



Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com



Mémoire

La dépression en refrain... Entre évaluations de dispositifs musicothérapeutiques et vécus émotionnels : une proposition intégrative

Depression in chorus... Between assessments of music-therapy devices and emotional experiences: An integrative proposal

Laurie d'Abbadie de Nodrest^{a,*}, Jean-Luc Sudres^a, Laurent Schmitt^b, Antoine Yrondi^b, David Da Cruz^c

^a UFR de psychologie, université Toulouse II - Jean-Jaurès, 5, allées Antonio-Machado, 31058 Toulouse cedex 9, France

^b Service universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale, CHU Purpan, 330, avenue de Grande-Bretagne, TSA 70034, 31059 Toulouse cedex 9, France

^c Clinique Marigny, 2, rue du Treil, 31140 Saint-Loup-Cammas, France



INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 19 juillet 2019

Accepté le 17 octobre 2019

Disponible sur Internet le 15 novembre 2019

Mots clés :

Atelier thérapeutique

Créativité

Dépression

Émotion

Évaluation

Mécanisme de défense

Musicothérapie

R É S U M É

Objectifs. – Rares sont les recherches intégratives et contrôlées étudiant l'impact de la musicothérapie (réceptive, active, créative) en réponse à la symptomatologie dépressive. Les objectifs de cette étude exploratoire sont d'évaluer quantitativement et qualitativement l'aptitude à être dans l'instant présent, le fonctionnement défensif, la sévérité de la dépression, le degré alexithymique, la distorsion corporelle, la temporalité, la créativité avant, après et bien après la participation aux dispositifs de musicothérapie. Le vécu des ateliers est aussi exprimé après et un mois après l'ensemble des séances.

Patients et méthode. – Quarante-quatre adultes (hommes et femmes) ont été retenus. Pris en charge dans un hôpital et une clinique psychiatriques en Occitanie, 29 sujets ont participé à l'atelier actif et créatif (M_{âge} = 52,70 ; ET = 18,60), 28 à l'atelier réceptif et créatif (M_{âge} = 52,00 ; ET = 12,70) et 27 à la thérapie habituelle (M_{âge} = 48,10 ; ET = 13,00). Chacun a complété le *Five Facets Mindfulness Questionnaire*, le *Defense Style Questionnaire*, le *Beck Depression Inventory*, le *Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire*, et le *Body Distortion Questionnaire*. Les deux groupes de musicothérapie ont également répondu aux Échelles Cliniques des Thérapies Médiatisées.

Résultats. – L'analyse statistique suggère des différences significatives entre le pré- et le post-test en écho aux données qualitatives. Des améliorations sont repérées aux différents niveaux observés (présence dans l'instant, défenses, sévérité de la dépression, émotions, affects, distorsion corporelle, temporalité, créativité).

Conclusions. – Un dispositif de musicothérapie composite, adressé aux soignants, est élaboré à l'issue de ce travail. L'effet positif des ateliers reste néanmoins à confirmer lors d'une recherche sur un plus grand échantillon.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Objectives. – Few integrative and controlled researches have studied the impact of music-therapy (receptive, active, creative) in response to depressive symptomatology. The aims of this exploratory study are to assess quantitatively and qualitatively the mindfulness, the defensive functioning, the severity of depression, the alexithymic degree, the body distortion, the temporality, the creativity before, after and long after the participation in music-therapy workshops. The patient's experience is also noticed during these workshops, after and one month after all sessions.

Patients and methods. – Eighty-four (male and female) have been integrated in the research. Hospitalized in a psychiatric hospital and clinic in Occitanie, 29 subjects participated in the active

Keywords:

Creativity

Defense mechanism

Depression

Emotion

Evaluation

Music-therapy

Therapeutic workshop

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lauriedabbadie@gmail.com (L. d'Abbadie de Nodrest).

and creative workshop ($M_{age} = 52.70$; $ET = 18.60$), 28 in the receptive and creative workshop ($M_{age} = 52.00$; $ET = 12.70$), and 27 in the usual care ($M_{age} = 48.10$; $ET = 13.00$). Each completed the Five Facets Mindfulness Questionnaire, the Defense Style Questionnaire, the Beck Depression Inventory, the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire, and the Body Distortion Questionnaire. The two music-therapy groups also answered to the Clinical Scales of Mediatized Therapies.

Results. – The statistical analysis suggests significant differences between pre and post-test in connection with qualitative data. Improvements have been found at the different levels (mindfulness, defenses, severity of depression, emotions, affects, body distortion, temporality, creativity).

Conclusions. – A composite music-therapy device, addressed to caregivers, is developed at the end of this work. However, the positive impact of the workshops should be confirmed by research studying a larger sample.

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

L'expression française « avoir le bourdon » illustre le recours spontané à la musique pour exprimer nos humeurs dans le langage courant. En effet, cette expression fait référence à un état triste, mélancolique, ou encore au fait d'avoir des idées noires. Le « bourdon », quant à lui, peut correspondre à trois éléments distincts : l'insecte, qui métaphorise le bourdonnement des ruminations ; l'oubli d'un mot, voire d'une phrase en typographie ; ou une cloche d'un gros volume, produisant un son très grave et utilisée pour informer le peuple d'un événement déprimant.

Plus spécifiquement dans le domaine du soin, faire appel à la musique ou à la musicothérapie en réponse à la symptomatologie dépressive est une pratique ancienne et antérieure à l'Antiquité [16]. En ce sens, Aristote et Platon (préconisant la musique en complément d'autres soins physiques pour soigner les maux [22]), le récit biblique décrivant l'action de David (qui aurait joué de la harpe pour apaiser la mélancolie de Saül [35]), ou encore l'intervention de Farinelli (castrat appelé à la cour d'Espagne afin de chanter au chevet de Philippe V, souffrant de symptômes mélancoliques [38]), sont autant d'exemples historiques constituant les fondements de nos pratiques actuelles en musicothérapie.

En outre, recourir aux données épidémiologiques relatives à la dépression sans y apporter de nuance s'avère risqué à l'heure de la conscientisation de l'Anthropocène (changement climatique, perturbation humaine de l'écosystème, extinction massive du vivant). Encore controversée, cette nouvelle ère écologique se caractérise toutefois par un discours empreint de surinformation catastrophiste et par une vision pessimiste quant au futur [4] d'un sujet devenu entièrement responsable de lui-même (sans Dieu ni maître), et donc de son état thymique [18]. Parfois considérée comme étant la « maladie du siècle », la dépression reste pourtant associée à un flou étiologique, nosographique, mais aussi en termes de nomination, d'étymologie ou encore d'information [21]. Tout en tenant compte de ces limites, précisons que l'Organisation Mondiale de la Santé (2017) déclare que la dépression est la première cause d'incapacité et la deuxième maladie la plus invalidante au monde. Cette pathologie affecterait plus de 300 millions de personnes à travers la planète et le nombre de cas aurait augmenté de plus de 18 % entre 2005 et 2015. Parallèlement, la consommation mondiale d'antidépresseurs a doublé entre 2000 et 2010 dans les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) : la dépression a donc un coût sanitaire considérable. Cette pathologie représente une cause majeure de handicap, de suicide et de maladies somatiques. La dépression unipolaire affecte environ 16 % de la population générale sur une vie et est responsable de 12,3 % de la charge mondiale de morbidité. Cette prévalence est particulièrement importante chez le jeune adulte (15,4 %) avec

un pic d'environ 19 % entre 30 et 60 ans, puis une diminution après cette période [9]. Enfin, les données en ligne de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) indiquent qu'en France en 2010, 7,5 % des 15–85 ans avaient vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois, avec une prévalence deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes. Les chiffres diffèrent également en fonction de l'âge : 6,4 % chez les 15–19 ans, 10,1 % chez les 20–34 ans, 9,0 % chez les 35–54 ans et 4,4 % entre 55 et 85 ans. Alors que, en France, chez les femmes, la prévalence maximale est recensée entre 20 et 34 ans (13,2 %), celle chez les hommes atteint son plus haut pourcentage entre 35 et 54 ans (7,3 %).

Compte tenu des difficultés actuelles à définir ou à isoler ce trouble tant la population est fréquemment hétérogène [40], nous avons privilégié dans ce travail une vision psychopathologique transdiagnostique de la dépression [32], face à la complexité des tableaux cliniques rencontrés en institution.

2. Musicothérapie et dépression : quels constats établir malgré une pénurie de recherches ?

Selon Jankélévitch (1983) [24], la musique est inhérente à la dépression et inversement. Par exemple, la *Doumka* exprime pour les musiciens slaves (Dvorak, Tchaïkovski) la rêverie douce et mélancolique. Contrairement à un enchaînement rigoureux, le philosophe dira qu'il s'agit d'une « pensée naissante et tâtonnante » (p. 26). Néanmoins, peu de travaux scientifiques décrivent l'impact d'ateliers de musicothérapie auprès d'une population souffrant de dépression. Parmi ces derniers, retenons d'une part que l'approche réceptive suscite de nombreux souvenirs [20], favorise la description écrite/orale (notamment l'écoute de morceaux qualifiés de tristes [7]), diminue l'anhédonie [13], et engendre des améliorations transférentielles, physiques, émotionnelles, communicationnelles ou au niveau de la fatigue, de la faible estime de soi, de la détresse [17] chez les adultes dépressifs, malgré leur traitement médicamenteux et leurs difficultés alexithymiques. D'autre part, l'approche groupale active (chorale) a un effet positif sur le degré global de dépression [33]. Cependant, aucun de ces auteurs ne confirme l'existence d'une efficacité de ces thérapies à médiation musicale sur le long terme et sur une dépression grave.

Abstraction faite de l'approche utilisée (théorique, méthodologique, individuelle ou collective, réceptive, active, créative, mixte), le fait d'écouter et/ou de jouer de la musique dans un cadre thérapeutique ajusté à la population rencontrée a de multiples conséquences bénéfiques sur la symptomatologie dépressive. Au-delà de susciter un plaisir sonore et de créer une résonance interne (en aidant à donner du sens à l'existence, en atténuant les tensions), la musique a un effet sur du moyen terme puisqu'elle « n'est pas terminée lorsque s'éteint la dernière vibration entendue » [37]. Or, au vu de la littérature et de la

clinique de terrain, certaines limites en lien avec le design de recherche empêchent la transmission des expériences décrites. La plupart des études ont effectivement tendance à ne mesurer qu'un état dépressif global. Les recherches menées sur le moyen ou long terme sont rares. Peu de techniques actives ou créatives sont proposées dans un cadre structuré. De même, le type, le contenu de la démarche musicothérapique ainsi que la modalité de prise en charge (individuelle ou groupale) sont rarement détaillés. Enfin, les descriptions des diagnostics s'avèrent souvent imprécises.

3. Méthode

3.1. Élaboration des objectifs de recherche et des dispositifs thérapeutiques

Vis-à-vis des diverses difficultés retrouvées dans la symptomatologie dépressive des personnes rencontrées sur le terrain, celles travaillées en atelier sont : le ralentissement psychomoteur [9,29] et du discours [29], la distorsion corporelle [6,31], la prosodie monocorde [21,29], l'alexithymie [1,10,19], les aspects défensifs [1,11,14], ou encore la difficulté à être dans l'instant présent [26,29]. D'autres éléments sont abordés comme la norme [9,28], la honte, le repli social [9], la douleur (physique et psychique), la temporalité, la nostalgie [12,25], la créativité et la création [2].

Un travail exploratoire a donc été construit, avec l'objectif de découvrir les effets éventuels de deux dispositifs collectifs de musicothérapie dans le cadre de la démarche thérapeutique habituelle. Chaque groupe bénéficiait d'une prise en charge spécifique.

- Le groupe « Dispositif Actif et Créatif » (DAC)–« Une note d'humeur » : expression par l'intermédiaire d'objets sonores, d'instruments, avec le corps, la voix [30], création à partir de peintures et au travers de l'écriture.
- Le groupe « Dispositif Réceptif et Créatif » (DRC)–« La musique et moi » : intervention de deux musiciennes professionnelles, audition collective dans un cadre relationnel spécifique [30], association de couleurs, de mots, de dessins, ou d'odeurs aux sons écoutés.
- Le groupe « Prise en charge Habituelle » (PH)–« sans musicothérapie » : d'une part, participation aux activités institutionnelles, telles que la gym douce, la cuisine thérapeutique, l'ergothérapie, le yoga, les groupes d'éducation thérapeutique, de gestion des émotions, etc. D'autre part, accompagnement psychiatrique, psychothérapique, médicamenteux et social.

Les groupes DAC et DRC ont donc bénéficié de cette même prise en charge de base (PH).

3.2. Déroulé des séances

Afin d'éviter toute exclusion, les deux programmes structurés de musicothérapie active et réceptive comprenaient huit séances groupales, hebdomadaires et renouvelables, fondées sur des objectifs généraux : renforcer le lien social, encourager l'expression affective et émotionnelle, étayer le mouvement corporel (soutien sonore, rythmique, dessin retraçant le mouvement musical perçu), développer la créativité, le vécu de l'instant (présent, passé, nostalgie), la projection dans un futur proche, la communication verbale et non verbale, la confiance en soi et en l'autre. Chaque atelier alternait entre des temps forts (créativité, création) et des temps de réparation (écoute du silence, de son monde interne et externe). Pour les sujets qui le désiraient, des tâches inter-séances

étaient à réaliser entre l'atelier précédent et celui qui suivait. Par jeu d'associations (couleur-son ; image-son, mot-son) choisies en amont par les participants, le fil rouge de ces tâches se fondait sur l'encouragement à la fantasmatisation (rêverie), à la créativité, voire à la création. Chaque dispositif avait également ses propres objectifs spécifiques tels que : stimuler sa voix, habiter activement son corps tout en atténuant la sensation d'effort, ou encore moduler le son et le rythme de son discours pour faciliter les relations sociales (DAC) ; faire intervenir des musiciennes professionnelles pour qu'elles tentent de faire du sur-mesure (et non des concerts « à la carte »), ou à leur capacité à théâtraliser (dédramatisation, prise de recul), tout en tenant compte des éventuelles conséquences nocives de l'enveloppe musicale (effet intrusif du son, dimension persécutive) (DRC).

3.3. Participants et procédure

Dans cette recherche multicentrique, les personnes rencontrées sont hospitalisées au sein de services psychiatriques spécialisés dans la dépression d'un CHU et d'une clinique en Occitanie. Après avoir donné leur consentement libre et éclairé, 183 sujets ont participé aux ateliers. Quarante-deux d'entre eux ont été présents au minimum à quatre séances et ont rempli les questionnaires avant, après puis bien après (un mois) leur prise en charge. Ainsi, un mois après la fin de l'ensemble des ateliers de musicothérapie, un entretien physique ou téléphonique a été effectué avec chaque participant. Afin que la personne reste alliée de la recherche et non-objet de celle-ci, un allègement du follow-up fut nécessaire. En effet, seule l'ECTM (cf. *infra*), permettant de recevoir un nouvel avis dans l'après-coup, a été conservée dans cet entretien semi-directif. L'objectif était notamment d'estimer la perception des sujets vis-à-vis des apports des séances sur le moyen terme. Par ailleurs, ce travail a été présenté individuellement, puis en groupe, à l'oral et à l'écrit, à chaque participant potentiel, avec une possibilité de se retirer de la recherche à tout moment. Seuls les protocoles complets et les participants présentant un tableau clinique dépressif (conforme au DSM-5) ont été retenus dans l'échantillon. Ainsi, en écho avec les aléas du terrain, la population de l'étude est de 84 adultes. Parmi ces derniers, 29 sujets (18 femmes et 11 hommes ; $M_{\text{âge}} = 52,70$; $ET = 18,60$) ont participé à l'atelier DAC, 28 (15 femmes et 13 hommes ; $M_{\text{âge}} = 52,00$; $ET = 12,70$) à l'atelier DRC et 27 (13 femmes et 14 hommes ; $M_{\text{âge}} = 48,10$; $ET = 13,00$) à la PH (Tableau 1).

3.4. Outils de mesures

3.4.1. L'« ici et maintenant »

Les participants ont complété à deux reprises (avant et après l'ensemble des ateliers) le Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ). Cet auto-questionnaire évalue l'aptitude à focaliser son état de conscience dans l'instant présent. Initialement construit par Baer et al. (2006), il a été validé en langue française par Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere et Philippot (2011). Cet outil comprend 39 items regroupés en cinq catégories : Observation, Description de l'expérience vécue, Action/agir en pleine conscience, Acceptation/non-réactivité aux événements et Absence de jugement. Les sujets doivent indiquer sur une échelle de Likert allant de un (« Jamais ou Très rarement vraie ») à cinq (« Très souvent ou toujours vraie ») dans quelle mesure l'affirmation présentée (exemple : « je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir ») est généralement vraie pour eux au cours des quatre derniers jours. Le score total est obtenu par addition des résultats respectifs des cinq facteurs. Plus ce score est important, plus la personne peut être en état de pleine conscience [23]. Les alphas de Cronbach pour cette échelle s'élevaient à 0,590 en pré-test et à 0,592 en post-test.

Tableau 1
Description des trois échantillons.

	Dispositif Actif et Créatif N (%)	Dispositif Réceptif et Créatif N (%)	Prise en charge Habituelle N (%)
<i>Variables socio-biographiques</i>			
<i>Parentalité</i>			
Sans enfant	16 (55,17)	10 (35,71)	13 (48,15)
Un enfant ou plus	13 (44,83)	18 (64,29)	14 (51,85)
<i>Mode de vie</i>			
Célibataire/séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)	13 (44,82)	11 (39,29)	15 (55,56)
En couple/pacsé(e)/marié(e)	11 (37,93)	14 (50,00)	7 (25,93)
Célibataire chez les parents	4 (13,80)	3 (10,71)	5 (18,51)
Établissement de soin	1 (3,45)	0 (0,00)	0 (0,00)
<i>Situation professionnelle</i>			
Étudiant(e)	3 (10,34)	0 (0,00)	1 (3,70)
Sans emploi	3 (10,34)	1 (3,57)	7 (25,93)
En invalidité	4 (13,80)	11 (39,29)	8 (29,63)
En activité	7 (24,14)	8 (28,57)	8 (29,63)
À la retraite	12 (41,38)	8 (28,57)	3 (11,11)
<i>Origine culturelle</i>			
Française	24 (82,76)	21 (75,00)	25 (92,59)
Pas française	5 (17,24)	7 (25,00)	2 (7,41)
<i>Variables psychologiques</i>			
<i>Diagnostic principal</i>			
Burn-out	2 (6,90)	2 (7,14)	3 (11,11)
Dépression unipolaire	10 (34,48)	15 (53,57)	12 (44,44)
Dépression bipolaire	5 (17,24)	8 (28,57)	6 (22,22)
Trouble schizo-affectif	3 (10,34)	1 (3,57)	1 (3,70)
Mélancolie	9 (31,03)	2 (7,14)	5 (18,51)
<i>Variables en lien avec le rapport à la musique</i>			
Non	10 (34,48)	5 (17,86)	7 (25,93)
Pratique durant l'enfance et/adolescence	16 (55,17)	16 (57,14)	18 (66,66)
Pratique musicale actuelle	3 (10,34)	7 (25,00)	2 (7,41)

3.4.2. Les mécanismes de défense

Le Defense Style Questionnaire à 40 items (DSQ-40) a été créé par Andrews, Singh et Bond (1993) et validé dans une population française par Bonsack, Despland et Spagnoli (1998) [8]. Cet auto-questionnaire propose l'évaluation du fonctionnement défensif de la personne. L'outil, rempli à deux reprises (pré- ; post-test), distingue trois styles défensifs : mature (sublimation, humour, anticipation, répression), névrotique (annulation, pseudo-altruisme, idéalisation, formation réactionnelle) et immature (projection, agression passive, acting-out, isolation, omnipotence, rêverie autistique, déni, déplacement, dissociation, clivage, rationalisation, somatisation). Pour chaque item, le participant répond sur une échelle de Likert (« accord/désaccord ») en 9 points (médiane : 3). Le score d'un sujet pour un mécanisme de défense est la moyenne des scores des items explorant un mécanisme. Par rapport aux autres facteurs, le premier (style immature) a une consistance interne suffisante avec un alpha de Cronbach de 0,71[15].

3.4.3. La symptomatologie dépressive

Les personnes ont répondu en début et en fin de séquence d'ateliers au Beck Depression Inventory (BDI), créé à l'origine par Beck en 1961, puis révisé sous le nom de BDI-1A puis BDI-II en 1996. Cet auto-questionnaire comprend 21 items concernant un ensemble de symptômes dépressifs courants. Chaque item est coté de 0 à 3 en fonction de la sévérité de l'état relatif au thème. Obtenu par addition des items, le score total peut s'étendre de 0 à 63. Plus il est faible, moins la sévérité des symptômes dépressifs est importante. D'après, Beck, Steer et Brown (1998), le BDI-II permet de mettre en évidence un degré de dépression et non de poser un diagnostic. Ainsi, dans leur version française, une moyenne de 22,69 (ET = 10,92) correspond à une dépression légère, et les participants ayant un score total moyen de 29,91 (ET = 11,34) auraient une dépression moyenne. Enfin, nous parlons de degré

sévère de dépression lorsque le score s'élève en moyenne à 37,01 ou plus (ET = 10,26). L'alpha de Cronbach pour cette échelle était de 0,89 chez les sujets déprimés [3]. La consistance interne pour notre travail est suffisante : $\alpha = 0,705$ (pré-test) ; $\alpha = 0,712$ (post-test).

3.4.4. Le versant alexithymique

Le Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (1994) a été proposé en pré- et post-test. Il comprend 40 items regroupés en cinq dimensions théoriques (considérées comme indépendantes) de l'alexithymie : la Verbalisation (capacité à décrire ou communiquer ses émotions), la Vie fantasmatique (penchant à imaginer, rêverie éveillée), l'Identification de ses émotions (capacité à définir ses émotions, à les nommer), l'Excitabilité émotionnelle (capacité à être émotionnellement stimulé par un événement inducteur d'émotions) et l'Analyse de ses émotions (capacité à expliquer ses émotions, à les analyser). Les participants avaient à indiquer sur une échelle de Likert allant de un (« tout à fait d'accord ») à cinq (« tout à fait en désaccord ») dans quelle mesure les phrases présentées correspondent à leur manière habituelle de réagir. Plus le score total diminue, moins la personne est alexithymique. Le questionnaire a été validé auprès de la population hollandaise, anglaise et belge francophone par Bermond et al. (1998). L'alpha de Cronbach pour cet outil varie de 0,71 à 0,81 pour la version française [5]. Dans notre recherche, la consistance interne s'élevait à 0,630 avant et à 0,627 après l'ensemble des séances de musicothérapie.

3.4.5. La distorsion corporelle

Les sujets ont aussi rempli avant et après le Body Distorsion Questionnaire, créé par Fisher (1964) puis réadapté par Fourasté, Moron et Sudres (1989). Cette échelle est un indice fiable et valide de la distorsion de l'image corporelle. Il comporte 82 items regroupés en sept catégories : Élargissement, Rétrécissement,

Perte des frontières, Blocage des ouvertures, Peau (sensation inhabituelle), Saleté et Dépersonnalisation (perception du corps comme étranger, aliéné ou dévitalisé). Les items sont des questions posées de façon affirmative. Le sujet coche la case « oui » ou « non ». Le score total se calcule en additionnant les résultats de chacun des facteurs. À partir du moment où ce score est supérieur à 10, nous pouvons parler d'une distorsion corporelle effective. À l'inverse, plus celui-ci est faible, moins la distorsion est présente. Dans notre étude, les alphas de Cronbach avaient une valeur de 0,616 en pré-test et de 0,651 en post-test.

3.4.6. Le vécu des ateliers

Proposée immédiatement après et un mois après la fin des séances, l'Échelle Clinique de Thérapies Médiatisées (ECTM) a été élaborée par Sudres (1993). Elle est composée de 16 items appréhendant le vécu des ateliers autour de quatre thèmes : Objectifs de l'atelier, Travail psychique, Perception/attentes du patient et Processus de changement. Cet outil donne une vision globale de ce que la personne a pu vivre au cours des ateliers de musicothérapie et favorise un ajustement rigoureux des activités en fonction d'une population observée. L'échelle a été présentée sous forme d'auto-questionnaire ou d'entretiens semi-directifs.

3.4.7. La créativité et la temporalité

Une approche qualitative a été choisie pour analyser ce domaine. Celle-ci se base sur la production écrite, notamment dans le cadre de la création d'un CD groupal au sein des dispositifs réceptif et actif. Un Protocole d'Apperception Thématique Sonore (PATS) a également été construit en se référant aux indications de Sorabella [36]. Il s'agit d'un test projectif, s'apparentant à un « TAT » sonore. Six extraits, censés proposer par cette succession de sons une histoire, comprennent un contenu latent ainsi qu'un contenu manifeste. Dans ce travail, il a été un support de verbalisation permettant d'identifier diverses difficultés (angoisses, hallucinations, surdité). En outre, la temporalité a été pensée via la construction de frises chronologiques sonores individuelles et collectives.

4. Analyses statistiques

En complément des analyses qualitatives (vécus, entretiens cliniques), l'analyse des statistiques descriptives a été utilisée afin de décrire la distribution de chacune des variables en termes de moyennes, de fréquences ou d'écart-types en pré- et post-test. Des techniques d'analyses inférentielles ont ensuite été appliquées. Tests robustes et informatifs pour estimer les différentes interactions, les ANOVA mixtes et à groupes indépendants ont permis d'explorer les différences intra- et intergroupes. Nous nous sommes servis des tests non paramétriques de classement pour analyser les variables défensives (test de McNemar). Grâce au test de McNemar, les analyses prévues sur cet outil de mesure ont été remplacées par les analyses centrées sur chaque item composant l'échelle. Les tailles d'effet (η^2 partiel ; v de Cramer) ont aussi été renseignées pour chaque item. Par ailleurs, afin de tester l'effet de la prise en charge sur les différences entre les mesures pré- et post- sur chacun des scores et des items, nous avons réalisé des ANOVA à un facteur à mesures indépendantes (prise en charge : DAC ; DRC ; PH) sur les différences de scores pré- et post. Les F étant redondants avec l'effet d'interaction entre le moment de la mesure et la prise en charge dans les ANOVAS mixtes, nous ne rapportons pas les valeurs des tests statistiques, mais uniquement les résultats des analyses post-hoc. Enfin, l'ensemble des analyses a été pratiqué à l'aide des logiciels SPSS (version 23) et JAMOVI.

5. Résultats

L'analyse des écarts moyens de mesure Post-Pré en intergroupe permet de repérer de nombreuses différences moyennes significatives (Tableau 2). En comparant les trois groupes, nous notons tout d'abord que la différence moyenne Post-Pré du DAC et du DRC est significativement supérieure à celle retrouvée en PH pour le FFMQ (Total, Observation, Description) ; le DSQ-40 (Défenses matures) ; le BVAQ-20 (Total, Verbalisation, Vie fantasmatique, Identification émotionnelle) ; et pour le BDQ (Total, Perte des frontières et Blocage des ouvertures). D'une part, les différences

Tableau 2

Comparaison entre les trois groupes des moyennes des Différences Post-Pré obtenues en Intragroupe.

Variables	Différence Post-Pré Groupe DAC N = 29		Différence Post-Pré Groupe DRC N = 28		Différence Post-Pré Groupe PH N = 27			Taille d'effet η^2p
	M	SD	M	SD	M	SD	F	
<i>Mindfulness total</i>	12,4 ^a	8,19	13,0 ^b	4,34	2,04 ^{ab}	2,14	33,50*	0,453
Observation	4,52 ^a	3,46	4,18 ^b	2,13	1,19 ^{ab}	1,00	15,50*	0,277
Description	3,59 ^{ac}	2,54	5,50 ^{bc}	2,62	-0,22 ^{ab}	1,19	46,80*	0,536
Acceptation	1,69 ^a	1,75	1,07	1,61	0,33 ^a	1,78	4,38*	0,098
Absence de jugement	1,21	3,22	0,86	1,21	0,33	1,49	1,12	0,027
Action en pleine conscience	1,38	3,00	1,32	1,47	0,37	1,80	1,81	0,043
Nombre total défenses matures	1,38 ^a	0,86	1,25 ^b	0,70	0,41 ^{ab}	0,50	15,30*	0,274
Nombre total défenses névrotiques	0,00	0,89	0,00	0,72	-0,41	0,64	2,65	0,061
Nombre total défenses immatures	-1,59	1,45	-2,11 ^a	1,07	-1,00 ^a	0,62	6,85*	0,145
Score alexithymique total	-13,7 ^a	11,1	-12,4 ^b	5,24	-0,48 ^{ab}	2,98	26,60*	0,396
Verbalisation	-4,24 ^a	3,87	-4,18 ^b	2,33	-0,037 ^{ab}	1,32	21,20*	0,343
Vie fantasmatique	-3,14 ^a	3,93	-3,61 ^b	2,23	0,22 ^{ab}	1,93	14,60*	0,265
Identification des émotions	-2,93 ^a	3,29	-3,46 ^b	2,13	-0,29 ^{ab}	1,27	13,60*	0,252
Analyse des émotions	-2,76	3,79	-1,11	1,66	0,15	1,56	8,96*	0,181
Excitabilité émotionnelle	0,62	3,04	-0,04	1,73	-0,52	2,14	0,48	0,012
Score total de distorsion	-10,1 ^a	4,94	-8,96 ^b	2,83	-1,33 ^{ab}	1,57	52,90*	0,566
Perte des frontières	-2,69 ^a	1,73	-3,00 ^b	1,98	0,41 ^{ab}	0,80	38,20*	0,485
Blocage des ouvertures	-2,83 ^{ac}	1,98	-3,89 ^{bc}	1,20	0,63 ^{ab}	1,18	67,00*	0,623
Dépersonnalisation	-2,72 ^{ac}	2,19	-1,50 ^{bc}	0,88	-0,37 ^{ab}	1,31	15,80*	0,280
Élargissement	-0,55	1,02	-0,32	0,72	-0,52	0,89	0,55	0,013
Rétrécissement	-0,24	1,02	-0,04	0,43	-0,59	0,80	3,47	0,079
Peau	-0,24	0,91	0,00	0,54	-1,04	0,65	15,50	0,276
Saleté	-0,45	1,09	-0,18	0,77	0,00	0,39	2,18	0,051
Score total de dépression	-9,48	4,85	-10,8 ^a	3,51	-6,96 ^a	4,26	5,64*	0,122

Les moyennes avec les mêmes lettres en exposant sont significativement différentes l'une de l'autre (test de Tukey). * $p < 0,01$.

Tableau 3

Fréquences, significativité et taille d'effet pour chaque mécanisme de défense (McNemar). NB : Ce document a été envoyé comme une figure car il est en format paysage.

Variables	Groupe DAC N = 29				Groupe DRC N = 28				Groupe PH N = 27			
	% Pré	% Post	X ²	ν	% Pré	% Post	X ²	ν	% Pré	% Post	X ²	ν
Sublimation	27,58	86,20	17,00*	0,76	27,70	92,90	20,00*	0,84	37,04	40,70	1,00	0,19
Anticipation	20,68	48,30	8,00*	0,52	7,14	7,10	0,00	0,00	3,70	14,80	1,00	0,33
Répression	27,58	75,90	12,30*	0,65	32,14	67,90	10,00*	0,59	18,51	33,30	4,00*	0,38
Humour	58,52	65,50	2,00	0,27	71,43	89,30	3,57	0,36	55,55	66,70	3,00	0,36
Idéalisation	37,93	17,20	6,00*	0,45	25,00	25,00	0,00	0,00	47,14	7,40	4,00	0,38
Annulation	13,79	24,10	1,80	0,25	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0
Pseudo-altruisme	65,52	82,80	3,57	0,36	78,57	78,60	0,00	0,00	77,77	77,80	0,00	0,00
Formation réactionnelle	17,24	10,30	2,00	0,26	21,43	14,30	1,00	0,19	29,63	11,10	2,27	0,29
Projection	44,82	20,70	5,44*	0,43	32,14	3,60	8,00*	0,53	22,22	14,80	2,00	0,27
Agressivité passive	55,17	31,00	5,44*	0,43	82,14	50,00	9,00*	0,56	55,55	26,60	7,00*	0,50
Acting-out	24,14	13,80	3,00	0,32	0,00	0,00	0	0	18,51	3,70	4,00*	0,38
Isolation	24,13	10,30	4,00*	0,37	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0
Rêverie autistique	58,62	62,10	0,20	0,08	92,85	14,30	22,00*	0,88	77,77	70,40	2,00	0,27
Rationalisation	58,62	34,50	3,77	0,36	82,14	35,70	13,00*	0,68	81,48	51,90	8,00*	0,54
Omnipotence	20,69	10,30	3,00	0,32	0,00	0,00	0	0	7,41	3,70	1,00	0,19
Déni	6,90	3,40	1,00	0,18	0,00	0,00	0	0	14,81	3,70	3,00	0,33
Déplacement	10,34	3,40	1,00	0,18	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0
Dissociation	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0
Clivage	0,00	0,00	0	0	7,14	3,60	1,00	0,19	0,00	0,00	0	0
Somatisation	72,41	72,40	0,00	0,00	89,29	89,30	0	0	88,88	92,60	1,00	0,19

Le signe « 0 » a été utilisé afin d'indiquer que les statistiques inférentielles n'ont pu être calculées du fait de l'absence des variations des valeurs. * $p < 0,01$.

moyennes Post-Pré en termes d'Analyse des émotions et de Dépersonnalisation du DAC sont significativement plus élevées que celles retrouvées en situation contrôle et au sein du DRC. De plus, l'écart moyen des mesures Post-Pré est significativement supérieur à celui du groupe PH lorsque nous observons l'Acceptation de l'instant présent. D'autre part, les différences moyennes Post-Pré des scores de Défenses immatures, du Degré global de dépression, et du Blocage des ouvertures du DRC sont de même significativement supérieures à celles relevées pour le groupe PH. L'écart moyen des mesures Post-Pré de cette dernière variable s'avère aussi significativement supérieur dans le DRC, en comparaison au DAC. Enfin, la différence des moyennes de Description Post-Pré du DRC est significativement plus élevée que celle repérée dans le DAC.

Le test de McNemar (Tableau 3) indique que la présence de la Répression a significativement augmenté entre avant et après les trois modalités de prise en charge. L'Agressivité passive est quant à elle significativement moins présente en situation de post-test dans les trois groupes. Alors que la présence de la Sublimation augmente significativement, la Projection s'atténue au sein du DAC et du DRC. En outre, la fréquence de l'Idéalisation a significativement diminué entre avant et après le DAC et la PH. Par ailleurs, la Rationalisation est significativement moins présente en post-test pour les groupes DRC et PH. Chaque type de prise en charge a également eu un effet spécifique : si la présence de l'Acting-out est significativement inférieure après la PH, c'est la Rêverie autistique qui s'efface significativement après le DRC. Enfin, tandis que l'Anticipation était significativement plus présente en post-test, la fréquence de l'Isolation a pour sa part significativement diminué chez les participants au DAC.

6. Discussion

Les ateliers de musicothérapie ont donc eu un impact positif supérieur à la situation contrôle sur de nombreuses variables : Mindfulness total, Observation, Description ; Défenses matures ; Score alexithymique total, Verbalisation, Vie fantasmatique, Identification émotionnelle ; Distorsion corporelle, Perte des frontières et Blocage des ouvertures. Ces améliorations sont

également verbalisées par les participants (Tableaux 4 et 5). Concernant la possibilité de focaliser librement son état de conscience dans le moment présent, les sujets évoquent une attention plus importante aux sons environnementaux (ECTM 1 DAC ; ECTM 1 DRC), une écoute devenue active (ECTM 1 DAC), ainsi qu'une meilleure écoute de soi et des autres (ECTM 1 DRC). L'Observation, idéalement dépourvue d'attentes ou de jugement, a pu venir amplifier la capacité d'être seul [39] décrite par le groupe actif (17,24 %), en termes de recherche des temps de marche destinés à l'écoute de la nature (32,14 %) et de soi-même (14,28 %), ou d'une plus grande aisance dans les deux ateliers à accueillir les silences, auparavant angoissants (ECTM 2 DAC ; ECTM 2 DRC). En outre, l'Observation de ce qui se déroule dans l'instant est venue soutenir la création en DAC à partir d'un son institutionnel, de la sirène des ambulances ou de la pluie, entendus dans les locaux. L'utilisation du test projectif sonore (PATS) permet également d'affirmer que le lexique affectif et émotionnel s'est étoffé au fil des ateliers. Par ailleurs, passer par d'autres moyens que des mots pour s'exprimer (ECTM 1 DRC), créer collectivement et individuellement, ou percevoir un groupe contenant (ECTM 1 DAC et DRC) a pu encourager la prise de parole en public. Inviter les sujets à parler de ce qui s'est dit ou fait leur donne aussi accès à la symbolisation primaire (en présence de l'objet) ainsi qu'à celle secondaire (en son absence, signant une incapacité d'élaboration). En écho avec la Vie fantasmatique, la rêverie — décrite par les participants du DRC dans ses rapports à la nature et à l'individualité — s'apparente aux Rêveries du promeneur solitaire [34] durant lesquelles Rousseau tente d'échapper à ses angoisses relatives au lien social. Cette transformation est notamment liée à l'aspect créatif travaillé dans les deux ateliers via les jeux inter-séances, ainsi qu'au cours des temps d'improvisation et d'imagination. C'est essentiellement le groupe du DRC qui rend compte de cette Vie fantasmatique (50,00 % après ; 46,42 % bien après) leur permettant de voyager dans leur propre histoire, dans celle du groupe, de se laisser transporter au-delà des murs institutionnels, des enjeux de performance, grâce à l'étayage esthétique apporté par les musiciennes (ECTM 1 et 2 DRC). Bien qu'abordés différemment dans chaque dispositif, c'est au travers de la stimulation du corps et des sens que chacun a pu écouter autrement son monde interne, puis partager, contenir (ECTM 1 DAC), ou identifier ses émotions

Tableau 4

Synopsis des résultats de la première et seconde ECTM du groupe actif et créatif.

ECTM 1 DAC	
<i>Objectifs de l'atelier</i>	
Soutien dans le processus de guérison 62,06 %	Repos, apaisement Ouverture à la nouveauté et à l'extérieur Être dans le présent, ressentir et apprécier l'instant
Être ensemble 55,17 %	Être en lien par le biais du chant groupal Détente collective Amusement à improviser en groupe Découverte des goûts de chacun L'animateur a pour fonction de transmettre au maximum ou encore de faire aimer la musique
Bien-être perçu 34,48 %	Détente, décharge des tensions Évasion du quotidien hospitalier Passer un moment agréable et ludique Renarcissisation
<i>Le Travail Psychique</i>	
Création groupale conduisant au plaisir d'être ensemble (58,62 %)	
Écoute plus aisée, notamment lorsque l'atelier se déroule le matin (41,37 %)	
Chant : tremplin principal permettant d'amener chacun à se surprendre soi-même (44,82 %), favorisant l'échange musical puis une tolérance mutuelle (31,03 %)	
La séance est perçue comme agréable (100 %) malgré un amorçage (matinal) nécessitant souvent un effort (41,37 %) Difficulté de supporter le « bruit » de l'autre (24,13 %), aggravant une fatigue constante	
Appréhension de l'effondrement devant le reste du groupe (37,93 %)	
<i>La perception/Les attentes du patient</i>	
Présence du groupe 97,40 %	Volumineux et hétérogène (25 %) Indispensable, fonction aidante et contenant (34,48 %) Découverte des autres en dehors de la routine hospitalière (20,68 %) Tristesse de l'autre parfois insupportable (17,24 %)
Fonctions attendues de l'animateur 93,10 %	Transmettre, intégrer et écouter la demande de chacun Être dynamique Stimuler, encourager les personnes à s'exprimer Rassurer sans juger Réguler l'humeur du groupe Progrès technique instrumental mentionné
Amélioration des capacités, perceptions, sensations 72,41 %	Passage d'une écoute « passive » à une écoute active Meilleure attention aux sons entendus Amélioration des aptitudes à contenir ses émotions
<i>Le processus de changement</i>	
Amélioration de l'humeur (37,93 %)	
Tristesse omniprésente (27,58 %)	
Détente, bien-être (20,68 %)	
Progrès technique (20,68 %)	
Sentiment de symbiose groupale (17,24 %)	
Possibilité de prendre musicalement sa place, sans passer par les mots (13,79 %)	
ECTM 2 DAC	
<i>Ce qui s'est inscrit</i>	
Lien social 75,86 %	Nostalgie du lien groupal et des jeux ludiques Partage des créations avec les proches Recherche d'activités collectives (association, cinéma)
Créativité 31,03 %	Ouverture à d'autres supports créatifs (écriture, dessin, musique) Décharge des tensions, de la colère, des regrets

Tableau 4 (Suite)

ECTM 2 DAC
<i>Processus de changement</i>
Modification du regard des proches sur la maladie via les créations individuelles ou collectives (62,06 %)
Plus grande tolérance au jugement de l'autre (41,37 %)
Tristesse parasitaire (34,48 %)
Organisation de sorties artistiques : concert, cinéma, musée (27,58 %)
Amélioration de la capacité d'être seul (17,24 %)

(ECTM 1 DRC). Si l'instrument de musique se situe entre un vécu corporel et une parole, nous pouvons avancer que l'atténuation de la Distorsion corporelle, de la Perte des frontières et de la Dépersonnalisation, a permis une meilleure prise de conscience du monde physiologique émotionnel (Identification), et donc un passage à l'Analyse et à la Verbalisation. En ce sens, en diminuant le décalage entre l'image du corps et ce corps dans la réalité, les dispositifs redonnent la sensation que l'enveloppe corporelle devient protectrice. Ainsi, dans ces séances, les enveloppes sonores, tactiles, ou olfactives ont été constamment mobilisées afin d'amener le sujet à distinguer le rapport perméabilité/imperméabilité/insécurité. Ce mouvement, allant d'une position passive à active (ECTM 1 DAC et DRC) a favorisé le processus dynamique suivant : plus les limites du corps sont perçues — plus les émotions et la douleur sont contenues — moins il est nécessaire de s'épuiser à tout contrôler — plus le contrôle est alors possible. Les frontières deviennent ainsi perméables, avec un filtre, et permettent d'élaborer une variété de sensations.

D'une part, parmi les impacts différant d'un atelier à l'autre, le DAC a renforcé dans de plus grandes proportions que le DRC la Dépersonnalisation et l'Analyse des émotions. Plus spécifiquement, l'Acceptation de l'instant présent s'est davantage améliorée chez les sujets du DAC, vis-à-vis de ceux du groupe PH. Ces différences ne sont pas anodines lorsque nous observons que le DRC s'est nourri des pensées et de la pulsion de vie des musiciennes (holding musical reçu), tandis que le DAC s'est alimenté et stimulé en autonomie, par le mouvement des membres du corps groupal (holding musical construit). La vibration corporelle et instrumentale a unifié des parties a-liénées, diminué le risque de dissociation et a donné la possibilité de réhabiter son corps mis en vie, à l'instar de la Dépersonnalisation, entendue ici comme une dévitalisation. En outre, la prise de recul sur ses propres ressentis a beaucoup été travaillée lors des séances du DAC (tableaux sonores émotionnels adressés aux sujets ayant proposé l'émotion initiale). Ainsi, ces participants composent, produisent, extériorisent, et peuvent porter un regard neuf sur ce « dehors », pour ensuite se le réapproprier et en faire un bon objet [27]. Cette amélioration de l'analyse émotionnelle traduit à nouveau la possibilité d'élaboration, de symbolisation secondaire. Enfin, parmi les participants du DRC, 28,57 % d'entre eux parviennent à mieux gérer leurs angoisses (mort, inconnu) et leurs émotions à la fin de l'ensemble des séances (ECTM 1 DRC). Cependant, cette tendance semble disparaître en dehors des moments de silence lors du follow-up, le fonctionnement du DAC s'est inscrit différemment dans l'après-coup. En effet, malgré une lame de fond triste, voire mélancolique (34,48 %), l'acceptation des symptômes a lieu grâce au regard des proches par le biais des créations et à la résolution active des difficultés via la fonction exutoire de la créativité ou de la création (31,03 %) (ECTM 2 DAC). En outre, l'atténuation des Défenses immatures, du Degré global de dépression et du Blocage des ouvertures observée dans le DRC est significativement supérieure à celle relevée en PH. Concernant cette dernière variable, sa fréquence dans le DAC est significativement inférieure à celle du DRC. De surcroît, la restauration de la Description est plus conséquente en atelier

Tableau 5

Synopsis des résultats de la première et seconde ECTM du groupe réceptif et créatif.

ECTM 1 DRC	
<i>Objectifs de l'atelier</i>	
Bien-être perçu 71,43 %	Reconquête de la légèreté, de la plénitude et de l'apaisement Atténuation des souffrances psychiques et physiques Oubli temporaire de la maladie
Relecture des émotions 64,28 %	Découverte et ouverture à des personnes, sons et sensations inconnues Convocation des sens pour accueillir et partager originalement ses émotions Identification et apprivoisement progressifs de celles-ci Dépassement des barrières langagières grâce aux divers supports Ressentis amplifiés par les interprétations musicales
Rêverie 50,00 %	Exploration de ses propres souvenirs Évasion au-delà des murs institutionnels Découverte d'un monde créatif jusqu'alors inaccessible Imagination sans enjeu de performance
<i>Le Travail Psychique</i>	
La présence des musiciennes professionnelles est valorisante, motivante et gratifiante (67,85 %)	
Elle gomme un temps l'étiquette de « malade » ou de « folie » (39,28 %)	
Les sujets se surprennent à se remémorer (67,85 %), s'exprimer (42,85 %) et se laisser emporter plus facilement par la musique (32,14 %)	
Le plaisir est notamment permis par la beauté (71,42 %) et le ludique (46,42 %)	
La séance est perçue comme étant agréable (96,42 %) mais le premier atelier peut s'avérer bouleversant (28,57 %)	
L'humeur, la négativité, l'angoisse du groupe (85,71 %) et les sons très aigus (21,42 %) sont difficilement supportables	
<i>La perception/Les attentes du patient</i>	
Fonctions attendues de l'animateur 96,42 %	Instaurer un cadre rassurant Stimuler et mettre au travail le groupe Transmettre sa passion et son enthousiasme Intermédiaire entre les sujets, puis entre eux et l'équipe Hétérogène en termes de pathologies et d'avis (53,57 %)
Présence du groupe 92,85 %	Confrontation nécessaire pour découvrir des perceptions différentes des siennes (28,57 %) Rassurant et renarcissant pour les personnes souffrantes (10,71 %)
Amélioration des capacités, perceptions, sensations 64,28 %	Meilleure écoute de soi et des autres Plus grande attention aux sons de l'environnement Soulagement progressif des réactions somatiques douloureuses Développement de l'éclectisme musical
<i>Le processus de changement</i>	
Modification de l'écoute de soi, de la nature ou de l'autre (46,43 %)	
Meilleure gestion des angoisses (de l'inconnu, de mort) et des émotions (28,57 %)	
Augmentation du plaisir (lié à la beauté, à la rêverie) et de la curiosité (14,28 %)	
Atténuation des ruminations (10,72 %)	
ECTM 2 DRC	
<i>Ce qui s'est inscrit</i>	
Plaisir reçu et partagé 67,85 %	Souvenir de la beauté des instants musicaux Nostalgie du plaisir et de la joie éprouvés en séance Recherche de supports artistiques agréables Rencontre avec les musiciennes valorisante et motivante
Rêverie 46,42 %	Évocation d'un fardeau, porté temporairement par les musiciennes Tendance à se laisser transporter par son imagination
<i>Processus de changement</i>	
Accueil plus aisé des moments de silence, moins angoissants (35,71 %)	
Augmentation des temps de marches, destinés à l'écoute de la nature et des éléments (32,14 %) ou de soi-même (14,28 %)	
Organisation de sorties artistiques : concert, cinéma, théâtre (25 %)	

réceptif qu'en séance active : au-delà d'une remémoration des événements de leur existence (67,85 %), les sujets du DRC se surprennent à s'exprimer plus facilement (ECTM 1 DRC). Les participants du DAC n'identifient pas directement cet effet et parlent davantage des créations collectives donnant lieu au plaisir d'être ensemble (58,62 %) (ECTM 1 DAC).

D'autre part, même si les trois formes de prise en charge ont significativement amoindri la sévérité globale de dépression chez l'ensemble des sujets rencontrés, le DRC a eu un effet plus conséquent que la PH. Les sujets du DRC ont perçu une meilleure ouverture corporelle au niveau de la gorge, de l'intestin, des poumons et des oreilles. Tandis que les sujets du DAC décrivent

une ouverture à la nouveauté, à l'extérieur, au reste du groupe, aux professionnels, à leur proche, et aux activités collectives, l'ouverture dépeinte par les participants du DRC est moins empreinte de la dimension sociale. En effet, alors que nous retrouvons lors de leur premier vécu (ECTM 1 DRC) une ouverture aux autres, aux sons et aux sensations inconnues, le second (ECTM 2 DRC) exprime un plaisir ou une issue recherchée individuellement (promenade solitaire : 32,14 % ; écoute de soi-même : 14,28 % ; sorties artistiques ne nécessitant pas d'interaction directe : 25 %). Dans les deux conditions, l'ouverture corporelle donne aussi lieu à une nouvelle circulation (intérieur/extérieur) dans laquelle le sujet ne se focalise plus uniquement sur lui-même.

Sur le plan défensif, afin de conserver une cohérence avec les données cliniques, nous choisissons de nous focaliser sur la Sublimation, la Répression, la Rêverie autistique, et sur l'Acting-out. Dans ce contexte, ce changement de but pulsionnel vers des activités socialement reconnues est énoncé par le groupe DAC : le recours à des activités créatives (écriture, dessin, musique) plébiscitées par des proches afin de décharger ses tensions, sa colère, ses regrets, s'est effectivement engrammé un mois après la fin de l'ensemble des séances pour 31,03 % d'entre eux. Cette Sublimation étaye le partage collectif des activités et des créations chez 75,86 % des personnes recontactées (ECTM 2 DAC). De plus, la Répression s'est significativement exacerbée au cours des trois prises en charge. Néanmoins, les deux dispositifs musicothérapeutiques ont eu un impact plus important que celui du groupe contrôle. Cette mise à distance défensive est d'une part identifiée par 72,41 % des sujets du DAC, qui mentionnent une meilleure maîtrise de leurs émotions (ECTM 1 DAC) et verbalisent un lâcher-prise. Ce changement est retrouvé chez les participants du DRC, 10,72 % d'entre eux remarquant une diminution non coûteuse des ruminations négatives (ECTM 1 DRC). Bien que la fuite inconsciente des relations ou des conflits par la rêverie diurne soit significativement moins présente à la fin du DRC, la rêverie (davantage contemplative) est toujours présente et conserve un aspect solitaire chez les participants de cet atelier (cf. *supra*). Ces sujets ne cherchent plus refuge dans une construction chimérique mais dans des aménagements créatifs de la réalité : en cessant de se couper de toute communication, ils parviennent à accéder à une rêverie fantasmatique (et non plus autistique). Enfin, la défense consistant à se décharger par l'acte plutôt que la verbalisation s'est significativement atténuée en PH. Les activités proposées dans cette condition de soin sont donc essentielles lorsque nous tenons compte du risque suicidaire accru des personnes approchées dans ce travail. Relevons toutefois qu'alors qu'un faible Acting-out rend compte de l'effet sédatif des médicaments et de la psychothérapie habituelle, un Acting-out élevé chez les patients bénéficiant de la musicothérapie suppose aussi qu'ils sont éveillés. C'est un signe existentiel, non cadenassé, qui signifie que ces sujets ne sont pas anesthésiés. Ainsi, bien que cet état soit à surveiller, ces participants bénéficient d'une stimulation autre, au-delà de la camisole chimique.

Les deux ateliers ont été vécus différemment : hormis le *Bien-être perçu*, les autres apports verbalisés par les sujets se distinguent radicalement. Ce bien-être n'occupe pas la même place dans les priorités établies par les deux groupes et possède une définition singulière (Tableaux 4 et 5). De plus, c'est le *Soutien dans le processus de guérison* qui est le plus cité par les participants au DAC (62,06 %), se caractérisant par un temps d'accalmie, une « ouverture à la nouveauté et à l'extérieur », ou par un ancrage dans le présent. À la différence du *Bien-être perçu* par les membres du DRC, l'ensemble de ces états est éprouvé et activement entretenu (ECTM 1 DAC). Une autre distinction concerne la temporalité qui – malgré une projection générale dans un futur proche – paraît davantage se fixer et puiser des ressources dans le présent pour les membres du DAC, et dans les souvenirs pour ceux du DRC. Dans quasiment les mêmes proportions, le DRC parle d'une *Relecture des émotions* permise par l'exploration des voies non verbales et l'amplification des ressentis « par les interprétations en direct ». Par conséquent, ces derniers ont l'impression de mieux accueillir, identifier et apprivoiser leurs émotions (ECTM 1 DRC). Enfin, 55,17 % des personnes du DAC parlent du fait d'*Être ensemble*, lorsque 50 % des participants du DRC abordent la *Rêverie*. Ces deux dispositions sont rapportées un mois plus tard et en conservent les mêmes fondements (ECTM 1 et 2, DAC et DRC). En cela, le renfort du lien, de l'illusion groupale, la recherche d'activités collectives par le groupe actif (ECTM 1 et 2 DAC) ou la création du CD, trouvent logiquement une résonance dans l'amplification du processus

sublimatoire. Parallèlement, la présence des musiciennes ayant soutenu et délesté les sujets de la responsabilité de se mettre en mouvement et en exposition, ébauche une nouvelle forme de fantasmatisation. En lâchant prise et en dépassant les conflits groupaux générés par l'hétérogénéité des pathologies et des avis (ECTM 1 DRC), chacun s'est laissé porter, puis transporté par la sollicitation esthétique. En résumé, alors que les sujets du DRC sont installés dans une jouissance passive, en bénéficiant de ce qui est déjà présent et en se laissant porter, ceux du DAC expriment un état moins confortable tout en se sentant soudés aux autres participants.

En nous intéressant désormais au *Travail psychique* instauré dans chacun des groupes, l'introspection n'a pas la même profondeur. Chez les sujets du DAC, nous pouvons remarquer la prise de conscience sociale dans leur description du rapport à l'autre, leur honte, ou leur angoisse de ne pas pouvoir faire face (ECTM 1 DAC). Pour les patients du DRC, il est davantage question d'une valorisation externe, d'une normalisation des perceptions sociales (effacement des étiquettes), ou encore de rêverie. L'atelier est aussi pour eux un temps au cours duquel la personne peut décompresser et prendre sa place (ECTM 1 DRC).

Concernant les *Fonctions attendues de l'animatrice*, les sujets du DAC précisent que la musicothérapeute doit avoir un rôle d'interface (entre les membres du groupe, entre eux et l'équipe, mais aussi entre eux et leurs proches), de réassurance, de contenance et de régulateur thymique, en adoptant constamment une humeur distincte de la leur (ECTM 1 DAC). En plus de ces mêmes notions de contenance et de réassurance, le groupe du DRC souhaite que la musicothérapeute transmette sa passion et son dynamisme pour aider à la mise au travail (ECTM 1 DRC). Ces membres ne citent alors que des échanges intragroupaux (patients, équipe). En outre, le degré d'exigence n'est pas le même en fonction de la présence ou de l'absence des musiciennes. En l'absence d'un tiers, les participants sont plus demandeurs qu'en sa présence : l'animatrice doit être active, soutenante, contenante, dynamique sans donner aux autres l'impression d'être ralentis, redoubler d'inventivité et d'efforts. Ainsi, si les participants aux DRC n'en demandent pas davantage, ceux en DAC ont diverses attentes.

Réciproquement, en analysant le *Processus de changement* amorcé, remarquons que sans l'intervention des musiciennes, beaucoup plus d'engagement est implicitement demandé aux membres du DAC. Ces sujets parlent dans l'après-coup d'un enrichissement, d'un affermissement des liens sociaux et familiaux grâce à leurs créations enregistrées sur CD. Son écoute a pour effet de briser les stéréotypes inquiétants rattachés à l'univers psychiatrique. Du côté du DRC, les participants relèvent uniquement des impacts positifs, mais les effets retenus sont plus généralistes et perçus individuellement. Dans la même logique, tandis que la musicothérapeute tente de rendre actives les personnes du groupe DAC, les sujets du DRC restent davantage à leur place : en apportant une enveloppe socioculturelle grâce aux musiciennes, nous les étayons plutôt que d'aller les chercher. Par là, il est évident que la motivation n'émane pas des mêmes ressorts : quand c'est le partage groupal et la création qui alimente l'intérêt des uns, c'est la présence valorisante de deux musiciennes qui confortera les autres. Donc, rien de surprenant à voir réapparaître un mois plus tard la notion de *Plaisir reçu* : après avoir reçu une consolidation maternante, ces derniers cherchent à être « nourris ». Même si cet engramme individuel est nécessaire, les participants du DAC franchissent un palier plus complexe, leur permettant : une ouverture active à l'imaginaire, à la projection, à la résolution de conflits, un mouvement vers l'autre, et de construction. Les allers-retours entre le singulier et le collectif, nécessaires au travail de création, ont laissé une trace correspondant à une autonomisation innovante, dans ses rapports simultanés à l'individualisation et à la socialisation. Enfin, sans pour autant opposer catégoriquement les deux types de musicothéra-

pie, le discours des personnes du DRC est plus opératoire, factuel, communicant des besoins élémentaires qui relèvent davantage d'une symbolisation primaire (nécessitant encore de passer par l'acte créateur) et d'une focalisation sur le monde interne. En

somme, alors que le groupe DAC s'est enraciné dans un processus de changement dans l'après-coup, celui réceptif reste à la surface, porté sur la notion de plaisir reçu et sur le nourrissage culturo-symbolique apporté par ces musiciennes. Une mise au travail sur le

LE BLASON MUSICOTHERAPIQUE Un dispositif composite et intégratif
Indications
<ul style="list-style-type: none"> - Toute personne ayant des difficultés à exprimer/ partager ses émotions par le langage corporel et/ou verbal. - Cette démarche n'est pas indiquée pour les personnes délirantes, paranoïaques, et hétéro- ou auto-agressives.
Jeux musicaux réceptifs, actifs et créatifs / Alternance entre temps forts et temps de réparation
<p>Préliminaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Entretien individuel</i> : présenter l'atelier, évaluer l'indication et repérer l'histoire musicale du sujet. - <i>Latence participative</i> : un temps d'hospitalisation préalable « d'installation institutionnelle » avant d'intégrer l'atelier. - <i>Cadre de fonctionnement</i> : ateliers non-obligatoires et ouverts. - <i>Animation</i> : Coanimation musicothérapeute + soignants ; musicothérapeute + artistes extérieurs (participants actifs au groupe). Éviter la forme « concert » et/ou performances musicales. <p>Séances</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Premières séances</i> : consacrées à des médiums simples (peu d'odeurs, de couleurs, ou de mots) avec enrichissements progressifs. - <i>Environnement sonore</i> : découverte et focalisation (indépendamment de la musique) sur les sons de l'environnement. Instruments de musique (thunder-drum, ocean-drum) permettant de recréer les sons naturels (océan, orage, pluie). - <i>Invariants musicaux</i> : rejouer et faire écouter des sons et/ou des paroles connues (temps repérant et sécurisant). - <i>Stimulations des liens intersubjectifs et intergénérationnels</i> : jeux faisant résonner le Soi groupal. - <i>Sollicitation de la remémoration</i> : partages par/avec les artistes-musiciens(es) de sons, d'images, d'histoire(s). - <i>Jeux de théâtre et de mime</i> : entrer dans un personnage pour interioriser/exterioriser les affects et les dédramatiser. - <i>Processus d'élaboration</i> : instituer des jeux inter-séances pour stimuler la créativité. <p>Fin de la séance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Maillage institutionnel</i> : encourager les liens entre les diverses activités de l'institution. - <i>Rituel de fin</i> : marquer en groupe et en musique la fin de la séance, préparer l'atelier suivant. - <i>Auto et inter-évaluation groupale</i> : partage et analyse des vécus dans un climat de bienveillance. <p style="text-align: center;">Déroulement type d'une séance :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Approche active « douce » : mise en sécurité individuelle par un éveil vocal. 2) Approche réceptive et créative étayée par des musiciens(es) : sensibilisation à l'improvisation écoutée et à la création écrite. Puis interprétation des œuvres par des artistes. 3) Approche active et créative en mouvement : mise en sécurité collective, puis jeux collectifs avec improvisation. 4) Création collective ou individuelle pour les sujets le désirant : possibilité d'être accompagné(e) par le/la musicothérapeute et/ou les musicien(nes), d'enregistrer, de travailler l'éphémère, ou encore de détruire l'œuvre en fin de séance.

Fig. 1. Blason composite des deux dispositifs musicothérapeutiques.

long terme est davantage observée au sein du DAC, notamment grâce à la création individuelle ou collective. Néanmoins, les processus mobilisés par le DRC demeurent indispensables : la présence des artistes, extérieures et authentiques, a préparé chaque sujet à la confrontation avec la réalité et donc à la sortie d'hospitalisation.

7. Conclusion

Parmi les contraintes principales de ce travail, l'allègement du follow-up respecte une raison éthique mais prive la recherche d'informations quantitatives dans l'après-coup. L'observation étant participante, les biais de désirabilité sociale, ainsi que les effets nocebo ou placebo sont inévitables. Enfin, aucun effet significatif n'a été relevé sur plusieurs variables (Action en pleine conscience, Absence de jugement, Excitabilité émotionnelle, Analyse des émotions, Élargissement, Rétrécissement, la Peau, la Saleté, ou encore de nombreuses défenses). Face à cette résistance, nous pouvons émettre plusieurs hypothèses : premièrement, l'effet pourrait réellement avoir été inexistant ; deuxièmement, un problème méthodologique ne serait pas encore identifié ; nous pourrions aussi être confrontés à un problème de puissance. Ainsi, le nombre de participants limitant la puissance statistique des tests ne nous permettrait pas de montrer avec une probabilité suffisante la significativité des petits effets.

In fine, les trois prises en charges demeurent complémentaires en réponse à la symptomatologie dépressive. C'est donc en tenant compte de l'ensemble des processus mobilisés qu'un « Blason composite » (Fig. 1) est construit afin de proposer les grands axes d'un dispositif à médiation musicale (DAC, DAC) ajusté au traitement et à la psychothérapie habituelle (PH). Ainsi, combiner les deux ateliers permettrait une restauration du rapport à la nature (sonore), ainsi que des différentes facettes du lien social. Ce double renforcement érige la personne en lui redonnant une capacité à faire face, mais aussi à prendre soin d'elle.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Abbass A. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy of treatment-resistant depression: a pilot study. *Depress Anxiety* 2006;23:449–52. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20203>.
- [2] Anzieu D. *Le corps de l'œuvre*. Paris: Gallimard; 1981.
- [3] Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck depression inventory-II*. San Antonio 1996;78:490–8.
- [4] Benasayag M, Schmit G. *Les passions tristes : Souffrance psychique et crise sociale*. Paris: La Découverte; 2006.
- [5] Bermond B, Vorst C, Luminet O, Rimé B, Zech E, Wagner H. Validity and reliability of Bermond-Vorst alexithymia questionnaire. *Pers Individ Dif* 1998;30:413–34.
- [6] Blashill A, Wilhelm S. Body image distortions, weight, and depression in adolescent boys: longitudinal trajectories into adulthood. *Psychol Men Masc* 2014;15:445–51. <http://dx.doi.org/10.1037/a0034618>.
- [7] Bodner E, Iancu I, Gilboa A, Sarel A, Mazor A, Amir D. Finding words for emotions: the reactions of patients with major depressive disorder towards various musical excerpts. *Arts Psychother* 2007;34:142–50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2006.12.002>.
- [8] Bonsack CH, Despland JN, Spagnoli J. The French version of the defense style questionnaire. *Psychother Psychosom* 1998;67:24–30. <http://dx.doi.org/10.1159/000012255>.
- [9] Bouvard M. *Les troubles psychiatriques résistants*. Fontaine, France: Presses Universitaires de Grenoble; 2015.
- [10] Bréjard V, Bonnet A, Pedinielli JL. Régulation des émotions, dépression et conduites à risques : l'alexithymie, un facteur modérateur. *Ann Med Psychol* 2008;166:260–8.
- [11] Campos RC, Besser A, Blatt SJ. The relationships between defenses and experiences of depression: an exploratory study. *Psychoanalytic Psychol* 2011;28:196. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022420>.
- [12] Cassin B. *La Nostalgie : Quand donc est-on chez soi ?*. Paris: Autrement; 2013.
- [13] Castillo-Pérez S, Gómez-Pérez V, Velasco MC, Pérez-Campos E, Mayoral MA. Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. *Arts Psychother* 2010;37:387–90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2010.07.001>.
- [14] Chabrol H. Les mécanismes de défense. *Rech Soins Infirm* 2005;82:31–42. <http://dx.doi.org/10.3917/rsi.082.0031>.
- [15] Chabrol H, Callahan S. *Mécanismes de défense et coping*. Paris: Dunod; 2013.
- [16] D'Abbadie de Nodrest L, Sudres JL, Schmitt L, Yrondi A. Jouer son blues quand la dépression résiste... : évaluation de l'efficacité d'un programme de musicothérapie pour des personnes présentant un trouble dépressif et/ou bipolaire résistants. *Ann Med Psychol* 2017;176:266–72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2016.10.013>.
- [17] Eckhardt KJ, Dinsmore JA. Mindful music listening as a potential treatment for depression. *J Great Ment Health* 2012;7:175–86. <http://dx.doi.org/10.1080/15401383.2012.685020>.
- [18] Ehrenberg A. *La Fatigue d'être soi : dépression et société*. Paris: Odile Jacob; 2000.
- [19] Foran M, Daniel O'Leary K. The role of relationships in understanding the alexithymia–depression link. *Eur J Pers* 2013;27:470–80. <http://dx.doi.org/10.1002/per.1887>.
- [20] Garrido S, Schubert E, Bangert D. Musical prescriptions for mood improvement: an experimental study. *Arts Psychother* 2016;51:46–53. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2016.09.002>.
- [21] Gérard A. *Dépression : la maladie du siècle*. Paris: Albin Michel; 2010.
- [22] Gevaert FA. *Histoire et théorie de la musique de l'Antiquité*. Gand, Belgique: Annot-Braeckman; 1875.
- [23] Heeren A, Douilliez C, Peschard V, Debrauwere L, Philippot P. Cross-cultural consistency of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: adaptation and validation in a French sample. *Rev Eur Psychol Appl* 2011;61:147–51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.erap.2011.02.001>.
- [24] Jankélévitch V. *La musique et l'ineffable*. Paris: Seuil; 1983.
- [25] Jankélévitch V. *L'irréversible et la nostalgie*. Paris: Flammarion; 2011.
- [26] Kattenstroth M. The relation between body-self-unity and mindfulness: a comparison of currently depressed patients and exercisers; 2009 [University of Twente Student Theses].
- [27] Klein M. *Deuil et dépression*. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 2004.
- [28] Le Blanc G. *Les maladies de l'homme normal*. Paris: Éditions du Passant; 2004.
- [29] Le Breton D. *Disparaître de soi*. Paris: Métailié; 2015.
- [30] Lecourt E. *La Musicothérapie*. Paris: Eyrolles; 2014.
- [31] Lee J, Thyer B. Does music therapy improve mental health in adults? A review (English). *J Hum Behav Soc Environ* 2013;23:591–603.
- [32] Monestès JL, Baeyens C, Carré A, Douilliez C, Heeren A. L'approche transdiagnostique en psychopathologie. Paris: Dunod; 2016.
- [33] Petchkovsky I, Robertson-Gillam K, Kropotov J, Petchkovsky M. Using QEEG parameters (asymmetry, coherence, and P3a novelty response) to track improvement in depression after choir therapy. *Adv Ment Health* 2013;11:257–67. <http://dx.doi.org/10.5172/jamh.2013.11.3.257>.
- [34] Rousseau JJ. *Rêveries du promeneur solitaire*. Paris: Le Livre de Poche; 2001.
- [35] Semelaigne A. *Études historiques sur l'aliénation mentale dans l'Antiquité*. Paris: E. Martinet; 1869.
- [36] Sorabella F. L'approche créative dans le dispositif musicothérapique, de l'utilisation des nouvelles technologies; 2015 [Vidéo en ligne ; repérée à <https://www.youtube.com/watch?v=sK4TOZAcfrk>].
- [37] Verdeau-Paillès J, Luban-Plozza B, Delli Ponti M. La « troisième oreille » et la pensée musicale. Courlay, France: Fuzeau; 1995.
- [38] Vivès JM. *La Voix sur le divan: Musique sacrée, opéra, techno*. Paris: Flammarion; 2012.
- [39] Winnicott DW. *La capacité d'être seul*. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 2015.
- [40] Zubala A, MacIntyre DJ, Karkou V. Art psychotherapy practice with adults who suffer from depression in the UK: qualitative findings from a depression-specific questionnaire. *Arts Psychother* 2014;41:563–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2014.10.007>.