit fortement l'informativité. En situation de manque du mot, MV s'énerve puis se décourage et finit par se braquer. Concernant la compréhension verbale, la résolution lexicale est bonne mais on doute des capacités de résolution phrastique. Sur le plan pragmatique, le thème de l'échange est maintenu et M.V semble prendre en compte son interlocuteur bien qu'il ne puisse apporter de nouvelles informations ou ajuster son discours lorsque l'interlocuteur signale des difficultés de compréhension</p>	<p>perturbée dans son versant expression. On remarque une légère amélioration concernant l'informativité du discours avec des paraphasies moins nombreuses. M.V se braque moins en situation de manque du mot et on remarque une nette diminution des persévérations verbales comparé à la première évaluation. Pas de changements notables concernant les capacités de compréhension verbale. Sur le plan pragmatique il semble davantage tenir compte de son interlocuteur avec un discours plus adapté à l'autre. Quelques rares reformulations sont possibles.</p>
<p><u>Communication non verbale</u></p>	<p>Score : 24/30 La communication non verbale est efficace et fonctionnelle. La compréhension des signes non verbaux est bonne ; seul un item est échoué. M.V est naturellement expressif et utilise des gestes, mimiques, des feed-back non verbaux et expressions faciales pour communiquer. La pragmatique interactionnelle est respectée. Le patient a facilement recours aux gestes d'action, d'utilisation d'objets, à la désignation en situation de PACE notamment pour compenser un manque du mot. Un léger trouble de l'exécution est remarqué limitant parfois la compréhension. Les réajustements sont en revanche impossibles et M.V se braque avec des persévérations gestuelles.</p>	<p>Score : 28/30 La communication non verbale est toujours efficace et M.V y a davantage recours. Pas de changement concernant le versant compréhension, les expressions faciales et la pragmatique interactionnelle. M.V utilise volontiers le canal non verbal et outre la prise en compte son interlocuteur, peut aussi ajuster ses propositions non verbales. Le léger trouble de l'exécution est retrouvé mais n'a pour cette passation pas entravé la compréhension. Les situations de blocage sont moins nombreuses et ne font pas systématiquement suite aux persévérations verbales ou gestuelles comme lors de la première évaluation.</p>

COMMUNICATION :

Observations cliniques des thérapeutes au cours des ateliers

Les compétences communicationnelles ont été très fluctuantes chez ce participant et étaient en partie fonction des musiques diffusées et du thème musical.

M.V fut très réceptif et communicant lors des premiers ateliers. Nous notions déjà une évolution entre le premier et le second atelier avec une diminution des persévérations verbales et gestuelles et une augmentation de l'appétence à communiquer. M.V était encouragé par les autres patients en cas de manque du mot et admiré pour sa rapidité à identifier les musiques. Nous sentions la motivation pour avoir une parole intelligible par l'effort pour répéter correctement le nom des artistes. M.V était alors dans une bonne dynamique de travail : ce fut les séances « avec ».

A contrario M.V est capable de se replier complètement et de ne rien exprimer au cours d'un atelier. L'appétence à la communication est alors absente au point qu'il ne peut même verbaliser le fait qu'il n'apprécie pas une musique.

COMMUNICATION :

Questionnaire au patient (partie 2)

Sur le plan de la communication, les ateliers ont permis à MV d'être plus à l'aise pour communiquer et lui ont donné envie de rencontrer de nouvelles personnes. Bien que les ateliers lui aient semblé modérément utiles dans sa rééducation il les conseillera à d'autres personnes ayant fait un AVC.

COMMUNICATION

Questionnaire au personnel (partie 3)

Observations issues de quatre questionnaires.

Les thérapeutes constatent une amélioration concernant la communication non verbale avec une augmentation des mimiques, sourires et regards ainsi qu'une hausse des interactions avec les autres patients.

Conclusion : Des points positifs sont observés avec une diminution des persévérations verbales et gestuelles et une meilleure gestion des situations de manque du mot. Les ateliers ont aidé M.V à être plus à l'aise pour communiquer et lui ont donné envie de rencontrer de nouvelles personnes. Le personnel soignant évoque d'ailleurs une hausse des interactions de M.V avec les autres patients. Il est toutefois nécessaire de signaler la fluctuation des performances et attitudes communicationnelles de M.V d'un atelier à l'autre, très en lien avec la préférence

musicale du patient.

QUALITE DE VIE : SIP-65	
Première évaluation	Deuxième évaluation
<p>Score d'altération de la qualité de vie de 47% avec 28 items répondus vrai sur 59 items renseignés.</p> <p>La qualité de vie est altérée de manière générale. Physiquement M.V se plaint des séquelles motrices sur son bras droit et de la gêne occasionnée au quotidien. Ses difficultés de communication ont un fort retentissement sur son humeur et dans son quotidien. Effectivement M.V reste seul la plupart du temps, évite les sorties à l'extérieur, voit moins ses amis et a tendance à être plus nerveux et irritable. Les occupations à la maison et au jardin sont moindres et M.V nous affirme ne plus du tout passer de temps à ses loisirs à la maison ou en extérieur.</p>	<p>Score d'altération de la qualité de vie de 51% avec 28 items répondus vrai sur 55 items renseignés.</p> <p>On note une légère dégradation du ressenti de la qualité de vie. Le profil général reste analogue à celui de la première évaluation avec des plaintes ciblées sur les séquelles motrices et langagières. Une notion de fatigabilité associée à une baisse de la qualité du sommeil est à ce jour mentionnée par le patient. En outre, M.V semble davantage socialement isolé avec 3 items supplémentaires répondus « vrai » pour la rubriques « relation avec les proches ». Une note positive est toutefois remarquable concernant l'état psychique puisque M.V se dit être moins nerveux et moins irrité.</p>

QUALITE DE VIE : Observations cliniques des thérapeutes au cours des ateliers
<p>Tout comme le versant communication, l'impact sur la qualité de vie a été très fluctuant. M.V nous a paru pour certains ateliers d'humeur joyeuse, souriant et heureux de participer aux ateliers. Avant même le début de l'atelier il exprimait verbalement sa motivation à venir au groupe. Au cours des ateliers M.V frappait le rythme des musiques et prenait plaisir à chanter.</p> <p>En revanche M.V a aussi fait preuve d'une humeur négative et de propos abouliques. Il était alors passif au cours des ateliers fermait les yeux et n'exprimait aucun signe d'humeur positive.</p>

QUALITE DE VIE :

Questionnaire au patient (partie 2)

M.V s'est dit être motivé à se rendre aux ateliers mais le plaisir était variable selon les musiques diffusées. L'ambiance lui a paru conviviale et ce qu'il appréciait le plus était l'écoute de musique. Selon lui les ateliers lui ont permis d'être d'humeur plus joyeuse, moins anxieux et plus détendu.

QUALITE DE VIE :

Questionnaire au personnel (parties 1 et 2)

Observations issues de quatre questionnaires.

Le personnel soignant constate que M.V est d'humeur plus joyeuse, sourit davantage et paraît plus détendu. Un thérapeute observe également que le patient chantonne plus qu'auparavant.

Conclusion : Une légère baisse du niveau de qualité de vie est mise en évidence par le SIP-65 en raison d'une recrudescence de la fatigabilité et de l'isolement social. Les ateliers semblent toutefois avoir été bénéfiques sur l'humeur, la nervosité et l'anxiété du patient, observations recueillies via l'ensemble de nos outils. Globalement, M.V a beaucoup apprécié les ateliers d'écoute mais comme pour l'indicateur communication son humeur et état psychique étaient très variables d'une séance à l'autre.

2.4 Mlle.S

COMMUNICATION :

TLC

	Première évaluation	Deuxième évaluation
	Score global : 66,73/100	Score global : 69.56/100

<p><u>Attention et motivation à la communication</u></p>	<p>Score : 4/6</p> <p>Une attention et motivation à la communication bien présente. (4/6) Mlle.S est investie dans l'interaction et souhaite communiquer avec l'autre. Cependant l'attention à l'interlocuteur n'est pas constante ce qui perturbe l'échange.</p>	<p>Score : 5/6</p> <p>Remarques similaires à celles observées lors de la première passation du TLC.</p>
<p><u>Communication verbale</u></p>	<p>Score : 16/30</p> <p>Une communication verbale perturbée par un discours logorrhéique et une perte d'intelligibilité de la parole. Le discours manque en informativité et en pertinence : la patiente digresse, les informations nouvelles sont sans rapport logique, non cohérentes avec le thème initial, le discours est peu organisé et ne tient pas compte des connaissances de l'interlocuteur. Le discours est très dichotomique et il est difficile pour la jeune femme d'argumenter. Les capacités de compréhension verbale semblent préservées en particulier pour la résolution lexicale situation de PACE.</p>	<p>Score : 18/30</p> <p>La problématique concernant la communication verbale de Mlle.S est identique à celle mise en exergue lors de la première phase d'évaluation : le débit est logorrhéique et le discours contient de nombreuses digressions. Contrairement à ce qui avait été observé lors de notre première entrevue, Mlle.S nous fait part à plusieurs reprises de ses difficultés de compréhension par le biais de feed-back verbaux (demande de reformulation ou d'explication de certains termes inconnus).</p>
<p><u>Communication non verbale</u></p>	<p>Score : 21/30</p> <p>Une communication non verbale efficace mais non spontanée. Mlle.S comprend les signes non verbaux et les utilise à bon escient en situation de PACE. Cependant la communication non verbale est spontanément peu présente et la patiente manifeste peu de mimiques, gestes, expressions faciales... D'une manière générale, la communication non verbale est légèrement perturbée avec une prise en compte de l'interlocuteur limitée et un défaut d'ajustement en cas d'incompréhension.</p>	<p>Score : 22/30</p> <p>Le profil de Mlle.S concernant sa communication non verbale est semblable à celui établi trois mois auparavant. La communication non verbale de la patiente est efficace mais légèrement perturbée dans la prise en compte de l'interlocuteur. Lors de cette deuxième passation du TLC, Mlle.S a spontanément recours à la communication non verbale.</p>

COMMUNICATION :

Observations cliniques des thérapeutes au cours des ateliers

Malgré sa logorrhée, Mlle.S est une participante discrète et peu expressive (verbalement et non verbalement) lors des activités proposées pendant les ateliers. De manière générale, elle initie peu le dialogue. Lors des premières séances de groupe, Mlle.S ne semble pas toujours bien comprendre le sens des consignes énoncées oralement et, de ce fait, répond parfois de façon inappropriée à nos sollicitations. Au fil des ateliers, nous avons constaté une amélioration de sa compréhension des consignes (en lien avec un gain attentionnel ?).

COMMUNICATION :

Questionnaire au patient (partie 2)

Les réponses rapportées par Mlle.S lors de la passation du « questionnaire au patient » ne mettent pas en évidence d'amélioration en ce qui concerne sa communication. Les ateliers d'écoute musicale lui ont néanmoins donné envie de rencontrer de nouvelles personnes. Bien que les ateliers lui aient semblé modérément utiles dans sa rééducation, Mlle.S les conseillerait beaucoup à d'autres personnes ayant fait un AVC.

COMMUNICATION

Questionnaire au personnel (partie 3)

Observations issues de quatre questionnaires.

Les avis des thérapeutes quant à la communication et aux interactions sociales de Mlle.S nous permettent de mettre en évidence une évolution positive dans ce domaine. Le discours de Mlle.S semble plus informatif et cohérent. En outre, une amélioration de la compréhension (des consignes et lors d'une conversation) a été constatée par le personnel soignant. Mlle.S semble également interagir davantage avec les autres patients.

Conclusion : Mlle.S utilise plus de feed-back verbaux et a spontanément recours à la communication non verbale lors de la seconde passation du TLC. En outre, les résultats recueillis aux questionnaires à destination du personnel soignant ainsi que les observations cliniques des thérapeutes lors des ateliers mettent en évidence une amélioration de sa compréhension (des consignes et lors d'une conversation). Selon

certains professionnels, son discours est également plus informatif et cohérent. La patiente, quant à elle, ne rapporte aucun signe d'évolution concernant sa communication en lien avec les ateliers d'écoute musicale mais affirme lors de la passation du SIP-65 (détaillée ci-dessous) avoir désormais moins de difficultés pour communiquer et se faire comprendre par des interlocuteurs qu'elle connaît peu.

QUALITE DE VIE :	
SIP-65	
Première évaluation	Deuxième évaluation
<p>Score d'altération de la qualité de vie de 55% avec 24 items répondus vrai sur 43 items renseignés.</p> <p>La qualité de vie est principalement altérée en raison du handicap physique et moteur comme en témoignent les plaintes à propos de son hémiplégie et de son apparence physique (craniotomie). Mlle.S se trouve également ralentie sur le plan cognitif (mémoire, concentration) et elle mentionne avoir des difficultés pour communiquer avec les autres. Elle apprécie recevoir de la visite et souhaiterait davantage voir ses amis. L'état psychique et l'humeur sont affectés : baisse de l'estime de soi, irritabilité, difficulté pour se projeter.</p>	<p>Score d'altération de la qualité de vie de 51% avec 22 items répondus vrai sur 43 items renseignés.</p> <p>La qualité de vie de Mlle.S s'est très légèrement améliorée depuis la première phase d'évaluation. Il semblerait que Mlle.S soit moins fatigable et puisse gérer seule certaines situations quotidiennes comme monter en voiture ou faire sa toilette. En outre, elle affirme avoir moins de difficultés pour communiquer et se faire comprendre par des interlocuteurs qu'elle connaît peu.</p>

QUALITE DE VIE :
Observations cliniques des thérapeutes au cours des ateliers
<p>Une évolution positive des capacités attentionnelles de Mlle.S a été mise en évidence au fil des ateliers (moins de signes de fatigue et stabilité motrice possible lors des dernières séances). La plupart du temps, Mlle.S était souriante et manifestait un intérêt certain à se rendre aux ateliers d'écoute musicale. Lors de la diffusion des extraits musicaux, il était fréquent que la patiente chantonne spontanément et frappe du pied au rythme des musiques. Mlle.S nous a confié à plusieurs reprises ne pas connaître toutes les musiques mais « écouter et bien aimer quand même ».</p>

QUALITE DE VIE :

Questionnaire au patient (partie 2)

Les ateliers d'écoute musicale ont incité Mlle.S. à écouter de la musique plus souvent. De plus, ils lui ont donné envie de faire davantage d'activités et de rencontrer de nouvelles personnes. Selon elle, ses capacités de concentration se sont légèrement améliorées. « Quand est-ce qu'on recommence à écouter de la musique ? » finit-elle.

QUALITE DE VIE :

Questionnaire au personnel (parties 1 et 2)

Informations issues de quatre questionnaires.

Les thérapeutes sont quasiment unanimes pour affirmer que les capacités mnésiques et attentionnelles de Mlle.S se sont améliorées. En revanche, les avis divergents de l'équipe concernant l'état somato-psychologique de la patiente ne nous permettent pas mettre en évidence de réelle amélioration dans ce domaine. La patiente semble toutefois d'humeur plus joyeuse et sourit davantage.

Conclusion : Une légère amélioration de la qualité de vie est mise en évidence par le SIP-65 en raison d'une régression du niveau de fatigabilité de Mlle.S ainsi que de légers progrès physiques et moteurs. La patiente, les professionnels de santé et les observations cliniques des thérapeutes au cours des ateliers d'écoute musicale rapportent de façon quasiment unanime une amélioration des capacités mnésiques et attentionnelle de Mlle.S. Du point de vue de la patiente, les ateliers furent une expérience très positive qu'elle conseillerait vivement à d'autres patients. Cela a suscité chez elle l'envie de rencontrer de nouvelles personnes et d'écouter de la musique plus souvent. Mlle.S participerait avec plaisir à d'autres activités de groupe proposées dans l'enceinte de l'hôpital.

2.5 M.M

Ce patient n'a pas été inclus dans notre étude car il ne respectait pas certains critères d'inclusion. Nous avons tout de même recueilli son point de vue concernant l'organisation des ateliers en tant que membre du groupe. M.M a d'ailleurs été évalué au même titre que les autres patients. Bien que nous ne puissions tenir compte de ses résultats dans nos conclusions finales, ceux-ci viennent soutenir les tendances observées chez nos quatre autres participants.

M.M a davantage recours à la communication non verbale lors de la seconde passation du TLC. Ce test met en évidence de bonnes performances communicationnelles chez le patient. Selon certains professionnels de santé, M.M est désormais plus prolixe et ses temps de parole sont plus longs. M.M semble avoir noué des relations amicales par l'intermédiaire du groupe et interagit davantage avec les autres patients. Les observations cliniques des thérapeutes lors des ateliers d'écoute musicale ne concluent pas en une évolution concernant la communication de ce patient. M.M est égal à lui-même tout au long des ateliers : volubile et spontané. Le questionnaire à destination du patient ne relate pas non plus d'éléments précis en ce qui concerne la communication. M.M n'est pas gêné pour interagir avec autrui.

Les résultats obtenus au SIP-65 ne mettent pas en évidence d'amélioration de la qualité de vie du patient. Néanmoins, des signes positifs concernant l'humeur du patient ont été observés au cours des ateliers. De plus, M.M a trouvé des intérêts personnels à se rendre aux ateliers d'écoute musicale et mentionne essentiellement des impacts positifs sur son humeur. L'avis des professionnels de santé corrobore avec celui du patient et des observations cliniques des thérapeutes au cours des ateliers. De manière générale, M.M est également plus relaxé, dynamique et motivé.

DISCUSSION

CHAPITRE 1. Tentative de validation des hypothèses

Les résultats venant d'une population réduite le traitement des hypothèses est lié à des observations particulières. Une toute autre interprétation pourrait être faite avec une population plus large ou constituée différemment.

Nous proposons de rappeler chaque hypothèse avant de tenter d'y répondre.

Hypothèse 1 : Il est possible de mettre en place l'écoute musicale en modalité collective via des ateliers d'écoute musicale en groupe.

La mise en place et l'organisation des ateliers que nous nous sommes attelées à proposer à travers ce projet constituent une façon d'introduire l'écoute musicale en modalité collective dans un contexte bien spécifique. Les données recueillies via le questionnaire à destination des patients ont mis en évidence des résultats globalement positifs concernant l'organisation des ateliers. Un patient a toutefois jugé insatisfaisant le nombre de participants en référence à l'effectif réduit de certains ateliers (trois participants). Un autre patient a manifesté son insatisfaction relative au genre de musique diffusé. Ce dernier constat constitue en effet le principal écueil de notre projet et corrobore avec nos résultats concernant le respect des modalités théoriques dans la mise en pratique : deux modalités sur huit dont celle concernant le choix des musiques selon les goûts musicaux n'ont été que partiellement respectées. Bien que des écueils puissent être soulevés, les résultats et nos observations sont globalement positifs et encourageants indiquant qu'il est possible de mettre en place l'écoute musicale en modalité collective via des ateliers d'écoute musicale.

Cette hypothèse est donc validée.

Hypothèse 2 : Il est pertinent d'introduire l'écoute musicale via des ateliers car ceux-ci présentent un intérêt pour le patient.

- **Hypothèse 2a : les ateliers présentent un intérêt en termes de communication**

Tous les patients ont amélioré leurs compétences communicationnelles comme en témoignent une augmentation moyenne de 5.5 points au TLC, le point de vue des patients, celui du personnel soignant ainsi que les observations cliniques des thérapeutes au cours des ateliers. Globalement les patients initient et investissent plus les échanges, ont davantage recours à la communication non verbale et sont plus à l'aise pour communiquer. Cette première sous hypothèse est donc validée.

- **Hypothèse 2b : les ateliers présentent un intérêt en termes de qualité de vie**

Les résultats recueillis via le questionnaire à destination des patients, celui à destination du personnel soignant ainsi que les observations cliniques des thérapeutes au cours des ateliers attestent des impacts positifs des ateliers sur la qualité de vie des patients. Les ateliers auraient eu une incidence favorable sur l'humeur, le niveau d'anxiété des patients et leur auraient permis de nouer des relations sociales dans un cadre agréable. Néanmoins il est délicat d'apprécier cette incidence sur la qualité de vie sorti du contexte des ateliers d'écoute musicale. En effet, compte-tenu des résultats infructueux obtenus au SIP-65 pour deux patients, nous ne pouvons conclure avec exactitude en l'intérêt des ateliers sur la qualité de vie.

Cette seconde sous-hypothèse n'est donc que partiellement validée.

CHAPITRE 2. Réponse à la problématique

Pour rappel notre problématique était la suivante : étude de faisabilité concernant l'introduction de l'écoute musicale en modalité collective dans la rééducation orthophonique de la personne présentant des troubles communicationnels suite à un AVC ischémique.

Au vu de nos résultats, nous sommes à même de dire qu'il est possible d'introduire l'écoute musicale via des ateliers dans la prise en charge orthophonique post-AVC. Sur un plan pratique, le cadre hospitalier se prête tout à fait à la mise en place et à l'organisation de ce type de projet.

En outre, les résultats obtenus via nos différents outils indiquent que les ateliers présenteraient des intérêts pour le patient en termes de communication et de qualité de vie. Concernant la communication, les patients sont effectivement plus à l'aise pour communiquer et s'investissent davantage dans les interactions. Concernant la qualité de vie, les ateliers ont impacté à court terme sur l'humeur positive des patients et leur ont permis d'être moins anxieux. Ils ont également favorisé les interactions sociales.

CHAPITRE 3. Intérêts, limites et perspectives

3.1 Critiques de la mise en place du projet

La mise en place des ateliers et l'organisation que nous avons proposées forment un point positif de cette étude. Le projet d'ateliers d'écoute musicale fut bien accueilli par l'ensemble du personnel et les retours positifs des patients indiquent que ce projet pourrait être réinvesti dans d'autres établissements de soin de type structures hospitalières ou service de MPR. Toutefois nous signalons que la constitution d'un groupe de patients génère des changements d'emploi du temps des patients et du personnel soignant et qu'il est nécessaire d'anticiper ces aspects organisationnels. En outre, la mise en place d'ateliers requiert du temps et de l'investissement tant dans la préparation des séances que dans l'animation de celles-ci.

De plus, la réalité du terrain nous a montré qu'il est difficile de respecter les modalités théoriques mais que ces inconstances peuvent aussi promouvoir de nouvelles perspectives. Les études scientifiques qui constituent notre ancrage théorique se sont attelées à une population avec un délai post AVC inférieur à 6 mois. Or la pratique nous a montré que l'introduction de l'écoute musicale en modalité collective présentait des intérêts sur l'humeur et la communication pour l'ensemble des patients quel que soit le délai post-AVC.

3.2 Critiques de l'organisation des ateliers

L'organisation pratique a révélé les inconvénients et les limites de notre projet d'atelier. La satisfaction de chacun à propos des goûts musicaux s'avère être difficile à respecter. Or l'expérience nous a montré que la préférence musicale pouvait être un critère déterminant de l'implication d'un patient d'une séance à l'autre. Ces désagréments peuvent être anticipés et limités via le questionnaire sur les goûts musicaux en amont des ateliers. Les données recueillies s'avèrent effectivement utiles pour créer les ateliers et trouver un équilibre dans le choix des musiques diffusées. Ces données sont tout aussi précieuses pour s'adapter en séance afin d'obtenir l'attention d'un patient momentanément plus en retrait par exemple.

Notre expérience nous a aussi exposé le cas d'un patient très sensible à la préférence musicale et dont l'écoute de musique non appréciée génèrait des comportements inadaptés dans le groupe et/ou un désinvestissement du patient lui-même. La manière la plus évidente pour résoudre ce problème serait de constituer les groupes selon les goûts musicaux des participants, solution qui semble peu concevable en pratique. Avec le recul nous pensons qu'il est donc nécessaire de s'assurer que chaque patient tolère l'écoute de musique non forcément appréciée par respect pour les goûts musicaux des autres.

Quant à l'expérience du groupe, la divergence des profils concernant le délai post-AVC, l'âge, le sexe, le degré d'atteinte, les goûts musicaux a mis en avant les bénéfices et les limites de l'hétérogénéité d'un groupe. La diversité de notre groupe a montré des bienfaits pour tous en raison des différences interindividuelles : associations de compétences, confrontations des goûts musicaux entre autres. Ces divergences de profils ont également permis à certains participants de nouer des liens par affinités, elles ont a contrario sans doute favorisé le clivage d'autres participants. Il serait intéressant d'explorer le déroulement et la nature des interactions dans le cas d'un groupe au profil général plus homogène.

3.3 Critiques de la méthode d'évaluation des intérêts des patients

Aussi, notre méthode d'évaluation des intérêts pour le patient peut être discutée. Son point fort réside en la complémentarité des outils employés. Ces derniers nous permettent en effet de recueillir des données quantitatives et des données qualitatives selon différents points de vue : celui du patient, celui du personnel soignant et le nôtre. Ainsi, nous sommes plus à même de juger de la portée et de la signification des progrès constatés. Dans la présente étude, les ateliers mis en place sont à concevoir comme complémentaires de la prise en charge orthophonique individuelle. Cependant cette prise en charge individuelle en parallèle constitue une limite à notre étude puisqu'il nous est difficile de déterminer dans quelle mesure les ateliers ont contribué aux résultats obtenus. Afin de définir le bienfondé de l'intérêt de ces ateliers il serait nécessaire de réaliser une étude comparative entre d'une part un groupe de patients ayant une prise en charge classique couplée avec les ateliers, d'autre part un groupe témoin ayant une prise en charge individuelle seule.

De plus, nous constatons qu'il est difficile d'avoir une vision objective de l'avancement du projet, d'être à la fois "dehors" et "dedans". Notre part de subjectivité et la connaissance

que nous avons des patients ont tantôt été des atouts, tantôt des biais dans cette étude. Elles nous ont effectivement aidées à qualifier les évolutions des patients et à mener des interprétations plus justes en références aux échanges et au temps passé ensemble. En revanche elles ont pu influencer notre jugement concernant la phase évaluation 2, notamment pour la cotation du TLC qui s'effectue à l'appréciation de l'examineur.

3.4 Critiques des résultats quant aux intérêts des ateliers pour le patient

Bien que nous soyons prudentes sur l'interprétation des résultats, la présente étude expose des intérêts pour les patients. Des bénéfices communs sont effectivement remarqués concernant la communication et la qualité de vie et d'autres apports ont été décelés à l'échelle individuelle. Afin de rendre ces résultats plus significatifs et généralisables une étude sur un plus grand nombre de patients serait souhaitable. Néanmoins les changements positifs constatés s'inscrivent pour certains patients davantage comme des tendances que des changements avérés, deux de nos patients n'ayant pu participer qu'à six ateliers. Leur présence à des ateliers supplémentaires aurait sans doute permis de confirmer ces tendances et d'approfondir nos investigations.

De plus, des facteurs externes viennent pondérer nos résultats. Effectivement deux patients se situent au début des ateliers à un délai post-AVC de 5 mois pour l'un et de 6 mois 17 jours pour l'autre. Nous devons donc envisager que le processus de récupération spontanée ait également œuvré dans l'amélioration des compétences communicationnelles. Concernant la qualité de vie, cet indicateur est fortement dépendant de facteurs externes à la prise en charge dont nous n'avons pas toujours connaissance. Pour l'heure, seules les données recueillies dans le questionnaire au patient nous permettent d'attester les impacts positifs à court terme des ateliers sur l'humeur, l'anxiété et les aspects sociaux. Les résultats chiffrés obtenus au SIP-65 à propos de la qualité de vie au quotidien doivent quant à eux être interprétés avec prudence.

3.5 Considérations générales

La présente étude présente l'intérêt d'explorer de nouvelles perspectives dans la rééducation de la personne ayant présenté un AVC en proposant une approche orthophonique originale. L'introduction de l'écoute musicale est effectivement novatrice dans ce domaine et permet d'allier le plaisir de la musique à l'utilité de la rééducation. Les ateliers d'écoute, outre les potentiels intérêts sur la communication et la qualité de vie, constituent donc un enrichissement de l'environnement thérapeutique, une plus-value en termes de stimulations et d'aspects socio-relationnels. Ces ateliers peuvent également redynamiser la rééducation d'un patient et l'aider à réinvestir une prise en charge de longue durée.

Dans cette étude nous avons fait le choix d'introduire l'écoute musicale en modalité collective via des ateliers d'écoute. Bien que ce projet présente des aspects positifs nous sommes à même de penser que d'autres modalités d'introduction seraient intéressantes à investiguer. Avec du recul nous pensons qu'une pré-étude aurait été intéressante afin de mesurer les besoins réels, les attentes et la pertinence de la mise en place de ce projet. Afin de ne pas induire de biais nous avons pris le parti de ne pas conduire des activités orientées sur la communication ou le langage. Ainsi nous pouvons imputer nos résultats au fait d'écouter de la musique en groupe et non à des activités de communication connexes. A présent, la perspective de coupler ces activités d'écoute à des activités ciblées sur le langage et la communication permettrait de diversifier les activités tout en investiguant le versant langage. Aussi nous pensons que l'écoute musicale pourrait également être introduite en modalité individuelle en phase de pré-stimulation ou en tant que support de rééducation en séance individuelle par exemple. Au vu de notre expérience, cette perspective pourrait convenir à des patients de nature introvertie, mal à l'aise en groupe, ayant des goûts musicaux particuliers ou présentant des comportements inadaptés dans un groupe.

CONCLUSION

Les prémices de cette étude émanent du constat qu'il existe un lien entre la musique et le langage et que ce lien pourrait être exploité, à l'instar de la TMR, dans la neuro-réhabilitation des personnes ayant présenté un AVC. Les impacts positifs générés par l'écoute musicale dans la récupération post-AVC nous ont amené à considérer spécifiquement ce versant. Nous nous demandions comment l'écoute musicale pouvait être introduite dans la rééducation orthophonique de la personne ayant subi un AVC. Eu égard aux avantages des prises en charge de groupe pour les patients en difficultés de communication et aux impacts positifs de l'écoute musicale, la perspective de corréliser modalité collective et écoute musicale nous a semblé être une réponse pertinente. Cette perspective fut envisagée, non comme méthode de rééducation alternative, mais bien comme complémentaire de la prise en charge orthophonique individuelle. Ainsi, nous nous sommes proposé d'étudier la faisabilité de l'écoute musicale en modalité collective dans la prise en charge orthophonique de la personne présentant des troubles communicationnels suite à un AVC ischémique.

La finalité de notre projet était donc de conclure en la possibilité de sa mise en place et en ses intérêts pour le patient. Pour ce faire nous nous sommes fixé deux objectifs : mettre en place des ateliers d'écoute musicale dans la rééducation orthophonique des patients ayant présenté un AVC et évaluer les intérêts de ces ateliers en termes de communication et de qualité de vie. En vue de satisfaire ces objectifs, nous avons créée et menée huit ateliers d'écoute musicale auprès d'un groupe de cinq patients donc quatre participants à notre étude. Ces ateliers ont été pensés, organisés en regard de nos assises théoriques puis évalués, moyennant l'utilisation d'outils existants et la création de certains.

La grille de comparaison entre modalités théoriques préconisées et respect de ces modalités en pratique, le questionnaire au patient (partie 1) et les observations des thérapeutes relatives au déroulement général du projet constituent notre boîte à outils pour évaluer la mise en place et l'organisation des ateliers. Les données recueillies nous stipulent qu'il est possible d'introduire l'écoute musicale dans la rééducation orthophonique post AVC via des ateliers d'écoute comme cela a été réalisé dans notre étude. Ainsi, la coopération des protagonistes, l'anticipation et la prise en compte des besoins et disponibilités de chaque patient conditionnent selon nous la réussite du projet. En regard des quelques écueils

soulevés concernant l'effectif du groupe et la question des goûts musicaux nous pensons que des modifications pourraient être faites à ce propos.

Le SIP-65, le TLC, les questionnaires à destination du personnel soignant, ceux à destination des patients (partie 2) ainsi que les observations cliniques des thérapeutes au cours des ateliers furent quant à eux nos outils pour apprécier la pertinence des ateliers d'écoute musicale en termes d'intérêts pour les patients. Les résultats recueillis mettent en exergue une amélioration des compétences communicationnelles des patients. De manière générale, ils initient et investissent plus les échanges, ont davantage recours à la communication non verbale et ont gagné en aisance pour communiquer. Des impacts positifs ont également été constatés sur la qualité de vie : l'ensemble des patients évoquent une amélioration de l'humeur, une baisse du niveau d'anxiété et un bien-être social directement liées à la participation aux ateliers. Ces impacts ne peuvent toutefois être mis en évidence sortis du contexte des ateliers, comme en attestent la diminution des scores du SIP-65 sur la qualité de vie au quotidien pour deux participants.

Rappelons, néanmoins, que ces remarques finales sont assorties de réserves. Du fait d'un faible effectif, les résultats ne peuvent être généralisables et il serait nécessaire d'envisager cette étude sur une population plus conséquente pour juger de leur valeur. De plus, nous ne pouvons que relativiser certains résultats en raison des biais méthodologiques intrinsèques à l'étude et de certains facteurs externes à savoir : implication du processus de récupération spontanée, maintien de la rééducation orthophonique en individuel parallèlement aux ateliers, facteurs externes concourant aux changements de la qualité de vie, part de subjectivité des examinateurs.

Au-delà des intérêts et des limites que comporte cette étude, nous pensons que ce projet d'ateliers d'écoute musicale témoigne d'une expérience de groupe originale au sein d'un établissement de soin, la musique étant un support peu conventionnel. Ce projet nous paraît intéressant d'une part pour la pratique orthophonique par l'exploration de nouvelles perspectives de rééducation de groupe post-AVC, d'autre part pour les patients par la proposition d'ateliers joignant l'utile à l'agréable. En outre, cette étude soulève la question de la routine thérapeutique de certains patients et de l'apport de ce type de prise en charge en

termes de re-dynamisme et réinvestissement de la rééducation.

D'un point de vue personnel et professionnel, ce travail nous a permis de mieux connaître et comprendre le patient aphasique, ses troubles de la communication, ses difficultés quotidiennes et son vécu des troubles. Notre rencontre avec les patients fut très enrichissante tant dans nos rendez-vous collectifs que lors des entretiens individuels ; elle nourrit notre pratique et forge un peu plus notre œil clinique.

Outre cette expérience humaine, cette étude aura également eu l'intérêt de nous heurter à la complexité de créer et de mener un projet, le cas échéant dans un établissement de soins. Qu'il s'agisse de la mise en place ou du déroulement des ateliers, nos capacités d'organisation auront été mises à l'épreuve. Nous ressortons grandies de cette expérience et aguerries pour celles à venir. Aussi, la démarche scientifique à laquelle nous avons été initiées à travers ce mémoire constitue de solides racines dans notre formation professionnelle. Nous retiendrons de ce travail, la démarche argumentative que nous avons tenté d'appliquer tout au long de ce projet, la rigueur, la réflexion et les remises en questions qu'elle implique ; de précieuses pierres à l'édification de notre identité professionnelle.

Enfin, nous espérons que l'approche originale de l'introduction de l'écoute musicale en modalité collective dans la prise en charge orthophonique post-AVC que nous avons présentée dans ce mémoire éveillera l'intérêt de nos lecteurs et suscitera de nouvelles réflexions dans le domaine des prises en charge orthophoniques.

Bibliographie

Ouvrages imprimés

BIGAND E, HABIB M, BRUN V. *Musique et cerveau*. Montpellier : Sauramps Medical, 2012, 135 pages.

BIGAND E. *Le cerveau mélomane*. Paris : Belin, 2013, 199 pages.

BERNICOT J, TROGNON A, GUIDETTI M, MUSIOL M. *Pragmatique et psychologie*. Ed Presses Universitaires de Nancy ; 2002.

BOULENGER JP, LEPINE JP. *Les troubles anxieux*. Paris : Lavoisier, 2014, 328 pages.

BRIN-HENRY F, COURRIER C, LEDERLE E, MASY V. *Dictionnaire d'Orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition, 2011, 303 pages.

DE BOISSEZON X, FORGER J, PELISSIER J. *Imagerie cérébrale fonctionnelle et prise en charge thérapeutique de l'aphasie. Imagerie cérébrale fonctionnelle et rééducation*. Paris : Masson, 2006, 155 pages.

CARRE A. *Musique et handicap*. Courlay : Fuzeau, 2006, 146 pages.

CARRE A. *Musique à l'hôpital*. Ed Fuzeau ; 2009, 176 pages.

JEANNEROD M, HECAEN H. *Adaptation et restauration des fonctions nerveuses*. Villeurbanne : Simep, 1979, 379 pages.

LECOURT E. *La musicothérapie : synthèse d'introduction et de référence pour découvrir les vertus thérapeutiques de la musique*. Paris : Eyrolles, 2014, 194 pages.

ROCH LECOURE A, LHERMITTE F. *L'aphasie*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1979, 657 pages.

MAZAUX JM, DE BOISSEZON X, PRADAT-DIEHL P, BRUN V. *Communiquer malgré l'aphasie*.

Montpellier : Sauramps Médical, 2014, 179 pages.

MAZAUX JM, PRADAT-DIEHL P, BRUN V. *Aphasies et aphasiques*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007, 324 pages.

RIBIERE-RAVERLAT J. *Développer les capacités d'écoute à l'école : écoute musicale, écoute des langues*. Vandôme : PUF, 1997, 207 pages.

RUSTIN L, KUHR A. *Troubles de la parole et des habiletés sociales*. Paris : Masson, 1992, 208 pages.

Chapitre dans un ouvrage imprimé

BENAIM C *et al.* Dépression et hémiplégie vasculaire. In : PELISSIER J, BUSSEL B, BRUN V. *Innovation thérapeutique et hémiplégie vasculaire*. Paris : Masson, 2005 : 111-7.

PRADAT-DIEHL P, SCHNITZLER A, TESSIER C, CHARDONNERAUX H, MAZEVET D. Des patients aphasiques peuvent reprendre une activité professionnelle. In : MAZAUX JM, PRADAT-DIEHL P, BRUN V, *Aphasies et aphasiques*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007, 324 pages.

DAVIET JC, MULLER F, STUIT A, DARRIGRAND B, MAZAUX JM. Des patients aphasiques peuvent reprendre une activité professionnelle. In : MAZAUX JM, PRADAT-DIEHL P, BRUN V, *Aphasies et aphasiques*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007, 324 pages.

Travaux universitaires

BRIONNE A. *L'Amusie : un type d'agnosie auditive singulier*, Mémoire en vu de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Audioprothésiste, Université Henri Poincaré Nancy I, 2010, 87 pages.

BUCHOT M, LE GOFF A. *Expérience d'un groupe de communication au sein d'un centre de rééducation fonctionnelle : évaluation de l'efficacité de cette rééducation pour des personnes aphasiques*. Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste, Université de Lille, soutenu en juin 2011, 199 pages.

DELACOURT A et WYRZYKOWSKY N. *Élaboration d'un bilan de communication destiné à l'adulte cérébrolésé. Normalisation et validation*. Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de

Capacité d'Orthophoniste, Université de Lille 2, 1999.

RUIZ S et VERGER J. *Effet de la musique sur les capacités cognitives des patients en état pauci-relationnel*. Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste, Université Claude Bernard Lyon1, soutenu le 27 juin 2013, 74 pages.

SARKAMO T. *Music in the recovering brain*. Thèse, Université d'Helsinki, soutenue le 18 mars 2011, 80 pages.

Articles de périodiques imprimés

BOUVIER B et al. A propos d'une expérience de rééducation en groupe des aphasiques. *Glossa* 1998 juin; volume 62 : [7 pages]

Articles de périodiques électroniques

ANTIC S, MOROVIC S, KES VB, ZAVOREO I, JURASIC MJ, DEMARIN V. Enhancement of stroke recovery by music. *Periodicum Biologorum* [en ligne], 2012, volume 114, [consulté le 03.03.15]. www.scijournal.org

BENAÏM C, PELISSIER J, PETIOT S, BAREIL M, FERRAT E, ROYER E, MILHAU D, HERISSON C. Un outil francophone de mesure de la qualité de vie de l'aphasique : le SIP-65. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, [en ligne], 2003, volume 46, [consulté le 21.10.14]. www.researchgate.net

BRADT J, MAGEE WL, DILEO C, WHEELER BL, MCGILLOWAY E. Music therapy for acquired brain injury. *The cochrane Library*, [en ligne], 2010 Juillet [consulté le 06.10.14]. www.onlinelibrary.wiley.com

BUTTET S. Les thérapies de groupe en aphasiologie. *Rééducation orthophonique*, [en ligne], 1999, volume 198, [consulté le 02.03.15]. www.scribd.com

COFEMER. Accident vasculaire cérébraux. 2005 Novembre [consulté le 16.03.15] ; module 9 ; question 113. www.cofemer.fr

DER AVAKIAN, MARKOU A. The neurobiology of anhedonia and other reward-related deficits.

Pubmed, [en ligne], 2012, 35(1) : 68-77, [consulté le 18.04.15]. www.pubmed.com

DONG SOO KIM, YOON GHIL PARK, JUNG HWA CHOI, SANG HEE IM, KANG JAE JUNG, YOUNG A CHA *et al.* Effects of music therapy on mood in stroke patients. *Yonsei Medical Journal*, [en ligne], 2011, volume 52, [consulté le 16.11.2015]. www.pubmed.com

ELMAN RJ. The Importance of Aphasia Group Treatment for Rebuilding Community and Health. *Top Langue Disorders [en ligne]*, 2007, volume 27, [consulté le 16.11.14]. <http://www.employees.org>

FORSBLOM A, LAITINEN S, SARKAMO T, TERVANIEMI N. Therapeutic Role of Music Listening in Stroke Rehabilitation. *Annals of the New York Academy of Sciences* [en ligne], 2009, volume 1169, [consulté le 18.02.15]. www.onlinelibrary.wiley.com/

FORSBLOM A. The effect of music and audio book listening on people recovering from stroke : the patient's point of view. *Music and Medicine*, [en ligne], 2010, volume, [consulté le 02.02.2015].

FORKEK SJ, THIEBAUT DE SCHOTTEN M, DELL'ACQUA F, KALRA L, MURPHY DG, WILLIAMS SC *et al.* Anatomical predictors of aphasia recovery : a tractography study of bilateral perisylvian language networks. *Brain a Journal of Neurology [en ligne]*, 2014, volume 137, [consulté le 02.03.15]. www.brain.oxfordjournals.org

GUETIN S, PORTET F, PICOT MC, POMMIE C, MESSAOUDI M, DJABELKIR L *et al.* Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia : randomised, controlled study. *Pubmed*, [en ligne], 2008, volume 28(1) : 36-46, [consulté le 02.10.2014]. www.pubmed.com

GUETIN S, SOUA B, VOIRIOT G, PICOT MC, HERISSON C. The effect of music therapy on mood and anxiety-depression : an observational study in institutionalised patients with traumatic brain injury. *Pubmed*, [en ligne], 2008, volume 52(1) : 30-40, [consulté le 24.09.2014]. www.pubmed.com

HETLAND L. Listening to music enhances spatial-temporal reasoning : Evidence for the "Mozart-Effect.". *The Journal of Aesthetic Education* [en ligne], 2010, volume 34, [consulté le 28.02.2015]. www.artsedsearch.org

HILARI K. The impact of stroke : are people with aphasia different to those without?, *Disabil Rehabil PubMed* [en ligne], 2010, volume 33, [consulté le 24.09.2014]. www.pubmed.com

HURKMANS J, BRUIJN M, BOONSTRA A, JONKERS R, BASTIAANSE R, ARENDZEN H *et al.* Music in the treatment of neurological language and speech disorders : A systematic review. *Aphasiology* [en ligne], 2014, volume 26 : 1, 1-19, [consulté le 24.09.2014]. www.tandfonline.com

KOELSCH S, GUNTER TC, WITTFOTH M, SAMMLER D. Interaction between Syntax Processing in Language and in Music : An ERP Study. *Journal of Cognitive Neuroscience* [en ligne], 2005, volume 17, [consulté le 02.03.15]. www.mitpressjournals.org

MORENO S. Can Music Influence Language and Cognition. *Contemporary Music Review* [en ligne], 2009, volume 29, [consulté le 6 octobre 2014]. www.tandfonline.com

MUSSO M, WEILLER C , KIEBEL S, MÜLLER SP , BÜLAU P, RIJNTJES M. Training-induced brain plasticity in aphasia. *Brain a Journal of Neurology*, [en ligne], 1999, volume 122, [consulté le 18.03.2015]. www.brain.oxfordjournals.org

NAYAK S, WHEELER BL, SHIFLETT LC, AGOSTINELLI S. Effect of Music Therapy on Mood and Social. Interaction Among Individuals With Acute. Traumatic Brain Injury and Stroke. *Web of sciences*, [en ligne], 2000, volume 45, [consulté le 06.10.2014]. www.webofscience.com

PATRY JF, ARINO C, BAILLEIL N, KELLER O, LAMARQUE J, LANEIGE C *et al.* Favoriser la communication des aphasiques par l'équipe soignante : place d'un atelier de communication. *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*, [en ligne], 2006, volume, [consulté le 15.01.2015]. <http://link.springer.com>

PERETZ I, LIDJI P. Une perspective biologique sur la nature de la musique. *Revue de Neuropsychologie*, [en ligne], 2006, volume 16, [consulté le 15.01.2015]. www.mcgill.ca

SALIMPOOR V, BENOVOY M, LARCHER K, DAGHER A, ZATORRE R. Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music. *Nature Neuroscience*, [en ligne], 2010, volume 14, [consulté le 03.02.2015]. www.nature.com

SARKAMO T, PIHKO E, LAITINEN S, FORSBLOM A, SOINILA S, MIKKONEN M *et al.* Music and speech listening enhance the recovery of early sensory processing after stroke. *Pubmed* [en ligne], 2010, volume 22(12) : 2716-27, [Consulté le 24.09.2014]. www.pubmed.com

SARKAMO T, TERVANIEMI M, LAITINEN S, FORSBLOM A, SOINILA S, MIKKONEN M *et al.* Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain* [en ligne], 2008, volume 131, 866-876 [consulté le 24.09.2014].

www.brain.oxfordjournals.org

SARKAMO T, RIPOLES P, VEPSÄLÄINEN H, AUTTI T, SILVENNOINEN HM, SALLI E *et al.* Structural changes induced by daily music listening in the recovering brain after middle cerebral artery stroke : a voxel-based morphometry study. *Pubmed* [en ligne], 2014, volume 8 : 245, [consulté le 06.10.2014]. www.pubmed.com

SCHELLENBERG EG, HALLAM S. Music listening and cognitive abilities in 10- and 11-year-olds : the blur effect. *Pubmed* [en ligne], 2005, volume 1060 : 202-9, [consulté le 03.03.2015].

www.pubmed.com

SCHLAUG G, WAN C, RUBER T, HOHMANN A. The Therapeutic Effects of Singing in Neurological Disorders. *Pubmed*, [en ligne], 2010, volume, 27(4) : 287-295, [consulté le 06.10.2014].

www.pubmed.com

SIEDLIECKI S, GOOD M. Effect of music on power, pain, depression and disability. *Journal of Advanced Nursing*, [en ligne], 2006, volume 54(5) : 553-562, [consulté le 02.11.2014].

www.hum.aau.dk

SIMMONS-STERN NR, BUDSON A, ALLY B. Music as a memory enhancer in patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, [en ligne], 2010, [consulté le 12.01.2015].

www.vanderbilt.edu

THOMPSON RG, MOULIN CJA, HAYRE S, JONES RW. Music Enhances Category Fluency In Healthy Older Adults And Alzheimer's Disease Patients. *Experimental Aging Research: An International Journal Devoted to the Scientific Study of the Aging Process*, [en ligne], 2005, volume 31, [consulté le 15.03.2015]. www.tandfonline.com

TOYOSHIMA K, FUKUI H. Music facilitate the neurogenesis, regeneration and repair of neurons. *Pubmed*, [en ligne], 2008, volume 71(5) : 765-9, [consulté le 02.11.2014].

www.pubmed.com

TSAI PL, CHEN MC, HUANG YT, LIN KC. Effects of listening to pleasant music on chronic unilateral neglect: A single-subject study. *Web of Science* [en ligne], 2013, volume 32, [consulté le 06.10.2014]. www.webofscience.com

VAN DEN BOSCH I, SALIMPOOR V, ZATORRE R. Familiarity mediates the relationship between emotional arousal and pleasure during music listening. *Frontiers in Human Neuroscience*, [en ligne], 2013, volume 10, [consulté le 24.02.2015]. <http://journal.frontiersin.org>

WILKINS R, HODGES DA, LAURIENTI PJ, STEEN M, BURDETTE JH. Network science and the effects of music preference on functional brain connectivity: from Beethoven to Eminem. *Scientific Reports*, [en ligne], 2014, volume 4 (article 6130), [consulté le 20.12.2014]. www.nature.com

Sites web consultés

ABC Sciences [référence du 10 octobre 2005 (consulté le 20.12.14), www.abc.net.au

NGAP : Deuxième partie, Titre IV, Chapitre II, article 2 ; 2015 janvier. [consulté le 02.04.15]. www.ameli.fr

Haute Autorité de Santé. [Consulté le 14.01.2015]. www.has-sante.fr

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. [consulté le 02.11/2014]. www.inserm.fr

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE

DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE

MÉMOIRE présenté par :

Maélie FREMINET et Pauline LOUVET

soutenu le : **30 juin 2015**

en vue de l'obtention du

Certificat de Capacité d'Orthophoniste

de l'Université de Lorraine

**Introduction de l'écoute musicale dans la prise en charge orthophonique de la personne
ayant présenté un Accident Vasculaire Cérébral**

LIVRET DES ANNEXES

MÉMOIRE dirigé par : Madame Frédérique BRIN-HENRY, Orthophoniste, Docteure en sciences du langage, Centre Hospitalier de Bar-le-Duc (55), laboratoire ATILF- CNRS/Université de Lorraine

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur Le Professeur Xavier DUCROCQ, Neurologue, Hôpital Central de Nancy (54)

ASSESEUR(S) : Madame Soumaya JAWAHER, Orthophoniste et psychothérapeute à Thionville (57), université de Lorraine

Année universitaire : 2014-2015

SOMMAIRE

ANNEXE 1.Lettre de présentation de l'étude au patient et à son entourage.....	4
ANNEXE 2.Formulaire de consentement.....	7
ANNEXE 3.Questionnaire « profil musical ».....	9
ANNEXE 4.Lettre à destination du personnel soignant.....	14
ANNEXE 5.Questionnaire destination du personnel soignant.....	17
ANNEXE 6.Questionnaire au patient.....	21
ANNEXE 7.Déroulement des ateliers	25
Atelier 1« écoute musicale»	26
Atelier 2 « écoute musicale»	28
Atelier 3 « écoute musicale»	31
Atelier 4 « écoute musicale»	33
Atelier 5 « écoute musicale»	36
Atelier 6 « écoute musicale»	38
Atelier 7 « écoute musicale»	41
Atelier 8 « écoute musicale»	44
ANNEXE 8.Synthèse des ateliers	48
Compte-rendu de l'atelier 1 « écoute musicale».	49
Compte-rendu de l'atelier 2 « écoute musicale».	51
Compte-rendu de l'atelier 3 « écoute musicale».	53
Compte-rendu de l'atelier 4 « écoute musicale».	55
Compte-rendu de l'atelier 5 « écoute musicale».	57
Compte-rendu de l'atelier 6 « écoute musicale».	59
Compte-rendu de l'atelier 7 « écoute musicale».	61
Compte-rendu de l'atelier 8 « écoute musicale».	63

ANNEXE 1.

Lettre de présentation de l'étude au
patient et à son entourage

Lettre d'information à propos du projet d'étude :

« Introduction de l'écoute musicale dans la rééducation orthophonique de la personne aphasique »

A l'intention des patients et de leurs proches

Madame, Monsieur,

Étudiantes en orthophonie à l'université de Lorraine, nous réalisons actuellement une étude dans le cadre de notre mémoire de recherche. Ce mémoire est dirigé par Mme Brin-Henry, orthophoniste au service de Médecine Physique et de Réadaptation de Bar-le-Duc. Pour mener à bien ce projet, nous recherchons des patients volontaires. C'est pourquoi nous sollicitons à présent votre participation.

Sujet d'étude :

Nous souhaitons mettre en place des séances d'écoute musicale en modalité collective et évaluer leur intérêt pour la rééducation orthophonique des personnes victimes d'AVC prises en charge en orthophonie.

De récentes recherches soulignent l'intérêt de l'écoute musicale pour la prise en charge des patients victimes d'AVC : impacts positifs sur l'humeur, l'anxiété, la récupération des fonctions langagières, la communication... Actuellement, ces effets sont expliqués comme étant le fruit de phénomènes neurobiologiques complexes.

La modalité collective d'introduction d'écoute musicale que nous avons choisi d'étudier est justifiée par les études préexistantes sur l'écoute musicale et par les prérogatives de la rééducation orthophonique de la personne victime d'AVC.

Déroulement :

Cette étude se déroulera sur 3 mois au printemps 2015 au cours de l'hospitalisation et/ou de la prise en charge en hôpital de jour. Elle aura lieu à l'hôpital de Bar-le-Duc dans le service MPR dirigé par le Dr Delatte. Elle comprend pour chaque participant :

- **Un entretien** : il a lieu avec le patient afin de lui présenter notre étude. Si le patient souhaite y participer, il lui sera demandé de remplir un formulaire de consentement ainsi qu'un questionnaire "profil musical".
- **Une première séance d'évaluation** : il s'agit de répondre à un questionnaire relatif à la qualité de vie et d'épreuves concernant les capacités communicationnelles (appétence à la communication, communication verbale et non verbale) du participant. La passation dure environ une heure. Elle sera effectuée dans les locaux du service MPR.
- **Des séances d'écoute musicale** : Chaque participant est invité à participer à 8 séances de 1 heure d'écoute musicale en groupe à raison d'une séance par semaine pendant 2 mois. Chaque séance s'articule autour d'une thématique établie en fonction des goûts musicaux des patients.
- **Une deuxième séance d'évaluation** : il s'agit des mêmes épreuves passées lors de la première séance d'évaluation. Les résultats seront ensuite comparés avec ceux de la séance d'évaluation initiale. Un questionnaire sera également remis aux professionnels de santé accompagnant le patient afin de nous renseigner sur l'évolution de sa communication et de son état général. Ainsi nous pourrons évaluer l'intérêt apporté par les séances d'écoute musicale en modalité collective.

En vous remerciant de l'attention que vous portez à notre projet, et restant à votre disposition pour toute information complémentaire, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments respectueux.

Pauline Louvet et Maélie Freminet

06.95.51.06.72 06.42.06.03.69

ANNEXE 2.

Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A UNE ETUDE CLINIQUE

Madame, Monsieur (nom, prénom) :

.....

Dans le cadre de leur mémoire d'orthophonie (réalisé au Centre de Formation de Nancy), Mademoiselle Maélia FREMINET ou Pauline LOUVET m'a proposé(e) de participer à une étude dont l'objectif est d'évaluer l'intérêt des séances d'écoute musicale en modalité collective pour les personnes victimes d'accident vasculaire cérébral prises en charge en orthophonie.

J'ai reçu des informations précisant le déroulement de cette étude clinique, qui consiste à suivre huit séances d'écoute musicale collective à raison d'une séance par semaine et de participer à deux évaluations de la communication et de la qualité de vie. Cette étude se déroulera dans le service MPR (Chef de service Dr Delatte) au printemps 2015.

Toutes les données recueillies seront anonymes et j'accepte que celles-ci soient utilisées et publiées dans ce cadre.

Par ce consentement, j'accepte donc de participer à cette étude.

Sujet (nom et signature) :

Examineur (nom et signature) :

Cachet du médecin référent :

ANNEXE 3.

Questionnaire « profil musical »

Questionnaire « profil musical »

Ce questionnaire a pour but de collecter les informations nécessaires à l'établissement du « profil musical » de chaque participant. Le questionnaire pourra être rempli par le patient lui-même ou par son entourage proche.

Chaque profil musical nous permettra ensuite :

- De connaître les habitudes d'écoute musicale du patient antérieures et actuelles ainsi que son niveau d'appétence musicale.
- D'élaborer des activités à thèmes en fonction des goûts musicaux des patients

Les questions suivantes visent à nous renseigner sur les habitudes et modalités d'écoute musicale actuelles (fréquence, contexte, matériel) des participants.

Nous allons également recueillir des informations concernant l'environnement musical général (pratique d'un instrument)= **PARTIE 1**

Nous prendrons également en compte les habitudes d'écoute musicale antérieures pour les patients encore hospitalisés = **PARTIE 2.**

Ce questionnaire doit nous renseigner sur les goûts musicaux des participants = **PARTIE 3**

L'environnement musical

1) **Etes-vous musicien ? *oui / non***

- Si oui de quel(s) instrument jouez-vous ?

.....

- Quel est votre niveau de pratique instrumentale ?.....

- Pratiquez-vous encore de votre instrument ? *oui / non*

2) **Aimez-vous chanter ?** *oui / non*

- Quel est votre niveau de pratique vocale ? *débutant / amateur / chanteur confirmé*

- Pratiquez-vous encore le chant ? *oui / non*

L'écoute musicale

→ VOUS ETES HOSPITALISE(E) :

L'écoute de musique **AVANT** l'hospitalisation:

- 3) **En moyenne à quelle fréquence écoutiez-vous de la musique ?** *quotidiennement (tous les jours ou presque) / souvent (1 à 3 fois par semaine) / de temps en temps (1 à 3 fois par mois) / plus rarement / jamais.*
- 4) **En général dans quels contextes écoutiez-vous de la musique (plusieurs réponses possibles)** *chez vous / à l'extérieur lors de concerts, opéras / en conduisant / en cuisinant / en ne faisant rien d'autre / autres / seul(e) / avec des amis / autres:*

L'écoute de musique **DEPUIS** votre hospitalisation:

- 5) **Ecoutez-vous de la musique depuis que vous êtes au centre hospitalier ?** *Oui / Non*

Si la réponse est « oui » :

- 6) **En moyenne à quelle fréquence écoutez-vous de la musique ?** *quotidiennement (tous les jours ou presque) / souvent (1 à 3 fois par semaine) / de temps en temps (1 à 3 fois par mois) / plus rarement / jamais.*
- 7) **En général vous écoutez de la musique (plusieurs réponses possibles) dans votre chambre / dans les couloirs du centre / en ne faisant rien d'autre / en mangeant / autres / seul(e) / avec d'autres personnes / en séances de kinésithérapie / en séance d'ergothérapie / autres:**
- 8) **Vous écoutez de la musique plutôt (plusieurs réponses possibles)** *au réveil / le matin / l'après-midi / au coucher / pendant les repas.*

→ **VOUS ETES SORTI(E) DE L'HOPITAL :**

9) **En moyenne à quelle fréquence écoutez-vous de la musique ?** *quotidiennement (tous les jours ou presque) / souvent (1 à 3 fois par semaine) / de temps en temps (1 à 3 fois par mois) / plus rarement / jamais.*

10) **En général dans quels contextes écoutez-vous de la musique (plusieurs réponses possibles)** *chez vous / à l'extérieur lors de concerts, opéras / en conduisant / en cuisinant / en ne faisant rien d'autre / autres / seul(e) / avec des amis / autres:*

11) **Avez-vous repris les mêmes habitudes d'écoute musicale qu'avant votre accident ?** *oui / non*

12) **Voici une liste de genres musicaux. Cochez en fonction de votre appréciation.**

	J'aime beaucoup	J'apprécie bien	Je n'aime pas	Je n'aime pas du tout	<u>Présence de paroles</u>
Variétés françaises					
Variétés internationales					
RnB					
Musiques électroniques (tektonic, dance...)					
Techno					
Rap					
Pop					
Rock					
Jazz					
Musique classique					
Musique du monde ou traditionnelles					
Opéra					

Remarques éventuelles :

.....
.....

13) Citez votre ou vos musique(s) préférée(s) ? (groupes de musique, artistes, albums)

.....
.....

14) Avez-vous une préférence pour les musiques en langue française ? oui / non / cela n'a pas d'importance.

.....
.....

ANNEXE 4.

Lettre à destination du personnel
soignant

Lettre d'informations à propos du projet d'étude :

« Introduction de l'écoute musicale dans la rééducation orthophonique post-AVC »

A l'intention du personnel soignant du service de Médecine Physique et de Réadaptation de Bar-le-Duc

Madame, Monsieur,

Étudiantes en orthophonie à l'université de Lorraine, nous réalisons actuellement une étude dans le cadre de notre mémoire de recherche dirigé par Mme Brin-Henry. Par cette lettre nous souhaitons informer le personnel soignant du service dans lequel nous intervenons des tenants et des aboutissants de cette étude.

Sujet d'étude :

De nombreuses études soulignent l'intérêt de l'écoute musicale pour la prise en charge des patients victimes d'AVC, d'une part sur les processus de neuro-réhabilitation, d'autre part sur l'humeur, l'anxiété, la récupération des fonctions langagières et la communication... On décèle en filigrane les domaines liés à la prise en charge orthophonique et c'est pourquoi nous souhaitons introduire l'écoute musicale dans la rééducation orthophonique des personnes ayant présenté un AVC.

Au vu des études préexistantes sur l'écoute musicale et des prérogatives de la rééducation orthophonique post-AVC, notre étude porte sur l'introduction de l'écoute musicale en modalité collective. Notre population concerne des patients suivis en orthophonie pour des troubles phasiques et/ou des troubles de la communication à la suite d'un AVC ischémique.

Pour ce faire, des ateliers « écoute musicale en groupe » sont mis en place, à hauteur d'une séance par semaine pendant 2 mois. Ces ateliers ont lieu tous les vendredis de 15H à 16H et s'articulent autour d'un protocole créé dans le cadre de l'étude.

Afin d'évaluer la reproductibilité de ce projet, nous évaluerons l'intérêt des ateliers pour les patients en termes de communication et de qualité de vie. Aussi, nous souhaiterions recueillir l'avis du personnel soignant quant aux éventuels changements d'attitude du patient lors des prises en charge.

Déroulement :

Cette étude se déroule de mi-mars à mi-juin au cours de l'hospitalisation et/ou de la prise en charge en hôpital de jour. Elle comprend pour chaque participant :

- Un **entretien de présentation de l'étude** suivi d'une **première séance d'évaluation** de la qualité de vie et des capacités communicationnelles (appétence à la communication, communication verbale et non verbale). Un questionnaire afin d'établir le profil musical est également rempli par chaque participant.
- **8 séances « d'écoute musicale en groupe »** de 1 heure à raison d'une fois par semaine pendant 2 mois. Chaque séance s'articule autour d'une thématique établie en fonction des goûts musicaux des patients.
- Une **deuxième séance d'évaluation** de la qualité de vie et des capacités communicationnelles (appétence à la communication, communication verbale et non verbale). Un questionnaire sera également remis aux professionnels de santé accompagnant le patient afin de nous renseigner d'éventuels changements d'attitudes au cours des prises en charge.

Pour mener à bien ce projet, nous souhaiterions donc avoir votre contribution quant à la deuxième séance d'évaluation. Un questionnaire sera proposé à chaque membre intervenant dans la prise en charge de nos participants. Votre avis nous est précieux et nous espérons que vous accepterez de nous en faire part.

En restant à votre disposition pour toute information complémentaire, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments respectueux.

*Pauline Louvet et Maélie Freminet
06.95.51.06.72 06.42.06.03.69*

ANNEXE 5.

Questionnaire destination du personnel soignant

QUESTIONNAIRE à DESTINATION du PERSONNEL SOIGNANT

Dans le cadre de notre mémoire de recherche en orthophonie, Monsieur ou Madame a participé à huit ateliers « d'écoute musicale en groupe » une fois par semaine du 3 avril au 22 mai 2015. Afin d'apprécier l'intérêt de ces ateliers, nous souhaiterions avoir votre avis sur les éventuels changements de comportements, d'attitudes du patient. Les questionnaires sont à retourner au plus tard le mardi 26 mai. Nous vous remercions par avance de votre contribution.

Vous êtes (profession) :

Vous intervenez auprès de ce patient depuis (date)

Fréquence moyenne de la prise en charge :

PARTIE 1 : comportement général du patient

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni en désaccord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Il/elle retient mieux les informations données, a de meilleures capacités mnésiques.					
2. Le/la patient(e) s'est mis(e) à chantonner ou chantonne plus qu'auparavant.					
3. Le/la patient(e) est plus concentré(e) lors d'une tâche à effectuer.					
4. D'une manière générale, le/la patient(e) est plus dynamique et motivé(e).					

5. Le/la patient(e) et vous avez échangé à propos des ateliers d'écoute musicale.

- Oui
- Non

Si vous avez répondu « oui », veuillez indiquer, dans la mesure du possible, le contenu de ces échanges et la personne qui initie le sujet (vous ou le/la patient(e)) :

PARTIE 2 : état somato-psychologique, humeur et émotions

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni en désaccord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
6. Le/la patient(e) est moins nerveux(se), manifeste moins des signes d'anxiété.					
7. Le/la patient(e) paraît plus détendu(e), relaxé(e).					
8. Le/la patient(e) semble plus joyeux(se) qu'auparavant ; il/elle sourit davantage.					
9. Il/elle semble avoir plus confiance en lui/elle et avoir une meilleure estime de lui/elle-même.					
10. Il/elle exprime davantage ses émotions et ses ressentis					

PARTIE 3 : communication et interactions sociales

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni en désaccord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
11. Le/la patient(e) initie davantage les interactions et prend plus spontanément la parole.					
12. Il/elle parle davantage de son passé, de ses souvenirs ou d'événements personnels.					
13. Son discours est plus informatif et plus cohérent.					
14. Le visage du/de la patient(e) est plus expressif (mimiques, sourires, regards).					
15. Le/la patient(e) est plus prolix et ses temps de parole sont plus longs.					
16. Il/elle comprend mieux les consignes données.					
17. Il/elle comprend mieux son interlocuteur lors d'une conversation (moins de reformulations par exemple).					
18. Le/la patient(e) a noué des relations amicales et/ou interagit davantage avec d'autres patients.					

19. Si vous avez des commentaires, merci de nous les indiquer. Vos remarques seront très appréciées.

Merci de votre participation !

ANNEXE 6.

Questionnaire au patient

QUESTIONNAIRE à DESTINATION des PATIENTS AYANT PARTICIPE aux ATELIERS « D'ÉCOUTE MUSICALE »

PARTIE 1 : organisation des ateliers

	Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
1. Que pensez-vous de la fréquence des ateliers ?				
2. Que pensez-vous de la durée des ateliers ?				
3. Que pensez-vous des horaires des ateliers ?				
4. Que pensez-vous du nombre de participants ?				
5. Que pensez-vous du lieu dans lequel se déroulaient les ateliers ?				
6. De manière générale, que pensez-vous des musiques diffusées ?				
7. Que pensez-vous du contenu des séances ?				

PARTIE 2 : Apports personnels des ateliers

	Pas du tout	Peu	Modéréme nt	Beaucou p	Enormémen t
1. Etiez-vous motivé(e) à vous rendre aux ateliers d'écoute musicale ?					
2. Prenez-vous plaisir à participer aux ateliers ?					
3. Les ateliers vous ont-ils donné envie de reprendre une activité de groupe ?					
4. Les ateliers vous ont-ils donné envie d'écouter de la musique plus souvent ?					
5. Les ateliers vous ont-ils semblé utiles dans votre rééducation ?					
6. Conseilleriez-vous ces ateliers à d'autres personnes ayant fait un AVC ?					
7. Avez-vous parlé des ateliers dans votre entourage ?					

8. Comment avez-vous trouvé l'ambiance au sein du groupe ?

- Détendue
- Conviviale
- Mauvaise
- Stressante
- Dynamique
- Autre :

9. Qu'avez-vous préféré lors des ateliers ?

- Ecouter de la musique
- Etre en groupe
- Discuter, échanger avec les animatrices et les autres participants
- Autres :

10. Qu'avez-vous moins aimé lors des ateliers ?

- Ecouter de la musique
- Etre en groupe
- Discuter, échanger avec les animatrices et les autres participants
- Autres :

11. Que vous ont apporté les ateliers ?

- Vous êtes d'humeur plus joyeuse
- Vous avez envie de faire davantage d'activités
- Vous souhaitez rencontrer de nouvelles personnes
- Vos capacités de concentration se sont améliorées
- Vos capacités de mémorisation se sont améliorées
- Vous vous sentez plus à l'aise pour communiquer
- Vous êtes moins anxieux(se)
- Vous êtes plus détendu(e)
- Vous avez noué des relations avec d'autres patients
- Autres :

Si vous avez des commentaires, merci de nous les indiquer. Vos remarques seront très appréciées.

Merci de votre participation !

ANNEXE 7.

Déroulement des ateliers

Atelier 1« écoute musicale»

SUPPORT THEMATIQUE MUSICAL : Les musiques ou bandes originales de films et séries télévisées

POURQUOI LA MUSIQUE DE FILM ?

La musique de film a pour buts d'illustrer musicalement une scène et de lui conférer un pouvoir émotionnel sur le spectateur. Au-delà de son rôle d'illustration, la musique apporte une dimension supplémentaire chargée de sens. Nous souhaiterions nous appuyer sur cet aspect émotionnel conféré par la musique pour faire ressurgir chez les patients des souvenirs, des ressentis pouvant servir de support à l'échange et à la communication.

CRITERES DE SELECTION DES MUSIQUES POUR CETTE SEANCE :

- Bande originale ou musique emblématique ayant été utilisée pour un film ou le générique d'une série télévisée (il peut s'agir de musique préexistante telle que des compilations ou des reprises ou de musique composée spécialement pour le film).
- Notoriété du film : nous privilégions les films et séries télévisées les plus connus afin de susciter l'intérêt des participants et donc de stimuler/d'éveiller leur appétence à la communication.

LISTE DES MUSIQUES SELECTIONNEES COMME SUPPORT DE CETTE SEANCE :

- Titanic, Les bronzés font du ski
- Les gendarmes à Saint Tropez
- James Bond
- Star Wars
- Les dents de la mer
- La panthère rose
- Le fabuleux destin d'Amélie Poulain
- Pirates des caraïbes
- Le grand bleu
- La Boum
- Pretty Women
- Mission Impossible
- Dirty Dancing
- La Petite maison dans la prairie
- Les Feux de l'amour
- La Septième compagnie
- Indiana Jones
- Sauvez Willy.

DEROULEMENT DE L'ATELIER

1. Accueil des patients en musique :

Musique d'accueil : BO de La Septième compagnie

Pour cette première séance, nous nous représentons aux participants et leur rappelons les objectifs de ces ateliers. Nous leur rappelons ensuite le déroulement général des huit séances et leur remettons un calendrier.

2. Activité de mise en route :

Dans un premier temps, nous invitons chaque participant à se présenter aux autres et ce en musique.

Un carton est remis à chacun des participants sur lequel est représentée une affiche de film. Un par un, les extraits de musiques de films sont diffusés. A la suite de chaque extrait, le patient dont l'affiche correspond à la musique se présente aux autres. Une fois tous les participants présentés, le thème du jour est annoncé par les animateurs et la deuxième séquence peut commencer.

Remarques : Cette première activité de mise en route est différente de celle des autres ateliers car son enjeu est double : elle doit servir à la présentation du thème du jour mais aussi à la présentation des participants. Le lien entre l'affiche et la musique du film est sans équivoque car nous ne souhaitons pas mettre un participant en difficulté pour notre première rencontre. Le but est avant tout de donner l'occasion à chaque participant de se présenter dans un cadre convivial.

3. Activité d'écoute musicale en groupe :

Première activité : Ecoute de musique et identification du film

Il s'agit d'une activité d'écoute musicale associée à un projet d'écoute (identification du film). L'objectif ne réside pas dans l'identification en tant que telle mais bien dans l'écoute de musique. L'identification du film permet de créer la dynamique de groupe. Les extraits musicaux sont diffusés un par un. Les patients sont invités à écouter attentivement l'extrait musical au terme duquel ils pourront identifier le titre du film. 10 extraits sont proposés pour cette première activité.

Deuxième activité : écoute de musique et identification de l'émotion suscitée par celle-ci

Les participants sont invités à fermer les yeux pendant toute la durée de l'écoute de l'extrait musical et à être attentifs à l'émotion véhiculée par la musique. Les extraits musicaux sont également diffusés un par un. A la fin de chaque extrait, les patients pourront nommer l'émotion ressentie lors de l'écoute.

Exemple : Diffusion de l'extrait de musique de film : « Les dents de la mer », *Emotion véhiculée : la peur*

Troisième activité : Activité d'écoute libre

Il s'agit d'une écoute de musique sans consigne préalablement énoncée. Aucun projet d'écoute n'est formulé. A la fin de la diffusion de l'extrait les participants peuvent, s'ils le souhaitent, communiquer aux autres leur ressenti.

4. Fin de séance

Les participants repartent sur une musique douce, détendus.

Atelier 2 « écoute musicale»

SUPPORT THEMATIQUE MUSICAL :

La chanson française des années 40 à aujourd'hui.

POURQUOI LA CHANSON FRANÇAISE ?

La chanson française apparaît comme un genre musical incontournable dans une activité d'écoute musicale destinée à des enjeux orthophoniques. Elle met en valeur la langue française et fait référence à des artistes connus du grand public. Nous souhaitons privilégier des chansons en langue française dans le but de sensibiliser les participants aux paroles et donc de mobiliser leur attention sur celles-ci. De plus, l'amélioration de l'expression et de la compréhension (verbale et non verbale) étant un enjeu liée à l'écoute musicale, il est essentiel de diffuser des musiques dont les paroles sont facilement accessibles à tous. En effet, la mélodie comme les paroles qui lui sont associées peuvent toucher émotionnellement les patients et faire émerger des souvenirs, des ressentis pouvant servir de support à l'échange et à la communication.

Par ailleurs, la variété française est un genre musical apprécié par une majorité des patients participant au groupe d'écoute musicale (information recueillie via le questionnaire « profil musical »).

CRITERES DE SELECTION DES MUSIQUES POUR CETTE SEANCE :

- Chansons françaises emblématiques et hétéroclites des années 40 à aujourd'hui : la chanson française désigne depuis 1945 un genre musical qui se définit par la mise en valeur de langue française et par opposition aux formes dominantes, anglo-saxonnes.
- Notoriété du chanteur et du titre de la chanson : nous privilégions les chanteurs et titres de chanson les plus connus afin de susciter l'intérêt des participants et donc de stimuler/d'éveiller leur appétence à la communication.
- Prise en compte des goûts musicaux des participants recueillis via le questionnaire « profil musical » : nous avons sélectionné, dans la mesure du possible, des chansons appréciées des patients.

LISTE DES MUSIQUES SELECTIONNEES COMME SUPPORT DE CETTE SEANCE

- Années 40 : Edith Piaf, *La vie en rose*, Charles Trenet, *La mer*
- Années 50 : Jacques Brel, *Ne me quitte pas*
- Années 60 : Claude François, *Belle, belle, belle*, Aznavour, *La bohème*
- Années 70 : Starmania, *Quand on arrive en ville*, France Gall, *Musique*, Michel Polnareff, *On ira tous au paradis*, Michel Sardou, *La maladie d'amour*, Barbara, *L'aigle noir*
- Années 80 : Goldman, *Quand la musique est bonne*, Indochine, *L'aventurier*, Baschung, *Vertige de l'amour*, Patrick Bruel, *J'te l'dis quand même*, Renaud, *C'est pas l'homme qui prend la mer*, Julien Clerc, *Femmes je vous aime*
- Années 90 : Mylène Farmer, *Désenchanté*, Johnny Hallyday, *Allumer le feu*, Pascal Obispo, *Tomber pour elle*, Florent Pagny, *Bienvenue chez moi*, Michel Berger, *Le paradis blanc*
- Années 2000 : Hélène Segara, *Il y a trop de gens qui t'aiment*, Nolwenn Leroy, *Cassé*, Garou, *Reviens*, Florent pagny, *Et un jour une femme*, Gérald De Palmas, *Au bord de l'eau*
- Années 2010 : Kendji Girac, *Color Gitano*, Les stentors, *Les corons* (reprise de Pierre Bachelet)

DEROULEMENT DE L'ATELIER

1. Accueil des patients en musique :

Musique d'accueil : *Bienvenue chez moi* de Florent Pagny

2. Activité de mise en route :

Cette première activité de mise en route consiste à transmettre progressivement aux participants des indices concernant le thème de la séance. Pour ce faire, nous proposons aux patients d'écouter une compilation de 3 chansons françaises emblématiques. Au terme de cette première écoute, les patients pourront prendre la parole, s'ils le souhaitent, pour partager leurs éventuelles idées concernant le thème du jour. Celui-ci sera alors révélé à tous les participants.

Musiques sélectionnées : Jacques Brel *Ne me quitte pas*, Johnny Hallyday *Allumer le feu*, Starmania *Quand on arrive en ville*

3. Activité d'écoute musicale en groupe :

Première activité : Ecoute de musique et identification de l'interprète ou du titre de la chanson

Il s'agit d'une activité d'écoute musicale associée à un projet d'écoute (identification de l'interprète ou du titre de la chanson). L'objectif ne réside pas dans l'identification

en tant que telle mais bien dans l'écoute de musique. L'identification permet de créer la dynamique de groupe et de se servir du groupe pour faire émerger l'appétence à la communication chez les patients.

Les extraits musicaux sont diffusés un par un. Les patients sont invités à écouter attentivement l'extrait musical au terme duquel ils pourront identifier l'interprète ou le titre. 8 extraits sont proposés pour cette première activité.

Musiques sélectionnées : Nolwenn Leroy *Cassé*, Edith Piaf *La vie en rose*, Kendji Girac *Color Gitano*, Charles Aznavour *La Bohème*, Patrick Bruel *J'te l'dis quand même*, Barbara *L'aigle noir*, Indochine *L'aventurier*, Les Stentors *Les Corons*, Hélène Ségara *Ya trop de gens qui t'aiment*, Garou *Reviens*, Claude François *Belle belle belle*

Deuxième activité :

Pour cette deuxième activité nous proposons aux participants d'identifier le thème commun à deux extraits. Par exemple pour l'écoute France Gall *Musique* et de Goldman *Quand la musique est bonne* la réponse attendue est le thème de la musique.

Les patients sont invités à fermer les yeux pendant la diffusion des morceaux. 10 extraits diffusés par deux sont proposés pour cette activité.

Binômes musicaux sélectionnés :

- Michel Berge *Le paradis blanc* et Michel Polnareff *On ira tous au paradis* pour le thème du paradis.
- Charles Trenet *La mer* et Renaud *C'est pas l'homme qui prend la mer* pour le thème de la mer.
- France Gall *Musique* et Jean-Jacques Goldman *Quand la musique est bonne* pour le thème de la musique.
- Alain Baschung *Vertige de l'amour* et Michel Sardou *La maladie d'amour* pour le thème de l'amour
- Florent Pagny *Et un jour une femme* et Julien Clair *Femme, je vous aime* pour le thème des femmes.

Troisième activité : Activité d'écoute libre

Il s'agit d'une écoute de musique sans consigne préalablement énoncée.

Musique sélectionnée : *Au bord de l'eau* de Florent Pagny

4. Fin de séance

Les participants repartent sur une musique douce *Je suis tombée pour elle* de Pascal Obispo, détendus.

Atelier 3 « écoute musicale »

SUPPORT THEMATIQUE MUSICAL : Les groupes de musique célèbres

POURQUOI LES GROUPES DE MUSIQUE ?

Nous entendons par groupes de musique célèbres les groupes ayant marqué leur temps des années 70 à aujourd'hui quelle que soit leur nationalité ou la langue employée dans leurs musiques. Les musiques sélectionnées sont universelles et intemporelles et devraient donc être connues de tous. Ce thème nous permet également d'introduire les groupes favoris de plusieurs participants (Informations recueillies via le questionnaire « profil musical »). Les groupes célèbres étant principalement anglophones ou employant de préférence la langue anglaise, l'écoute musicale reposera essentiellement sur la mélodie, les composantes vocales du chanteur et sur les souvenirs, ressentis propres à chacun.

CRITERES DE SELECTION DES MUSIQUES POUR CETTE SEANCE :

- Musiques d'un groupe devenu célèbre entre les années 1970 et les années 2010. Pas de critère concernant la nationalité ou la langue employée pourvu que le groupe ait une grande notoriété en France.
- Titres musicaux emblématiques du groupe
- Prise en compte des goûts musicaux des participants recueillis via le questionnaire « profil musical »

LISTE DES MUSIQUES SELECTIONNEES COMME SUPPORT DE CETTE SEANCE :

- U2, *Sunday Bloody Sunday*
- The Beatles, *Yesterday*
- The Beatles, *All you need is love*
- The Beatles, *Let it be*
- Eagle *Hotel, california*
- ABBA, *Dancing Queen*
- ABBA, *Fernando*
- Rolling Stones, *Angie*
- Indochine, *J'ai demandé à la lune*
- Gipsy King, *Bamboleo*
- Téléphone, *Je rêvais d'un autre monde*
- Red hot Chili Peppers, *Californication*
- Muse, *Starlight*
- The Eagles, *Hotel California*
- Queen, *The show must go on*
- Les stentors, *Je viens du sud* (reprise de Chimène Badi)
- Les prêtres, *Puisque tu pars* (reprise de Goldman)
- La compagnie créole, *Ca fait rire les oiseaux*

- La compagnie créole, *Le bal masqué*
- Images, *Les démons de minuit*
- Gold, *Capitaine abandonné*
- The Doors, *The end*

DEROULEMENT DE L'ATELIER :

1. Accueil des patients en musique :

Musique d'accueil : La compagnie créole, *Le bal masqué*

2. Activité de mise en route :

Cette première activité de mise en route consiste à transmettre progressivement aux participants des indices concernant le thème de la séance. Pour ce faire, nous proposons aux patients d'écouter une compilation de 3 chansons de groupes emblématiques. Au terme de cette première écoute, les patients pourront prendre la parole, s'ils le souhaitent, pour partager leurs éventuelles idées concernant le thème du jour. Celui-ci sera alors révélé à tous les participants.

Musiques sélectionnées :

- The Beatles, *Let it be*
- U2, *Sunday Bloody Sunday*
- ABBA, *Dancing Queen*

3. Activité d'écoute musicale en groupe :

Première activité : Ecoute de musique et identification du nom du groupe.

Il s'agit d'une activité d'écoute musicale associée à un projet d'écoute (identification du nom du groupe de musique). L'objectif ne réside pas dans l'identification en tant que telle mais bien dans l'écoute de musique. L'identification permet de créer la dynamique de groupe et de se servir du groupe pour faire émerger l'appétence à la communication chez les patients.

Les extraits musicaux sont diffusés un par un. Les patients sont invités à écouter attentivement l'extrait musical au terme duquel ils pourront identifier l'interprète ou le titre. 8 extraits sont proposés pour cette première activité :

- The Beatles, *Let it be*
- Gipsy King, *Bamboleo*
- Red Hot Chili Peppers, *Californication*
- Muse, *Starlight*
- Les prêtres, *Puisque tu pars*
- La compagnie créole, *Ca fait rire les oiseaux*
- Gold, *Capitaine abandonné*
- Images, *Les démons de minuit*

Deuxième activité :

Pour cette deuxième activité nous proposons aux participants de constituer deux équipes : une de deux participants et une autre de trois. Deux extraits musicaux sont diffusés à la suite. Le projet d'écoute consiste à déterminer si les deux extraits sont chantés par le même groupe ou non. La première équipe qui donne la bonne réponse remporte le point.

Duos de chansons proposés :

- The Beatles, Yesterday/The Beatles, All you need is love
- ABBA, Fernando/ABBA, The winner takes it all
- Rolling Stones, Angie/The Eagles, Hotel California
- Red Hot Chili Peppers, Californication/Muse, Starlight
- Téléphone, Je rêvais d'un autre monde/Indochine, J'ai demandé à la lune

Troisième activité : Activité d'écoute libre

Il s'agit d'une écoute de musique sans consigne préalablement énoncée.

Musique sélectionnée : Queen, The show must go on.

4. Fin de séance

Les participants repartent sur une musique douce, détendus : The Doors, *The end*

Atelier 4 « écoute musicale »

SUPPORT THEMATIQUE MUSICAL : La comédie musicale

POURQUOI LA COMEDIE MUSICALE ?

Nous avons introduit dans les précédents ateliers, quelques musiques issues de comédies musicales et nous avons constaté que les patients connaissaient et appréciaient ce type de musique. C'est pourquoi nous avons choisi pour cette séance d'écoute musicale de diffuser uniquement des musiques ayant fait l'objet de comédies musicales.

La comédie musicale est un genre théâtral, mêlant comédie, chant et danse. Elle se situe dans la lignée du mariage du théâtre et de la musique classique qui avait donné naissance aux siècles précédents au ballet, à l'opéra et l'opérette. Le thème de la comédie musicale nous permet d'introduire un nouveau genre de musique (proche de la musique classique) en restant en adéquation avec les goûts des participants.

De la même façon que la musique de films, la musique issue de comédies musicales illustre musicalement une scène et lui confère un pouvoir émotionnel sur le spectateur. Au-delà de son rôle d'illustration, la musique apporte une dimension supplémentaire chargée de sens. Nous souhaiterions nous appuyer sur cet aspect émotionnel conféré par la musique pour faire ressurgir chez les patients des

souvenirs, des ressentis pouvant servir de support à l'échange et à la communication.

CRITERES DE SELECTION DES MUSIQUES POUR CETTE SEANCE :

- Musiques d'une comédie musicale célèbre entre les années 1980 et les années 2010. Pas de critère concernant la nationalité ou la langue employée pourvu que la comédie musicale ait une grande notoriété en France.
- Titres musicaux emblématiques de la comédie musicale

LISTE DES MUSIQUES SELECTIONNEES COMME SUPPORT DE CETTE SEANCE :

- Notre-Dame de Paris : Le temps des cathédrales, Belle
- Grease : You're the one that I want
- Le Roi lion : Le cercle de la vie, L'amour brille sous les étoiles
- Mamma Mia : Dancing Queen, Honey Honey, Gimme Gimme Gimme
- Les Misérables : J'ai rêvé d'une autre vie
- Les Dix Commandements : L'envie d'aimer, Mon frère
- Roméo et Juliette : Les rois du monde, Aimer
- Le Petit Prince : Puisque c'est ma rose
- Les demoiselles de Rochefort : Les sœurs jumelles
- Don Juan : Les amoureux de Séville
- Dracula : L'amour est plus fort que la mort
- Le Roi Soleil : Mon essentiel, Etre à la hauteur
- Cléopâtre, la dernière reine d'Egypte
- Mozart, l'opéra rock : L'assasymphonie, C'est bientôt la fin
- 1789 Les Amants de la Bastille : Ca ira mon amour, Tomber dans ses yeux
- Robin des Bois : J'attendais, A nous
- La Légende du roi Arthur : Mon combat

DEROULEMENT DE L'ATELIER :

1. Accueil des patients en musique :

Musique d'accueil : Dirty Dancing, Time of my life

2. Activité de mise en route :

Cette première activité de mise en route consiste à transmettre progressivement aux participants des indices concernant le thème de la séance. Pour ce faire, nous proposons aux patients d'écouter une compilation de 3 chansons d'une même comédie musicale. Au terme de cette première écoute, les patients pourront prendre la parole, s'ils le souhaitent, pour partager leurs éventuelles idées concernant le thème du jour. Celui-ci sera alors révélé à tous les participants.

Musiques sélectionnées : Trois musiques de la comédie musicale Mamma Mia :

- Dancing Queen
- Honey Honey
- Gimme Gimme Gimme

3. Activité d'écoute musicale en groupe :

Première activité : Ecoute de musique et identification du nom du groupe.

Il s'agit d'une activité d'écoute musicale associée à un projet d'écoute (identification du nom du groupe de musique). L'objectif ne réside pas dans l'identification en tant que telle mais bien dans l'écoute de musique. L'identification permet de créer la dynamique de groupe et de se servir du groupe pour faire émerger l'appétence à la communication chez les patients.

Trois extraits musicaux sont diffusés à la suite. Les patients sont invités à écouter attentivement les trois extraits musicaux au terme desquels ils pourront identifier « l'extrait intrus » parmi les trois. Dans chaque cas, deux extraits seront issus de la même comédie musicale et l'un d'entre eux d'une autre comédie. C'est ce dernier que les participants devront identifier comme étant « l'intrus » de la série proposée.

3 séries de trois chansons seront ainsi proposées :

- Notre dame de Paris (Le temps des cathédrales, Belle) et Les Misérables
- Roméo et Juliette (Les rois du monde, Aimer) et Le petit Prince
- 1789 Les amants de la Bastille (Ca ira mon amour/Tomber dans ses yeux) et Le Roi Soleil, Mon Essentiel
- Mozart, L'Opéra Rock (chanson unique)

Deuxième activité :

Pour cette deuxième activité nous proposons aux participants de fermer les yeux et d'écouter attentivement les musiques proposées. Le projet d'écoute consiste à imaginer l'affiche que l'on pourrait réaliser pour représenter la chanson diffusée. Pour ce faire, les participants doivent identifier le thème, les mots clés ou les émotions associés la chanson. Les participants qui le souhaitent peuvent faire part au reste du groupe de leur proposition.

Musiques sélectionnées :

- Grease, You're the one that I want
- Le Roi Lion, L'amour brille sous les étoiles
- Cléopâtre, la dernière reine d'Egypte
- Dirty Dancing

Troisième activité : Activité d'écoute libre

Il s'agit d'une écoute de musique sans consigne préalablement énoncée.

Musique sélectionnée : Dracula, L'amour est plus fort que la mort

4. Fin de séance

Les participants repartent sur une musique douce, détendus : Les dix commandements, L'envie d'aimer

Atelier 5 « écoute musicale »

SUPPORT THEMATIQUE MUSICAL : La musique des années 80

POURQUOI LA MUSIQUE DES ANNEES 80 ?

Quelques titres et chanteurs qui ont marqué les années 80 ont déjà été diffusés dans les ateliers précédents. Nous avons constaté qu'une majorité des participants appréciaient ces titres, c'est pourquoi nous avons choisi d'y consacrer un atelier entier.

CRITERES DE SELECTION DES MUSIQUES POUR CETTE SEANCE :

- Titres musicaux emblématiques des années 80. Pas de critère concernant la nationalité ou la langue employée pourvu que la musique ait une grande notoriété en France.
- Notoriété du chanteur et du titre de la chanson : nous privilégions les chanteurs et titres de chanson les plus connus afin de susciter l'intérêt des participants et donc de stimuler/d'éveiller leur appétence à la communication.
- Prise en compte des goûts musicaux des participants recueillis via le questionnaire « profil musical » : nous avons sélectionné, dans la mesure du possible, des chansons appréciées des patients.

LISTE DES MUSIQUES SELECTIONNEES COMME SUPPORT DE CETTE SEANCE :

- Nuit de folie, Début de soirée
- L'aventurier, Indochine
- Partenaire particulier, partenaire particulier
- Macumba, Jean-Pierre Madère
- Boys, boys, boys, Sabrina
- Voyage voyage, Désirless
- Un autre monde, Téléphone
- Live is life, Opus
- Boney M, Daddy cool
- Il jouait du piano debout, France Gall
- Je te donne, JJ Goldman
- What a feeling, Irène Cara
- Les démons de minuit, Images
- Hélène, Roch Voisine

- Sous le sunlight des tropiques, Gilbert Montagné
- On va s'aimer, Gilbert Montagné
- Les Lacs du Connemara, Michel Sardou
- Je suis venu te dire, Serge Gainsbourg
- Place des grands hommes, Patrick Bruel
- Eye of The Tiger, Survivor
- Walking on the moon, Police
- La groupie du pianiste, Michel Berger
- Sweet Dreams, Eurythmics
- Une femme libérée, Cookie Dingler

DEROULEMENT DE L'ATELIER :

1. Accueil des patients en musique :

Musique d'accueil : Eye of The Tiger, Survivor

2. Activité de mise en route :

Cette première activité de mise en route consiste à transmettre progressivement aux participants des indices concernant le thème de la séance. Pour ce faire, nous proposons aux patients d'écouter une compilation de 3 chansons de groupes emblématiques. Au terme de cette première écoute, les patients pourront prendre la parole, s'ils le souhaitent, pour partager leurs éventuelles idées concernant le thème du jour. Celui-ci sera alors révélé à tous les participants.

Musiques sélectionnées :

- Nuit de folie, Début de soirée
- What a feeling, Irène Cara
- Boys, boys, boys, Sabrina

3. Activité d'écoute musicale en groupe :

Première activité : Ecoute de musique et identification du nom du groupe.

Il s'agit d'une activité d'écoute musicale associée à un projet d'écoute (identification du nom du groupe de musique). L'objectif ne réside pas dans l'identification en tant que telle mais bien dans l'écoute de musique. L'identification permet de créer la dynamique de groupe et de se servir du groupe pour faire émerger l'appétence à la communication chez les patients.

Les extraits musicaux sont diffusés un par un. Les patients sont invités à écouter attentivement l'extrait musical au terme duquel ils pourront identifier l'interprète ou le titre. 8 extraits sont proposés pour cette première activité :

- Un autre monde, Téléphone
- Walking On The Moon, The Police
- Je suis venu te dire que je m'en vais, Serge Gainsbourg

- Hélène, Roch Voisine
- Macumba, Jean-Pierre Madère
- Je te donne, Jean Jacques Goldman,
- L'aventurier, Indochine
- Les démons de minuit, Images
- Gilbert Montagnier, On va s'aimer
- Live is life, Opus
- Daddy cool, Boney M
- Sweet Dreams, Eurythmics

Deuxième activité :

Pour cette deuxième activité nous énonçons à voix haute le chanteur et le titre de la chanson aux participants. Le projet d'écoute consiste à identifier/reconnaître le titre de la chanson énoncée précédemment dans le cours de la chanson. Cette activité permet aux participants de se concentrer sur les paroles de la chanson et non sur l'identification du titre ou de l'interprète.

Extraits musicaux proposés :

- Place des grands hommes, Patrick Bruel
- Les lacs du Connemara, Michel Sardou
- Il jouait du piano debout, France Gall
- La groupie du pianiste, Michel Berger
- Une femme libérée, Cookie Dingler
- Voyage Voyage, Desireless
- Je te donne, Jean-Jacques Goldman

Troisième activité : Activité d'écoute libre

Il s'agit d'une écoute de musique sans consigne préalablement énoncée.

Musique sélectionnée : Sous le sunlight des tropiques, Gilbert Montagnier

4. Fin de séance

Les participants repartent sur une musique douce, détendus : Hélène, Roch Voisine

Atelier 6 « écoute musicale »

SUPPORT THEMATIQUE MUSICAL : Les genres musicaux

POURQUOI LES GENRES MUSICAUX ?

Une séance sur les différents genres musicaux nous permettrait d'une part d'introduire les musiques favorites de chaque participant, d'autre part de jouer sur la

diversité des genres musicaux comme support de communication et de partage des ressentis et goûts musicaux.

CRITERES DE SELECTION DES MUSIQUES POUR CETTE SEANCE :

- Genres musicaux célèbres et facilement identifiables en comparaison avec les autres. Pas de sous genres-musicaux.
- Titres musicaux emblématiques d'un genre musical. Pas de critère concernant la nationalité ou la langue employée pourvu que la musique ait une grande notoriété en France
- Prise en compte des goûts musicaux des participants recueillis via le questionnaire « profil musical » : nous avons sélectionné, dans la mesure du possible, des chansons appréciées des patients.

LISTE DES MUSIQUES SELECTIONNEES COMME SUPPORT DE CETTE SEANCE :

- Musiques classiques : Les Quatre Saisons de Vivaldi printemps, Cinquième symphonie de Beethoven, Lac des cygnes de Tchaïkovski
- Musique pop: Michael Jackson Beat it, Michael Jackson Bad, Bruno Mars Treasure
- Rock: ACDC Back in Black , The cranberries Zombies
- RNB: Alicia Keys
- Rap: Black'M
- Reggae: Bob Marley No women No cry, Jimmy cliff reggae night
- Opéras : La reine de la nuit, La flûte enchantée. Mozart
- Musique traditionnelle : Alan stevell Tri Martolod (celtique), Gypsy king Marina (andalouse), Gypsy King Bamboleo
- Electrodance : David Guetta Play Hard
- Jazz: Miles Davis Blue in green, Louis Amstrong It's a road Jack
- Country: Alan Jackson Country boy, Alan Jackson Little bitty

DÉROULEMENT DE L'ATELIER :

1. Accueil des patients en musique :

Musique d'accueil : Madona Holiday (musique pop)

2. Activité de mise en route :

Cette première activité de mise en route consiste à transmettre progressivement aux participants des indices concernant le thème de la séance. Pour ce faire, nous proposons aux patients d'écouter une compilation de 3 chansons de genres musicaux très différents. Au terme de cette première écoute, les patients pourront

prendre la parole, s'ils le souhaitent, pour partager leurs éventuelles idées concernant le thème du jour. Celui-ci sera alors révélé à tous les participants.

Musiques sélectionnées :

- Michael Jackson Beat it
- Cinquième symphonie de Beethoven
- David Guetta Play Hard

3. Activité d'écoute musicale en groupe :

Première activité : Ecoute de musique et identification du nom du groupe.

Il s'agit d'une activité d'écoute musicale associée à un projet d'écoute (identification du genre musical). L'objectif ne réside pas dans l'identification en tant que telle mais bien dans l'écoute de musique. L'identification permet de créer la dynamique de groupe et de se servir du groupe pour faire émerger l'appétence à la communication chez les patients.

Les extraits musicaux sont diffusés un par un. Les patients sont invités à écouter attentivement l'extrait musical au terme duquel ils pourront identifier le genre musical.

8 extraits sont proposés pour cette première activité :

- Alan Jackson Country boy : musique country
- Miles Davis Blue in green : jazz
- Alan Stevenson Tri Martolod : musique celtique
- Black M : rap
- ACDC Back in Black : rock
- Les Quatre Saisons de Vivaldi printemps : musique classique
- Alicia Keys, no one : r&b
- Bob Marley No women No cry : reggae

Deuxième activité :

Pour cette deuxième activité, le projet d'écoute consiste à déterminer si deux extraits appartiennent au même registre musical. Les extraits sont diffusés deux par deux et à la suite.

Duos de musiques proposés :

- Lac des cygnes de Tchaïkovski (classique) VS Les quatre saisons de Vivaldi (classique)
- La reine de la nuit Mozart (opéra) VS La flûte enchantée (opéra)
- Louis Armstrong It's a good day for the bad news (jazz) VS Charlie Parker All the things you are (jazz)
- Madonna Holiday (pop) VS Michael Jackson Bad (pop)
- Alan Jackson Little Bitty (country) VS The Cranberries Zombies (rock)
- Gypsy King Marina (musique andalouse) VS Gypsy King Bamboleo (Musique andalouse)

Troisième activité : Activité d'écoute libre

Il s'agit d'une écoute de musique sans consigne préalablement énoncée.

Musique sélectionnée : Bruno Mars Treasure

4. Fin de séance

Les participants repartent sur une musique douce, détendus : Le lac des cygnes
Tchaïkovski

Atelier 7 « écoute musicale »

SUPPORT THEMATIQUE MUSICAL : La musique d'aujourd'hui

POURQUOI LES GENRES MUSICAUX ?

Une séance sur la musique d'aujourd'hui nous permettrait d'introduire les musiques favorites de chaque participant et d'explorer les musiques actuelles.

CRITERES DE SELECTION DES MUSIQUES POUR CETTE SEANCE :

- Titres musicaux connus et sortis dans les années 2010. Pas de critère concernant la nationalité ou la langue employée pourvu que la musique ait une grande notoriété en France
- Prise en compte des goûts musicaux des participants recueillis via le questionnaire « profil musical » : nous avons sélectionné, dans la mesure du possible, des chansons appréciées des patients.

LISTE DES MUSIQUES SELECTIONNEES COMME SUPPORT DE CETTE SEANCE :

- Birdy, Skinny love
- Mika, boum boum boum/ Underwatter
- Adèle, Rolling in the Deap/Someone like you
- Voulzy, Jeanne
- Souchon et voulzy derrière les mots
- Avicii, Wake me up/ addicted to you
- Nolwenn Leroy, tonnerre de best
- M Pokora, Mieux que nous/le monde
- Louane, avenir/ vole
- Dido, no freedom
- Shy'm, la malice
- David guetta, dangerous
- Calvin harris, Outside
- Rihanna et kanye west, fourfiveseconds
- Calogéro, le portrait
- Imagine dragons, radioactive

- Sia, Chandelier
- John Legend, all of me
- Patrick Bruel, Lequel de nous
- 1789, ça ira mon amour/les amants de la bastille
- Robbie williams take the crown
- Indila, dernière danse
- Robbie williams, take the crown
- Bruno mars
- Daft punk, instant crush
- Katy perry, roar

DEROULEMENT DE L'ATELIER :

1. Accueil des patients en musique :

Musique d'accueil : Robbie Williams Take the crown

2. Activité de mise en route :

Cette première activité de mise en route consiste à transmettre progressivement aux participants des indices concernant le thème de la séance. Pour ce faire, nous proposons aux patients d'écouter une compilation de 3 chansons de genres musicaux très différents. Au terme de cette première écoute, les patients pourront prendre la parole, s'ils le souhaitent, pour partager leurs éventuelles idées concernant le thème du jour. Celui-ci sera alors révélé à tous les participants.

Musiques sélectionnées :

- Louane
- Shy'm
- 1789
- Rihanna

3. Activité d'écoute musicale en groupe :

Première activité : Ecoute de musique et identification du nom du groupe.

Il s'agit d'une activité d'écoute musicale associée à un projet d'écoute (identification du genre musical). L'objectif ne réside pas dans l'identification en tant que telle mais bien dans l'écoute de musique. L'identification permet de créer la dynamique de groupe et de se servir du groupe pour faire émerger l'appétence à la communication chez les patients.

Les extraits musicaux sont diffusés un par un. Les patients sont invités à écouter attentivement l'extrait musical au terme duquel ils pourront identifier le genre musical. 8 extraits sont proposés pour cette première activité :

- Adèle
- Avicii
- Birdy
- Bruno Mars
- Louane
- Calvin Harris
- Daft Punk
- David guetta
- Dido
- Mika
- Robbie williams

Deuxième activité :

Pour cette deuxième activité, nous donnons le titre d'une chanson aux participants et nous passons deux ou trois chansons d'affilée. Le projet d'écoute consiste à déterminer quel extrait parmi les trois correspond au titre annoncé. Les participants ne sont pas obligés de connaître la chanson pour reconnaître le titre qui lui est associé. Nous choisirons des chansons en français dont le titre est contenu dans les paroles. Les participants n'auront alors qu'à écouter attentivement les paroles pour le retrouver.

Duos de musiques proposés :

- Shy'm **La malice** + Patrick Bruel Lequel de nous
- Nolwenn Leroy **Brest** + Mika boum boum boum
- Laurent Voulzy **Jeanne** + Alain souchon et voulzy
- Indila Dernière danse + Calogéro **Le portrait**

Troisième activité : Activité d'écoute libre

Il s'agit d'une écoute de musique sans consigne préalablement énoncée.

Musique sélectionnée : 1789 Les amants de la Bastille

4. Fin de séance

Les participants repartent sur une musique douce, détendus : Patrick Bruel Lequel de nous.

Atelier 8 « écoute musicale »

SUPPORT THEMATIQUE MUSICAL : La musique des années 80 ... ou presque

POURQUOI LA MUSIQUE DES ANNEES 80 ?

Pour le dernier atelier, nous réitérons le thème des années 80 à la demande générale des patients. En outre, les musiques de cette période nous permettront de terminer nos expérimentations sur une note conviviale et festive. En plus de ce thème nous introduirons des musiques « intrus » correspond aux musiques préférées de chaque participant.

CRITERES DE SELECTION DES MUSIQUES POUR CETTE SEANCE :

- Titres musicaux emblématiques des années 80. Pas de critère concernant la nationalité ou la langue employée pourvu que la musique ait une grande notoriété en France.
- Notoriété du chanteur et du titre de la chanson : nous privilégions les chanteurs et titres de chanson les plus connus afin de susciter l'intérêt des participants et donc de stimuler/d'éveiller leur appétence à la communication.
- Musiques « intrus » : Titres préférés des patients hors période années 80

LISTE DES MUSIQUES SELECTIONNEES COMME SUPPORT DE CETTE SEANCE :

Titres des années 80 :

- Un autre monde, Téléphone
- Je te donne, Jean Jacques Goldman,
- Les démons de minuit, Images
- Sweet Dreams, Eurythmics
- Macumba, Jean-Pierre Madère
- Les Lacs du Connemara, Michel Sardou
- Macumba, Jean-Pierre Madère
- Une femme libérée, Cookie Dingler
- Daddy cool, Boney M
- L'aventurier, Indochine
- La groupie du pianiste, Michel Berger
- Boys, boys, boys, Sabrina
- Live is life, Opus
- Eye of The Tiger, Survivor
- Voyage voyage, Désirless
- Je te donne, JJ Goldman
- Gilbert Montagnier, On va s'aimer
- Il jouait du piano debout, France Gall
- I want to break free, Queen

Titres préférés des patients :

- Sur la route, Black M
- Color Gitano, Kendji Girac
- les corons, Les stentors
- Cassé, Nolwenn Leroy
- Belle, belle, belle; Claude François

DEROULEMENT DE L'ATELIER :

1. Accueil des patients en musique :

Musique d'accueil : Daddy cool, Boney M

2. Activité de mise en route :

Pour ce dernier atelier, le thème a été choisi d'un commun accord avec les patients. Cette première activité de mise en route consiste donc à mettre en avant le thème des années 80 et non de le deviner. Pour ce faire, nous proposons aux patients d'écouter une compilation de 2 chansons emblématiques.

Musiques sélectionnées :

- L'aventurier, Indochine
- Les démons de minuit, Images

3. Activité d'écoute musicale en groupe :

Première activité : Ecoute de musique et identification du nom du groupe.

Il s'agit d'une activité d'écoute musicale associée à un projet d'écoute (identification du nom du groupe de musique). L'objectif ne réside pas dans l'identification en tant que telle mais bien dans l'écoute de musique. L'identification permet de créer la dynamique de groupe et de se servir du groupe pour faire émerger l'appétence à la communication chez les patients.

Les extraits musicaux sont diffusés un par un. Les patients sont invités à écouter attentivement l'extrait musical au terme duquel ils pourront identifier l'interprète ou le titre. 8 extraits sont proposés pour cette première activité :

- Un autre monde, Téléphone
- Je te donne, Jean Jacques Goldman,
- La groupie du pianiste, Michel Berger
- Sweet Dreams, Eurythmics
- Les Lacs du Connemara, Michel Sardou
- Sous le sunlight des tropiques, Gilbert Montagnier
- I want to break free, Queen

Deuxième activité :

Pour cette deuxième activité nous proposons aux participants deux extraits à la suite : l'un correspondant au thème des années 80 et l'autre ne correspond pas. Les patients doivent identifier l'intrus. Cette activité se décline en deux niveaux : identification de l'intrus dans un duo puis dans un trio.

Duos musicaux proposés :

- Gilbert Montagnier, On va s'aimer VS **Sur la route, Black M**
- Il jouait du piano debout, France Gall VS **Color Gitano, Kendji Girac**
- Je te donne, JJ Goldman VS **Les corons, Les stentors**

Trio musicaux proposés :

- Boys, boys, boys, Sabrina VS **Cassé, Nolwenn Leroy** VS Eye of The Tiger, Survivor
- Live is life, Opus VS **Belle, belle, belle; Claude François** VS Voyage voyage, Désirless

Troisième activité : Activité d'écoute libre

Il s'agit d'une écoute de musique sans consigne préalablement énoncée.

Musique sélectionnée : Macumba, Jean-Pierre Madère

4. Fin de séance

Les participants repartent sur une musique douce, détendus : Une femme libérée, Cookie Dingler

ANNEXE 8.
Synthèse des ateliers

Compte-rendu de l'atelier 1 « écoute musicale ».

Synthèse générale :

De manière générale, l'atelier s'est bien déroulé. Les participants se sont montrés attentifs et coopérants. Les musiques proposées n'étaient pas toutes connues des patients mais cela n'a pas entravé le travail d'écoute. Chacun a semblé satisfait de cette première séance et nous nous sommes donné rendez-vous la semaine prochaine.

Une dynamique de groupe s'est progressivement instaurée avec des interactions entre les participants. Certains patients se connaissaient déjà et ont donc eu plus de facilité à interagir entre eux. D'autres étaient plus en retrait mais tout de même à l'écoute des autres participants.

Le planning prévu a pu être mené à terme. Nous avons pu proposer les 3 activités prévues pour cette séance. 20 extraits musicaux de 1 minute 30 ont été diffusés ce qui correspond à une moyenne de 30 minutes d'écoute musicale dans la séance.

A noter : visite de l'interne du service à qui nous avons présenté le projet.

Synthèse pour chaque participant :

M.H : il s'agit d'un participant discret mais investi dans les activités proposées. Il s'agit du premier patient à se présenter aux autres. Son discours est fluide et M.H donne de nombreuses informations sur lui. Il est très à l'écoute des extraits musicaux diffusés et signifie la reconnaissance de l'extrait (ou au contraire sa méconnaissance) par des signes non verbaux (mimiques). Les prises d'initiatives de communication au sein de groupe sont timides et M.H est peu expressif.

M.V : ce participant est tantôt en retrait, tantôt très investi dans les activités. Quand vient son tour de se présenter, MV a besoin d'être encouragé, sans quoi il se replie dans des manifestations verbales et non verbales habituelles (persévérations verbales et manifestation de propos négatifs concernant ses difficultés d'expression liées à l'AVC). Lorsque Mlle. S dit qu'elle a une petite fille, M.V informe de son

initiative que lui aussi a une fille. Lors de la diffusion des extraits musicaux M.V peut aussi bien se renfermer (visage inexpressif et tête tournée) qu'être très enclin : il chantonne, se balance en rythme, présente un visage joyeux et esquisse des sourires. A la reconnaissance d'une musique qui lui plait, M.V se manifeste verbalement. Pour trouver le titre du film il compense à plusieurs reprises en cherchant l'affiche du film au mur afin de lire le titre.

M.D : participant assez discret qui se présente de manière succincte aux autres. Son discours est marqué par un manque du mot. A l'écoute de musique, M.D se manifeste non verbalement par des mimiques pour signifier sa reconnaissance ou méconnaissance de l'extrait. Plusieurs prises de paroles spontanées sont réalisées malgré la gêne occasionnée par les difficultés d'accès au lexique. M D s'est montré attentif aux consignes et a participé pour chacune des activités proposées.

M.M : ce participant semble à l'aise dans le groupe. Il est réceptif aux extraits musicaux diffusés et s'implique facilement dans les activités proposées. M.M est expressif, non verbalement et verbalement. Il initie facilement le dialogue et il est attentif aux autres membres du groupe.

Mlle.S : il s'agit d'une participante en retrait sur elle-même. Lors de sa présentation Mlle.S se laisse emporter par son propre discours et il est nécessaire de la freiner. A contrario elle est peu expressive lors des activités (mode verbal et non verbal) et initie très peu le dialogue. Elle semble ne pas comprendre toutes les consignes énoncées (notamment la consigne concernant les émotions). Ses réponses sont parfois en désaccord avec le groupe. Lors de la diffusion d'extraits musicaux Mlle.S est également peu expressive. Cependant elle semble à l'écoute des autres membres et elle est observatrice de leur comportement.

Compte-rendu de l'atelier 2 « écoute musicale ».

Synthèse générale :

Ce deuxième atelier s'est également bien passé avec un déroulement semblable à celui observé lors du premier atelier. Les participants se sont montrés attentifs et intéressés. Les musiques, à quelques rares exceptions, étaient toutes connues des patients. Le thème de la variété française semble avoir plu à tous ; les participants ont davantage chantonné qu'à la séance précédente. Des signes de fatigabilité se sont fait sentir pour deux des participants à 10 minutes de la fin de l'atelier.

Dans l'ensemble les patients nous ont semblé plus à l'aise dans leurs attitudes physiques et verbales. La dynamique de groupe est bien présente mais hétérogène sur le versant expressif avec des participants meneurs et d'autres plus en réserve. Nous remarquons pour cette séance que les participants trouvent les réponses ensemble grâce aux réponses incomplètes des uns et des autres. Effectivement certains patients se souviennent parfois d'un seul mot du titre, d'autre du chanteur ou encore de l'interprète original (dans le cas des reprises).

Nous avons pu proposer les 3 activités prévues pour cette séance. 27 extraits musicaux de 1 minute à 1 minute 30 ont été diffusés ce qui correspond à une moyenne de 34 minutes d'écoute musicale dans la séance.

A noter : un planning papier a été remis à la cadre de santé avec la date du 24 avril sous réserve de confirmation.

Synthèse pour chaque participant :

M.H : M.H est très consciencieux dans toutes les activités d'écoute et ses réponses sont toujours appropriées. Ce participant reste cependant discret avec des prises de parole succinctes au sein du groupe. M.H est plus à l'aise dans une relation duelle. Il engage d'ailleurs la conversation avec M.M en début de séance avant l'arrivée des autres participants.

M.V : M.V manifeste son enthousiasme à venir au second atelier. Il est très expressif quant à la diffusion des musiques et marque son approbation ou sa désapprobation. M.V manifeste plus de signes d'approbation qu'à la séance dernière ; les chansons semblent lui plaire davantage. Il chantonne souvent et il lui arrive même de chanter quelques phrases. On remarque toujours la présence de persévérations verbales et gestuelles.

M.V s'agite en fin de séance jusqu'à se lever et feindre de quitter la salle en apercevant son taxi sur le parking.

M.D : M.D est visiblement plus détendu. Il est expressif quant à l'écoute musicale et tape du pied le rythme de plusieurs chansons. M.D connaît toutes les musiques diffusées mais éprouve des difficultés à retrouver les titres ou les interprètes. Il est très à l'écoute des autres participants, s'aide des indices donnés par le groupe comme ébauche orale pour pallier le manque du mot. M.D exprime ses difficultés en fin de séance quant à la seconde activité.

M.M : son comportement est identique à la séance précédente : jovial, expressif, réceptif quant aux extraits diffusés et attentif aux autres. M.M est gêné par les troubles mnésiques dans l'activité d'identification du titre ou de l'interprète et désigne quasi systématiquement l'affiche sur le mur (poster des chanteurs) en signe de reconnaissance. Pour cette séance M.M chantonne lors de la diffusion de certains extraits.

Mlle.S : Mlle.S est plus expressive qu'à la séance dernière et ses prises de parole sont appropriées à la situation. Spontanément elle exprime le fait de ne pas apprécier une musique et en explique la raison sans que nous devions la stopper dans son discours. Cette participante trouve le thème du jour « la variété française » et participe activement à l'activité d'identification du titre ou de l'interprète. Elle est cependant en retrait pour la deuxième moitié de séance et montre des signes de fatigabilité à la fin de l'atelier.

Compte-rendu de l'atelier 3 « écoute musicale ».

Synthèse générale :

Ce troisième atelier s'est déroulé dans une dynamique semblable à celle observée lors du deuxième atelier. Les participants se sont montrés attentifs et enjoués. Ils ont chantonné sur plusieurs titres entraînants. Les musiques de groupes n'étaient pas toutes connues des patients mais cela n'a pas entravé le bon déroulement de l'atelier. Le thème des groupes de musique semble avoir plu à une majorité des participants. Comme à la séance précédente, des signes de fatigabilité se sont néanmoins fait sentir en fin d'atelier.

Dans l'ensemble les patients nous ont semblé à l'aise dans leurs attitudes physiques et verbales. La dynamique de groupe se renforce et les participants apprennent à se connaître au fil des séances. Nous avons introduit une activité en deux « équipes » afin de favoriser cette dynamique et donc les interactions entre les participants.

Nous avons pu proposer les 3 activités prévues pour cette séance. 23 extraits musicaux de 1 minute à 1 minute 30 ont été diffusés ce qui correspond à une moyenne de 30 minutes d'écoute musicale dans la séance.

A noter : des lettres d'informations ont été remises en mains propres à l'équipe pluridisciplinaire (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologue et orthophonistes) explicitant les tenants et aboutissants de notre projet.

Synthèse pour chaque participant :

M.H : Les prises de parole de M.H étaient moins nombreuses qu'à la séance précédente. M.H nous a confié être moins à l'aise avec le thème proposé lors de cet atelier mais participe néanmoins activement à toutes les activités proposées et se montre attentif aux autres. M.H communique ses ressentis verbalement. Lors de l'écoute musicale, il est concentré et manifeste peu de signes non verbaux (mimiques, gestes).

M.V : M.V manifeste son enthousiasme à venir au troisième atelier. Il est très expressif quant à la diffusion des musiques et marque son approbation ou sa désapprobation, de la même manière qu'à la séance précédente. La sélection des extraits semble lui plaire et M.V identifie un grand nombre de groupes de musique. Il chantonne souvent et connaît les paroles de plusieurs chansons. Les persévérations verbales et gestuelles sont moins nombreuses qu'aux deux premiers ateliers.

M.D : M.D est attentif et se montre intéressé et investi dans toutes les activités proposées. Il manifeste sa méconnaissance de certains titres et ses difficultés d'identification des musiques par des mimiques. Il interagit à plusieurs reprises avec les autres participants et répond systématiquement à nos sollicitations.

M.M : son comportement est identique aux deux séances précédentes : jovial, expressif, réceptif quant aux extraits diffusés et attentif aux autres. M.M communique avec nous ainsi qu'avec les autres participants. Il souligne à plusieurs reprises le comportement inapproprié d'un participant. M.M est gêné par les troubles mnésiques dans l'activité d'identification du groupe de musique et désigne quasi systématiquement l'affiche sur le mur en signe de reconnaissance. De la même façon qu'à la séance dernière, M.M chantonne lors de la diffusion de certains extraits.

Mlle.S présente un réel intérêt pour l'atelier mais se retire physiquement du groupe (tourne le dos aux autres participants) pour se rapprocher de nous et du matériel d'écoute utilisé. Melle.S a peu d'interactions avec les autres participants du groupe mais se montre toujours expressive en réponse à nos sollicitations. Ses prises de parole ne semblent pas toujours appropriées à la situation ou aux questions posées.

Compte-rendu de l'atelier 4 « écoute musicale ».

Synthèse générale :

Ce quatrième atelier s'est déroulé en l'absence d'un des participants ce qui a généré une dynamique moindre que dans les ateliers précédents. De manière générale, les participants se sont montrés attentifs mais n'étaient pas particulièrement sensibles au thème de la séance « Les comédies musicales ». Les musiques diffusées n'étaient pas toutes connues des patients. Néanmoins, contrairement aux deux séances précédentes, les participants n'ont pas manifesté de signes de fatigabilité en fin d'atelier.

Dans l'ensemble les patients nous ont semblé à l'aise dans leurs attitudes physiques et verbales. Ils interagissent entre eux et semblent apprécier se retrouver ensemble. Les patients sont de plus attentifs aux comportements des uns des autres et expriment des remarques entre eux.

Nous avons pu proposer les 3 activités prévues pour cette séance. 21 extraits musicaux de 1 minute à 1 minute 30 ont été diffusés ce qui correspond à une moyenne de 30 minutes d'écoute musicale dans la séance.

A noter : Une lettre d'informations a été remise en mains propres en APA explicitant les tenants et aboutissants de notre projet.

Synthèse pour chaque participant :

M.H : Absent

M.V : MV se montre désinvesti lors de cet atelier. Il exprime son mécontentement et sa méconnaissance concernant le thème des comédies musicales par des gestes et des expressions verbales. MV manifeste également des signes de **lassitude** pendant toute la durée de l'atelier. Il répond brièvement à nos sollicitations puis adopte une attitude de retrait.

M.D : M.D est attentif et se montre intéressé et investi dans toutes les activités proposées. Il manifeste sa méconnaissance de certains titres et ses difficultés d'identification des musiques par des mimiques mais réfléchit systématiquement à la réponse. Il interagit spontanément avec nous ainsi qu'avec les autres participants. Ce patient tape le rythme avec son pied pour la majorité des extraits musicaux.

M.M : son comportement est identique à celui des séances précédentes : jovial, expressif, réceptif quant aux extraits diffusés et attentif aux autres. M.M communique avec nous ainsi qu'avec les autres participants. M.M manifeste à plusieurs reprises sa gêne liée à ses troubles mnésiques dans l'activité d'identification de la comédie musicale. De la même façon qu'à la séance dernière, M.M chantonne lors de la diffusion de certains extraits. M.M éprouve le besoin qu'on lui répète la consigne pour les deux activités énoncées lors de cette séance.

Mlle.S se montre attentive tout au long de l'atelier mais se retire physiquement du groupe (tourne le dos aux autres participants) pour se rapprocher de nous et du matériel d'écoute utilisé, de la même façon qu'à l'atelier précédent. Melle.S a peu d'interactions avec les autres participants du groupe mais se montre toujours expressive en réponse à nos sollicitations. Melle.S interagit avec nous en fin d'atelier après le départ des autres participants : ses propos portent sur les musiques écoutées et celles qu'elle souhaiterait entendre une prochaine fois.

Compte-rendu de l'atelier 5 « écoute musicale ».

Synthèse générale :

Pour ce cinquième atelier, deux participants étaient absents. En raison de l'effectif réduit du groupe, la dynamique n'était pas semblable aux séances précédentes. Les trois participants se sont montrés très à l'aise et ont pris la parole spontanément pour interagir entre eux et/ou avec nous. A l'inverse de ce que nous envisagions, le groupe était donc plus dynamique et plus interactif avec ces trois participants qu'en groupe complet.

Concernant le thème du jour « La musique des années 80 », les trois patients ont apprécié d'écouter des musiques gaies et dansantes. Toutes les musiques étaient connues des participants. Nous avons observé que ce choix musical impactait sur l'ambiance générale puisque les patients étaient d'humeur joyeuse, chantaient plus que d'habitude et ressentaient l'envie de danser. Les trois participants se sont montrés investis et attentifs dans les activités d'écoute. La séance a été menée sur l'heure entière car nous n'avons pas décelé de signes de fatigabilité.

En début de séance les trois participants ont relaté les attitudes inappropriées de M.V (qui était absent ce jour-là) au sein du groupe.

Nous avons pu proposer les 3 activités prévues pour cette séance. 24 extraits musicaux de 1 minute à 1 minute 30 ont été diffusés ce qui correspond à une moyenne de 35 minutes d'écoute musicale dans la séance.

Synthèse pour chaque participant :

M.H : absent

M.V : absent

M.D : M.D était très détendu pour cette séance. Lors des activités, il s'est montré très vif et attentif aux musiques. Il frappe du pied le rythme des musiques et chantonne

pour certaines. Son visage est expressif et MD est particulièrement joyeux pour cette séance. Ses prises de paroles sont plus nombreuses et il n'hésite pas à répondre aux propos des autres participants. M.D a beaucoup apprécié les morceaux diffusés.

M.M : Comme à son habitude M.M est jovial et expressif. En arrivant, il nous parle d'un reportage qu'il a vu à propos de la musique et de ses bienfaits. M.M apprécie les musiques qui sont écoutées et chantonne à plusieurs reprises. Il frappe également le rythme de la musique avec son pied et sa main. Lors de l'activité d'identification il soulève une nouvelle fois la question de ses difficultés mnésiques mais nous confie que les affiches au mur (entrée visuelle) conjuguées à la musique et à la voix du chanteur (entrée auditive) l'aident à accéder plus facilement au nom du chanteur ou au titre de la musique. M.M est aussi expressif qu'aux ateliers précédents.

Mlle.S : Elle se souvenait très bien du changement d'horaire et nous le dit en arrivant. Mlle.S est moins expressive que les deux autres patients mais s'investit dans la séance. Contrairement aux deux derniers ateliers elle ne présente pas de signe de fatigabilité en fin de séance. Lors de la diffusion des extraits, elle chantonne, se balance pour marquer le rythme de la musique. Elle initie le discours afin de confier des anecdotes quant à certaines musiques. A plusieurs reprises elle nous dit aussi que la musique lui donne envie de danser. Bien que cela soit plus difficile pour elle en termes de pragmatique, Mlle S s'inscrit dans une conversation à plusieurs interlocuteurs avec des propos en cohérence avec le sujet.

Compte-rendu de l'atelier 6 « écoute musicale ».

Synthèse générale :

Ce sixième atelier dédié aux « différents genres musicaux » s'est déroulé dans une dynamique conviviale. Les participants qui apprennent à se connaître au fur et à mesure des semaines, semblent apprécier se retrouver le temps de l'atelier et demandent régulièrement des nouvelles des uns et des autres. De manière générale, ils se sont montrés attentifs et investis dans les activités proposées. Ils ont chantonné sur plusieurs titres entraînants et nous ont même soumis l'idée de faire une chorale, sur le ton de la plaisanterie.

Les musiques diffusées étaient presque toutes connues des patients mais cela n'a pas entravé le bon déroulement de l'atelier. Le thème des « différents genres musicaux » semble avoir permis à chaque participant d'apprécier plusieurs titres musicaux. Nous n'avons mis en évidence aucun signe de lassitude à la fin d'atelier.

Nous avons pu proposer les 3 activités prévues pour cette séance. 24 extraits musicaux de 1 minute à 1 minute 30 ont été diffusés ce qui correspond à une moyenne de 30 minutes d'écoute musicale dans la séance.

Synthèse pour chaque participant :

M.V : absent

M.D : Lors de cet atelier M.D adopte le même comportement qu'à la séance précédente : détendu, joyeux et expressif. Il est très investi lors des activités et se montre attentif aux musiques proposées. Il frappe du pied le rythme des musiques et chantonne lors de la diffusion d'extraits musicaux qu'il connaît et apprécie. Ses prises de paroles sont plus nombreuses qu'aux premières séances. De plus, nous constatons que M.D sourit et rit davantage que lors de nos premières rencontres.

M.M : Comme à son habitude M.M est jovial et expressif. Il chantonne à plusieurs reprises et frappe également le rythme de la musique avec son pied et sa main. Il semble apprécier les ateliers de groupe et interagit fréquemment avec nous et les

autres participants. Certaines remarques nous laissent supposer que M.M ne semble pas toujours comprendre les consignes énoncées.

Mlle.S : Contrairement à l'atelier précédent, les prises de parole spontanées de Melle S au cours de cet atelier ne sont pas appropriées à la situation et nous devons la stopper dans ses propos. Son débit est extrêmement rapide et son articulation imprécise. De manière générale, son discours est moins intelligible qu'habituellement. Melle S se montre en retrait des autres participants et ne semble pas investi dans les activités proposées. Ceci peut s'expliquer de par son changement de place dans la salle : pour une fois Mlle.S est à côté des baies vitrées (vue sur le parking) ce qui constitue un distracteur. Elle répond par oui ou non à nos sollicitations concernant les activités d'écoute et ne développe pas davantage. Melle S nous semble fatiguée et distraite lors de cette séance.

M.H : M.H est très consciencieux dans toutes les activités d'écoute et ses réponses sont toujours appropriées. Il se montre cependant très discret lors de cet atelier avec des prises de parole très succinctes au sein du groupe. Nous pouvons expliquer ceci par le fait que M.H ne soit pas au meilleur de sa forme et qu'il n'ait pu assister aux deux derniers ateliers. M.H nous paraît cependant plus détendu qu'aux trois premières séances auxquelles il a assisté et sourit davantage.

Compte-rendu de l'atelier 7 « écoute musicale ».

Synthèse générale :

Le septième atelier a pour thème « les musiques actuelles ». L'ambiance y était détendue et joviale. Les participants sont à présent à l'aise vis-à-vis les uns des autres et les prises de parole sont beaucoup plus spontanées et naturelles que lors des premiers ateliers. Les activités ont plu aux participants et ceux-ci se sont montrés investis et attentifs. D'un commun accord nous avons convenu ensemble du thème du dernier atelier qui sera « les années 80 ».

Les musiques diffusées n'étaient pas toutes connues des patients mais néanmoins bien accueillies. Les patients semblent apprécier découvrir de nouvelles musiques. A l'exception d'un participant, le groupe n'a montré aucun signe de fatigue.

Nous avons pu proposer les 3 activités prévues pour cette séance. 20 extraits musicaux de 1 minute à 1 minute 30 ont été diffusés ce qui correspond à une moyenne de 30 minutes d'écoute musicale dans la séance.

Synthèse pour chaque participant :

M.V : Nous rencontrons M.V à l'accueil sur le point de quitter l'hôpital sans autorisation. Il ne souhaite pas venir en séance et préfère rentrer chez lui. Nous parvenons à le faire venir après un temps de négociation. Nous lui exposons ce qui a été fait deux derniers ateliers. Il semble intéressé par le thème des années 80. Pour l'heure M.V veut dormir et restera tête baissée et yeux fermés tout le long de la séance. Nos quelques sollicitations pour le ramener au groupe et le faire participer n'ont pas été fructueuses.

M.D : Comme depuis un certain nombre de séances M.D est très souriant et participe activement aux activités et à la dynamique de groupe. M.D semble plus sûr

dans ses prises de parole et n'hésite pas à s'exprimer même si les mots sont encore déformés.

Globalement, il semble avoir moins apprécié le thème que les fois précédentes car plusieurs musiques lui étaient inconnues. M.D a donc moins chantonné pour cette séance. Cela ne l'a cependant pas empêché de frapper le rythme avec son pied.

M.M : absent

Mlle.S : Nous croisons Mlle.S dans les couloirs qui nous dit être contente de venir à l'atelier. Elle nous relate aussi une discussion avec M.D à propos des ateliers. Mlle.S est aujourd'hui souriante et très attentive aux activités. Sa participation reste un peu plus discrète que celle des autres participants mais ses propos sont appropriés. En outre, son débit est moins rapide et nous n'avons pas à la stopper lors de ses prises de paroles.

Lors de la diffusion des extraits, Mlle.S a un visage détendu et souriant. Comme pour certaines séances, nous notons une instabilité motrice : elle se déplace dans la salle et bouge parfois sur son fauteuil en nous signalant vouloir danser. Elle chantonne et frappe du pied pour signaler le rythme des musiques. Mlle.S nous dira au cours de la séance ne pas connaître toutes les musiques mais « écouter et bien aimer quand même ».

M.H : M.H nous apparaît en forme et à l'aise pour ce septième atelier. Il prend davantage part au groupe et prend maintenant la parole même s'il n'est pas sûr de ses réponses. M.H est donc plus spontané dans ses prises de parole et dans ses expressions non verbales (mimiques du sourire notamment). Preuve en est qu'il aide son voisin dans une activité en lui rechantant le refrain d'une musique.

Lors de la diffusion des extraits. M.H est très concentré. Il présente des expressions non verbales en signe de méconnaissance d'une musique ou d'une hésitation sur l'identification. En fin de séance il nous affirme qu'il ne connaît pas toujours toutes les musiques mais venir aux ateliers pour « le bruit agréable et l'ambiance ».

Compte-rendu de l'atelier 8 « écoute musicale ».

Synthèse générale :

Le huitième et dernier atelier a pour thème « les années 80... ou presque ». Nous avons convenu de ce thème avec l'ensemble des participants lors de l'atelier précédent. Les musiques diffusées étaient donc majoritairement connues et appréciées de chacun. Les participants se sont montrés investis dans les activités et l'ambiance était détendue et joviale. Les participants semblent à l'aise vis-à-vis des uns et des autres et les prises de parole sont spontanées et naturelles. Les participants n'ont montré aucun signe de fatigue ou de lassitude au cours de l'atelier mais étaient parfois peu attentifs aux musiques diffusées et préféraient discuter entre eux sur divers sujets.

Nous avons pu proposer les 3 activités prévues pour cette séance. 20 extraits musicaux de 1 minute à 1 minute 30 ont été diffusés ce qui correspond à une moyenne de 30 minutes d'écoute musicale dans la séance.

Synthèse pour chaque participant :

M.V : M.V se montre très investi dans les activités proposées lors de ce dernier atelier. Il apprécie tout particulièrement le thème des années 80 et manifeste son enthousiasme quant à celui-ci. Il est expressif lors de la diffusion des musiques et marque à plusieurs reprises son approbation. Il chantonne et frappe du pied le rythme de certaines musiques. Il parvient également à chanter plusieurs phrases de refrain de chansons. M.V manifeste néanmoins quelques persévérations verbales et non verbales tout au long de l'atelier venant parfois perturber le bon déroulement de celui-ci.

M.D : M.D est souriant et participe activement aux activités et à la dynamique de groupe. Il prend la parole à plusieurs reprises spontanément dans le cadre des activités mais également pour discuter avec les autres participants. M.D connaît et

apprécie la majorité des musiques diffusées lors de cette séance. De la même façon qu'aux séances précédentes, M.D chantonne à plusieurs reprises et frappe du pied le rythme de certaines musiques.

M.M : M.M est jovial et expressif et nous communique dès le début de l'atelier son enthousiasme pour le thème du jour. Il se montre investi dans les activités et tente des propositions de réponse. En outre, M.M chantonne à plusieurs reprises et frappe également le rythme de la musique avec son pied et sa main. Il interagit avec nous et les autres participants sur divers sujets, lors de la diffusion des extraits musicaux.

Mlle.S : La participation de Melle S est très discrète lors de cet atelier. Ses prises de parole sont succinctes et peu nombreuses. Melle S est attentive aux musiques diffusées et semble les apprécier. Néanmoins elle participe peu aux activités de manière spontanée et répond brièvement à nos sollicitations. Pour cette séance, Melle S se place près de la fenêtre et semble apprécier cet emplacement. On remarque une activité motrice moindre comparée à certaines séances avec une absence de déplacement dans la salle. Elle ne laisse apparaître aucun signe de fatigue ou de lassitude mais nous semble à certains moments comme perdue dans ses pensées.

M.H : M.H se montre détendu et jovial lors de cet atelier. Ses prises de parole sont discrètes mais M.H se montre attentif aux musiques diffusées et consciencieux dans les activités proposées, comme à son habitude. Lors de la diffusion des extraits, M.H est très concentré. Il présente des expressions non verbales en signe de méconnaissance d'une musique ou d'une hésitation sur l'identification.

Abstract

Music and neurological disorders are two fascinating domains constantly studied. There are lots of studies about it. It is now well established that listening to music has positive effects on the mechanism of neural repair and cognitive recovery following an ischemic stroke. Music listening also involves emotional functions and the desire to communicate. Based on these observations, it seems relevant to introduce music listening in speech language therapy for patients with communication disorders after stroke, who have lesser quality of life. Introducing to music listening in group therapy seems to be a good possibility and constitutes the purpose of the present study.

One group followed eight speech language therapy sessions. This process involves five patients, four of them forming our study population. Setting up and content of these sessions has been evaluated by the patients and by ourselves. To evaluate the value of the sessions, we used two indicators : communication et quality of life through standardized tests and questionnaires.

The results showed that the organisation of these workshops is possible in health institutions. Regarding the benefits for patients, the participants seems more comfortable with communicating and initiating conversations. However, no impact in daily mood has been found. We found positif impact on people's mood, anxiety and socio-relational status. Due to the small amount of patients examined, this study could apply to a bigger population.

Keywords: music, stroke, communication, life quality, group therapy, feasibility

Introduction de l'écoute musicale dans la prise en charge orthophonique de la personne ayant présenté un AVC

Résumé

Musique et troubles neurologiques ne cessent de fasciner et les études dans ce domaine font florès. Il est aujourd'hui établi que l'écoute musicale influe positivement sur les processus de neuro-réhabilitation et sur la récupération des fonctions cognitives après un AVC ischémique. Elle impacterait également sur les fonctions thymiques et sur l'appétence à communiquer du malade. Partant de ces constats, il semble pertinent d'introduire l'écoute musicale dans la rééducation orthophonique des patients présentant des troubles de la communication après un AVC et pour lesquels la qualité de vie est fréquemment altérée. L'introduction de l'écoute musicale en modalité collective apparaît être une perspective séduisante et constitue l'objet de la présente étude.

Ainsi, huit ateliers d'écoute musicale en groupe ont été mis en place dans la prise en charge orthophonique de cinq patients dont quatre forment notre population d'étude. La mise en place et l'organisation de ces ateliers ont été évaluées par les participants et par nous-mêmes. Les intérêts des ateliers ont été évalués pour chaque patient selon deux indicateurs : la communication et la qualité de vie via des tests standardisés et des questionnaires au patient et au personnel soignant.

Les résultats indiquent que la mise en place et l'organisation de ce projet se prêtent tout à fait à un établissement de soin et que les ateliers d'écoute musicale pourraient donc être réinvestis. En termes d'intérêts pour le patient, nos participants se disent plus à l'aise pour communiquer et initient davantage la conversation. Concernant la qualité de vie, aucun impact sur le ressenti au quotidien n'a pu être mis en évidence. Néanmoins, les ateliers ont eu des répercussions positives à court terme sur leur humeur, l'anxiété et leur statut social. Du fait de la population réduite, cette étude de faisabilité mériterait d'être conduite sur une population plus conséquente.

Mots clés : musique, AVC, communication, qualité de vie, prise en charge de groupe, faisabilité

