



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09.

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers.

L'utilisation de la musique dans les soins auprès d'adultes hospitalisés.



Formateur référent : Lisa DJADAOUJEE

NOM- Prénom : Sinquin Caroline

Formation infirmière

Promotion 2018-2021

Date : 10 mai 2021



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09.

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers.

L'utilisation de la musique dans les soins auprès d'adultes hospitalisés.



Formateur référent : Lisa DJADAOUJEE

NOM- Prénom : Sinquin Caroline

Formation infirmière

Promotion 2018-2021

Date : 10 mai 2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

L'utilisation de la musique dans les soins, auprès de personnes anxieuses

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 10 mai 2021

Identité et signature de l'étudiant : SINQUIN Caroline

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements :

Je tiens à remercier ma famille et mes amies qui m'ont soutenue durant mes trois années de formation.

Je remercie également l'ensemble des professionnels qui m'ont accueillie durant mes différents stages et qui m'ont permis de m'épanouir durant ces trois ans.

Un grand merci à l'ensemble des formateurs, qui ont su être présents malgré nos conditions de formation, d'avoir fait de leur mieux pour nous et pour garantir la qualité de nos apprentissages.

Enfin, je souhaite remercier ma référente de mémoire qui a toujours été présente et qui m'a mise en confiance et m'encourager durant ce travail, ainsi que les professionnels de santé qui m'ont permis de mener à bien mes deux entretiens.

Glossaire :

Drains : tubes destinés à favoriser l'écoulement des liquides (pus, sang...). Ils peuvent se trouver à différents emplacements sur le corps. Dans ma situation d'appel, je parle de drains médiastinaux : ils se trouvent donc au niveau du médiastin.

Pontage coronarien : « C'est une technique chirurgicale qui permet, par une greffe de vaisseaux sanguins prélevés sur le corps du patient, de rétablir un flux sanguin régulier et oxygéné vers le cœur, lorsqu'une ou plusieurs artères coronaires sont obstruées. »

Dissection aortique : « La Dissection Aortique est un accident vasculaire au cours duquel la paroi interne de l'aorte se déchire. Cette rupture entraîne la création d'une « porte d'entrée », par laquelle le sang pénètre et progressivement décolle les feuillets qui constituent la paroi de l'aorte. »

PAM : Pression Artérielle Moyenne. « Elle permet de refléter la manière dont les artères du cœur sont irriguées. » Elle doit être supérieure à 65.

VNI : Ventilation Non Invasive. « C'est un moyen de ventilation qui ne demande pas de dispositif endo-trachéal. C'est une assistance respiratoire qui améliore le pronostic vital des patients. Elle peut être mise en place pour des insuffisances respiratoires. »

La dopamine : Selon le CNRS, « ce neurotransmetteur est impliqué dans le contrôle moteur, l'attention, le plaisir et la motivation. Elle est également appelée Hormone du plaisir. Elle joue un rôle sur notre comportement ».

Le système limbique : « Groupe de structures cérébrales jouant un rôle très important dans le comportement et en particulier, dans diverses émotions comme l'agressivité, le plaisir, la peur, ainsi que la formation de la mémoire ».

La drépanocytose : « C'est une maladie héréditaire qui touche les globules rouges. Ils n'auront pas cette forme concave, ils auront une forme de faucille. Cela va les empêcher de circuler normalement dans le sang, ils pourront provoquer plus facilement des caillots dans les vaisseaux. »

Citations :

« La musique adoucit les mœurs »

Gilles Jacob

« La musique est la langue des émotions »

Emmanuel Kant

Motivations et centre d'intérêt pour le sujet de recherche :

Je suis une personne de nature curieuse, j'aime apprendre de nouvelles choses, d'autant plus dans la profession et la pratique infirmière. Je trouve cela enrichissant de travailler sur de nouvelles méthodes thérapeutiques afin d'atteindre un plus grand nombre de personnes. Il existe des personnes qui refusent la prise de traitements à visée antalgiques ou anxiolytique, pour celles-ci se tourner vers des thérapeutiques non pharmacologiques peut être un moyen de soigner de façon efficace.

Pour ces patients, je trouve donc pertinent de rechercher de nouvelles approches afin de les soulager comme la musique. J'ai observé cette pratique durant mon stage en psychiatrie auprès d'une personne avec des troubles autistiques, puis j'ai pu le mettre en œuvre de façon plus régulière et auprès de différents patients dans un service de réanimation. J'ai rencontré l'écoute musicale dans différents milieux de travail, ce qui m'a permis d'appréhender la richesse de cette utilisation et les différents points positifs ainsi que les diverses intentions d'utilisation.

Je souhaite travailler sur l'utilisation de la musique dans les soins afin d'approfondir mes connaissances et pouvoir faire découvrir cette pratique à d'autres personnes afin que celle-ci se développe au sein du milieu hospitalier. De plus, à travers ce travail, je souhaite répondre à différentes interrogations.

Je porte un fort intérêt aux pratiques non médicamenteuses car je pense qu'elles peuvent être efficaces comme des traitements pharmacologiques chez certains individus. La recherche permanente de nouvelles techniques de soin est très stimulante dans nos pratiques et cela, permet, à mon avis, de moderniser nos façon de faire et de sans cesse s'améliorer dans l'intérêt du patient.

Dans les deux situations d'appels que je vais développer j'ai exploré l'impact de l'utilisation de la musique sur deux patients étant anxieux de nature, cet état, pouvant être majoré par l'hospitalisation.

Sommaire

Glossaire

Introduction :.....	1
1) Le cheminement vers la question de départ :.....	2
1.1) Situations d'appels	2
1.1.1) Première situation.....	2
1.1.2) Seconde situation d'appel :.....	3
1.2) Questionnements et analyse soulevés par mes situations d'appel :.....	4
1.3) Définitions des concepts clés	4
2) Le Cadre théorique :.....	6
2.1) L'hospitalisation et ses impacts sur la santé mentale.....	6
2.1.1) L'hospitalisation.....	6
2.1.2) Le retentissement de l'hospitalisation sur la santé mentale du patient.....	7
2.1.3) Palier à ces effets néfastes.....	9
2.1.4) Relation soignant-soigné sans fausse note :	11
2.2) La musique dans les soins	12
2.2.1) Un festival dans le cerveau	12
2.2.2) Les émotions créées par l'écoute de la musique	13
2.2.3) La sensibilité à la musique.....	15
3) Dispositif méthodologique du recueil de données :	17
3.2) Population interviewée :	17
3.3) L'organisation pour la réalisation des entretiens :.....	17
3.4) Le bilan du dispositif :.....	18
3.4.1) Points forts :	18
3.4.2) Points faibles :	18
4) L'analyse descriptive des entretiens	19
5) Discussion :	23
5.1) Les conséquences de l'écoute de la musique	24
5.1.1) Les hormones libérées.....	24
5.1.2) L'important est d'aimer ce que nous écoutons.....	24
5.1.3) Une communication musicale	25
5.1.4) Les limites de l'écoute musicale	26
5.2) La posture de l'infirmier/ère	26
5.2.1) Différents rôles.....	26
5.2.2) Quelle efficacité ?.....	27

5.2.3) La place de la musique dans les soins	28
6) Conclusion :	29
Sommaire des annexes :	33

Introduction :

Actuellement en 3^{ème} année d'école d'infirmière au CHU de Rennes, je réalise dans le cadre de l'unité d'enseignement 3.04 « Initiation à la démarche de recherche », mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers.

Durant mes différents stages, j'ai découvert de nombreuses pratiques. L'une d'entre elle, m'a particulièrement interpellée. Pendant mes années de formation, j'ai été initiée à l'hypnose, nous avons eu également des cours théoriques sur l'aromathérapie. Cependant je n'avais jamais entendu parler de l'utilisation de la musique dans les soins. Lorsque, durant un stage de 3^{ème} année j'ai vu cette pratique elle a piqué ma curiosité. En effet, je trouve intéressant de mettre en place et d'innover avec de nouvelles pratiques non médicamenteuses mais qui ont fait leur preuve auprès des patients.

Pour la plupart des personnes l'hospitalisation est redoutée et peut provoquer un état anxieux. Utiliser la musique peut permettre aux personnes d'oublier un instant qu'ils se trouvent dans une chambre d'hôpital et leur faire passer un moment plus agréable.

Mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers a pour thématique l'utilisation de la musique dans les soins, au près de personnes anxieuses.

Je commencerai par évoquer les deux situations qui m'ont inspirée pour la rédaction de ce travail, puis j'enchaînerai sur les questionnements soulevés afin d'aboutir à ma problématique qui guidera ce travail.

Dans un second temps j'exposerai les différents concepts clés dans mon cadre conceptuel, puis, suite à des entretiens que je vais analyser nous verrons le côté plus pratique de cette utilisation ainsi que ses bénéfices et ses limites.

Enfin je confronterai toutes ces idées dans ma partie discussion.

1) Le cheminement vers la question de départ :

1.1) Situations d'appels

1.1.1) Première situation

En début de troisième année je réalise mon stage dans une unité de réanimation cardiaque. Les patients sont ici pour des surveillances post-chirurgicales suite à une opération cardiaque (remplacement de valves, pontages coronariens^{*1}, dissection de l'aorte*...). Suite à ces chirurgies certains patients arrivent dans le service avec des drains*. C'est le cas de Monsieur P, il a deux drains médiastinaux suite à deux pontages coronariens.

Monsieur P est un homme de nature angoissée. Ce matin avec l'infirmier nous devons lui enlever ses drains. Cet acte peut être douloureux, il peut donner des sensations de chaud ou créer une hypotension.

Afin de détendre le patient, l'infirmier m'explique qu'il va utiliser de la musique. Le service de réanimation possède une enceinte. Nous demandons au patient s'il souhaite mettre un peu de musique durant ce soin. Il accepte et choisi un morceau extrait d'un générique de film. L'infirmier me précise que ces musiques doivent être sans paroles, sinon notre inconscient restera concentré sur les paroles de la musique et le patient ne se détendra pas. Pour ce soin, c'est le téléphone de l'infirmier qui permet de diffuser la musique.

Nous démarrons l'écoute à un volume sonore modéré. L'infirmier prépare le matériel, durant ce temps Monsieur P se détend, il ferme les yeux et commence à jouer avec ses doigts au rythme de la musique. Durant tout le soin l'infirmier et moi essayons de communiquer à un volume sonore très bas ou avec des gestes afin que Monsieur P reste dans sa bulle et ne pense pas à la douleur que l'ablation des drains peut occasionner. En effet, Mr P restait focalisé sur la douleur ce qui lui provoquait des angoisses et il ne pouvait pas se détendre, la musique l'a donc aidé. Nous expliquons tout de même au patient les étapes que nous réalisons (décollement du pansement, désinfection, ablation des drains). Lors de ce soin nous lui demandons de prendre une grande inspiration et de souffler lors de l'ablation des drains. Cela lui permet de rester acteur du soin.

Durant ce soin, le visage du patient ne s'est pas crispé, son corps était détendu. Lorsque nous avons terminé nous avons laissé le morceau aller à son terme, nous avons attendu que Monsieur P ré-ouvre les yeux. Je lui ai demandé son ressenti, il a répondu de façon détendue et en souriant « Merci, cela m'a fait du bien, je trouve que c'est une très bonne idée d'avoir mis la musique. ». Dans

¹ * : se référer au glossaire

un premier temps j'ai été surprise du bienfait de la musicothérapie sur l'appréhension du soin. Monsieur P ne se plaint pas de douleur, il se dit confortable.

1.1.2) Seconde situation d'appel :

Ma deuxième situation d'appel se déroule également dans ce service de réanimation. Je suis à ma quatrième semaine. Je suis d'après-midi, je prends en soin Madame J. Elle a 80 ans et vient pour une dissection aortique* de type rupture anévrisme. Mme J est fatiguée, nous sommes le lendemain de son opération. Ces opérations sont longues et les patients dorment peu en réanimation dû aux différents tours de surveillance, aux alarmes...

Cet après-midi, elle se repose. Puis, sur le plan neurologique, elle devient confuse. Elle ne sait plus où elle se trouve, elle appelle ses voisins, pense être dans son appartement. Alors que je suis dans le service le scope se met à émettre des alarmes : sa tension chute et sa PAM* n'est plus qu'à 54 mm Hg : ce qui signifie que sa tension est faible. Le risque étant le malaise avec perte de connaissance je me précipite dans sa chambre afin de comprendre cette hypotension soudaine. Je retrouve Mme J debout dans sa chambre. Je lui demande si elle sait où elle se trouve et pourquoi elle est debout. Elle me parle de son appartement et de son chat, elle m'explique qu'elle souhaite fermer la porte de sa chambre pour ne pas que son chat s'enfuit. Je la raisonne en lui expliquant où elle se trouve, qu'elle a eu une opération du cœur. Je lui dis également que sa tension est basse et qu'il est important de se recoucher. Elle accepte, elle est perdue et angoissée, elle ne sait pas quand elle pourra sortir, elle appréhende beaucoup. Elle est inquiète pour ses proches elle me dit « Ma famille sait que je suis là ? Comment vont-ils ? ». Elle est également inquiète car elle est partie en urgence de son appartement elle se demande qui va s'occuper de son logement et de son chat. Je la rassure en lui apportant les éléments à ma disposition, puis je vais voir l'infirmier et je lui parle de l'état neurologique de la patiente, il me propose de lui demander si elle accepterait un moment de détente accompagné de musique afin de l'apaiser. Je vais voir Mme J et lui parle de cet outil de soin. Elle accepte volontiers, Mme J est fan de rock et surtout du chanteur Johnny Halliday. Je lui explique que ce type de séance doit permettre aux personnes de se détendre, que je vais lui mettre du rock mais sans paroles. Le service de réanimation possède un dispositif qui permet de choisir un type de séance, il est choisi en fonction des intentions des soignants. Nous choisissons celle qui favorise l'endormissement, en ayant une pente descendante qui amène au repos puis avec une phase ascendante favorisant le réveil où le niveau sonore musical augmente. Nous programmons cette séance sur quatre-vingt-dix minutes.

Lorsque je reviens la voir et que je lui demande comment elle se sent elle me confie que cela lui a fait beaucoup de bien, elle a pu dormir. Elle semble plus apaisée et moins anxieuse. De plus, le fait de

s'être reposée lui a permis d'être moins confuse et de retrouver ses esprits. Par la suite, elle me redemande une seconde séance. L'utilisation de la musique a eu un impact positif sur les angoisses et sur la confusion de Mme J.

1.2) Questionnements et analyse soulevés par mes situations d'appel :

Je sors satisfaite de ces deux expériences et agréablement surprise des bienfaits de la musique sur notre environnement psychique et de l'influence qu'elle peut avoir sur nos angoisses, les douleurs ou encore la confusion. De plus, je trouve qu'un fond musical permet au patient d'oublier un temps qu'il se trouve à l'hôpital et produit une ambiance plus agréable. Ces deux situations ont soulevé de nombreuses interrogations telles que :

Comment la musique peut-elle modifier notre conception et notre ressenti durant un soin ? Comment la musique agit-elle sur notre psychisme ? Y a-t-il des conditions pour mettre en place ce genre de soin ? Ces approches non médicamenteuses sont-elles efficaces sur tout patient ? Certaines y sont-elles plus sensibles ? La musique peut-elle permettre de soulager une douleur durant un soin ou seulement une angoisse ? Les bienfaits de la musique durant les soins sont-ils objectifs ? Qu'est ce qui nous permet d'évaluer l'efficacité ?

1.3) Définitions des concepts clés

Cette réflexion m'a permis d'élaborer une ébauche de question de départ : En quoi la musicothérapie peut-elle avoir un impact positif sur nos souffrances psychiques durant une hospitalisation ?

J'ai commencé rapidement mes lectures afin de voir si les termes employés dans cette question étaient en adéquation avec ma pensée. Mes premières lectures, concernaient la musicothérapie. Au fil du temps je me suis rendu compte que les situations que j'ai rencontrées ne relevaient pas réellement de la musicothérapie puisqu'il n'y avait pas l'intervention d'un musicothérapeute. De plus, aucune séance n'était préparée à l'avance. J'ai décidé de remplacer le terme de musicothérapie par « l'utilisation de la musique ».

Puis je me suis intéressée au sens exact du terme « Souffrances psychiques » : selon le site Wikipédia : une souffrance psychologique est « liée aux émotions »², elle est différente d'une souffrance physiologique. J'ai cherché à préciser mes propos en remplaçant ce terme par les noms angoisse ou anxiété. Afin de déterminer lequel était le plus en adéquation avec mes situations j'ai cherché leurs définitions. Le dictionnaire Larousse définit l'angoisse comme « une grande

² https://fr.wikipedia.org/wiki/Souffrance_psychologique

inquiétude, anxiété profonde née du sentiment d'une menace imminente mais vague »³. Ce terme me paraît adapté, cependant lors de mes lectures, j'ai remarqué que beaucoup d'auteurs n'employaient pas le mot « angoisse » mais plutôt celui d'« anxiété ». Pour l'auteur André Le Gall l'anxiété est « un état affectif négatif qui se situe entre l'angoisse et l'inquiétude »⁴. Ce sentiment semble donc être moins fort que l'angoisse.

J'ai supprimé l'adjectif « positif » car cela me mettait des barrières pour traiter ma question de départ, je souhaitais faire des recherches sur les limites de cette utilisation.

Au vu de cette analyse j'ai décidé de modifier certains termes afin que les mots présents dans cette question soient plus adaptés à mes propos et à ma pensée. Voici ma question de départ :

En quoi l'utilisation de la musique par l'infirmier/ère peut-elle avoir un impact sur l'anxiété des patients liée à une hospitalisation ?

³ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/angoisse/3528>

⁴ Le Gall. A 2001. L'anxiété et l'angoisse. Chapitre 1 « Distinguer les faits séparer les notions ». Trouvé sur le site internet.

2) Le Cadre théorique :

2.1) L'hospitalisation et ses impacts sur la santé mentale.

2.1.1) L'hospitalisation.

Une hospitalisation est par définition une « admission et un séjour dans un hôpital » selon le dictionnaire Larousse⁵. Notons cependant que l'admission peut également se faire dans une clinique. Le patient peut y être conduit par différents moyens de transports (par ses propres moyens, par les pompiers, par un tiers) et vient pour divers motifs (pathologie aiguë, chronique, examens, opération, urgence...).

Suite à la pathologie ou aux examens et opérations que le patient va subir, le médecin va décider de la forme d'hospitalisation qui convient. Il y a l'hospitalisation de jour aussi appelée ambulatoire : le patient va passer moins de 24 heures à l'hôpital, il n'y dormira pas. Il existe aussi l'hospitalisation dite complète où le patient passera quelques temps, jour et nuit, 7 jours sur 7 à l'hôpital. Cette prise en charge est demandée lorsque l'état de santé le requiert, en attente d'une amélioration de celui-ci. Les soins prodigués vont être d'ordre médical et paramédical.

Durant une hospitalisation de nombreuses règles sont à respecter. En effet, l'ensemble du personnel soignant doit se conformer à certains codes, lois ou encore référentiels qui encadrent les métiers. Le patient a différents droits qui sont décrits dans les lois telles que : la loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la Loi Léonetti de 2005 puis complétée par la loi Léonetti Claeys de 2016 relatives toutes deux aux droits des malades et à la fin de vie, la Charte du patient hospitalisé de 1995 relative à leurs droits, et bien d'autres. Les divers métiers médicaux et paramédicaux sont encadrés par le code de santé publique, de déontologie, le référentiel infirmier, le serment d'Hippocrate. Tout ceci permet d'encadrer la prise en charge du patient afin qu'elle soit la plus optimale.

Le milieu hospitalier, est, pour la majorité des personnes, un lieu anxiogène. Elles se font une idée de leur parcours de soin, appréhendent la découverte d'une pathologie et les conséquences que cela peut avoir sur leur devenir (atteintes physiques, psychiques, et sociales). Afin d'éviter les inquiétudes le personnel soignant doit être là pour répondre aux diverses questions. Dans l'article « *Distraction et gestion non médicamenteuse de l'anxiété préopératoire chez l'enfant* », rédigé par une Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat⁶, l'auteur évoque les craintes en préopératoire, d'un

⁵ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hospitalisation/40457>

⁶ Cayron V. 2015 *Distraction et gestion non médicamenteuse de l'anxiété préopératoire chez l'enfant* - OxyMag n° 144. pp 27 – 30.

enfant. Cela peut se transférer à un adulte car il n'est pas rare de voir ces sentiments chez eux. Le sentiment d'insécurité entraînant cette sensation d'angoisse peut être décuplé par un manque d'information comme décrit dans l'article « 1^{er} baromètre Hospitalidée – BVA sur le vécu des patients à l'hôpital ou dans une clinique »⁷, qui évoque que 30% des 6545 patients interrogés ont ressenti ce sentiment et 31% d'entre eux ont évoqué le lien de causalité entre ce manque d'informations, pourtant primordial, et ce sentiment d'insécurité. En amont ou pendant une hospitalisation, nous pouvons ressentir différents sentiments. Quels sont-ils ?

2.1.2) Le retentissement de l'hospitalisation sur la santé mentale du patient.

Comme je l'ai évoqué dans la partie précédente, l'hôpital est un lieu anxiogène. En effet, il n'est pas rare d'entendre une personne dire qu'elle angoisse en parlant de son hospitalisation ou qu'elle est anxieuse.

Mais alors, quelles différences entre ses deux termes ? En effet, ces deux noms ne sont pas des synonymes mais sont souvent utilisés pour exprimer la même chose. Par exemple, en anglais on utilise le terme « anxiety » pour parler de l'angoisse et de l'anxiété or il existe bien un terme spécifique pour parler de l'angoisse « anguish ». Cet abus de langage révèle bien que la distinction entre les deux termes n'est pas réellement faite.

Après différentes lectures autour de ces mots j'ai réussi à en faire une définition claire afin de mettre en lumière les différences.

Commençons par l'anxiété. Elle résulte d'un sentiment de peur, mais cette peur est surestimée par rapport au danger. Le docteur Ness dit dans l'ouvrage *Les concepts en sciences infirmières 2^{ème} édition*⁸ : « Une anxiété est caractérisée par une inquiétude disproportionnée par rapport à la réalité des menaces ». Les personnes pensent affronter le pire et ne pas réussir à le surmonter. Tout ceci va alors s'exprimer au niveau physique par une sensation de boule au niveau de la gorge et l'estomac qui va provoquer une sensation de difficulté à respirer, des palpitations et des sueurs. Une anxiété aura tendance à s'exprimer de façon chronique. Une personne anxieuse va vouloir contrôler sur tout ce qui l'entoure afin de ne pas se trouver face à un imprévu qui pourrait provoquer une appréhension et donc une surestimation du danger. Pour cela, elle aura besoin d'approbation, d'obtenir l'accord des personnes. Tout ceci serait dû à un apprentissage dysfonctionnel comportemental face à la réalité.

⁷ BVA sur le vécu des patients à l'hôpital ou dans une clinique, juillet 2016. Hospitalidée.fr 2017

⁸ Formarier. M & Jovic. L 2012. Les concepts en science infirmières 2^{ème} édition Page 69.

Il existe, selon l'auteur André Le Gall, « différents types d'anxiété »⁹.

Pour lui l'anxiété est un état qui « va du normal au pathologique ». Dans le cadre d'anxiété objet, l'objet ou la situation est dans son contexte mais peut, parfois, être surestimé. Cependant selon cet auteur « c'est un état psychologique banal », elle peut être justifiée par la situation. Elle arrive et disparaît en même temps que l'objet ou la situation source de ce sentiment. Elle permet à l'individu de ressentir un « signal d'alarme », utile en cas de danger. Dans le cas où le patient est anxieux pour un soin on parlera d'anxiété objet.

A un stade supérieur, nous avons l'attente anxieuse qui, pour Freud, « n'appartient plus au domaine psychologique normale » comme l'anxiété objet, mais elle « déborde de la normalité ». Les personnes vont exagérer les situations en se rajoutant des raisons d'avoir peur. C'est dû à leur incapacité à faire face aux changements de la vie, ils vont se sentir en insécurité. Cela demande une prise en charge psychologique. Enfin, il y a l'anxiété sévère, qui, pour Freud relève de l'inconscient. Elle serait due, d'après lui, à des « affects refoulés ». Elle est considérée comme une anxiété pathologique.

Comme l'a évoqué A. Le Gall, l'anxiété se situe entre l'angoisse et l'inquiétude. Mais alors, qu'est-ce qu'une angoisse ?

Une angoisse est une forme excessive d'anxiété, c'est une émotion ponctuelle. Selon le dictionnaire Larousse l'angoisse « survient sous forme de crise », en effet on peut parler de crises d'angoisse, c'est une sensation qui va apparaître brutalement et de façon intense, les raisons d'une crise d'angoisse peuvent être inconnues. Elle s'exprime, d'un point de vue physique de la même manière qu'une anxiété¹⁰. Les signes seront donc des palpitations cardiaques, des douleurs au ventre, des bouffées de chaleur et une impression d'étouffer.

Cet état va provoquer des contractions musculaires prolongées et involontaires, les personnes angoissées sont des personnes qui vont être tendues, crispées et donc nerveuses. En effet comme le dit l'hypnothérapeute Olivier Lockert, dans son ouvrage « Hypnose »¹¹ : « Rappelez vous : corps- esprit, esprit- corps tout est lié ». Dès lors que nous angoissons nous ressentons ces signes somatiques.

⁹ Le Gall. A 2001. L'anxiété et l'angoisse. Chapitre 1 « Distinguer les faits séparer les notions »

¹⁰ Termes repérés sur le site <https://www.canalvie.com/sante-beaute/bien-etre/articles-bien-etre/anxiete-angoisse-1.960000>

¹¹ Lockert. O. Hypnose. 2001. Informations trouvées sur le site : <http://evene.lefigaro.fr/citation/rappelez-corps-esprit-esprit-corps-tout-lie-65756.php>

Les causes de l'angoisse peuvent être dues à un environnement stressant et anxiogène, comme une hospitalisation soudaine ou la découverte d'une pathologie. En effet l'environnement ou le problème de santé peut être considéré comme un stressor pour le patient. Dans l'ouvrage *Les concepts en science de l'infirmière 2^{ème} édition*¹², nous pouvons lire « que le stress sera plus ou moins bien géré selon la personnalité du patient mais également selon le soutien social qu'il peut avoir avec les professionnels de santé ».

Dans l'angoisse, aussi, on peut parler de pathologie, dès lors que les crises se répètent et provoquent une tension chronique qui devient pathogène pour l'organisme.

Au cours de mes différentes lectures j'ai constaté que de nombreux professionnels constatent un état d'anxiété chez les patients qu'ils prennent en soin. J'utiliserai donc ce terme dans mon travail.

A travers tout ceci nous voyons bien qu'une hospitalisation, prévue ou non, engendre un déséquilibre psychologique dû à des variations externes qui vont impacter nos conditions internes pour faire face aux divers stress. En effet, notre anxiété va agir sur l'organisme, comme nous l'avons vu à travers les différents signes physiques provoqués. Pour éviter cela, l'ensemble du personnel soignant va mettre en place des thérapeutiques et une relation de confiance afin de prendre soin du corps et de l'esprit du patient.

2.1.3) Palier à ces effets néfastes.

Un de nos rôles est d'amoindrir l'anxiété. Il faudra, dans un premier temps, chercher les causes, afin, si cela fait parti dans notre champs de compétences, d'y remédier puis évaluer le degré d'anxiété. De nombreuses causes peuvent être à l'origine de l'anxiété : les relations familiales, les proches, la pathologie en elle-même, l'hospitalisation et ce que cela provoque (douleurs, isolement, incertitude...).

Il a été montré que l'anxiété et la douleur avaient un lien de causalité. Dans un article paru dans la revue *Soins Pédiatrique/ puériculture*¹³ des psychologues, cliniciens, chercheurs et des médecins en pédiatrie, on dit que ce lien est souvent présent. Une douleur est une expérience sensorielle mais également émotionnelle désagréable, elle a une donnée subjective. Cela signifie qu'elle est propre à chacun. Par ailleurs le ressenti de la douleur peut être augmenté par la présence d'anxiété, mais cette douleur peut également être la cause de l'état anxiogène. Comme je l'ai dit le corps et l'esprit sont liés. Il a été remarqué que les personnes anxieuses sont souvent hyperalgiques.

¹² Formarier. M & Jovic.L 2012Les concepts en sciences infirmière 2^{ème} édition Page 295.

¹³ - Martin, J & Le Faucheur, L & Pondarré, C & Carlier-Gonod, A & Baeza-Velasco, C 2020 *Effets d'une intervention musicale standardisée sur la gestion de la douleur et de l'anxiété-état des adolescents drépanocytaires*. - Soins Pédiatrie/puériculture n° 314. Pp 35 - 41.

Nous pouvons donc également utiliser des traitements antalgiques afin de diminuer l'anxiété si la douleur en est la cause. Enfin dans le code de déontologie, selon l'article R4312.19¹⁴ : « En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement».

Suite à cette investigation concernant l'origine de l'anxiété il faut ensuite l'évaluer. Il existe des échelles telles que : l'échelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété (HARS). Vous la trouverez en annexe 1. C'est une hétéro évaluation qui est composée de 14 items. Chacun d'entre eux évalue entre 0 et 4 différents signes qui peuvent prouver un état anxiogène (symptômes somatiques, comportement, symptômes organiques...). Il y a aussi l'échelle HAD (Hospital Anxiety an depression scale) que vous trouverez en annexe 2. C'est une auto évaluation. Elle comporte également 14 items divisés en 2 afin d'avoir 7 items d'anxiété et 7 items concernant la dépression. Elle permet de dire si l'état anxieux est douteux ou certain en fonction du score obtenu. Grâce à cette évaluation, nous connaissons le degré, la ou les causes provoquant cet état de stress, il nous est possible de la traiter de façon adaptée.

Il existe des traitements à notre disposition, qui soulagent l'anxiété : ce sont les anxiolytiques. Ils font partie de la grande famille des psychotropes plus précisément des psycholeptiques. Ils permettent de soulager les symptômes psychiques et somatiques de l'anxiété. Ils agissent sur différents neurotransmetteurs. Pour l'administrer l'infirmier doit se référer à une ordonnance qui doit être renouvelée régulièrement en réévaluant l'évolution de l'état du patient et son efficacité. Les patients peuvent refuser les traitements, ils peuvent redouter les effets secondaires. S'ils refusent nous devons mettre en place d'autres solutions afin de les soulager.

La relation soignant-soigné est au centre de la prise en charge, les thérapeutiques viennent en complément. En effet, nous pouvons mettre tous les traitements en place, si le patient se pose des questions et que personne n'y répond cela ne permettra pas de soulager son esprit. De plus, la crise sanitaire actuelle, a démontré que les interactions sociales faisaient du bien, parler et se confier permet de soulager le moral. Nous devons donc créer une relation de confiance, de soutien qui permet au patient de se livrer et se sentir en sécurité. Cela nous permettra d'ajuster nos actions et de comprendre l'évolution favorable ou défavorable de son état psychique.

¹⁴ Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016. Code de déontologie. Article R4312-19 https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf

2.1.4) Relation soignant-soigné sans fausse note :

Comme je l'ai dit le point central d'une prise en soin est la relation que nous entretenons avec le patient. Cette relation permet l'aide au patient, les personnes qui s'y engagent doivent se respecter l'un et l'autre en s'alliant contre l'ennemi commun qui peut être de différentes natures. Selon la société française d'accompagnement et soins palliatifs : l'aide se définit, dans l'ouvrage « *Les concepts en science infirmières 2^{ème} édition* »¹⁵, « par l'action d'intervenir en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens. Cette relation fonctionnera si les personnes sont sur la même ligne de conduite et si elles font preuve de coopération. C'est un engagement mutuel ». Les personnes qui font partie de cette relation doivent respecter différents principes. L'infirmier sera attentif, fera preuve d'écoute active, d'empathie et de bienveillance en évitant d'être dans le jugement et l'interprétation. Il fera preuve d'humanité dans les soins. Cela demande le respect envers la dignité, la pudeur et l'histoire de vie de chacun. Il est important de prendre les personnes avec leur vécu et leurs émotions, avoir une prise en charge singulière. Il ne faut pas que nos gestes deviennent automatiques, que nous courrions après le temps au risque de provoquer une cassure dans cette relation si précieuse. Tout ceci va permettre au patient de verbaliser, et trouver une épaule sur laquelle s'appuyer, il se sentira en confiance et en sécurité. Prendre le temps nécessaire pour expliquer les choses et leur apporter les informations nécessaires n'est pas une perte de temps, car cela permettra, sur le long terme, d'avoir une meilleure compréhension de la part du patient sur ce qu'il se passe, les examens ou les différents traitements que nous lui administrons. Cette relation doit être instaurée dès l'arrivée du patient dans le service. Les proches doivent également être inclus dans cette prise en soins.

Il existe différents moyens pour pallier à l'anxiété, c'est à nous de trouver le plus adapté au patient. Nous pouvons avoir recours au traitement symptomatique de la cause, au traitement de l'anxiété en elle-même. Certains auront juste besoin de verbaliser afin de se sentir mieux. Il existe également des supports thérapeutiques qui peuvent nous aider à faire oublier au patient, un moment, qu'il se trouve à l'hôpital. Cela peut être l'hypnose, l'aromathérapie ou encore la musique. Cette utilisation de la musique semble se faire une place auprès des autres moyens non médicamenteux.

Voyons en détails comment cela fonctionne et ce que la musique peut provoquer comme sentiments.

¹⁵ Formarier.M & Jovic.L 2012*Les concepts en sciences infirmières 2^{ème} édition*. Page 61

2.2) La musique dans les soins

Dans le livre *De la note au cerveau*¹⁶, le compositeur Edgard Varèse dit que « la musique est du son organisé ». La musique est un élément qui nous accompagne depuis bien longtemps, elle est rapidement utilisée par les guérisseurs, qui y associaient une danse. De plus, elle nous accompagne du début de notre vie : lorsque les parents chantent des berceuses pour endormir les enfants, à la fin de notre vie : de nombreuses musiques sont écoutées lors des enterrements. Elle fait partie intégrante de notre vie quotidienne: dans le supermarché, à la télévision, à la radio, pendant que nous faisons du sport... Cela montre bien que l'écoute de la musique a traversé les décennies. La musique est en perpétuelle évolution, elle évolue en même temps que la société Elle semble nous détendre et de nombreuses personnes ne peuvent s'empêcher d'écouter de la musique durant une journée.

Dans le milieu médical, depuis quelles années, l'utilisation de la musique se développe de plus en plus. Elle peut se faire auprès de personnes atteints de troubles psychiatriques ou dans un centre hospitalier : on la retrouve souvent chez les enfants mais également chez les adultes présentant un état anxieux. Nous la retrouvons aussi dans les EHPAD pour les personnes ayant des troubles de la mémoire, ou pour d'autres pathologies. Dans quel but est-ce pratiqué ? Commençons par comprendre comment la musique agit sur notre cerveau, ce qu'elle induit au niveau neurobiologique.

2.2.1) Un festival dans le cerveau

Quel est le chemin emprunté par le son ? Le son est dû à des vibrations de molécules dans l'air, qui arrivent au niveau de notre tympan puis dans l'oreille interne avant de se transformer en impulsions électriques. Deux chemins vont être empruntés : l'un concerne le langage (les mots, les syllabes...) et l'autre concerne le langage musical (le rythme, la hauteur des notes). Ces deux chemins se retrouvent au niveau du lobe frontal. Les impulsions électriques sont acheminées vers l'hippocampe qui joue un rôle central dans la mémoire.

Par ailleurs, il a été montré que la musique était répartie sur l'ensemble des zones du cerveau contrairement au langage et à la vue qui se concentrent sur une aire précise. Ceci explique pourquoi certaines personnes ayant la pathologie d'Alzheimer, peuvent, en écoutant de la musique rejouer un morceau, ou, comme Me Gonzalez qui, dès lors qu'elle entend le « Lac des Cygnes » est capable de se souvenir de la chorégraphie exacte. En effet grâce aux multiples aires cérébrales

¹⁶ Levitin, D 2010 *De la note au cerveau. L'influence de la musique sur le comportement*- - Editions Héloïse d'Ormesson –. Page 24

activées par l'écoute de la musique, cette mémoire dite musicale est la dernière atteinte par la pathologie d'Alzheimer. Ces expériences prouvent la diversité des stimulations cérébrales créée par l'écoute musicale.

En plus de ces diverses activations, il a été prouvé que lorsque nous écoutons de la musique, des hormones sont libérées. L'une d'elles est l'« hormone du bonheur » ou encore « du plaisir » : la dopamine*. C'est un neurotransmetteur impliqué dans le contrôle moteur, l'attention, mais également au niveau du plaisir ou des motivations. Celui-ci influe notre comportement. La musique va permettre à ce neurotransmetteur de libérer de l'énergie qui est à l'origine des sensations de détente et de bien être. Ce neurotransmetteur est sécrété naturellement par l'organisme et son taux augmente lorsque nous réalisons une chose agréable, qui nous plaît. La dopamine permet également de garder en mémoire le processus qui nous a permis d'arriver jusqu'à cette sensation plaisante. Cela va donc entrer en contradiction avec les états d'anxiétés et les émotions négatives présents dans les services hospitaliers. Il y a une seconde hormone libérée : l'endorphine. Comme je l'ai exprimé précédemment, la douleur et l'anxiété ont un lien de causalité. L'endorphine se trouve naturellement dans notre organisme. C'est une abréviation du terme « endogenous morphine » ce qui signifie morphine endogène¹⁷. C'est une substance naturelle mais qui a des propriétés qui se rapprochent de la morphine. Elle agit donc comme un antalgique, en se fixant sur les récepteurs qui bloquent la transmission de la douleur et amoindrit cette sensation.

La musique est donc bienfaitrice pour notre cerveau mais outre cette interaction interne, les patients ressentent également certains effets suite à l'écoute d'une musique qu'ils apprécient.

2.2.2) Les émotions créées par l'écoute de la musique

En pratique de nombreux témoignages parlent de cet esprit de détente qui règne lorsque le fond musical est présent. Une infirmière en service de neurologie évoque que les soins d'hygiène avec de la musique sont des soins de détente et de distraction dans l'article *La musique adoucit le soin*¹⁸. Sans la musique certains patients peuvent appréhender ce soin. En effet, lorsque nous appréhendons quelque chose nous restons focalisés sur celle-ci. Or, la musique va détendre l'atmosphère, les personnes ne seront plus centrées sur leurs douleurs induites ou non par les soins, ou sur leur perte d'autonomie qui demande l'intervention d'un tiers. Cependant, la musique ne pas

¹⁷ Informations trouvées sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/endorphine>

¹⁸ Voulmonot, V & Cottey, M & Sanchez S 2019 *La musique adoucit le soin* - - L'infirmière magazine n° 409. P30.

enlever le fait que les personnes peuvent perdre confiance, et avoir du mal à accepter cette perte d'autonomie, d'où l'importance de la relation soignant-soigné.

Nous savons que la musique procure différentes émotions, lorsque nous en écoutons nous pouvons nous sentir euphorique, heureux, ou bien triste. On peut également se mettre dans notre bulle, nous apaiser... Mais quel est le processus ? Nous avons vu que différentes aires cérébrales sont activées durant l'écoute de la musique dont certaines qui sont impliquées dans les émotions. C'est le cas des amygdales cérébrales et du cortex orbitofrontal. Ces structures font partie du point de contrôle des émotions puisqu'elles se trouvent dans le système limbique.* Ce système est constitué de nombreuses structures dont certaines impliquées dans la mémoire comme l'hippocampe.

En plus de provoquer des émotions, l'écoute de la musique permet de détourner l'attention du patient sur autre chose que ses pensées négatives. Comme a dit l'infirmière dans le service de neurologie, « la musique peut être une technique de distraction ».

L'attention est la capacité de l'esprit à se concentrer sur quelque chose et de s'y consacrer. Selon William James l'attention « implique le retrait de certains objets afin de traiter plus efficacement les autres »¹⁹. D'où le fait que si nous pensons toujours à l'origine de notre état elle va rester notre principale préoccupation. Le détournement d'attention permet alors de distraire le patient, de lui faire penser à des choses agréables ou du moins à le détourner de ses problèmes. L'attention se focalise sur autre chose, et le cerveau élimine la source du problème ou le problème en lui-même. Il existe différents types de distraction, ici la musique et le rythme. D'après mes situations d'appel, j'ai entendu qu'il fallait éviter les musiques avec des paroles afin que l'attention ne se focalise pas sur celles-ci mais vraiment sur ce que la musique leur évoque. Les patients vont s'évader, et leur attention sera détournée. Il a été démontré que plus la musique était appréciée par le patient plus les effets bénéfiques étaient efficaces. De plus, un rythme lent entraîne une diminution de la fréquence respiratoire, le stress va diminuer. Il est donc préférable, dans les soins, d'utiliser une musique au rythme lent, avec un style apprécié par le patient afin qu'il y soit plus sensible et que l'impact sur son organisme et sur sa gestion de l'anxiété soit plus grand.

Nous l'avons vu l'écoute de la musique libère deux hormones dont l'endorphine qui a un rôle d'antalgique naturel et la dopamine qui permet de produire une sensation de bien-être. Comment évaluer cette efficacité et est-elle la même selon les individus ?

¹⁹ Informations trouvées sur le site : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Attention>

2.2.3) La sensibilité à la musique

Différentes études ont été menées. L'une d'elle est décrite dans l'article *Le soin par la musique*²⁰. Dès le XIXème siècle des essais sont réalisés, dans des cabinets dentaires. L'une d'elle réalisée en 1960 sur 5000 patients a permis à Gardner d'évoquer que la musique, pour 90%, diminuait la sensation de douleur lors de soins dentaires. Prenons l'étude menée sur l'application Music Care©²¹ sur son efficacité thérapeutique sur 20 adolescents drépanocytaires*. Cette même application a été utilisée dans le service de réanimation dans lequel j'ai fait mon stage. Cette application est un programme de musicothérapie. L'objectif de l'étude était de montrer l'effet thérapeutique d'une intervention musicale sur l'anxiété et la douleur auprès de ces adolescents. La douleur est évaluée avec l'échelle visuelle analogique (EVA). Les résultats concernant la douleur montre que l'EVA moyenne, pour les deux groupes, était de 7,25 avant l'utilisation musicale. Pour le groupe « expérimental » ayant un casque audio et un masque oculaire, l'EVA était en moyenne de 4,80 après l'écoute musicale, soit une diminution de 34%, contre 6,75 pour le groupe « contrôle », n'ayant pas ces dispositifs, soit une diminution de 7%. Cela montre bien que le fait d'écouter de la musique permet de diminuer le ressenti de la douleur. Les patients évoquent une douleur moins importante alors qu'ils n'ont pris aucun antalgique.

Afin de démontrer les effets et la sensibilité des personnes à l'utilisation de la musique lors des soins, reprenons l'étude réalisée sur l'application Music Care²², auprès des 20 adolescents drépanocytaires. Au début et à la fin de l'expérience l'anxiété est mesurée par une échelle: STAI-Y-A. Vous la trouverez en annexe 3. Cela permet d'avoir une comparaison des résultats. Etant la même étude que celle que j'ai présentée précédemment les groupes sont les mêmes : un « expérimental » et un « contrôle ». L'état d'anxiété et le niveau de douleur ont été évalués avant et après l'expérience musicale. Avant l'intervention le score moyen sur l'échelle de STAI-Y-A était de 46,00 pour les deux groupes. Pour le groupe « expérimental » celle-ci était au niveau de 31,00, soit une diminution de 33% après l'expérience, contre 41,50 pour le groupe « contrôle », soit une diminution de 10%.

Plusieurs personnes sont sensibles à l'écoute de la musique et aux bienfaits qu'elle engendre. La musique permet la diminution de l'anxiété ainsi que la douleur dans le même temps, grâce aux hormones.

²⁰ Guétin, S Septembre 2014 *Le soin par la musique*- Gestion hospitalière n° 538. pp 406 – 409.

²¹ Martin, J & Le Faucheur, L & Pondarré, C & Carlier-Gonod, A & Baeza-Velasco, C 2020 *Effets d'une intervention musicale standardisée sur la gestion de la douleur et de l'anxiété-état des adolescents drépanocytaires*. - Soins Pédiatrie/puériculture n° 314.- Pp 35 - 41

²² Martin, J & Le Faucheur, L & Pondarré, C & Carlier-Gonod, A & Baeza-Velasco, C 2020 *Effets d'une intervention musicale standardisée sur la gestion de la douleur et de l'anxiété-état des adolescents drépanocytaires*. - Soins Pédiatrie/puériculture n° 314.- Pp 35 - 41

Tout le monde est-il sensible à la musique ? Certaines personnes sont dites anhédoniques : c'est-à-dire qu'elles ne ressentent pas d'émotions positives lors de moments pourtant perçus comme agréables et plaisants, par exemple dans certaines pathologies psychiatriques. Une récente étude, décrite dans le magazine « Science et Vie »²³ et réalisée par Josep Marco-Pallarés (professeur en science cognitives), et son équipe, montre que ces individus ont peu d'activité cérébrale lors de l'écoute musicale. Quarante cinq personnes ont passé un IRM fonctionnel, grâce auquel les zones sollicitées par l'écoute de la musique et aussi par des jeux d'argent sont mises en évidence. Lorsque nous réalisons ces deux activités les zones activées sont les mêmes. Chez les personnes anhédoniques, les zones s'activent lors d'un jeu d'argent mais pas lors de l'écoute musicale, sans problème au niveau du système cérébral ils sont moins sensibles aux bienfaits de la musique.

En conclusion de ce cadre conceptuel, nous avons vu que l'anxiété liée à l'hospitalisation peut être présente. Elle peut avoir différentes thématiques plus ou moins complexe à régler. Une des causes peut être la douleur, des questions peuvent émerger et parasiter le patient au point qu'il se focalise sur celle-ci. Différents moyens thérapeutiques peuvent être mis en place comme les anxiolytiques ou encore des moyens non médicamenteux comme la musique. Celle-ci va permettre d'apaiser l'anxiété et la douleur grâce à différents phénomènes physiques dans le cerveau, mais également grâce au détournement d'attention. Il est important de noter toutefois que le style de musique doit être apprécié par la personne afin que les effets soient davantage marqués. Pour finir il existe des personnes dites anhédoniques, pour celles-ci il faut que le personnel soignant trouve une autre méthode afin de prendre en charge leur anxiété et leurs douleurs. Une relation soignant-soigné reste donc primordiale et tout le monde y est sensible, elle est à construire dès le début de la prise en soin pour une meilleure adhésion.

Pour voir s'il existe une différence entre la théorie et la pratique j'ai réalisé deux entretiens avec des infirmiers exerçant dans un service de réanimation et dans un service d'admission en psychiatrie afin d'avoir une diversité dans les champs d'application de la musique.

²³ Cavallée-Fol.T 2017 On a localisé le réseau neuronal à l'origine du frisson musical. Science et Vie <https://www.science-et-vie.com/cerveau-et-intelligence/on-a-localise-le-reseau-neuronal-a-l-origine-du-frisson-musical-7584>

3) Dispositif méthodologique du recueil de données :

Suite à mes différentes lectures qui m'ont permis de réaliser mon cadre conceptuel et d'étudier différentes notions, j'ai souhaité les confronter à la réalité du terrain. J'ai réalisé deux entretiens : un dans un milieu où les patients sont hospitalisés pour des prises en charges lourdes et aiguës: un service de réanimation. Un autre, dans un milieu où les personnes ont des pathologies chroniques et viennent pour la journée assister à différents ateliers de remédiation psychosociale. Ces deux milieux d'exercices sont différents, j'ai trouvé intéressant d'avoir divers points de vue et une utilisation de la musique différente mais avec une même finalité.

3.1) Les objectifs du guide d'entretien :

Ces deux entretiens m'ont permis de recueillir des informations très pertinentes pour apporter des réponses à ma question de départ. Afin que les entretiens soient constructifs et guidés j'ai rédigé cinq objectifs. Le premier est de comprendre les bénéfices de l'écoute de la musique sur l'anxiété des patients. Le second est d'évaluer l'efficacité de cette écoute selon son rythme, ou son style, sur la gestion de l'anxiété. Lorsque des séances de ce type sont mises en place il est important de savoir pourquoi on les réalise, le troisième objectif de mon guide d'entretien est donc de comprendre les différentes intentions des soignants lors de la mise en place des séances. Le quatrième objectif concerne également les soignants en essayant de comprendre le rôle de l'infirmier dans ces séances. Pour finir mon dernier objectif était de comprendre la place qu'avait cette utilisation dans le « prendre soin » des personnes.

Vous trouverez en annexe 4 mon guide d'entretien avec les objectifs et les différentes questions que j'ai posés aux professionnels.

3.2) Population interviewée :

Les deux infirmiers utilisent la musique auprès des patients avec la même finalité, mais le fait d'exercer dans deux services conduit à des perceptions du soin et des objectifs différents lors de cette mise en place. J'ai décidé de réaliser le premier entretien dans le lieu de stage durant lequel j'ai découvert l'utilisation de la musique. Puis, grâce aux formateurs, j'ai pu prendre contact avec un infirmier travaillant dans un hôpital de jour pour des personnes souffrant de pathologies psychiatriques.

3.3) L'organisation pour la réalisation des entretiens :

J'ai commencé par reprendre contact avec le cadre du service de réanimation dans lequel j'avais réalisé mon dernier stage. J'ai demandé par mail si cela était possible d'interroger un infirmier pour mon mémoire dont la thématique est l'utilisation de la musique dans les soins. Suite à ma

demande, à laquelle elle y a répondu favorablement, elle m'a transmis l'adresse mail d'un infirmier. J'ai pris contact avec lui, afin de convenir d'une date pour un entretien, au vu de la situation sanitaire et du fait que je sois en stage dans un autre département il a accepté de faire cet entretien par visioconférence. Je lui ai indiqué qu'il aurait une durée d'environ 35 minutes. Au début de l'entretien j'ai demandé son accord afin que je puisse enregistrer, suite à son approbation j'ai utilisé la fonction « enregistrement » de la plateforme de visioconférence.

Dans un second temps, j'ai contacté l'infirmier qui travaille dans le milieu de la psychiatrie, je l'ai joint par téléphone et nous avons convenu d'un entretien téléphonique quelques jours après. J'ai également précisé que cela durerait environ 35 minutes. Avant de commencer l'entretien je lui ai demandé s'il acceptait que j'enregistre l'entretien, j'ai donc enregistré cet appel grâce à un autre téléphone et la fonction « dictaphone ».

J'ai décidé de faire des entretiens semi directifs et j'ai réalisé un guide d'entretien contenant des questions avec des thématiques diverses. Ces questions sont ouvertes afin de permettre aux professionnels de répondre librement tout en étant guidés. De ce fait, si nous dévions du sujet principal, les questions peuvent nous recentrer sur ma thématique.

3.4) Le bilan du dispositif :

3.4.1) Points forts :

J'ai apprécié l'investissement des infirmiers avec qui j'ai eu des échanges constructifs et qui ont répondu à mes interrogations avec beaucoup d'intérêt. J'ai vu qu'ils avaient envie de m'apporter leurs points de vue et leurs expériences de terrain, j'ai trouvé cela très gratifiant. De plus, ils étaient investis dans mon travail, ils l'ont valorisé et m'ont fait part de leur ressenti concernant mon sujet de recherche qu'ils jugeaient intéressant. Je souhaite également remercier la cadre du service de réanimation qui a été très réactive à mes mails et qui m'a rapidement permis de rentrer en contact avec l'infirmier. Tout ceci m'a permis de me sentir en confiance lors de ces entretiens et de les mener à bien.

3.4.2) Points faibles :

Ayant réalisé mon premier entretien par visioconférence, celui-ci était entrecoupé par une mauvaise connexion wifi, qui a pu être un frein pour la communication, mais il a été compréhensif et j'ai pris le temps de poser toutes les questions et de développer certains points si besoin. Pour le second entretien j'ai un service qui n'utilisait pas de musique, j'ai donc dû à nouveau solliciter les formateurs afin qu'ils recherchent dans leurs contacts un professionnel qui serait prêt à me répondre et qui utilise la musique dans son activité. J'ai été déstabilisée mais rapidement, ma référente m'a transmis des coordonnées. Lors de mon premier appel, l'infirmier m'a mise en confiance. Le

désavantage du téléphone est que nous échangeons sans voir la personne, il aurait été préférable de faire des entretiens en face à face. Le contexte et ma situation géographique ne le permettaient pas.

Lorsque j'ai commencé l'analyse de mes entretiens j'ai remarqué que je n'avais pas rebondi sur certains points qui, à posteriori, me semblaient intéressants. Etant pour moi, une première, je ne pensais pas que cela aurait pu être un frein, je m'améliorerai lors des prochains entretiens que j'aurai à réaliser. De plus j'étais tellement concentrée et stressée sur les questions que je devais poser, qu'à certains moments je n'écoutais pas réellement la réponse. Je n'ai donc pas réagi à certains points qui méritaient un approfondissement.

4) L'analyse descriptive des entretiens

Durant ces entretiens je souhaitais répondre à différents objectifs. J'ai décidé de réaliser une analyse descriptive. Vous trouverez en annexe 5 la retranscription de ces deux entretiens ainsi qu'en annexe 6 différents tableaux d'analyse m'ayant aidé à rédiger cette partie.

J'ai posé des questions qui peuvent être regroupées, puisque, pour moi, elles ont un point commun. Tout d'abord, il faut connaître les intentions des soignants lorsqu'ils mettent ces séances en place. Elles sont différentes selon le lieu d'exercice et le profil des personnes prises en soins.

Selon les dires de l'infirmier en réanimation, la musique permet d'agir sur différents points : la douleur, les peurs et l'anxiété. Pour lui la musique « ne va pas supprimer la douleur ou une anxiété mais ça va la diminuer ». Pour les deux infirmiers la musique est principalement utilisée pour des personnes anxieuses, elle va les « détendre ». Un autre point se dégage, c'est le fait de prendre du plaisir. Un des infirmiers évoque le fait que les patients « prennent du plaisir dès les premières séances » que cela « stimule la créativité » et « provoque des expressions collectives et / ou individuelles ». Trois intentions ressortent dans le premier tableau d'analyse : l'une d'elle est de pouvoir gérer l'anxiété, la seconde est d'agir sur différents paramètres tels que les douleurs, la peur, la confusion. Enfin la dernière intention est de prendre du plaisir.

Maintenant intéressons nous aux bénéfices pour les patients.

Suite aux dires du personnel soignant j'ai divisé les différents bénéfices en deux grandes parties.

Il y a tout d'abord un bénéfice « direct » : l'amélioration du vécu. Les deux infirmiers disent, de façon majoritaire, que l'un des bénéfices est l'apaisement des patients, l'un d'eux explique : « On souhaite, à travers cette utilisation, apaiser le patient ». Nous retrouvons cette notion dans six items. L'apaisement est en corrélation avec la gestion des angoisses, nous retrouvons quatre items qui l'évoquent. Il est vrai que, dès lors, que les angoisses sont gérées nous nous sentons plus apaisés.

Enfin l'infirmier travaillant en réanimation a mis en valeur le bénéfice que la musique peut avoir sur le ressenti de la douleur, il émet une certaine réserve en expliquant que la douleur ne peut disparaître grâce à la musique, mais que le ressenti lui, sera amoindri. Un seul item évoque le lien entre la musique et la douleur. Lors de mon entretien en psychiatrie un dernier bénéfice est ressorti : c'est la distraction. Pour l'infirmier cela permet aux patients « de prendre du plaisir » et de « créer un désir ». Trois items illustrent ce ressenti. L'évasion grâce aux paroles est également évoqué « Les paroles peuvent permettre de s'évader d'avantage»

Puis une seconde grande partie s'est dégagée, elle concerne les bénéfices indirects. Pour moi l'utilisation de la musique a des actions rapides tel que l'apaisement mais également indirectes qui sont la diminution des traitements. Un des infirmiers dit «Ce soin permet de baisser la dose des anxiolytiques ou même de ne pas en prendre ».On la retrouve dans trois items. Les deux infirmiers évoquent ce bénéfice. Enfin, l'écoute peut permettre, pour l'infirmier travaillant en psychiatrie et réalisant des ateliers musicaux, de gagner confiance en soi, il dit « Cela permet la valorisation et l'estime de soi ». En effet, durant les ateliers de remédiation, les patients n'écoutent pas de musique, ils chantent et écrivent les paroles, sur des mélodies que tout le monde connaît. Ce n'est pas la même approche qu'en réanimation.

Tout ceci montre l'étendue des bénéfices que peut avoir l'utilisation de la musique dans les soins hospitaliers. Cependant un des infirmiers a évoqué que cela pouvait avoir ses limites, il évoque le fait que certains patients ne sont pas réceptifs et « reste tendus ou crispés ». Nous pouvons donc nous demander si des facteurs permettent de favoriser l'efficacité de l'utilisation de la musique. C'est un autre objectif.

Ce qui ressort en majorité de ces entretiens est le fait que pour que l'écoute musicale soit efficace il faut tout d'abord proposer des choses que les personnes aiment. Un infirmier dit qu'ils utilisent des enceinte Bluetooth ce qui « permet de choisir la chanson que le patient apprécie ». Les chansons avec paroles son également acceptées car pour lui « les paroles peuvent permettre de partir plus loin dans la détente». Pour les ateliers proposés à l'hôpital de jour, ce sont les patients eux même qui écrivent les paroles ». Ils expriment leurs pensées, ils sont acteurs de leur soin. Afin garantir une meilleure adhésion il faut que « ça leur parle », pour se faire il faut respecter les goûts de chacun et les intégrer dans cet exercice. En se référant à l'annexe 6 nous voyons que sept items évoquent l'influence de la personnalité de chacun. Cependant la théorie a également son importance : pour des personnes confuses l'infirmier dit « on ne va pas utiliser tous les styles de musique, par exemple le rock c'est à éviter car ça va les énerver davantage. La musique douce marche bien ça les apaise ».

Un autre point est à prendre en compte pour que ces séances soient efficaces, c'est l'environnement qui doit être adapté. Il doit être « calme ». Les infirmiers vont créer un espace clôt autour du patient. En réanimation, la porte sera fermée. A l'hôpital de jour, les ateliers « se déroulent dans une salle dédiée ». L'important est que les patients se sentent bien, dans un espace adapté. Quatre items évoquent l'importance d'un environnement adéquat.

Dans ces séances le patient est au centre des attentions, mais alors quel est le rôle de l'infirmier ? Un autre de mes objectifs est de comprendre le rôle infirmier lors de la mise en place des séances. J'ai donc demandé aux professionnels s'ils réalisaient une évaluation et comment il la faisait mais aussi comment, lors des séances, ils se positionnaient.

Comme a dit un des infirmiers « la musique ne fonctionne pas sans une relation soignant-soigné construite », d'après leurs dires le soignant se positionne en tant que personne de confiance.

Ils souhaitent leur apporter de la sécurité, La communication reste importante : « On lui parle il sait qu'on est présent et ça évite l'inquiétude ». L'infirmier de psychiatrie « structure » les ateliers musicaux afin de garantir la sécurité de tout le groupe. Quatre items l'évoquent ainsi que la place du soignant dans cette garantie. Le soignant doit également être garant du bien être du patient. Un infirmier évoque le fait de « fermer la porte et le store » ou encore de « limiter les bruits, préserver la pudeur et l'intimité au maximum », enfin pour que le patient aime ce moment, ils « mettent des musique que les patients apprécient et choisissent ». Outre cette place de garant, l'infirmier peut se montrer protecteur, il « leur explique et les met à l'aise ». Il prévient également « que la séance peut s'arrêter à tout moment, lorsqu'ils le souhaitent ». Pour finir l'infirmier se place comme une personne ressource qui « donne une place à chacun » et est « à l'écoute de chacun ». Concernant cette grande partie sur la place de l'infirmier en tant que personne de confiance quatorze items l'évoquent.

Pour mesurer l'efficacité de l'écoute musicale l'infirmier a également un rôle d'évaluateur, il va apprécier l'efficacité de ces séances en réalisant des évaluations. Un infirmier évoque plutôt une « observation clinique ». Et le second ajoute que dans son service une fiche d'évaluation a été créée « pour évaluer avec différents critères : paramètre vitaux, échelle de confort, on notait s'ils avaient des antalgiques en plus ». Ces deux types d'évaluation ont pour but commun de « voir une évolution du patient à travers cet atelier là ». Toujours selon les tableaux de l'annexe 6, nous voyons que sept items renvoient au fait que l'infirmier tient également ce rôle d'évaluateur.

Enfin, l'infirmier est un promoteur des nouvelles techniques non médicamenteuses qui peuvent aider les patients. Un infirmier dit que pour lui l'utilisation de la musique est « une communication différente ». De plus, il évoque qu'une nouvelle alternative médicamenteuse est en

phase de test « on teste de nouvelles mesures comme le casque de réalité virtuelle qui permet de les plonger dans un univers à part, car ça utilise la vue et l'ouïe ». Il se trouve donc dans l'innovation de nouveaux outils permettant l'amélioration du bien-être du patient.

Pour finir, mon dernier objectif était de savoir quelle place l'utilisation de la musique a dans les soins. J'ai donc demandé aux professionnels de santé comment ils caractérisent cette utilisation et si, pour eux, elle pourrait remplacer les traitements médicamenteux. A noter qu'en psychiatrie la musique est utilisée depuis longtemps déjà alors que dans le service de réanimation elle est utilisée depuis quelques mois.

Je l'évoque juste au dessus, pour un des infirmiers la musique est une communication différente, ici ce thème revient également. Pour l'infirmier de psychiatrie qui propose un atelier de musique où « les paroles sont écrites par les patient eux même » « cela permet une expression collective ou individuelle quand la personne chante en solo ». Cinq items évoquent cette communication différente.

A la question : « Comment considérez-vous ce soin ? », trois grandes idées sont ressorties. Tout d'abord elle peut être considéré comme un soin à part entière car pour l'infirmier de psychiatrie c'est « un soin de réhabilitation et médiatisé », c'est « un soin avec des objectifs précis », pour le second, il admet malgré tout que nous pouvons « le décrire comme un soin à part entière, mais d'un autre côté cela ne va pas remplacer les traitements ça va venir en complément donc c'est aussi un support thérapeutique ». En effet, la seconde idée qui ressort de cette question est que l'utilisation de la musique est considérée comme un complément thérapeutique selon les dires d'un des infirmiers « la musique est à mettre en complément des traitements qui vont être donnés avant ». Pour finir la musique peut être considérée comme une alternative thérapeutique, dans le service de réanimation des séances sont mises en place durant un moment, l'infirmier dit que l'utilisation de la musique peut « être pendant un soin ou durant un moment car les passages répétés dans leur chambre et avec toutes les alarmes souvent ils s'inquiètent et angoissent ». Cette alternative permet d'éviter les traitements.

Cependant pour les deux professionnels de santé l'utilisation de ces pratiques non médicamenteuses comme la musique ne peut remplacer l'utilisation des médicaments. L'un d'eux dit « cela ne va pas remplacer les traitements ça va venir en complément » et le second ajoute, dans le même ordre d'idée « évidemment le traitement de fond est toujours là mais si quelqu'un a tendance à être très angoissé, le fait de participer pendant 1h- 1h30 va l'apaiser et il aura peut être moins besoin d'anxiolytique le soir ».

Contrairement aux autres objectifs où des points ressortaient en majorité, pour la place de la musique les différents termes employés, ne se départagent pas réellement. Les items pour chaque partie sont entre trois et cinq.

5) Discussion :

Une personne hospitalisée peut être une personne anxieuse. J'utilise ce terme puisque dans mes lectures de nombreux professionnels l'emploient. Les professionnels de santé, eux, utilisent également majoritairement le mot « anxiété ». Cette inquiétude peut être présente chez les patients et leurs proches, cela dépend de la personnalité de chacun mais également leur perception de l'environnement hospitalier. Cependant grâce aux définitions des deux termes « anxiété » et « angoisse » nous pouvons voir que l'angoisse est plus souvent ponctuelle et se présente sous forme de crise. C'est le paroxysme de l'anxiété. Ceci peut donc avoir sa place dans une hospitalisation, juste avant un soin ou une opération. Employer le terme angoisse ne me semble pas inapproprié car des personnes peuvent juste ressentir ce sentiment avant un moment bien précis et de façon aiguë. Ce paroxysme et cette crise peuvent expliquer que certains soient moins sensibles à l'écoute de la musique ; en effet d'après les dires d'un infirmier « certains restent crispés et tendus », cela peut être dû au fait que la musique est mise en place à un mauvais moment comme pendant une crise d'angoisse.

Je parle et j'utilise le terme anxiété dans l'ensemble de mon travail, comme je l'ai développé dans une partie, il existe différents types d'anxiété. Pour moi l'anxiété d'objet est majoritairement présente dans le service de réanimation, car l'anxiété apparaît et disparaît sitôt le soin, l'examen, l'opération terminée. Cependant dans le cadre d'une prise en charge d'ordre psychiatrique comme les patients présents lors des ateliers de réhabilitation, elles sont au stade d'attente anxieuse. Des patients anxieux chroniques peuvent également être en réanimation. Puisque c'est chronique, une prise en charge psychologique est appréciable. L'objectif étant de lutter contre les appréhensions et savoir gérer nos émotions face à des changements de notre vie.

Il est vrai qu'au début de mon travail je ne distinguais pas la différence entre ces deux termes, les lectures m'ont permis de mieux comprendre. De plus dans mon exercice professionnel j'utiliserai d'employer le bon terme face à diverses situations. Suite à cette différenciation j'ai pu me concentrer sur ma question de départ et y apporter des réponses. Pour rappel ma question de départ est « En quoi l'utilisation de la musique par l'infirmier/ère peut-elle avoir un impact sur l'anxiété des patients liées à une hospitalisation ? ».

5.1) Les conséquences de l'écoute de la musique

5.1.1) Les hormones libérées

J'ai, par mes lectures, essayé de trouver ce que l'écoute de musique peut provoquer au sein de notre organisme. Pour moi, cela permet de passer du bon temps et de se détendre, mais je ne savais pas par quels mécanismes. Suite à mes recherches j'ai pu voir que des hormones sont libérées et qu'elles jouent différents rôles. C'est le cas de la dopamine qui agit sur la sensation de plaisir et de détente ainsi que sur la motivation. Les deux infirmiers que j'ai interviewés en ont conscience. En effet, l'objectif principal de cette mise en place est de « détendre, apaiser » et gérer les angoisses des patients. De plus, le second infirmier, évoque la notion de plaisir, pour lui les ateliers de réhabilitation autour de la musique « créent du plaisir » et « du désir ». Dans mon esprit, l'utilisation de la musique était principalement utilisée pour des personnes anxieuses. Il est vrai qu'elle est majoritairement, mise en place à des fins d'apaisement mais pas seulement. En effet j'ai découvert d'autres caractéristiques qui peuvent conduire à son utilisation. J'avais notion, grâce à mon stage de 5^{ème} semestre, que la musique peut permettre de détourner son attention afin de diminuer le ressenti de sa douleur. J'ai appris que c'est dû à : l'endorphine qui agit comme un « antidouleurs ». Le premier infirmier, travaillant en réanimation m'a dit que la musique mise durant un soin « permettait de diminuer la douleur » sans toute fois la supprimer. De plus dans mon cadre conceptuel, j'avais lu l'analyse d'une étude qui avait pour but de démontrer l'efficacité d'une application sur la diminution du ressenti de douleur sur des adolescents. Elle a montré que cela était efficace et que selon l'échelle visuelle analogique le ressenti douloureux était moins intense après l'écoute de musique. Pour l'infirmier de psychiatrie cette notion était inconnue, peut être parce que dans son lieu d'exercice ce n'est pas à cette fin qu'il utilise la musique.

La musique permet la libération d'hormones, avec des conséquences sur le moral et le comportement des patients.

5.1.2) L'important est d'aimer ce que nous écoutons

Je pense que tout le monde a déjà ressenti ces sensations dès lors que nous écoutons une musique que nous aimons : un état d'excitation, de bien-être et de détente. C'est dû aux hormones certes, mais je pensais, par ce que j'avais entendu, que les styles et les rythmes de musiques avaient une importance dans l'efficacité thérapeutique de la musique. J'ai alors écrit dans mon cadre conceptuel qu'il « fallait éviter les musiques avec des paroles afin qu'ils (les patients) ne se focalisent pas sur elles mais vraiment sur ce que la musique leur évoque. » Cependant suite aux deux entretiens les deux professionnels de santé m'ont dit que ce qui était le plus important était le fait que la musique soit appréciée du patient, avec ou sans parole. Les auteurs disent la même chose. De plus l'un des

infirmiers m'a expliqué que les paroles « peuvent permettre de partir plus loin dans la détente et permettre de s'évader d'avantage ». Il est vrai que ce discours est en contraction avec ce que j'avais entendu, par ailleurs je pense, qu'en effet, lorsque des paroles d'une chanson nous parlent ou nous plaisent on s'y accroche plus et le détournement d'attention est plus efficace. Une nuance peut être apportée pour des personnes confuses. Dans le cadre des ateliers médiatisés en psychiatrie, écrire les chansons permet aux patients d'être plus impliqués et réceptifs dans ces moments de partage et d'expression.

5.1.3) Une communication musicale

Les deux entretiens avec les infirmiers m'ont permis de relever une notion à laquelle je n'avais pas pensé. Un des deux a dit « pour moi la musique est une communication différente », l'autre évoquait le fait que « cela permet une expression collective ou individuelle ». A mes yeux, il est vrai que la musique peut permettre à certaines personnes de dire ce qu'ils pensent, tout comme certains dessinent pour évoquer ce qu'ils ressentent. Ici, le fait d'écrire des paroles et de les chanter, est une manière différente de s'exprimer peut-être plus facilement. Dans le cas où la personne va choisir la chanson qu'elle aime écouter et particulièrement dans des moments difficiles, cela peut révéler son état d'esprit actuel. On peut également rebondir sur ce choix musical et entamer une discussion, qui pourrait permettre à la personne de penser à autre chose.

J'ai décidé de réaliser de nouvelles lectures sur ce point afin d'en savoir un peu plus sur ce que peuvent dire les auteurs.

J'ai compris que la musique peut être, en effet, considérée comme une communication à part entière, elle est présente partout dans le monde et depuis très longtemps. La musique évolue avec les civilisations et le temps, les textes et les paroles reflètent la société actuelle. De plus aujourd'hui grâce à la technologie elle est accessible à tous, même des personnes qui ne s'y connaissent pas en musique, on la retrouve partout. On peut en écouter seul, dans un lieu fermé mais également durant un concert, un moment avec des proches, des amis ou encore durant un festival. Tout ceci permet de passer de bons moments. Selon l'auteur de l'article *La musique comme moyen de communication culturelle*²⁴ « Elle permet aux gens de partager émotions, intentions et ressentis ». « Elle produit des émotions profondes ». Outre le fait, qu'elle provoque des émotions pour chacun, tel que la joie, la tristesse... La musique permet également le partage. Le but étant d'apporter quelque chose à l'autre.

²⁴Mathlouthi. J 2019 *La musique comme moyen de communication culturelle*
<https://www.jaziamathlouthi.com/articles-1/2019/3/12/la-musique-comme-moyen-de-communication-culturelle>

Cette notion de partage, je l'ai retrouvée lorsque l'infirmier de psychiatrie m'a évoqué les objectifs des ateliers médiatisés. En effet, il parlait de « stimuler la créativité ». Dans ces ateliers « les paroles ce sont les patients eux même qui les écrivent », ils créent ensemble quelque chose, dans le but de partager leur pensées, leur points de vue. De plus, il me semble important d'apprendre à être à l'écoute de chacun et d'ouvrir son esprit à différentes visions des choses, d'apprendre de chacun et de partager nos pensées. Tout ceci entraîne une interaction humaine, et provoque « des expressions collectives et/ou individuelles » qui résultent d'un travail commun entre différentes personnes.

Nous pouvons alors dire que la musique est « perçue comme un puissant moyen de communication de messages intellectuels et émotionnels ». Emmanuel Kant l'a également évoqué dans la citation « La musique est la langue des émotions ».²⁵

5.1.4) Les limites de l'écoute musicale

Certaines personnes sont anhédoniques. Elles n'ont pas la capacité de ressentir du plaisir ou de l'intérêt pour ce qui les entoure. Le premier infirmier m'en a fait part, il a déjà remarqué que certains patients « restent tendus ou crispés ». Pour moi l'environnement joue également un rôle sur cette efficacité ou non, en effet les deux professionnels de santé ont mentionné le fait qu'un environnement adéquat favorise la bonne adhésion des patients. Le patient doit se sentir à l'aise et en sécurité, sinon il y aura une perte d'efficacité. L'infirmier doit être là pour assurer au maximum ce climat de sérénité, dans la pratique cela peut paraître compliqué car il y a de nombreux bruits parasites et de nombreux passages. Je me suis intéressée à cette place que nous devons avoir.

5.2) La posture de l'infirmier/ère

5.2.1) Différents rôles

L'infirmier a différents rôles dans son exercice professionnel, il procure les soins, prépare les différentes thérapeutiques mais doit également se positionner en tant que personne ressources. Le patient doit pouvoir se sentir en confiance et en sécurité avec lui ainsi qu'avec l'ensemble du personnel soignant. Lors des entretiens que j'ai réalisés, les infirmiers ont fait émerger, de part leurs paroles, différentes postures infirmières. Il peut se positionner en tant que « protecteur », il va garantir le bien-être et la sécurité du patient, pour que celui-ci se sente à l'aise. Il peut également se tenir en tant que personne ressource, il sera à l'écoute de chacun et fera preuve de bienveillance. Le patient osera lui parler et se confier, il est important d'avoir une écoute active et d'expliquer ce que nous faisons afin de ne pas créer d'inquiétude chez les patients.

²⁵ <http://eveve.lefigaro.fr/citation/musique-langue-emotions-4509.php>

L'infirmier a une place importante dans la relation soignant-soigné. Celle-ci est primordiale. L'un des deux infirmiers a évoqué le fait que tout ce qui est mis en place durant une hospitalisation, comme les traitements, ne peut être efficace que s'il existe « une relation soignant-soigné construite ». Pour moi le terme « construite » traduit qu'une relation ne s'établit pas en un instant mais au fil du temps. Il faut d'abord fonder des bases solides : commencer par se présenter, il y a beaucoup de personnel dans les services et les patients peuvent se retrouver perdus. Il faut prendre le temps nécessaire avec chacun, pour déceler un problème, trouver une solution ou prendre le temps de parler avant que cela se complique. Il faut montrer que nous sommes là pour eux. Puis, au fil du temps, bâtir, ensemble, une relation dans laquelle chacun s'épanouit. En effet, comme je l'ai évoqué dans mon cadre conceptuel, cette relation d'aide est un « engagement mutuel ». C'est le fait « d'intervenir en faveur d'une personne joignant ses efforts aux siens ». C'est un combat qui doit se faire en coopération, pour une finalité commune : l'évolution positive du patient. Nous savons bien que cela peut prendre du temps mais que c'est ensemble, et liés dans la prise en charge que patients et soignants réussiront. Il faut rendre le patient acteur de ses soins, afin de le valoriser et de lui donner confiance en lui. Cette notion a été relevée par l'un des infirmiers, pour lui « il ne faut pas que les patients s'enferment dans une bulle car ils doivent rester acteur de leur soins ». Il faut avoir la juste distance, afin qu'ils se détendent, certes, tout en restant avec nous.

Chaque prise en soin est différente et singulière, et nous devons faire preuve d'humanité dans nos soins, nous devons trouver les moyens thérapeutiques les plus adaptés aux patients pour leur apporter confort et bien-être. Afin de voir si ce que nous mettons en place est bénéfique il faut en évaluer l'efficacité.

5.2.2) Quelle efficacité ?

Lorsque j'étais en stage, j'ai vu que les infirmiers évaluaient leur action avec une fiche répertoriant, comme me l'a rappelé l'infirmier : les paramètres vitaux, la douleur, le confort. De plus le second infirmier m'a dit qu'ils utilisaient les transmissions écrites et orales ainsi que l'observation clinique. Lorsque j'ai demandé s'ils utilisaient des échelles spécifiques ils m'ont répondu par la négative. Aucun d'entre eux ne m'a parlé d'échelles qu'ils utilisaient pour évaluer le degré d'anxiété des personnes hospitalisées. Dans mon cadre conceptuel j'ai mis en avant deux échelles, une d'auto-évaluation et une autre d'hétéro-évaluation qui évaluaient ce degré chez les patients. Je les trouvais complètes mais longues à remplir. Je ne les ai jamais vues dans les services, est-ce dû au fait qu'elles ne sont pas connues ? Dû à leur complétude qui fait qu'elles soient longues à remplir ou trop complexes ?

Même si le degré d'anxiété n'est pas évalué en amont, les infirmiers remarquent bien, ne serait-ce que par les paramètres vitaux et par les dires des patients que la musique leur fait du bien. L'anxiété

est moins présente, les paramètres vitaux comme le pouls et tension diminuent ce qui montre une diminution du stress. Enfin les traitements anxiolytiques diminuent également, pour l'un d'entre eux l'avantage de la musique est que les effets ressentis par les patients sont « assez rapides ».

5.2.3) La place de la musique dans les soins

Au vu de ces bienfaits, je souhaite faire un dernier point sur la place qu'a la musique aujourd'hui dans les soins. Avant mon stage au sein de ce service pour adultes je n'avais jamais vu ce type de soins thérapeutiques. Cependant j'avais entendu parler de l'utilisation de la musique auprès des enfants, des personnes âgées en EHPAD ou encore dans des centres de soins pour pathologies psychiatriques. Cependant, dans mes premières lectures j'ai eu beaucoup de mal à trouver des articles qui parlaient de la musique au sein d'un service d'hospitalisation pour adultes. Elle semble plus développée pour les enfants. Lors de mes entretiens, l'infirmier travaillant en psychiatrie m'a dit que les ateliers musicaux étaient présents depuis longtemps dans cette structure, contrairement au service de réanimation qui testait les dispositifs depuis quelques mois.

Outre le fait que ce soit plus ou moins utilisé selon le type de patients accueillis, j'ai souhaité savoir comment les soignants considéraient la musique. Pour moi, dans mon cadre théorique je l'ai annoncé comme un « support thérapeutique », en effet j'ai conscience que cela ne remplacera pas totalement les traitements tels que des antalgiques ou anxiolytiques mais cela peut permettre, à certains moments, d'éviter d'en donner, et selon moi les patients passeront un bon moment.

Pour les soignants ce qui ressort le plus majoritairement est le fait que la musique soit un « complément thérapeutique », elle vient en plus du traitement de fond. Elle permet également de diminuer la dose de traitements. Dans le cas de personnes confuses, elle peut être apparentée à une « alternative thérapeutique », en effet en mettant de la musique en fond sonore les personnes vont s'apaiser et n'auront pas forcément besoin d'avoir recours à la prise de traitements.

La musique semble se faire une place dans la prise en soin des patients, que ce soit des adultes ou des enfants et dans différentes structures de soins. Celle-ci ne peut être efficace seulement si la relation soignants-soignés est bien construite et que tout est mis en place pour améliorer le vécu du patient lors de son hospitalisation.

6) Conclusion :

Ce travail de fin d'étude a été réalisé suite à deux situations que j'ai vécues en stage lors de ma 3^{ème} année d'étude. Elles ont suscité ma curiosité et ont soulevé de nombreux questionnements. Ces questionnements m'ont permis d'aboutir à ma question de départ : « En quoi l'utilisation de la musique par l'infirmier/ère peut-elle avoir un impact sur l'anxiété des patients liées à l'hospitalisation ? ». Afin d'y répondre je me suis intéressée aux concepts clés de cette question. J'ai orienté ma question afin de montrer que l'anxiété présente peut être due à l'hospitalisation et à ce qui en découle. J'ai alors construit mon cadre conceptuel en partant de la notion d'hospitalisation et de ces impact sur notre mental notamment l'anxiété et les angoisses. Un éclairage sur les différences de ses deux termes me paraissait important afin de justifier l'emploi du terme anxiété dans ma question de départ. Puis je me suis intéressée à ce que nous pouvions mettre en place pour lutter contre l'anxiété. Outre les traitements et la relation soignant-soigné j'ai consacré une grande partie sur l'utilisation de la musique dans les soins. Je me suis intéressée à ce que celle-ci provoquait au sein de notre organisme et ce que, les personnes pouvaient ressentir au niveau comportemental.

Grace à ces apports théoriques, j'ai pu construire mon guide d'entretien qui avait pour objectif premier de créer un lien entre la théorie et la réalité dans les services. J'ai interrogé deux infirmiers : l'un travaillant dans un hôpital de jour en psychiatrie et l'autre exerçant en réanimation. Ces deux entretiens ont fait naître un nouveau concept que j'ai étudié dans ma discussion, j'ai continué mes lectures et perçu l'utilisation de la musique sous un nouvel angle. Ils m'ont permis de conforter les dires des auteurs concernant l'anxiété, les douleurs, la confusion. Ces entretiens ont également mis en lumière l'importance d'une relation soignant-soigné, qui sans elle, l'efficacité des soins ne serait pas la même.

Durant ce travail de recherche j'ai aimé pouvoir m'instruire sur un sujet qui m'attire et m'anime toujours autant. J'ai beaucoup appris sur la gestion de l'anxiété à l'hôpital, grâce au relationnel et à la musique. De plus, je me projette sur mon exercice professionnel et je réalise que nous pouvons, grâce à diverses alternatives, diminuer les médicaments tout en garantissant le confort et le bien-être des patients

Durant ce travail j'ai évoqué, de manière succincte la relation soignant-soigné, avec les apports que j'ai eus sur les émotions créées par la musique, j'ai décidé de conclure ce travail par cette question : En quoi les émotions ressenties par un patient, lors d'une écoute musicale, peut avoir un impact sur la relation soignant-soigné ?

Bibliographie :

Image :

<http://ekladata.com/00-L-yPk1mOxi0yKpjkPpJRnZsA.jpg>

Articles numériques :

- La dissection aortique. ADA : Association de patients atteints de Dissection Aortique. (s.d)
<https://dissectionaortique.fr/la-dissection-aortique/>
- Souffrance psychologique (2020, 30 décembre) Dans Wikipédia.
https://fr.wikipedia.org/wiki/Souffrance_psychologique
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hospitalisation/40457>
- Angoisse. (s.d) Dictionnaire Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaire/francais/angoisse/3528>
- De la musique au cerveau. (s.d) Comment votre cerveau réagit-il face à la musique que vous écoutez ?
<https://delamusiqueaucerveau.wordpress.com/les-effets-de-la-musique-sur-le-cerveau/>
- BVA sur le vécu des patients à l'hôpital ou dans une clinique, juillet 2016 .2017.
<https://www.hospitalidee.fr/data/barome%CC%80tre-2016.pdf>
- Mars 2001. Annexes à la grille de recueil de données : Prise en charge du trouble anxieux généralisé chez l'adulte.
https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Prise_en_charge_du_trouble_anxieux_generalise_chez_l_adulte.pdf
- Jambon. C. (s.d) Les 4 hormones du « Bonheur » : leur effet et des actions pour les déclencher. Apprendre à éduquer.<https://apprendreaeducer.fr/les-4-hormones-du-bonheur-leurs-effets-et-des-actions-pour-les-declencher/>
- Crépin. N & Delerue F. (s.d) Questionnaire d'anxiété Etat de Spielberger
<https://www.irbms.com/download/documents/questionnaire-anxiete-etat-de-spielberger.pdf>
- Drouglazet. K (2015). La musique adoucit aussi la douleur. Ouest France. <https://www.ouest-france.fr/leditiondusoir/2015-10-09/la-musique-adoucit-aussi-la-douleur-ea76e1f9-d829-49c5-8b98-3e3cdd9902a1>
- Anxiété (s.d) <https://www.anxiete.fr/troubles-anxieux/trouble-anxieux-generalise/anxiete/>
- Arminot.F. (s.d) Douleur physique : l'expression de douleurs psychiques<https://fredericarminot.com/anxiete/douleurs-physiques/>
- Dr Epis de Fleurian. A-A. (2017). Les anxiolytiques, le traitement de l'anxiété
<https://www.doctissimo.fr/html/medicaments/articles/10541-anxiolytiques-traitement-anxiete.htm>

- Hospitalisation. (s.d) Dictionnaire Larousse
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hospitalisation/40457>
- Pôle Santé Sarthe et Loir. (s.d) Les différentes formes d'hospitalisation <https://www.ch-polesantesarthe-loir.fr/46/les-differentes-formes-d-hospitalisation.html>
- Cavaillé-Fol. T (2017) On a localisé le réseau neuronal à l'origine du frisson musical. <https://www.science-et-vie.com/cerveau-et-intelligence/on-a-localise-le-reseau-neuronal-a-l-origine-du-frisson-musical-7584>
- Le Gall. A 2001. L'anxiété et l'angoisse. Chapitre 1 « Distinguer les faits séparer les notions »
https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=KviGDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=angoisse+et+anxi%C3%A9t%C3%A9+diff%C3%A9rence&ots=PPLMkl2QYw&sig=eAl7aDe1cDHZKVVkvLPVOF5v_4#v=onepage&q=angoisse%20et%20anxi%C3%A9t%C3%A9%20diff%C3%A9rence&f=false
- <http://eveve.lefigaro.fr/citation/rappelez-corps-esprit-esprit-corps-tout-lie-65756.php>
- Attention. (2021) Dans wikipédia. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Attention>
- Mathlouthi. J. 2019. *La musique comme moyen de communication culturelle* écrit par <https://www.jaziamathlouthi.com/articles-1/2019/3/12/la-musique-comme-moyen-de-communication-culturelle>.
- <http://eveve.lefigaro.fr/citation/musique-adoucit-2003429.php>
- <http://eveve.lefigaro.fr/citation/musique-langue-emotions-4509.php>
- Endorphine (2012). <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/endorphine>

Texte législatif :

- Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016. Code de déontologie. Article R4312-19
https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf

Articles et ouvrages :

Martin, J & Le Faucheur, L & Pondarré, C & Carlier-Gonod, A & Baeza-Velasco, C. 2020. *Effets d'une intervention musicale standardisée sur la gestion de la douleur et de l'anxiété-état des adolescents drépanocytaires*. Soins Pédiatrie/puériculture n° 314, pages 35 - 41.

Cayron V. 2015. *Distraction et gestion non médicamenteuse de l'anxiété préopératoire chez l'enfant*. OxyMag n° 144, pp 27 – 30. Elsevier Masson SAS

Voulmonot, V & Cottey, M & Sanchez S. 2019. *La musique adoucit le soin*. L'infirmière magazine n° 409, P 30. Initiative Santé.

Guétin, S. 2014. *Le soin par la musique*. Gestion hospitalière n° 538. pp 406 – 409. Laloue V.

Levitin, D. 2010. *De la note au cerveau. L'influence de la musique sur le comportement*. Editions Héloïse d'Ormesson.

Formarier.M & Jovic.L. 2012. *Les concepts en sciences infirmières* 2^{ème} édition. Maller Conseil

Sommaire des annexes :

ANNEXE 1 : L'échelle d'Hamilton

ANNEXE 2 : L'échelle HAD

ANNEXE 3 : Questionnaire d'anxiété Etat de Spielberger

ANNEXE 4 : Guide d'entretien

ANNEXE 5 : Retranscription de mes deux entretiens

ANNEXE 6 : Tableaux d'analyse

ANNEXE 1 - L'échelle d'Hamilton :

1. Echelle d'HAMILTON d'évaluation de l'anxiété (<http://www.sommeil-mq.net/copyleft/>) : ou HARS (1959) :

Hétéro-évaluation 14 items cotés de 0 à 4

Résultats : <17 : légère ; 18 – 24 : légère à modérée ; 25 – 30 : modérée à grave

1. Humeur anxieuse

Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.

0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.

1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.

2 – Le/la patient(e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

2. Tension nerveuse

Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude

1 – Le/la patient(e) semble quelque peu plus nerveux (nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.

2 – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est rempli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

3 – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e).

3. Craintes

Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.

0 – Absentes

1 – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.

2 – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

3 – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.

4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4. Insomnie

Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.

0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles

1 – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

2 – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entière du sommeil est quelque peu perturbée.

3 – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérées de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

4 – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

5. Troubles de la concentration et de la mémoire

Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

0 – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

2 – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions ; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

6. Humeur dépressive

Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

0 – Absente

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattu(e) ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.

3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non-verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état

7. Symptômes somatiques généraux : musculaires

Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux(se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.

1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).

4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels

Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.

0 – Absent

1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.

2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

9. Symptômes cardio-vasculaires

Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

0 – Absents

1 – Leur présence n'est pas claire

2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

10. Symptômes respiratoires

Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration sibilante

0 – Absents

1 – Présence peu claire

2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

11. Symptômes gastro-intestinaux

Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

2 – Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

12. Symptômes urinaires et génitaux

Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

2 – Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

13. Autres symptômes du SNA

Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges

0 – Absents

1 – Présence peu claire.

2 – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

14. Comportement pendant l'entretien

Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiet(e), tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.

0 – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux(se).

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux(se).

2 – Le/la patiente est modérément anxieux(se).

3 – Le/la patient(e) est anxieux(se) de façon marquée.

4 – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

Remarque :

L'échelle d'HAMILTON est souvent surévaluée dans les maladies qui s'accompagnent de nombreux troubles fonctionnels comme la fatigue chronique ou la fibromyalgie. De notre point de vue, elle est mise au point à une époque où les pathologies « somno-somatiques » n'étaient pas comprises et où les troubles fonctionnels étaient globalement considérés comme des « somatisation » de troubles psychiatriques. L'éclairage de la médecine du sommeil permet d'avancer des hypothèses chronobiologiques à l'apparition de nombreux troubles fonctionnels

Selon le score obtenu on parle d'anxiété légère, de légère à modérée ou de modérée à grave. Si le score est inférieur à 17 on parle anxiété légère. S'il est compris entre 18 et 24 nous évoquons un état anxiogène de léger à modéré. Enfin si celui-ci se trouve entre 25 et 30 on parle d'une anxiété allant de modérée à grave.²⁶

ANNEXE 2 : L'échelle HAD.

2. Echelle de dépression HAD (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale) de Zigmond et Snaith 1983 (Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D.Guelfi et Coll, Ardux Médical)

Echelle mixte anxiété dépression d'auto-évaluation

14 items (7 d'anxiété, 7 de dépression) Paliers de cotation = 0 à 3

Résultats :

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs. Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.

Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé :

0 Jamais ; 1 De temps en temps ; 2 Souvent ; 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

0 Pas du tout ; 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas ; 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave ; 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci :

0 Très occasionnellement ; 1 Occasionnellement ; 2 Assez souvent ; 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

0 Oui, quoi qu'il arrive ; 1 Oui, en général ; 2 Rarement ; 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

0 Jamais ; 1 Parfois ; 2 Assez souvent ; 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place. :

0 Pas du tout ; 1 Pas tellement ; 2 Un peu ; 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

0 Jamais, 1 Pas très souvent ; 2 Assez souvent ; 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

0 Oui, tout autant ; 1 Pas autant ; 2 Un peu seulement ; 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

0 Autant que par le passé ; 1 Plus autant qu'avant ; 2 Vraiment moins qu'avant ; 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

0 La plupart du temps ; 1 Assez souvent ; 2 Rarement ; 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

0 Jamais ; 1 Parfois ; 2 Très souvent ; 3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

0 J'y prête autant d'attention que par le passé ; 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention, 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais ; 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

0 Autant qu'avant ; 1 Un peu moins qu'avant ; 2 Bien moins qu'avant ; 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

0 Souvent ; 1 Parfois ; 2 Rarement ; 3 Très rarement.

Chaque palier allant de 0 à 3, cette échelle permet de rechercher des symptômes anxieux et dépressifs. Si le score est entre 8 et 10 l'état anxieux ou dépressif est caractérisé comme douteux. Si le score est supérieur à 10 nous parlons d'état certain. Cela permet d'adapter le traitement et la prise en charge.

ANNEXE 3 : Questionnaire d'anxiété Etat de Spielberger : échelle: STAI-Y-A

1	Je me sens calme	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
2	Je me sens sûr de moi	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
3	Je suis tendu	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
4	Je me sens contraint	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup

5	Je me sens à mon aise	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
6	Je me sens bouleversé	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
7	Je m'inquiète à l'idée de malheurs possibles	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
8	Je me sens satisfait	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
9	J'ai peur	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
10	Je me sens bien	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
11	J'ai confiance en moi	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
12	Je me sens nerveux	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup

13	Je suis agité	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
14	Je me sens indécis	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
15	Je suis détendu	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
16	Je suis content	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
17	Je suis inquiet	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
18	Je me sens troublé	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
19	Je me sens stable	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
20	Je me sens dans de bonnes dispositions	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup

- Pour les questions : 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 : compter 1 point pour « Pas du tout » ; 2 points pour « Un peu » ; 3 points pour « modérément » et 4 points pour « beaucoup ».
- Pour les autres questions : compté 4 points pour « Pas du tout » ; 3 points pour « Un peu » ; 2 points pour « Modérément » et 1 point pour « Beaucoup ».

C'est une auto-évaluation. Elle comprend 2 parties : Une partie évalue l'anxiété état c'est-à-dire l'état actuel de la personne. L'autre partie évalue l'anxiété trait qui reflète l'état psychique habituel.

Dans cette annexe je n'ai mis que la partie concernant l'anxiété état car c'est celle qui concerne l'étude réalisé avec l'application Music Care.

Annexe 4 : Guide d'entretien

Objectifs :

- Comprendre les bénéfices que l'écoute de la musique a sur l'anxiété des patients
- Evaluer l'efficacité de la musique selon son style, rythme, sur la gestion de l'anxiété
- Comprendre la place qu'a l'utilisation de la musique dans le prendre soin des personnes hospitalisées
- Connaitre les différentes intentions de la mise en place d'une séance de musique
- Comprendre le rôle de l'infirmier dans ces séances (traçabilité, évaluation de l'efficacité).

Questions :

- Pouvez-vous me parler de votre parcours et votre service ?
- Depuis quand pratiquez-vous l'utilisation de la musique dans vos soins ?
- Quels styles de musique proposez-vous aux patients ?
- Pour quels types de patients utilisez-vous ces séances ?
- Lorsque vous mettez en place ces séances quels sont vos objectifs ?
- Ont-ils tous le même degré de réceptivité à la musique dans les soins ?
- Selon vous qu'est-ce qui peut provoquer une meilleure ou une moins bonne adhésion ?
- Comment évaluez-vous l'efficacité des séances ?
- Durant ces séances comment vous positionnez vous ? Êtes-vous présents dans la pièce ? leur parlez-vous en même temps ?
- Comment caractérisez-vous cette utilisation ? Un soin, un support dans le soin, une différente approche thérapeutique, une alternative aux traitements anxiolytiques ?
- Pour vous est-ce que ce genre de pratique peut remplacer les traitements médicamenteux ?

Annexe 5 : Retranscription de mes deux entretiens :

Retranscription entretien 1 réanimation :

Jean (nom d'emprunt) est un infirmier ayant travaillé dans le pool général, il travaille en réanimation depuis 3 ans.

ESI : Comme je vous l'ai dit mon sujet de travail de fin d'étude est l'utilisation de la musique dans les services. Pouvez-vous me dire depuis quand vous pratiquez l'utilisation de la musique dans les soins ?

IDE : On l'utilise depuis quelques mois. On a utilisé différents matériels : l'application Music Care et on teste actuellement les enceintes Bluetooth dans les chambres.

ESI : Oui moi j'ai pu voir ces deux manières de faire lors de mon stage, pour vous laquelle est la plus appréciée ?

IDE : On a arrêté d'utiliser l'application Music Care car l'abonnement étant payant on souhaitait avoir des résultats plus importants que ceux observés. Ça fonctionnait mais pas autant qu'on le souhaitait. Personnellement j'ai essayé music care sur moi et je trouve que les défauts sont encore présents : entre la phase où on est censé être le plus apaisé et la phase de réveil où la musique arrive brusquement. Alors que les enceintes permettent de choisir la chanson que le patient apprécie.

ESI : Donc vous utilisez différents types de musique auprès des patients ?

IDE : Oui car nous mettons des musiques que les patients apprécient et c'est eux qui choisissent. On peut donc avoir tous les styles de musiques, différents groupes ou chanteurs.

ESI : Et pour vous, existe-il une différence d'efficacité entre l'utilisation d'une musique sans paroles, comme avec music care ou non ? Le rythme joue-t-il également sur l'efficacité de cette utilisation ?

IDE : Les paroles peuvent permettre de partir plus loin dans la détente mais il ne faut pas qu'ils s'enferment dans une bulle car ils doivent rester acteur de leurs soins. ... Mais si les paroles peuvent permettre de s'évader davantage on accepte évidemment.

ESI : Justement, vous parlez du fait qu'ils ne doivent pas se mettre trop dans une bulle pour qu'ils restent actifs, comment vous vous positionnez ? Vous leur parlez, ou pas ? Vous passez dans les chambres pour voir ?

IDE : Il faut que le patient reste avec le soignant, donc si on réalise un soin comme l'ablation de drains on va lui dire « on enlève respirez profondément ». On lui parle comme ça il sait qu'on est présent et ça évite l'inquiétude. On leur dit aussi, avant la séance, qu'on est là et que la séance peut s'arrêter à tout moment s'ils le veulent. Et pour ceux qui écoutent la musique seul dans leur chambre

parce qu'ils sont confus ou autre on passe toutes les heures minimum, mais en réa on a toujours un œil sur tout le monde.

ESI : D'accord ... Pour quels types de patients vous utilisez la musique dans vos soins ?

IDE : Comme tu as pu le voir pendant ton stage, beaucoup de patients sont anxieux avant et pendant les soins, donc c'est principalement pour les détendre qu'on utilise la musique. Ca peut être pendant un soin, ou aussi durant un moment car entre les passages répétés dans leur chambre et avec toutes les alarmes souvent ils s'inquiètent et angoissent. On peut aussi l'utiliser pour les douleurs ou les peurs ... et aussi pour la confusion ; par contre pour la confusion on ne va pas utiliser tous les styles de musique, par exemple le rock c'est à éviter car ça va les énerver davantage. La musique douce marche bien ça les apaise.

ESI : Et lorsque vous décidez de mettre les séances en place, quels sont vos objectifs ?

IDE : On souhaite, à travers cette utilisation, apaiser et resituer le patient.

ESI : Et concernant la douleur, quels sont les effets ?

IDE : Alors la musique va pas permettre de supprimer une douleur ou une anxiété mais ça va la diminuer. Donc la musique est à mettre en place en complément des traitements qui vont être donnés avant.

ESI : D'accord, alors comment considérez-vous l'utilisation de la musique ? Comme une alternative aux traitements? Un support dans les soins ? Un soin ?

IDE : ... Ca peut être les trois. On peut la décrire comme un soin à part entière, mais d'un autre côté cela ne va pas remplacer les traitements ça va venir en complément donc c'est aussi un support thérapeutique. Par exemple la musique associée à un médicament qu'est le Dexdor ça fonctionne bien ! Pour moi c'est une communication différente. Et en plus en réa il y a beaucoup de traitements alors on essaye de diminuer les doses quand c'est possible mais on ne pourra pas les supprimer. Et puis la musique ne fonctionne pas sans une relation soignant-soigné construite.

ESI : Oui le patient doit se sentir en confiance et en sécurité ... J'avais une autre question mais vous y avez répondu : pour vous ce genre de pratique ne peut remplacer les traitements pharmacologiques.

IDE : Non, mais là on teste de nouvelles techniques comme le casque de réalité virtuelle qui permet de les plonger dans un univers à part car ça utilise la vue et l'ouïe. C'est à l'essai.

ESI : Comment vous évaluez l'efficacité des séances ?

IDE : On commence par leur demander, après la séance, leur vécu, on évalue aussi leur douleur avec l'échelle de douleur adaptée et aussi une échelle de confort avant et après. Quand on utilisait Music care on avait créé une fiche pour évaluer avec différents critères : paramètres vitaux (tension, pouls, fréquence respiratoire), une échelle de confort (avec des bonhommes souriants ou tristes), on notait s'ils avaient des antalgiques en plus. On mesurait les paramètres avant, pendant et après les séances. Il y avait de bons résultats, notamment sur les paramètres vitaux, mais il n'y avait pas d'écart entre les enceintes Bluetooth et Music Care. Donc maintenant l'objectif c'est que tout le monde puisse en profiter et donc mettre en place une enceinte par chambre. Le développement est soutenu par notre chef de service qui essaye de développer ces techniques car de plus en plus de patients redoutent les effets secondaires et d'autres sont anti médicaments.

ESI : D'accord. Et pour vous les patients ont-ils le même degré de réceptivité face à l'utilisation de la musique ?

IDE : Il existe certains qui ne sont pas réceptifs, ils vont rester tendus ou crispés. Mais avant de mettre la séance en place on demande à la personne si elle accepte et si elle veut essayer.

ESI : Pour vous quels sont les facteurs favorisants ou défavorisants pour la réceptivité et la réussite ?

IDE : Les facteurs favorisants c'est d'abord l'environnement : il doit être calme, on va fermer la porte et fermer le store présent sur la porte de la chambre. On attend que notre binôme soit là avant de commencer la séance pour éviter des passages. On va aussi limiter les bruits et jouer sur la luminosité de la pièce. On va faire en sorte de préserver la pudeur et l'intimité au maximum comme pour les soins d'hygiène car en réa tout le monde voit tout le monde : 2 patient en face l'un de l'autre peuvent se voir. Et ensuite on va leur expliquer et les mettre à l'aise. Et les facteurs défavorisants ça serait les bruits extérieurs, les alarmes et les différents passages.

ESI : D'accord. Merci beaucoup. Je n'ai plus de questions. Merci de m'avoir apporté tous ces éléments.

IDE : J'espère avoir répondu à toutes vos interrogations. N'hésitez pas si besoin.

Retranscription du deuxième entretien en psychiatrie

Paul (nom d'emprunt) est un infirmier diplômé en 2009, il a toujours exercé dans le milieu psychiatrique. Il est actuellement dans un hôpital de jour qui accueille des personnes de plus de 18 ans.

ESI : Votre service accueille quels types de patients ?

IDE : C'est un service dans un hôpital de jour, donc on accueille des personnes qui viennent de chez eux, qui viennent à la journée pour faire des ateliers surtout destiné à la réhabilitation psychosociale.

ESI : D'accord, dans quel cadre pratiquez-vous la musique dans vos soins ?

IDE : Eh bien ... dans le cadre d'un atelier de réhabilitation. On a deux créneaux qui durent 1h30 par semaine, où on fait un atelier musique avec deux soignants. On accueille différents patients avec lesquels on fait de la musique. On a des textes on les chante et certains jouent d'un instrument aussi avec nous.

ESI : Et à qui sont destinés ces ateliers, y'a-t-il des « caractéristiques » ?

IDE : Il faut déjà que l'atelier leur parle et qu'ils aient envie de le faire, sinon il n'y a pas de sens à se qu'ils participent. Sinon en terme de pathologies pures, non, non il n'y en a pas, ça peut être adapté à tous types de maladies aussi bien de dépression que des psychoses. Il n'y a pas de types de pathologies et pas d'âge : le plus jeune a 18 ans et le plus âgé a 71 ans.

ESI : D'accord. Quels types de musique vous leur proposez ? Rythmées ? Musiques douces ?

IDE : Depuis que je suis arrivé, j'ai repris un atelier dans lequel ce sont des chansons comme on les connaît et en fait les paroles ce sont les patients eux même qui les écrivent, et c'est mis en musique par les soignants. Et on a une dizaine de chansons qu'on répète à chaque atelier. Pour avoir un projet d'enregistrement, de faire un album. Et on a aussi pour projet de se produire dans des établissements tels que des maisons de retraites.

ESI : Et du coup dans ces exercices, l'objectif est seulement la réhabilitation ? En existe-t-il d'autre ?

IDE : L'objectif est multiple ... il y en a plusieurs ... jouer en rythme, chanter en respectant le tempo et la tonalité, stimuler la créativité, être à l'écoute des autres, gérer les angoisses, provoquer des expressions collectives et/ou individuelles. Ça permet une expression collective ou individuelle où la personne chante en solo, ça permet une valorisation et une estime de soi mais également de gérer ses angoisses par rapport au fait de chanter devant tout le monde.

ESI : D'accord, et après les séances faites-vous une évaluation de l'efficacité ?

IDE : Oui à chaque fois, pour tous les ateliers, chaque atelier a des objectifs précis. Il y a donc une observation et une retranscription de ce qu'il s'est passé pendant l'atelier et des effets immédiats sur le patient lui-même.

ESI : Ok, donc il y a des transmissions à l'écrit pour chaque patient ?

IDE : Oui, pour chaque patient et pour chaque atelier bien sûr.

ESI : Mais du coup vous dans ces ateliers, vous vous positionnez comment en tant que soignant ? Vous intervenez ? Vous les laissez faire seuls ?

IDE : On est garant de la bonne participation à l'atelier donc on va participer au chant, à l'écriture, à la musique, on joue de la guitare aussi. Et en fait on est là pour structurer l'atelier et les chansons. Il faut aussi donner une place à chacun car évidemment il y a des patients qui prennent plus de place que d'autres et donc on est là aussi comme médiateur entre chaque patient.

ESI : D'accord. Et vous disiez, que vous aviez deux créneaux, est ce que vous essayez de réunir le même « type » de patients pour que le groupe soit plus homogène ou tout le monde est mélangé ?

IDE : Non tout le monde est mélangé, on a deux créneaux à cause du Covid car on ne peut pas prendre plus de 4 patients. Mais dès que le Covid nous laissera tranquille il y aura tous les patients dans les mêmes ateliers.

ESI : Oui d'accord. Donc ces ateliers vous les considérez comme un soin à part entière...

IDE : Ah bah c'en est un c'est un soin avec des objectifs précis on voit aussi une évolution du patient à travers cet atelier là. C'est réellement un soin de réhabilitation et médiatisé.

ESI : Mais à côté de ça, ça n'enlèvera pas les thérapeutiques que les patients ont à côté ?

IDE : Oui tout à fait. Ensuite, ce soin permet de baisser la dose des anxiolytiques où même de ne pas en prendre. Evidemment le traitement de fond est toujours là mais si quelqu'un a tendance à être très angoissé le fait de participer à cet atelier pendant 1h, 1h30 va l'apaiser et il aura peut-être moins besoin d'anxiolytiques le soir, ça peut être pas mal !

ESI : Et peut être que vous l'avez déjà dit mais à quelle fréquence sont proposées les ateliers ?

IDE : En période Covid c'est un atelier par semaine mais or Covid ça sera 2 par semaines

ESI : Ces ateliers sont récemment arrivés dans votre structure ou c'est ancien déjà ?

IDE : Non depuis longtemps.

ESI : J'avais une question concernant la réceptivité des patients aux ateliers, mais comme ils choisissent de venir ils sont tous réceptifs ?

IDE : Oui ils sont tous réceptifs mais après forcément il y a des gens plus à l'aise, d'autres plus timides pour chanter. Certains viennent juste pour jouer de l'instrument et d'autres, juste pour écouter. Mais c'est à nous aussi de donner la place à tout le monde, on n'est pas juste là comme des plantes vertes, on anime tout ça.

ESI : Avez-vous remarqué des facteurs qui peuvent favoriser ces ateliers ou des facteurs qui peuvent nuire à ça ? Par exemple le lieu ?

IDE : Ce n'est pas une salle dédiée à la musique mais on joue toujours dans la même salle qui est commune. Chacun a son propre cahier de chant et chacun fait ses annotations dessus, espacés de la même façon : instrument d'un côté et chanteurs de l'autre. On est beaucoup à l'écoute de chacun si un veut nous proposer une chanson ou a des idées, on est disponible pour ça et en fait ça fait une émulation commune et c'est ça qui fait avancer l'atelier car tous, on envie d'être là et de participer.

ESI : Est que vous avez remarqué que les effets peuvent se développer hors psychologique par exemple sur la douleur ?

IDE : Sur la douleur non je ne sais pas, par contre ça peut créer des motivations : certains on prit des cours de guitare. En fait ça crée le désir donc c'est plutôt pas mal. Concernant la douleur non je pense pas, mais sur l'état psychologique du patient les effets sont indéniables.

ESI : Et donc les patients qui participent à ces ateliers ressentent des effets longtemps après le début des ateliers ou c'est observable après un seul atelier ?

IDE : Non non la musique a ce côté là qui est assez rapide.

ESI : Dès la première séance vous voyez des effets déjà

IDE : Oui oui oui, ils prennent du plaisir dès les premières séances, juste en écoutant même s'ils ne participent pas.

ESI : Mais du coup l'évaluation de tout ça c'est par observation clinique ou vous avez des échelles ?

IDE : Non on le fait par observation clinique, on n'a pas d'échelles de cotation.

ESI : D'accord et bien pour moi c'est bon.

IDE : Très bien, mais même hors psychiatrie on utilise la musique un peu partout maintenant, je me rappelle avoir vu dans un service de médecine sur un patient neuro-lésé sévère mais qui réagissait à

un CD que mettait les aides soignantes lors de la toilette, il se détendait. Et nous ici aussi on fait de la relaxation donc il y a de la musique aussi.

Annexe 6 : Les tableaux d'analyse

Objectif : Connaître les intentions des soignants lors de la mise en place de ses séances :

Gérer l'anxiété	Agir sur différents points	Prendre du plaisir
<p>On souhaite, à travers cette utilisation apaiser et restituer le patient</p> <p>Beaucoup de patients sont anxieux avant ou pendant un soin, c'est donc principalement pour les détendre qu'on utilise ça</p> <p>Gérer les angoisses</p>	<p>Ca ne va pas permettre de supprimer une douleur ou une anxiété mais ça va la diminuer</p> <p>On peut aussi utiliser pour les douleurs et les peurs</p> <p>Et aussi pour la confusion</p>	<p>Ils prennent du plaisir dès les premières séances</p> <p>Stimuler la créativité</p> <p>provoquer des expressions collectives et/ ou individuelles</p>
3 items	3 items	3 items

Objectifs de la question : Connaître les bénéfices de cette utilisation

Pour un meilleur vécu					Bénéfices indirects	
Evasion	Distraction	Apaisement	Gestion des angoisses	Action sur la douleur	Diminution de la dose d'anxiolytiques	Acquérir une meilleure confiance en soi
<p>Les paroles peuvent permettre de s'évader d'avantage</p>	<p>Prennent du plaisir</p> <p>Atelier de réhabilitation : chante, joue de l'instrument</p> <p>Créer du désir</p>	<p>Les paroles peuvent permettre de partir plus loin dans la détente</p> <p>Nous mettons des musiques que les patients apprécient</p> <p>C'est principalement pour les détendre qu'on utilise la musique</p> <p>La musique douce marche bien ça les apaise (pour personnes confuses)</p> <p>On souhaite, à travers cette utilisation apaiser le patient</p> <p>Y'avait de bons résultats</p>	<p>Gérer les angoisses</p> <p>Gérer les angoisses par rapport au fait de chanter devant tout le monde</p> <p>Si quelqu'un a tendance à être très angoissé le fait de participer à cet atelier la pendant 1h, 1h30 va l'apaiser</p> <p>Sur l'état psychologique du patient les</p>	<p>Ca ne va pas permettre de supprimer une douleur ou une anxiété mai ca va la diminuer</p>	<p>Ce soin permet de baisser la dose des anxiolytiques ou même de ne pas en prendre</p> <p>On essaye de diminuer les doses quand c'est possible</p> <p>Il aura peut être moins besoin d'anxiolytique le soir</p>	<p>Permet la valorisation et l'estime de soi</p> <p>Projet de faire un album, de se produire</p> <p>Créer des motivations</p>

		notamment sur les paramètres vitaux (diminution tension, pouls, FR)	effets sont indéniables			
2 items	3 items	6 items	4 items	1 item	3 items	3 items

Objectif : Savoir quels facteurs influent sur l'efficacité de l'écoute musicale.

Influence de la théorie	L'influence de notre personnalité	Un environnement adéquat
<p>Pour la confusion on ne va pas utiliser tous les styles de musique, par exemple le rock c'est à éviter car ça va les énerver d'avantage. La musique douce marche bien ça les apaise.</p>	<p>Enceintes Bluetooth : Les enceintes permettent de choisir la chanson que le patient apprécie</p> <p>Nous mettons des musiques que les patients apprécient</p> <p>Les paroles peuvent permettre de partir plus loin dans la détente Si les paroles peuvent permettre de s'évader d'avantage on accepte évidemment</p> <p>On peut donc avoir tous styles de musiques, différents groupes ou chanteurs</p> <p>Ce sont des chansons comme on les connaît en fait les paroles ce sont les patients eux même qui les écrivent et c'est mis en musique par les soignants</p> <p>Il faut que l'atelier leur parle</p> <p>Qu'ils aient envie de faire cet atelier</p>	<p>Mais avant de mettre ça en place on demande à la personne si elle accepte et si elle veut essayer</p> <p>Les facteurs favorisants c'est d'abord l'environnement : il doit être calme, on va fermer la porte.</p> <p>On va limiter les bruits et jouer sur la luminosité, préserver la pudeur et l'intimité au maximum. Les mettre à l'aise</p> <p>Une salle dédiée à la musique, toujours dans la même salle. Chacun a son propre cahier de chant, et chacun fait ses annotations dessus. Espacé de la même façon</p>
1 item	7 items	4 items

Objectif de la question : Connaître la place du professionnel dans ces séances

Evaluateur	Personne de confiance				Promoteur de nouvelles approches	Acteur
Apprécie l'efficacité	Protecteur	Garant de la sécurité	Garant du bien être	Personne ressource	Innovateur	Animateur
<p>On demande leur vécu</p> <p>On évalue leur douleur avec une échelle de douleur adaptée et aussi une échelle de confort avant et après</p> <p>Créé une fiche pour évaluer avec différents critères : paramètre vitaux, échelle de confort, on notait s'ils avaient des antalgiques en plus</p> <p>Il y a une observation et une retranscription de ce qu'il s'est passé pendant l'atelier et des effets immédiats sur le patient lui-même</p> <p>On voit aussi une évolution du patient à travers cet atelier là</p> <p>Observation</p>	<p>Il ne faut pas qu'ils s'enferment dans une bulle car ils doivent rester acteur de leurs soins</p> <p>On va leur expliquer et les mettre à l'aise</p> <p>On leur dit avant la séance qu'on est là et que la séance peut s'arrêter à tout moment s'ils le veulent</p> <p>La musique ne fonctionne pas sans une relation soignant-soignée construite</p>	<p>On lui parle il sait qu'on est présent et ça évite l'inquiétude</p> <p>On passe toutes les heures minimum</p> <p>Garant de la bonne participation à l'atelier</p> <p>On est là pour structuré l'atelier et les chansons</p>	<p>Nous mettons des musiques que les patients apprécient et c'est eux qui choisissent</p> <p>On va fermer la porte et fermer le store</p> <p>Limiter les bruits, préserver la pudeur et l'intimité au maximum</p>	<p>Médiateur entre chaque patient</p> <p>On est à l'écoute de chacun</p> <p>Donner une place à chacun</p>	<p>C'est une communication différente</p> <p>L'objectif c'est que tout le monde puisse en profiter et donc mettre en place une enceinte par chambre</p> <p>Là on teste de nouvelle mesure comme le casque de réalité virtuelle qui permet de les plonger dans un univers à part car ça utilise la vue et l'ouïe</p>	<p>C'est mis en musique par les soignants</p> <p>Participer au chant, à l'écriture, à la musique on joue de la guitare aussi</p> <p>On anime tout ça</p> <p>Créer une émulation commune et c'est ça qui fait avancer l'atelier</p>

clinique						
7 items	4 items	4 items	3 items	3 items	3 items	4 items

Objectif de la question : La place de la musique dans les soins. « Pour quels types de personnes utilisé vous cela ? » « Comment caractérisez-vous cette pratique ? »

Un soin à part entière	Un complément thérapeutique	Une communication	Une alternative thérapeutique
<p>On peut le décrire comme un soin à part entière</p> <p>Atelier de réhabilitation – atelier musique</p> <p>C'est un soin avec des objectifs précis</p> <p>C'est réellement un soin de réhabilitation et médiatisé</p>	<p>La musique est à mettre en place en complément des traitements qui vont être donnés avant</p> <p>Cela ne va pas remplacer les traitements ça va venir en complément donc c'est aussi un support thérapeutique</p> <p>On essaye de diminuer les doses quand c'est possible mais on ne pourra pas les supprimer</p> <p>Ça n'enlèvera pas les thérapeutiques qu'ils ont à côté ? oui tout a fait. Ce soin permet de baisser la dose des anxiolytiques ou même de ne pas en prendre</p>	<p>Pour moi c'est une communication différente</p> <p>La musique ne fonctionne pas sans une relation soignant-soigné construite</p> <p>Ils prennent du plaisir dès les premières séances, juste n'écouter même s'ils ne participent pas</p> <p>Les paroles ce sont les patients eux même qui les écrivent</p> <p>Cela permet une expression collective ou individuelle quand la personne chante en solo</p>	<p>Pour la confusion</p> <p>Ca peut être pendant un soin, ou durant un moment car les passages répétés dans leur chambre et avec toutes les alarmes souvent ils s'inquiètent et angoissent.</p> <p>Evidemment le traitement de fond est toujours la mais si quelqu'un a tendance à être très angoissé le fait de participer à cet atelier la pendant 1H – 1H30 va l'apaiser et du coup il aura peut être moins besoin d'anxiolytique le soir</p>
4 items	4 items	5 items	3 items

NOM : SINGUIN
PRENOM : Caroline

Titre : L'utilisation de la musique dans les soins

The theme of my thesis is the use of music in hospital care and its influence on patient's wellbeing and comfort. During my internship I discovered this practice and I was very interested in it. In hospital patients often experience anxiety. So, not only we have to build a trust relationship with them, but we also have to provide them with adjusted therapeutics (such as drugs, or not, like music). This led me to wonder : « How does the use of music by the nurse could have an impact on the patient's anxiety ? ». Firstly the main aim of the essay is to define the notion of anxiety. Then I will try to understand music-induced emotions and its benefits. Music has a soothing and entertaining power and diminishes pain perception.

In order to understand the difference between theory and practice, I met two nurses both working in different environments. They gave me answers, and introduced me to new concepts.

Mon travail de fin d'étude évoque la musique dans les soins hospitaliers, et l'impact qu'elle a sur le bien-être et le confort du patient à l'hôpital. Durant un stage j'ai découvert cette pratique et cela m'a fortement intéressé. Cela a fait naître de nombreux questionnements.

De nombreux patients se disent anxieux lors d'une hospitalisation, non seulement nous devons construire une relation de confiance avec eux, mais également mettre en place des thérapeutiques adaptés. Cela peut être des médicaments ou non, comme la musique. La question de départ pour ce travail est : En quoi l'utilisation de la musique par l'infirmier/ère peut-elle avoir un impact sur l'anxiété des patients liée à une hospitalisation ? L'intérêt de ce travail est de définir ce qu'est l'anxiété, de comprendre les émotions provoquées par la musique et les bénéfices que cela apporte. La musique apaise et distrait les personnes, elle permet aussi de diminuer le ressenti de la douleur.

Pour confronter théorie et pratique j'ai réalisé deux entretiens avec deux infirmiers travaillant dans deux milieux différents. Ils m'ont permis de m'apporter des réponses mais également de soulever de nouveaux concepts.

Key Words : music / anxiety / calming / caregiver - caretaker relationship

Mots clés : Musique / Anxiété / Apaisement / Relation soignant-soigné

Institut de formation en soins infirmiers : 2 rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09
TRAVAIL DE FIN D'ETUDES -2021