



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Musicothérapie et démence : vers une pratique fondée sur les preuves

Music therapy and dementia: Towards evidence-based practice

M. Genguelou

EPSYLON EA 4556, université Paul-Valéry Montpellier 3, 34000 Montpellier, France

MOTS CLÉS

Pratique fondée sur les preuves ;
Musicothérapie ;
Santé ;
France ;
Démence

Résumé Une augmentation de l'intégration de la musicothérapie est observée en France depuis plusieurs années dans de nombreuses institutions de la santé et du médico-social. En effet, les responsables institutionnels et les personnels médicaux observent les bénéfices de cette approche. De plus en plus de méta-analyses confirment l'intérêt de la musicothérapie auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et les études en neurosciences permettent désormais d'appréhender les mécanismes expliquant les effets des interventions en musicothérapie. La notion de pratique fondée sur les preuves régit les interventions dans le secteur de la santé en garantissant le choix éclairé des praticiens et des patients selon un rapport bénéfice/risque favorable au patient. Cette approche repose sur l'expertise du clinicien, la prise en compte des préférences et valeurs du patient ainsi que sur l'étayage de la pratique grâce aux données de la recherche les plus probantes. Elle permet d'allier une approche centrée sur le patient tout en tenant compte des avancées de la recherche scientifique. L'analyse de la littérature existante démontre l'intérêt de la musicothérapie auprès des personnes atteintes de démence même si certaines limites méthodologiques doivent être évoquées. La musicothérapie fondée sur les preuves est donc compatible avec la pratique actuelle des musicothérapeutes et nous proposons d'identifier les caractéristiques nécessaires à son application.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Adresse e-mail : mikael.genguelou@univ-montp3.fr

<https://doi.org/10.1016/j.npg.2024.02.007>

1627-4830/© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : M. Genguelou, Musicothérapie et démence : vers une pratique fondée sur les preuves, Neurol psychiatr géiatr, <https://doi.org/10.1016/j.npg.2024.02.007>

KEYWORDS

Evidence-based
practice;
Music therapy;
Health;
France;
Dementia

Summary For several years, there has been an increase in the integration of music therapy in many health and medico-social institutions. Indeed, facility managers and medical staff observe the benefits of this approach. With regard to scientific evaluation, an increasing number of meta-analyses confirm the interest of music therapy among people with dementia. At the same time, neuroscience studies now make it possible to understand the mechanisms explaining the effects of music therapy. In the case of Alzheimer's disease, music is useful because music processing and memory of songs are relatively well preserved and music is a social activity that promotes relationships with others. The notion of evidence-based practice governs interventions in the health sector, guaranteeing the informed choice of practitioners and patients on the basis of a favorable benefit/risk ratio. This approach is based on the clinician's expertise, consideration of the patient's preferences and values and practice based on the best scientific evidence. It combines a patient-centered approach while taking into account the advances of scientific research. The analysis of the existing literature demonstrates the interest of music therapy for people with dementia, even though certain methodological limitations need to be considered. Evidence-based music therapy is thus compatible with current practice among music therapists, and we propose to identify the requirements for its implementation.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La légitimité des interventions non médicamenteuses (INM) en complément des traitements pharmacologiques s'appuie sur l'identification des mécanismes biologiques et psychologiques mis en jeu ainsi que sur les études prouvant l'efficacité d'une intervention pour une indication spécifique [1]. La musicothérapie fait partie des INM et se définit selon la Fédération française des musicothérapeutes (FFM) comme « une pratique de soin, de relation d'aide, d'accompagnement, de soutien ou de rééducation, utilisant le son et la musique, sous toutes leurs formes, comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation » [2]. Cette pratique est évaluée de plus en plus rigoureusement ce qui se traduit par la publication de nombreuses méta-analyses. Ces données précisent le niveau d'efficacité de la musicothérapie selon différentes populations cliniques. Par ailleurs, les effets de la musique sur l'homme sont un terrain privilégié des recherches en neurosciences depuis les années 1990 en raison de l'activation synchrone de nombreuses aires cérébrales et réseaux neuronaux lors de l'activité musicale que ce soit la pratique ou l'écoute. L'abondante littérature scientifique et l'expérience des musicothérapeutes en activité offrent alors des conditions favorables au développement d'une pratique de la musicothérapie fondée sur les preuves. Cette notion, aussi appelée « *Evidence-Based Practice* » (EBP) consiste à orienter la pratique d'un clinicien en tenant compte de la spécificité et des choix de chaque patient tout en s'appuyant sur les données scientifiques les plus probantes [3]. Cette méthodologie présente donc de nombreux avantages pour faciliter l'intégration de la musicothérapie dans le système de santé.

La musicothérapie

Enseignée en France à l'université depuis 40 ans, la pratique clinique de la musicothérapie n'a pas attendu l'étayage de la recherche pour se développer. D'après une enquête

de la FFM, les musicothérapeutes français interviennent en grande majorité auprès de patients présentant des troubles psychiatriques ou comportementaux ou bien des atteintes neurologiques. Malgré les récentes recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'intégration de l'art thérapie dans le champ de la santé [4], les musicothérapeutes ne sont actuellement pas reconnus en France comme des professionnels de santé. Paradoxalement, ils sont pourtant intégrés dans l'accompagnement pluridisciplinaire dans de nombreuses structures sanitaires, médico-sociales ou médico-éducatives. L'un des défis pour cette discipline est de se détacher de l'image d'une « thérapie alternative » reposant sur un effet magique de la musique. Une des réponses réside dans la qualité de la formation du musicothérapeute et l'ancrage dans une démarche éthique et déontologique. Une autre réponse fondamentale est l'apport de la recherche mécanistique qui permet de comprendre comment la musique agit sur l'homme et sous quelles conditions ses effets peuvent être thérapeutiques. Enfin, pour bien comprendre la musicothérapie, il faut s'attarder sur un principe reconnu dans les différentes associations de musicothérapeutes à travers le monde : ce n'est pas la musique tel un médicament qui soigne, mais l'utilisation de celle-ci par un professionnel qualifié [5]. Comme dans le champ des psychothérapies, il existe un débat sur la primauté de certains facteurs par rapport à d'autres pour expliquer l'effet thérapeutique en musicothérapie. En revanche, les principales formations universitaires à la musicothérapie s'accordent sur l'importance de la relation ou de l'alliance thérapeutique comme un ingrédient actif et nécessaire à l'efficacité de la musicothérapie. Cela quel que soit le référentiel théorique utilisé. D'une manière générale, les approches en musicothérapie sont présentées comme actives (jeu instrumental, chant, mouvement) ou réceptives (écoute de musique, jeu instrumental ou chant du musicothérapeute). Dans les faits, il est courant d'utiliser les deux méthodes.

Une pratique fondée sur les preuves ?

L'EBP peut se traduire par « *une pratique fondée sur les preuves* ». Cette notion découle de l'« *Evidence-Based Medicine* » qui régit la pratique médicale en Occident. Pour certains musicothérapeutes, il peut exister une crainte de perdre la spécificité d'une approche individualisée où la relation est centrale au profit d'une approche protocolisée, standardisée. Pourtant, la pratique fondée sur les preuves prône l'utilisation de sources d'informations différentes et complémentaires sans hiérarchie entre elles. Le modèle transdisciplinaire révisé de Satterfield inclut quatre facteurs pour orienter la prise de décision du clinicien [3] : (1) l'expertise du clinicien, c'est-à-dire ses connaissances théoriques et son expérience clinique ; (2) les préférences et valeurs du patient, ce facteur rend intrinsèque la prise en compte de l'individualité du patient, de ses difficultés propres, de sa culture, de son environnement familial et social ; (3) s'appuyer sur les meilleures données de la recherche, soit la capacité du clinicien à chercher, trouver et interpréter les meilleures données de la littérature ; (4) le contexte organisationnel et environnemental qui permet, entre autres, la prise en compte des politiques de santé publique, par exemple le fait qu'un soin soit remboursé ou non. En y regardant de plus près, si l'EBP promeut l'utilisation des données scientifiques, elle ne se limite pas à cela [6]. Appliquée dans sa globalité, cette méthode permet de prendre en compte l'individualité du patient et ses préférences tout en s'appuyant sur les données scientifiques. Elle met également au premier plan la compétence du clinicien qui doit être garantie par la formation initiale et continue ainsi que par l'évaluation et l'analyse de sa pratique professionnelle. Cette méthode permet au praticien d'interroger sa pratique et de se tenir informé de l'évolution des connaissances dans le champ de sa discipline ce qui paraît indispensable devant le grand nombre de publications sur la musicothérapie et les neurosciences de la musique ces dernières années.

Le double étayage des études cliniques et des neurosciences pour mieux accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La musicothérapie est-elle efficace ?

Répondre à cette question demeure indispensable pour que cette pratique puisse s'intégrer dans le parcours de soins proposé aux usagers notamment dans le cadre des maladies chroniques. S'appuyer sur les preuves d'efficacité existantes permet au corps médical d'établir des indications et au musicothérapeute de cibler des objectifs thérapeutiques en fonction de l'affection du patient. Plusieurs méta-analyses récentes ont étudié l'efficacité des interventions musicales en cas de démence. Dans le [Tableau 1](#) sont présentés les principaux résultats de méta-analyses référencées dans Pubmed depuis 2017 [7–15], année de publication de la revue de littérature Cochrane la plus récente.

Les résultats sont hétérogènes et souvent contradictoires. Même si 8 des 9 méta-analyses rapportent des

avantages de la musicothérapie pour certains objectifs thérapeutiques et soulignent généralement l'absence d'effet ou un niveau de preuve insuffisant pour d'autres, elles concluent systématiquement à l'intérêt des interventions musicales pour les personnes atteintes de démence. En revanche, elles mettent également en lumière la nécessité de mener davantage d'études rigoureuses pour confirmer l'efficacité de ces interventions chez les personnes atteintes de démence. En effet, l'hétérogénéité des protocoles et des mesures réalisées conduit à un niveau de preuves actuel variable et souvent modeste. Il convient de nuancer ce constat en tenant compte du débat en cours concernant l'application des normes de la Médecine Fondée sur les Preuves (*Evidence-Based Medicine*) dans les études contrôlées randomisées. Ces normes suivent les critères des études pharmacologiques, tels que la randomisation totale des groupes ou le double aveugle, qui ne sont généralement pas applicables en musicothérapie [16]. En raison de la distinction manifeste entre l'administration d'un médicament et la mise en place d'un programme de musicothérapie, les recommandations récentes concernant l'évaluation des thérapies non médicamenteuses, y compris la musicothérapie, devraient permettre de surmonter les limites actuelles [17]. Fait notable, la National Health Library (NIH) propose un guide méthodologique pour améliorer les recherches sur les interventions musicales auprès des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs [18].

Une constante de ces recommandations est de fournir une description du cadre théorique justifiant l'effet spécifique de la musique pour atteindre un objectif thérapeutique [17]. Compléter l'évaluation de l'efficacité par une recherche mécanistique permet au chercheur de mieux comprendre le fonctionnement d'une intervention. Cela offre également au clinicien la possibilité d'adapter sa pratique en tenant compte de la spécificité du média qu'il utilise, en l'occurrence la musique dans le cas qui nous intéresse ici. La qualification de l'intervenant doit aussi apparaître clairement puisqu'elle permet en premier lieu de distinguer une intervention musicale d'une intervention en musicothérapie qui correspond à une intervention mise en place par un musicothérapeute qualifié [18]. Les caractéristiques de l'intervention méritent également d'être décrites de manière très précise : s'agit-il d'une écoute de musique, et si oui, de quel genre de musique ? Est-elle diffusée ou jouée en direct par un musicien ? À quel volume est-elle diffusée ou jouée ? La musique est-elle choisie par le patient ou le thérapeute ? Y a-t-il des techniques d'improvisation avec des instruments ou la voix ? Où se déroule l'intervention ? Pendant combien de temps et à quelle fréquence ? Toutes ces informations doivent apparaître de manière très claire afin de permettre une compréhension précise de l'intervention. Ces éléments permettent en outre de renforcer la fidélité du traitement (en d'autres termes de s'assurer de la cohérence de la pratique des différents musicothérapeutes) et également d'identifier et d'évaluer les ingrédients actifs de l'intervention. Enfin la faisabilité et l'adhésion à l'intervention doivent également être rapportées. Spécifier le type de l'intervention en musicothérapie apparaît désormais essentiel puisque qu'un programme d'écoute de musique individualisé diffère complètement d'une intervention d'improvisation avec

Tableau 1 Méta-analyses sur l'effet des interventions musicales dans la démence référencées dans PubMed depuis 2017.

Référence	Nombres d'études/nombre et profil des participants	Effets observés	Limites et recommandations
Van der Steen 2017 [7]	22 études/1097 participants atteints de démence et résidant en institution (5 séances au minimum)	Les interventions musicales diminuent la dépression et les comportements problématiques. Il existe également des preuves de qualité faible sur l'augmentation du bien-être, de la qualité de vie, de la cognition et la réduction de l'anxiété	Recommandations : la méthodologie des études doit être plus rigoureuse. Il est nécessaire de différencier les approches actives et passives. Évaluer le lien entre durée de l'intervention et effet ainsi que le maintien de l'effet dans le temps et préciser la qualification de l'intervenant
Zhang 2017 [8]	34 études/1757 participants atteints de démence	Diminution des comportements perturbateurs et de l'anxiété. Pas d'effet sur la cognition, la dépression ou la qualité de vie	Recommandations : mener des études contrôlées randomisées sur de plus grands échantillons et utiliser des outils d'évaluation standardisés
Gomez-Romero 2017 [9]	11 études/404 participants atteints de démence	La musicothérapie réduit les troubles du comportement, l'anxiété et l'agitation	Limite : 7 des 11 études ont été écrites par des auteurs orientaux, la culture pouvant être un facteur modifiant l'efficacité de l'intervention en musicothérapie
Fusar-Poli 2017 [10]	6 études/330 participants atteints de démence	La musicothérapie n'a pas d'effet sur la cognition globale, l'attention complexe, les fonctions exécutives, le langage, l'apprentissage et la mémoire, la perception motrice et la cognition sociale	Limites : hétérogénéité clinique avec des patients inclus présentant différents stades de démence. Utilisation de différentes tâches pour les mesures cognitives. Taille des échantillons insuffisante pour avoir un effet significatif sur la cognition. Recommandations : adapter l'intervention au profil du patient avec l'intervention d'un musicothérapeute qualifié
Tsoi 2018 [11]	36 études/1418 participants atteints de démence	Pas d'effet de l'intervention musicale sur la cognition. Diminution de l'agitation, des troubles du comportements et de l'anxiété avec l'approche réceptive mais pas avec l'approche active	Limites : les études incluaient des patients à différents stades de la maladie et les effectifs étaient de petite taille. Recommandations : plus d'études sont nécessaires et elles devront étudier la fréquence et la durée de l'intervention pour la musicothérapie réceptive
Moreno-Morales 2020 [12]	8 études/816 participants atteints de démence ou de troubles cognitifs	Les interventions musicales permettent l'amélioration du fonctionnement cognitif, de la qualité de vie et la diminution de la dépression à long terme. Pas d'effet sur la qualité de vie à long terme et la dépression à court terme	Recommandations : augmenter le nombre de participants, utiliser des méthodes robustes et des évaluations de la cognition et du comportement standardisées. Définir un modèle théorique et mieux cibler les objectifs
Dorris 2021 [13]	21 études/1472 participants. Personnes âgées avec un trouble cognitif débutant ou une démence débutante ou modérée	Effet positif sur la cognition, le bien-être émotionnel pour la qualité de vie et l'humeur	Recommandations : déterminer précisément le type et le niveau d'atteinte cognitive des participants. Préciser quel type d'activité musicale peut permettre d'atteindre un objectif dans un domaine cognitif spécifique

Tableau 1 (Continued)

Référence	Nombres d'études/nombre et profil des participants	Effets observés	Limites et recommandations
Bian 2021 [14]	7 études/455 participants atteints de démence	La musicothérapie permet l'amélioration du fonctionnement cognitif globale	Limites : MMSE comme seul critère pour la cognition. Pas de descriptions des méthodes de musicothérapie utilisées. Recommandations : explorer le mécanisme d'action de la musicothérapie
Zhang 2023 [15]	19 études/614 participants atteints de démence	Les interventions musicales diminuent la dépression et l'anxiété. Des séances hebdomadaires de plus de 45 minutes permettent la régulation émotionnelle. Les séances longues à une fréquence peu élevée sont plus efficaces que les séances courtes à une fréquence élevée. Pour la dépression, l'augmentation du nombre de semaines d'interventions entraîne une diminution puis une augmentation de l'efficacité et l'augmentation de la durée de la séance augmente l'efficacité. Pour diminuer l'anxiété, des interventions musicales sur 12 semaines sont efficaces	Limites : le nombre d'études retenues pour l'analyse sur l'anxiété a été réduit pour des raisons d'hétérogénéité. Le nombre de personnes inclut dans les études est faible. Recommandations : mener plus d'études avec les personnes atteintes de démence à un stade sévère. Inclure un suivi à distance des interventions pour évaluer un maintien des bénéfices. Des mesures physiologiques non-invasives devraient être utilisées pour évaluer les réponses à la musique et au chant

des instruments et que le terme générique de musicothérapie ne permet pas d'explicitier ces différences bien qu'il soit souvent utilisé de manière abusive y compris dans certains articles scientifiques. Enfin, il est impératif de préciser la problématique du patient. Il est difficile de tirer des conclusions à partir d'études qui ont inclus des patients allant d'un stade débutant de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère ou encore d'un trouble cognitif débutant à une démence modérée [16]. D'autre part, du point de vue du praticien cherchant à fonder sa pratique clinique sur les études en musicothérapie, l'absence de ces éléments l'empêche de mettre en application les connaissances issues de la recherche dans son accompagnement des patients.

Pourquoi associer musique et thérapie ?

Pour comprendre les mécanismes d'action de la musicothérapie, il est nécessaire d'interroger la manière dont la musique influe sur l'être humain. L'intérêt porté par les neurosciences à la musique a permis de considérablement mieux comprendre son action sur l'homme. En effet, ces études permettent de matérialiser comment la pratique ou l'écoute de musique impactent l'être humain au niveau physiologique. Les modifications neuronales au niveau structurel et fonctionnel résultant d'activités musicales sont de mieux en mieux appréhendées. La libération de

neurotransmetteurs tels que la dopamine, la sérotonine ainsi que les opioïdes endogènes permettent de comprendre comment l'écoute de musique permet la détente ou la réduction de la douleur. D'une manière plus spécifique, l'étude des réactions à la musique de personnes malades nous permet de comprendre comment la musique devient bénéfique. Dans le cas des maladies neurodégénératives, la littérature permet d'appréhender l'origine de certains des effets positifs apportés par la musicothérapie. Dans la maladie d'Alzheimer par exemple, quatre éléments seraient déterminants : les processus de traitement de la musique sont relativement préservés ; la mémoire des chansons écoutées dans la jeunesse est préservée même à un stade avancé de la maladie ; la musique peut être utilisée comme un indice pour réduire les difficultés d'apprentissages verbaux ; enfin la musique est une activité sociale qui favorise la relation aux autres [16]. Ces connaissances permettent donc au musicothérapeute d'établir ses choix thérapeutiques en mêlant son expérience et sa connaissance des mécanismes d'action de la musique sur l'humain dans des conditions particulières. Il peut ainsi ajuster de manière très précise son intervention, en tenant compte de la manière dont la musique est traitée malgré un déficit cognitif, tout en se basant également sur la connaissance du patient : son histoire, son rapport à la musique, ses goûts musicaux dans le cadre d'une approche centrée sur la personne.

Applications en pratique clinique

Ce double étayage doit permettre au musicothérapeute qualifié d'identifier les objectifs thérapeutiques qu'il peut poser en priorité auprès d'un public donné et le type d'intervention à effectuer. Par exemple, pour un clinicien, il semble plus approprié d'utiliser des dispositifs d'écoute de musiques familières d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé pour réduire l'anxiété, plutôt que d'opter pour une approche active telle que des improvisations musicales. Cette conclusion découle des résultats de la méta-analyse de Tsoi et al. [11] qui compare les interventions actives et passives. De plus, elle s'appuie sur la connaissance selon laquelle le traitement de la musique et la mémoire musicale restent préservés même à un stade avancé de la maladie [12,16].

Afin de favoriser l'application d'une démarche de musicothérapie fondée sur les preuves auprès des personnes atteintes de démence, nous proposons un résumé synthétique présentant les caractéristiques de ce type d'intervention dans le [Tableau 2](#).

Limites actuelles

Une limite de cette approche réside dans la difficulté pour un praticien de consacrer le temps nécessaire à la recherche bibliographique et à la comparaison des résultats issus des différentes études et méta-analyses, en raison de leur grande hétérogénéité. En ce qui concerne la fiabilité des preuves, il existe différentes orientations, plus ou moins strictes, concernant leur prise en compte. En musicothérapie comme ailleurs, l'inclusion de données issues de recherches qualitatives, d'études de cas ou d'études de cas multiples apparaît également comme une source de preuves, même si leur reproductibilité est inférieure à ceux des essais contrôlés randomisés [19]. En effet, une étude de cas peut suffire pour décrire certains mécanismes d'action et la dimension qualitative demeure indispensable pour comprendre et améliorer les pratiques en musicothérapie. D'autre part, en raison du coût et de la complexité méthodologique associés à la réalisation d'un essai clinique randomisé, il est difficile d'évaluer le vaste champ des interventions en musicothérapie selon cette méthodologie à l'heure actuelle. Afin de favoriser l'évolution des pratiques vers une intégration des données les plus probantes à la pratique clinique, la publication de préconisations basées sur une synthèse de la littérature existante par des groupes réunissant chercheurs et cliniciens doit être développée.

Quelles perspectives pour une musicothérapie fondée sur les preuves ?

Aux États-Unis, l'Association américaine de musicothérapie (AMA) a défini en 2010 [20] la pratique de la musicothérapie fondée sur les preuves : « la musicothérapie fondée sur les preuves intègre les meilleures recherches disponibles, l'expertise du musicothérapeute et les besoins et préférences du patient ». Abrams [21], promoteur d'une musicothérapie humaniste, propose une définition qui place la relation patient/thérapeute au centre du concept

d'EBP : « Lorsque le patient et le thérapeute travaillent ensemble à travers la musique pour promouvoir la santé, guidés par des motifs suffisants pour s'assurer que le travail est valable ». Par ailleurs, la musicothérapie est une discipline universitaire aux États-Unis, ce qui permet de l'inscrire comme une thématique de recherche. L'AMA se positionne sans ambiguïté sur l'ancrage scientifique de la discipline ce qui a permis que la National Health Library s'appuie sur la définition de la musicothérapie proposée par cette association de professionnels [18]. Le musicothérapeute est clairement identifié comme un professionnel de santé et une intervention en musicothérapie dispensée par un musicothérapeute formé et accrédité est différenciée par rapport à d'autres types d'interventions utilisant la musique.

En France, le référentiel métier des musicothérapeutes édité en 2016 par la FFM [2] décrit le détail des activités et compétences du professionnel. On retrouve entre autres compétences : analyser, évaluer une situation et élaborer un diagnostic de prise en charge en musicothérapie ; élaborer et mettre en œuvre un projet de musicothérapie adapté à la situation du patient ou du groupe ; concevoir, conduire et évaluer une séance de musicothérapie ; analyser, évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle ; réaliser des activités d'études cliniques, de recherches scientifiques et de veille informationnelle. L'adéquation entre les compétences du musicothérapeute français et la méthodologie de l'EBP est évidente. Elle constitue donc pour lui un outil de premier choix. Cependant, une mauvaise compréhension de ce qu'est une pratique fondée sur les preuves peut amener cette notion à être considérée comme une menace pour la pratique de la musicothérapie [19]. Contrairement aux apparences, elle ne contredit pas la pratique actuelle si l'on prend le temps de ne pas réduire l'EBP à une méthode qui calquerait les protocoles des essais contrôlés et randomisés comme modèle de la pratique clinique sans tenir compte de la singularité du patient. Au contraire, l'EBP permet d'accorder harmonieusement l'intégration des connaissances scientifiques dans une pratique clinique centrée sur le patient. Elle permet au musicothérapeute d'utiliser toutes les ressources à sa disposition pour proposer le meilleur accompagnement possible, évaluer et faire évoluer ses interventions. Elle lui donne également l'opportunité d'expliquer au patient le choix de la méthode employée en musicothérapie, de détailler comment la musique agit et de prendre en considération l'opinion du patient, renforçant ainsi la relation thérapeutique.

Les travaux actuels de la *Non-Pharmacological Intervention Society*, qui émet des recommandations sur l'évaluation des interventions non médicamenteuses et leur pertinence devraient également contribuer à renforcer l'émergence d'une musicothérapie fondée sur les preuves en l'inscrivant dans le cadre plus large des INM scientifiquement validées pour des indications spécifiques [22]. Ces recommandations pourraient également ouvrir la voie à une prise en charge par les financeurs, à savoir les pouvoirs publics et les mutuelles, pour certains programmes de musicothérapie dans des indications spécifiques et validées. La condition de cette évolution est que la démarche de l'EBP soit enseignée dans les formations initiales au métier de musicothérapeute. Une avancée significative vers une

Tableau 2 Synthèse des recommandations pour une intervention en musicothérapie auprès de personnes atteintes de démence.

Prérequis pour une intervention en musicothérapie	Avant l'intervention	Mise en place et évaluation
Présence d'un musicothérapeute ayant suivi une formation longue et qualifiante	Prescription : venant du médecin ou de l'équipe pluridisciplinaire ou demande du patient/famille	Mise en place de l'accompagnement. Mise en place d'un protocole en musicothérapie pour un nombre de séances défini avec un objectif thérapeutique principal
Connaissance de la pathologie et des symptômes associés (symptomatologie et retentissement neuropsychologique)	Réalisation du bilan psychomusical : évaluer le rapport à la musique du patient, ses compétences préservées et altérées	Ajustement. Approche centrée sur la personne, le musicothérapeute adapte et modifie son intervention en fonction des besoins du patient lors de chaque rencontre
Connaissance de l'état de l'art (avancée des recherches scientifiques en musicothérapie et en neuroscience)	Pose des objectifs thérapeutiques et choix du protocole selon une pratique fondée sur les preuves s'appuyant sur 4 piliers : (1) Que dit la littérature scientifique sur l'efficacité d'un protocole de musicothérapie et sur les mécanismes sous-jacents à ces effets ? ; (2) Quelle est l'attente du patient, de ses proches et de l'équipe ? Qu'est qui est apprécié par le patient (exprime-t-il du plaisir lors de l'écoute de musique ou du chant ?) ; (3) À partir de son expérience clinique et du bilan, quelle synthèse fait le musicothérapeute afin de poser les objectifs et choisir le protocole de musicothérapie approprié ? ; (4) Qu'est-ce qu'il est possible de mettre en place en fonction de l'environnement ? (Disponibilité du patient, possibilité de financement...)	Évaluation. Compte-rendu de chaque séance et évaluation avant et après le cycle d'interventions avec des outils d'analyses pour structurer les observations et évaluer l'efficacité
Contre-indication : pas de contre-indication formelle (porter une attention aux troubles auditifs, phasiques et psychomoteurs)		Renouvellement. Bilan de fin de cycle de prise en charge. Retour du patient, du prescripteur et des proches. Renouvellement du cycle de séance possible. Modification de l'objectif thérapeutique possible
Exemple : Un patient est atteint de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère et ne présente pas de trouble auditif majeur. La demande du médecin coordinateur de l'Ehpad est la réduction de l'anxiété. Lors du bilan psychomusical, le patient réagit positivement à l'écoute de musique et dit vouloir renouveler ces moments en individuel. Le musicothérapeute sait que des études valident la régulation de l'humeur par la musique et que la musicothérapie réceptive donne de meilleurs résultats pour cet objectif à ce stade de la maladie [11]. Conformément aux données de la littérature [15], le musicothérapeute propose un cycle de 12 rencontres de 45 minutes une fois par semaine en individuel. Le protocole de musicothérapie réceptive permettra la détente du résident, son expression de souvenirs et des émotions ressenties. L'évaluation est positive par le patient et le musicothérapeute observe une détente au niveau postural et de l'expression du visage (sourire pendant et après les écoutes). L'équipe rapporte une diminution des sollicitations ce qui est confirmée par la diminution du score d'anxiété sur l'inventaire neuropsychiatrique (NPI). La diminution de l'anxiété demeure un besoin du résident qui souhaite continuer les séances. Un nouveau cycle de 12 séances est proposé		

pratique fondée sur les preuves repose sur le travail de synthèse mené conjointement par la fondation Médéric Alzheimer, la *Non-Pharmacological Intervention Society* et la FFM, intégrant chercheurs et cliniciens. Le guide des interventions non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer [23] permet d'informer les professionnels

et les usagers sur les indications thérapeutiques validées scientifiquement en musicothérapie auprès des personnes atteintes de démence. Conformément aux résultats des études [7–15], l'objectif principal est la réduction des troubles de l'humeur et du comportement (apathie, agitation, agressivité, anxiété, dépression). Les autres bénéfices

possibles sont la stimulation de la socialisation (réminiscences, expression émotionnelle) et la stimulation cognitive (attention, concentration, mémoire sémantique, autobiographique et procédurale).

Conclusion

Les données scientifiques confirment l'intérêt de la musicothérapie comme une intervention non médicamenteuse spécifiquement efficace dans les démences. L'état actuel des connaissances permet de mettre en place une pratique de la musicothérapie fondée sur les preuves. Cette démarche apparaît incontournable pour que la musicothérapie se développe et bénéficie au maximum aux patients pour qui elle est indiquée. Il est également indispensable de développer la recherche qualitative et quantitative tant au niveau interventionnel que mécanistique afin de mieux comprendre les déterminants communs et individuels de l'efficacité de cette approche. En définitive, l'enjeu est de demeurer dans une approche centrée sur la personne tout en s'appuyant sur la compréhension scientifique des effets de la musicothérapie auprès des personnes atteintes de démence.

Remerciements

Je remercie le Pr Hervé Platel et le Dr Adriaan Barbaroux pour leurs aimables relectures.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- [1] Ninot G, Boulze-launay I, Bourrel G, et al. De la définition des interventions non médicamenteuses (INM) à leur ontologie. *Hegel* 2018;1(1):21–7.
- [2] Fédération Française de Musicothérapie. Référentiel métier du musicothérapeute; 2022 [<https://www.musicotherapeutes.fr/wp-content/uploads/2022/12/Referentiel-Metier-ok.pdf>. Consulté le 9 janvier 2024].
- [3] Satterfield JM, Spring B, Brownson RC, et al. Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *Milbank Q* 2009;87:368–90.
- [4] Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. WHO; 2019 [<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054553>. Consulté le 9 janvier 2024].
- [5] American Music Therapy Association. AMTA official definition of music therapy; 2005 [<https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>. Consulté le 9 Janvier 2024].
- [6] Durieux N, Étienne A-M, Willems S. Introduction à l'evidence-based practice en psychologie. *J Psychol* 2017;345:16–20.
- [7] Van der Steen JT, Van Soest-Poortvliet MC, Van der Wouden JC, et al. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;5:CD003477.
- [8] Zhang Y, Cai J, An L, et al. Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2017;35:1–11.
- [9] Gómez-Romero M, Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, et al. Benefits of music therapy on behaviour disorders in subjects diagnosed with dementia: a systematic review. *Neurol Barc Spain* 2017;32:253–63.
- [10] Fusar-Poli L, Bieleninik L, Brondino N, et al. The effect of music therapy on cognitive functions in patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging Ment Health* 2018;22:1097–106.
- [11] Tsoi KKF, Chan JYC, Ng Y-M, et al. Receptive music therapy is more effective than interactive music therapy to relieve behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2018;19:568–76.
- [12] Moreno-Morales C, Calero R, Moreno-Morales P, et al. Music therapy in the treatment of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Front Med* 2020;7:160.
- [13] Dorris JL, Neely S, Terhorst L, et al. Effects of music participation for mild cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2021;69(9):2659–67.
- [14] Bian X, Wang Y, Zhao X, et al. Does music therapy affect the global cognitive function of patients with dementia? A meta-analysis. *NeuroRehabilitation* 2021;48:553–62.
- [15] Zhang J, Yu Z, Zhang N, et al. Does music intervention relieve depression or anxiety in people living with dementia? A systematic review and meta-analysis. *Aging Mental Health* 2023;27(10):1864–75.
- [16] Platel H, Groussard M. Chapter 12 - Benefits and limits of musical interventions in pathological aging. In: Cuddy LL, Belleville S, Moussard A, editors. *Music aging brain*. Cambridge: Academic Press; 2020. p. 317–32.
- [17] Robb SL, Hanson-Abromeit D, May L, et al. Reporting quality of music intervention research in healthcare: a systematic review. *Complement Ther Med* 2018;38:24–41.
- [18] Edwards E, St Hillaire-Clarke C, Frankowski DW, et al. NIH music-based intervention toolkit: music-based interventions for brain disorders of aging. *Neurology* 2023;100:868–78.
- [19] Otera M. Is the movement of evidence-based practice a real threat to music therapy? *Voices World Forum Music Ther* 2013;13(2), <http://dx.doi.org/10.15845/voices.v13i2.696> [Consulté le 9 janvier 2024] <https://voices.no/index.php/voices/article/view/2079>.
- [20] American Music Therapy Association. Strategic priority on research overview; 2010 [<https://www.musictherapy.org/research/strategic-priority-on-research/overview/>. Consulté le 9 Janvier 2024].
- [21] Abrams B. Evidence-based music therapy practice: an integral understanding. *J Music Ther* 2010;47:351–79.
- [22] Non-Pharmacological Intervention Society. Recommandations méthodologiques et éthiques pour l'évaluation des interventions non-médicamenteuses : résultat d'une démarche participative française de consensus; 2023 [Consulté le 9 Janvier 2024] <https://npisociety.org/wp-content/uploads/2023/11/NPIS-Model-article-scientifique.pdf>.
- [23] Fondation Médéric Alzheimer. Interventions non médicamenteuses et maladie d'Alzheimer; 2024 [Consulté le 12 mars 2024] <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/wp-content/uploads/2024/03/guide-inm-edition-2024-francais.pdf>.