



L'utilisation de la médiation musique par l'ergothérapeute auprès de patients schizophrènes en vue du maintien du lien social

MASMOUDI Nibelle

Mémoire d'initiation à la recherche,
présenté pour le diplôme d'Etat
d'ergothérapeute

Juin 2021

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e), MASMOUDI Nibelle
étudiant(e) en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 30/05/2021

Signature :



*NOM, Prénom

Note aux lecteurs : ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné

Remerciements

Je tiens à remercier ma formidable maîtresse de mémoire, Lucie CORPART, pour son investissement et ses encouragements tout au long de cette difficile année.

Je remercie les ergothérapeutes qui ont accepté de m'accorder leurs temps pour mon enquête et qui ont partagé avec moi leurs expériences et connaissances sur ce sujet.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFE de Créteil, et plus particulièrement Simon GADEYNE pour son accompagnement et sa bienveillance durant ces trois années de formations.

Je remercie mes tuteurs de stages pour m'avoir accueillie dans leurs structures, transmis leurs connaissances et leur passion pour ce métier et qui m'ont permis de me construire en tant que future professionnelle et de prendre confiance en moi.

Enfin, je remercie toutes mes amies, et notamment Linda, qui m'ont soutenue moralement et ont toujours cru en mes capacités à réussir.

Table des matières

I] Introduction.....	1
II] Cadre conceptuel	5
1. Modèle conceptuel.....	5
2. La schizophrénie	5
2.1 Structures psychotiques et psychoses.....	5
2.2 Schizophrénie Généralités.....	6
2.3 Des symptômes très variables.....	7
2.4 Schizophrénie et rupture du lien social	9
2.5 Prise en charge de la schizophrénie.....	11
3. L'ergothérapie	12
3.1 Qui est l'ergothérapeute ?	12
3.2 Ergothérapeute en psychiatrie	13
3.3 Les médiations thérapeutiques	14
3.4 L'ergothérapie et le lien social	16
4. La médiation musique	18
4.1 La musique	18
4.2 La musicothérapie	18
4.3 Musique et Ergothérapie.....	20
5. Hypothèse	21
III] Cadre expérimental	22
1. Méthodologie de l'enquête.....	22
1.1 Objectifs de l'enquête	22
1.2 Population.....	23
1.3 Outil d'investigation.....	24
1.4 Guide d'entretien	25

2. Présentation et analyse des résultats	27
2.1 Présentation des ergothérapeutes interrogés	27
2.2 Le rôle de l'ergothérapeute en psychiatrie.....	28
2.3 L'utilisation de la médiation musique	30
2.4 Les objectifs des ateliers musique	35
2.5 Les apports de la médiation musique	37
3. Discussion	39
IV] Conclusion	44
Bibliographie.....	46
Annexes.....	49

I] Introduction

En Février 2018, j'ai effectué mon premier stage dans le cadre de ma formation en ergothérapie au sein de l'unité psychiatrique adulte d'un hôpital public. Cette unité accueille essentiellement des adultes atteints de schizophrénie et bipolarité. J'y ai découvert le domaine de la psychiatrie, les particularités des symptômes et les situations de handicap associées à ces types de pathologies ainsi que le rôle et l'apport de la prise en charge par un ergothérapeute.

J'ai, dans un premier temps, été assez déboussolée par la spécificité de l'ergothérapeute dans ce domaine et ce qui l'en distingue des autres secteurs et notamment de la rééducation fonctionnelle.

J'y ai découvert que l'ergothérapeute utilisait un médiateur, permettant d'instaurer un espace de relation triangulaire entre le patient, l'ergothérapeute et l'objet de la médiation. *« Les médiations utilisées sont autant d'aires de jeu possibles comme outils pour tenter de créer du lien, de soi à soi, et de soi à l'autre, de l'approfondir, pour essayer d'arriver à un espace de créativité et mettre en valeur ce qui se passe, sur un mode individuel ou groupal. »* (HERNANDEZ, 2016)

De plus, je me suis aperçue que les évaluations en ergothérapie en psychiatrie ne permettent pas forcément d'avoir des cotations avec des résultats précis et les pathologies étant chroniques et instables, les observations de l'évolution de l'état du patient peuvent être discontinues. *« L'évaluation chiffrée, quantifiée, formelle, existe en ergothérapie sous la forme d'outils validés [...] Elle repose sur un protocole bien défini, une passation formalisée, en un mot : sur du concret, du visible [...] Or, toute la difficulté de l'évaluation en psychiatrie réside dans l'absence d'éléments matériels mesurables, palpables mais aussi dans l'incertitude, la discontinuité du soin, »* (PLATZ, 2007)

Enfin, on ne rééduque pas la psyché d'une personne comme une fonction déficitaire mais on intervient pour calmer la crise, stabiliser et favoriser la reconstruction de la personnalité du patient.

Cependant, après avoir été impliquée dans la prise en charge d'une patiente, je me suis rendue compte que l'ergothérapeute avait bel et bien sa place en psychiatrie et que les objectifs finaux (favoriser l'autonomie, la participation occupationnelle et la réintégration sociale et professionnelle) rejoignaient bien les objectifs ergothérapeutiques des autres secteurs d'interventions de l'ergothérapeute. Il s'intéresse « *aux rôles sociaux occupés ou souhaités par les usagers afin de les favoriser ou les restaurer.* » (FOHR, 2019)

En tant qu'ergothérapeute en psychiatrie il s'agit notamment « *d'ouvrir un espace transitionnel entre la vie psychique (le dedans) et l'environnement (le dehors).* » (FOHR, 2019)

Ce stage m'ayant marquée et particulièrement plu j'ai décidé d'approfondir mon apprentissage concernant l'ergothérapie en santé mentale dans l'objectif de travailler dans ce domaine. C'est ainsi que j'ai choisi d'axer mon mémoire sur le domaine de la psychiatrie.

Je me suis demandé quelle médiation pouvait apporter un intérêt à la prise en charge en ergothérapie à la fois pour la mise en place d'une relation de confiance et du cadre thérapeutique, de la gestion de la crise et enfin de l'inclusion sociale.

Je me suis alors penchée sur la présentation d'un projet musique proposé par une des ergothérapeutes du service. (voir Annexe 1 : Projet de médiation musique). Le projet a malheureusement pour moi été mis en place après ma période de stage mais la présentation m'a interpellée et je me suis demandé quels apports aurait pu avoir cette médiation avec les patients que j'avais rencontré dans cette unité. J'avais déjà entendu parler de l'utilisation de la musique dans le cadre d'une prise en charge d'enfants TDAH (alors que je faisais un dossier de recherche sur le TDAH et sa prise en charge en ergothérapie). J'ai, par la suite, eu l'occasion d'assister à un atelier d'écoute musicale en service d'UCC en ainsi qu'en accueil de jour pour personnes âgées atteintes de démence. J'en ai retiré des observations globalement positives du point de vue cognitif et relationnel.

J'ai donc décidé d'approfondir ce que j'avais pu observer et j'ai pu lire que la musique pouvait effectivement avoir un effet sur le fonctionnement cognitif et cérébral.

Emmanuel Bigand est un chercheur français en psychologie cognitive ayant retracé de nombreuses études sur les effets de la musique sur la cognition et les émotions.

D'après lui « Des liens importants ont été montrés entre les opérations dirigées vers la musique et les autres compétences mentales. Jouer ou écouter de la musique peut en effet requérir différents aspects de la cognition (attention, mémoire, mémoire de travail), de la perception (auditive, voire spatiale), de la motricité, ainsi que du réseau émotionnel. En stimulant ces différentes activités cérébrales, la musique a la possibilité d'améliorer leur fonctionnement, y compris dans des tâches non musicales. » (BIGAND, 2012)

Ainsi, la musique permettrait de stimuler les différentes fonctions cognitives mais également de les associer à des tâches motrices et au réseau émotionnel afin d'améliorer ces compétences y compris dans d'autres tâches.

Il est donc intéressant de se demander si l'ergothérapeute peut se servir de cet outil afin d'évaluer et d'optimiser ces différentes composantes en l'utilisant comme médiateur avant de passer au transfert des acquis.

J'ai, par la suite, centré mes recherches sur les effets de la musique sur les composantes psychiques. J'ai notamment trouvé une étude laissant penser que la musique pourrait favoriser la stabilisation d'un psychotique en phase aigüe. Les résultats de cette étude restent cependant insuffisamment significatifs pour en tirer des conclusions catégoriques. (MORGAN, BARTROP, TELFER, & TENANT, 2011)

Mes recherches m'ont également amenée à découvrir que la musique est utilisée depuis des années dans le cadre de la médecine chinoise car considérée comme pouvant apporter la paix spirituelle.

« La musique existe avant le langage et lui survit dans notre cerveau. Née des émotions, elle module notre humeur, développe nos compétences, renforce les liens sociaux. » (LEMARQUIS, 2009).

La musique est présente dans notre vie quotidienne. Elle est considérée par beaucoup comme un moyen de provoquer des émotions ou de créer du lien social par le partage. Ses effets suscitent beaucoup de questionnements et d'études.

Je souhaite donc me pencher sur les apports spécifiques que peut apporter la musique en ergothérapie et plus particulièrement sur le lien social qui est une des problématiques majeures des personnes atteintes de schizophrénie.

Ainsi, ma problématique pour ce mémoire est :

En quoi l'utilisation de la médiation musicale en ergothérapie peut-elle favoriser le lien social de patients schizophrènes ?

Afin de répondre à cette problématique, j'ai dans un premier temps établi un cadre conceptuel me permettant de définir les notions abordées, de faire état de la littérature concernant la question et d'en déduire une hypothèse.

Dans un second temps, j'ai mené une enquête afin de pouvoir confronter ma recherche théorique à la pratique et ainsi poser une conclusion sur mon hypothèse.

II] Cadre conceptuel

1. Modèle conceptuel

Le modèle psychodynamique, issu de la psychanalyse, se centre sur la psyché de l'individu. L'un des objectifs de cette approche est d'aider la personne à « *travailler sur une meilleure compréhension des phénomènes inconscients qui perturbent sa vie et ses relations aux autres.* » (Morel-Bracq, 2017, 207)

J'ai choisi d'appuyer mon mémoire sur ce modèle car il s'intéresse à l'analyse d'activités créatives et symboliques et leur impact sur les émotions et les relations. « *L'activité sera privilégiée pour son aspect créatif permettant à la personne d'exprimer d'une façon non verbale les désirs, conflits, pulsions et défenses qu'elle a à l'intérieur d'elle-même* » (Morel-Bracq, 2017, 209) ce qui concorde selon moi avec l'objet musical qui permet à la fois d'exprimer sa créativité et d'explorer ses émotions. De plus, je souhaite analyser la prise en charge de la schizophrénie du point de vue affectif et émotionnel.

2. La schizophrénie

2.1 Structures psychotiques et psychoses

Dans la théorie psychanalytique, la structure psychique d'une personne désigne son mode de relation au monde, aux autres et à lui-même. Cette structure se construit lors des premières années de la vie suite aux premières interactions entre l'individu et son environnement.

Le psychiatre et psychanalyste français Jean Bergeret détaille : « *En psychopathologie, la notion de structure correspond à ce qui, dans un état psychique morbide ou non, se trouve constitué par les éléments métapsychologiques profonds et fondamentaux de la personnalité fixés en un assemblage stable et définitif. En effet, derrière le jeu caractériel, fonctionnel ou morbide, derrière une symptomatologie éventuelle et toujours superficielle, il convient de rechercher les*

bases constantes sur lesquelles repose le fonctionnement mental de tel ou tel groupe de sujets identiques dans leurs mécanismes psychiques fondamentaux. »

(Bergeret, 1996, 47)

Ainsi, il décrit la structure psychotique comme étant « *une défaillance de l'organisation narcissique primaire des premiers instants de la vie* ». Cette défaillance engendre une altération de la perception de la réalité. (Bergeret, Psychologie Pathologique, 2004, 73)

Pour Bergeret cette structure ne devient pathologique que lorsqu'il y a un état de « *décompensation visible* » suite à une inadaptation de cette structure à des « *circonstances nouvelles intérieures ou extérieures* ». Cette inadaptation peut être ponctuelle et revenir à « *la normalité* » spontanément ou suite à un traitement. (Bergeret, Psychologie Pathologique, 2004)

Le terme psychose, étymologiquement « maladie de l'esprit », désigne habituellement cet état pathologique.

Il existe différentes formes de structures psychotiques dont la structure schizophrénique.

2.2 Schizophrénie Généralités

Selon l'OMS, « *la schizophrénie est une psychose, un type de maladie mentale se caractérisant par des distorsions de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement* » (OMS, 2019)

Elle touche plus de 23 millions de personnes dans le monde dont 600 000 en France et est considérée comme un trouble mental sévère et chronique.

Elle est associée à un risque de mort précoce. La moitié des personnes schizophrènes feront une tentative de suicide et, contrairement aux idées reçues, les malades ne sont que minoritairement dangereux pour les autres et les risques de violence lors des épisodes de crise sont plutôt dirigés contre eux même. Elle se déclare le plus souvent entre 15 et 25 ans.

Les causes de survenue de cette maladie ne sont pas connues. Les recherches sur le sujet font supposer que des facteurs génétiques et environnementaux peuvent être en cause (INSERM, 2014).

2.3 Des symptômes très variables

La schizophrénie est décrite par des groupes de symptômes se manifestant de façon et dans des proportions variables d'un individu à l'autre. On les catégorise classiquement en 3 syndromes :

Le Syndrome Dissociatif : il se caractérise par une désorganisation et une incohérence de la pensée, de l'affectivité et du comportement.

« Au niveau de la pensée, la dissociation se manifeste comme un trouble de la pensée réalisant un relâchement ou une rupture des associations d'idées, qui se traduit cliniquement par des arrêts, des barrages, des incohérences du cours de la pensée, et aussi par des néologismes ou par l'extinction progressive du déroulement de la pensée (fading mental) » (Kapsambelis, 2012).

Le discours est décousu, manque de cohérence. L'individu passe d'un sujet à un autre sans lien logique. Les réponses peuvent être à côté du sujet. Les barrages désignent une suspension brusque du discours puis une reprise après un temps de silence. On retrouve aussi des troubles du langage (néologismes et paralogismes par exemple).

Au niveau des émotions, on parle de discordance affective. Il y a une désharmonie entre l'expression des affects et la situation/la pensée. Par exemple la personne peut sourire à l'annonce du décès d'un proche (Kapsambelis, 2012).

L'ambivalence est au centre et désigne l'incapacité à moduler des sentiments contradictoires.

« L'affectivité du schizophrène est empreinte d'ambivalence : chaque pulsion affective véhicule tout à la fois l'amour et la haine, le désir de séduire et celui d'agresser, le désir de fusion et de séparation définitive. » (Lemperière, 1989, 347)

La personne schizophrène alterne, de façon brutale et violente, entre des sentiments contradictoires.

Elle peut également expérimenter le phénomène de dépersonnalisation, durant lequel elle a le sentiment d'être détaché de son corps, et d'être spectateur de sa propre existence. Ce phénomène est source d'une grande angoisse.

« Il n'a pas d'identité propre, il est menacé de destruction, face à un vécu de non-existence » (Besançon, 1993, 178)

Enfin, le syndrome dissociatif se caractérise par des troubles du comportements. On décrit des bizarreries, les actes sont étranges. Les conduites sont *« fantasques et illogiques »*. (Besançon, 1993)

Ces troubles se caractérisent par des paramimies (expressions inadaptées comme des grimaces ou des rires immotivés), des amimies (manque d'expression faciale), des stéréotypies (répétition d'un même mouvement ou comportement), catalypsies (perte de l'initiative motrice), des actes d'auto et hétéro agressivité et des actes en echo (echolalie ou echopraxie). (Lemperière, 1989)

Les symptômes positifs : Ce sont des manifestations qui s'ajoutent aux fonctions mentales non pathologiques. Ces symptômes s'organisent souvent autour d'un délire. Il s'agit d'une reconstruction erronée de la réalité par l'individu. Sa réalité psychique prend le dessus sur la réalité extérieure.

Le délire schizophrénique est dit paranoïde. Il est non structuré : les thématiques sont diverses et il est dépourvu de logique. Il s'élabore par divers mécanismes : hallucinations, illusions, interprétations..

L'adhésion au délire peut être totale ou partielle.

Des idées de références peuvent être retrouvées.

« Le syndrome de référence désigne le sentiment que les autres, mais aussi tel ou tel élément de la réalité extérieure, s'adressent au sujet de façon insidieuse mais personnelle, que tels ou tels mot, phrase, mais aussi événement, se dirigent vers lui personnellement et sont porteurs d'un message souvent énigmatique, mais toujours inquiétant ; des hallucinations acoustico-verbales peuvent venir ponctuer ce

sentiment auquel elles donnent un caractère d'objectivité (« J'ai bien entendu que... »). » (Kapsambelis, 2012)

Les symptômes négatifs : Il s'agit d'une diminution des fonctions mentales. Cette diminution entraîne une rupture avec le monde extérieur. La personne se retire dans son monde interne et devient hermétique à son environnement.

Ce retrait passe par des symptômes déficitaires tels que l'apragmatisme, un emoussement affectif, une aboulie, une clinophilie. Mais également par un enrichissement de la vie intérieure. (Kapsambelis, 2012)

D'autres symptômes peuvent être associés ou découler de ces troubles, notamment des troubles cognitifs tels que les troubles de l'attention, de la mémoire, des fonctions exécutives.

« Les manifestations de la schizophrénie varient beaucoup selon les personnes atteintes. Pour qu'un médecin porte avec certitude un diagnostic de schizophrénie, les symptômes doivent être présents de façon quasi permanente pendant une période d'au moins six mois, avec des répercussions négatives sur la vie familiale, sociale, scolaire ou professionnelle. » (VIDAL, 2018)

La prise en charge par un médecin et la pose d'un diagnostic permet l'entrée de la personne dans le système de santé (Voir Annexe 2 : les critères diagnostics de la schizophrénie selon le DSM-V).

Le mode d'entrée dans la maladie se manifeste typiquement par une bouffée délirante aiguë. Cependant, il arrive qu'il soit insidieux et que les symptômes s'installent progressivement.

2.4 Schizophrénie et rupture du lien social

« La vie en société place tout être humain dès sa naissance dans une relation d'interdépendance avec les autres et que la solidarité constitue à tous les stades de la socialisation le socle de ce que l'on pourrait appeler l'homo sociologicus, l'homme

lié aux autres et à la société, non seulement pour assurer sa protection face aux aléas de la vie, mais aussi pour satisfaire son besoin vital de reconnaissance, source de son identité et de son existence en tant qu'homme. » (Paugam, 2018, 3)

Le lien social permet aux individus de créer de la relation avec autrui, de s'inclure dans une communauté et d'y avoir un rôle, une participation et une reconnaissance. Ceci étant nécessaire dans les différents domaines de la vie en société.

L'ensemble des symptômes détaillés précédemment engendrent une altération de la vie relationnelle et du lien social. Ils sont responsables des comportements inadaptés et des difficultés de communication et de compréhension avec autrui, autant verbales que non verbales.

« Toutes les relations à autrui sont donc sous le signe de la projection et l'ambivalence ; passion et haine se portent ainsi de façon incohérente et délirante sur son entourage, facilement retournées en leur contraire, à quoi succède l'indifférence derrière laquelle il se protège ». (Besançon, 1993, 178).

Ainsi les relations sont instables, imprévisibles et incohérentes.

Ces difficultés peuvent provoquer une stigmatisation et un rejet de la part des autres mais également un retrait de la personne schizophrène ce qui la conduit à un isolement social plus ou moins important et pouvant altérer sa qualité de vie.

« Plus souvent, le retrait se manifeste par le négativisme : une position active de refus de communication et d'isolement, associée à une froideur affective et conduisant à une restriction sévère des relations sociales » (Kapsambelis, 2012)

Les symptômes négatifs sont responsables bien souvent de désengagements brusques des activités scolaires, professionnelles et familiales ainsi que d'une perte d'autonomie à réaliser les actes de la vie quotidienne comme par exemple l'hygiène corporelle ou la gestion des factures.

Selon l'OMS, *« Les schizophrènes sont exposés à des violations des droits de l'homme, dans les établissements psychiatriques comme dans les communautés. Il y a une forte stigmatisation contribuant à des discriminations qui, à leur tour, limitent l'accès aux soins de manière générale, à l'éducation, au logement et à l'emploi. »* (OMS, 2019)

L'isolement et le retrait social font partie des conséquences les plus invalidantes de la schizophrénie. Le bien-être mental et social sont des composantes de la définition de la santé selon l'OMS.

François Bourdillon, ancien directeur général de l'Agence Nationale de Santé Publique définit la Santé publique comme étant un « *ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, à expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes* ». Elle traite de la santé globale de la population et ses objectifs sont notamment d'éviter au maximum les risques sanitaires et de réduire les inégalités de santé.

La lutte contre l'isolement et le désengagement social des personnes schizophrènes s'inscrit donc dans une problématique de santé publique.

2.5 Prise en charge de la schizophrénie

« *La schizophrénie est **une maladie chronique** qui évolue en général par **phases aiguës** dans les premières années, puis qui **se stabilise avec des symptômes résiduels** d'intensité variable selon les sujets.* » (INSERM, 2014)

Une hospitalisation est souvent nécessaire lors de ces phases aiguës. Elle permet notamment de stabiliser la crise, en proposant un cadre contenant au patient. La prise en charge y est pluridisciplinaire (psychiatres, infirmiers, aide-soignants, psychologues, rééducateurs, travailleurs du social etc..).

Il peut y être proposé différentes formes de thérapies, complémentaires entre elles :

- Un traitement médicamenteux, notamment à base de neuroleptiques (aussi appelés antipsychotiques) pour atténuer les symptômes. « *Les neuroleptiques peuvent être classés selon leurs effets. Ils peuvent avoir :*
 - *Une action sédatrice qui soulage l'angoisse et l'agitation*
 - *Une action dite antiproductive qui traite les délires et les hallucinations*
 - *Une action désinhibitrice qui lutte contre l'apathie et la démotivation.* » (VIDAL, 2018)
- Un traitement psychosocial comprenant :

- Une prise en charge sociale pour faciliter la réinsertion professionnelle, et l'accès au logement.
- Un programme de réadaptation centré sur les habilités sociales et cognitives.
- Des thérapies de types psychanalytiques permettant d'accéder aux pensées et à l'expérience subjective du patient.
- De la psychoéducation visant l'information du patient et de ses proches sur sa pathologie et permettant de mieux comprendre les symptômes, repérer les signes de rechutes et connaître les démarches à suivre.

Des structures telles que les hôpitaux de jour ou CATT (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiels) permettent de faire l'intermédiaire entre l'hospitalisation complète et le retour à domicile. Elles apportent un accompagnement à la réhabilitation sociale et dans la construction du projet de vie. Des activités y sont proposées par les différents professionnels de santé en lien avec des objectifs personnalisés pour chaque patient.

Le suivi se fait, par la suite, à plus long terme, dans des structures permettant la consultation, les actions de prévention et le suivi par les différents professionnels de santé sur du long terme, notamment les CMP (Centres Medico Psychologiques).

3. L'ergothérapie

3.1 Qui est l'ergothérapeute ?

Selon l'ANFE, « *l'ergothérapeute est un professionnel qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* ».

Il met en œuvre des actions de prévention, d'évaluation, de rééducation, de réadaptation et d'éducation dans le but de maintenir ou restaurer l'indépendance et l'autonomie de la personne soignée dans ses activités de la vie quotidienne.

Il agit auprès de personnes de tous âges et atteintes de diverses déficiences (physiques, psychiques, sensorielles ou cognitives).

Il prend pour cela en compte le patient dans sa globalité, s'intéressant à ses situations de handicap, ses habitudes de vie, son environnement et ses projets.

3.2 Ergothérapeute en psychiatrie

En ergothérapie, la relation entre le thérapeute et le patient est dite médiatisée. Elle ne s'établit pas de façon directe entre les 2 mais par l'intermédiaire d'un médiateur. Dans l'approche psychodynamique, les activités créatives et projectives seront privilégiées en tant que médiateur.

« *L'ergothérapeute devra en conséquence contribuer à conquérir ou reconquérir un espace-temps relationnel où l'impensé pourra prendre forme* » (Pibarot, 2016, 32)

L'ergothérapeute doit proposer un espace intermédiaire de création qui va pouvoir accueillir le processus de création de la personne schizophrène.

Il s'agit d'une « *aire transitionnelle* », comme l'a introduit D.W Winnicott pour désigner chez le nouveau-né « *l'aire intermédiaire d'expérience qui se situe entre le pouce et l'ours en peluche, entre l'érotisme oral et la véritable relation d'objet, entre l'activité créatrice primaire et la projection de ce qui a déjà été introjecté, entre l'ignorance primaire de la dette et la reconnaissance de celle-ci* ». (Winnicott, 1971, 28-29)

Dans cet aire, se situant entre la vie psychique (le dedans) et le dehors du patient, l'ergothérapeute doit ouvrir, un espace potentiel permettant de faire émerger la créativité et l'expression de soi du patient.

La fonction du cadre thérapeutique est de rendre cet espace stable, contenant et rassurant. L'ergothérapeute est garant de ce cadre qui doit présenter les caractéristiques concernant notamment le lieu, l'horaire, le matériel, les individus présents et le fonctionnement de la rencontre.

Ce cadre doit pouvoir, d'une part, maintenir le patient pour qu'il puisse « *se confirmer dans l'expérience de la vie de relation* » mais il doit également pouvoir accueillir le patient dans sa spécificité et lui permettre de mettre en place son propre processus créatif (Pibarot, 2016, 34).

L'ergothérapeute propose au sujet schizophrène des médiations qui, de par les symboliques de ce qu'elles engagent, permettent une reconstruction psychique du sujet et ainsi une amélioration de la qualité de vie.

La médiation doit donc être choisie en fonction de ce que l'on veut travailler avec le patient, en respectant ce qu'il est capable et ce qu'il accepte de faire.

« Il ne s'agit pas tant de savoir interpréter le sens d'un objet fini, que de permettre aux personnes de découvrir comment des liens s'établissent entre leurs objets internes et les objets externes » (Launois)

Il est alors primordial d'analyser l'activité proposée, sur le plan cognitif, sensoriel, affectif et symbolique afin de pouvoir émettre des hypothèses sur ce qui se joue pour le patient.

Selon l'ergothérapeute Jean-Philippe Guihard, *« le lieu de rencontre privilégié du sujet dit schizophrène est donc avant tout le lien de l'agir, de l'acte et non celui de la parole en tant que mots et phrases faisant sens social. »* (Guihard, 2000)

La communication verbale et les capacités de relation sociale étant défaillantes chez le schizophrène, la mise en place d'une relation thérapeutique par la médiation et la mise en action (physique et psychique) du patient est donc adaptée.

3.3 Les médiations thérapeutiques

Les médiations peuvent être distinguées selon le processus thérapeutique auquel elles correspondent.

« Les caractères spécifiques du médiateur sont responsables d'une modification directe du vécu corporel, au niveau d'un éprouvé, d'une expérience sensorielle immédiatement perçue et en elle-même restructurante » (Gabbai, 2006)

Les médiations expressives : Elles permettent de projeter vers l'extérieur autant ce qui est du conscient que de l'inconscient du sujet.

- Les activités créatives et projectives : Elles permettent l'expression non verbale des affects, émotions et conflits internes. Elles correspondent à des

activités plutôt libres (telles que le dessin, la peinture, le collage etc...) ne nécessitant pas forcément d'apprentissage ou de technique précise, ce qui permet de laisser libre cours à la création. Elles nécessitent un certain lâcher prise, ce qui peut s'avérer compliqué ou inadapté pour des patients trop éparpillés, ayant besoin d'être plus contenus et structurés ou, au contraire, pour des patients inhibés, freinés dans l'idée de devoir puiser dans leur imaginaire. *« Il est possible, par le choix d'un cadre adéquat de favoriser son émergence, mais cela ne peut en aucun cas, être obligatoire »* (Launois)

- Les médiations portant sur l'image du corps : Par exemples le théâtre, les marionnettes, la vidéo. Elles permettent au patient d'expérimenter des situations de façon distancée, en jouant un rôle, de se dévoiler et de se découvrir au travers d'un autre personnage. (Launois)

Les médiations impressives : Elles s'intéressent au passage du dehors vers le dedans, par le biais du ressenti émotionnel et des sens corporels.

- Les médiations corporelles : Telles que les exercices de respiration, l'écoute musicale ou la stimulation olfactive. Elles permettent l'éveil des sens et des émotions en créant un lien avec un vécu personnel. Elles permettent d'avoir une meilleure conscience de son corps et ses sens et de *« retrouver un éprouvé corporel plus riche et un sentiment d'existence plus concret. »*. De nature plutôt passive, elles peuvent être adaptées au patient apragmatique ou aboulique tout en lui permettant de rétablir une activité psychique (Launois).
- Les techniques régressives : Comme l'argile, les jeux d'eau ou la peinture avec les doigts. Ces techniques sensorielles et corporelles, ayant une symbolique liée à l'enfance, permettent de *« favoriser un sentiment de régression »*. *« La régression peut être une possibilité pour le sujet, de rejouer des étapes, des moments de vie, qui n'ont pas été vécus ou normalement élaborés. »* Elles permettent d'aider à une restructuration psychique en réanimant les processus ayant conduit à la souffrance psychique (Launois).

Les activités structurantes : Ce sont des activités telles que la vannerie ou la reproduction d'objet en terre. Elles nécessitent des étapes précises et ne laissent pas ou peu de place à la création. Elles peuvent avoir plusieurs objectifs tels que le travail des fonctions cognitives ou la contenance d'un patient délirant. Elles permettent aussi un ancrage dans la réalité ; le patient devant se confronter à la réalité de la matière, de la technique et de ses contraintes.

Enfin, l'ergothérapeute peut mettre le patient en situations écologiques, c'est-à-dire le mettre en situation dans ses activités de la vie quotidienne dans le but de pouvoir évaluer (par l'observation) les compétences que l'on souhaite améliorer et l'accompagner vers une réinsertion sociale.

3.4 L'ergothérapie et le lien social

« Lorsque pour des raisons psychiques, le patient est mis ou se met à l'écart, l'ergothérapie offre la possibilité, en recréant du lien psychique, de tisser du lien avec l'environnement. » (Pibarot, 2016, 36)

Comme détaillé précédemment, le sujet schizophrène de par ses symptômes se met à l'écart socialement et est souvent victime de stigmatisation et discrimination. La prise en charge en ergothérapie par les différentes médiations décrites plus haut permet d'aider à la reconstruction psychique du patient ce qui lui facilitera la création de lien social.

« Entre la personne et l'autre présence, l'enjeu est celui du lien psychique, puisque c'est là que l'image de soi se constitue. Mais l'enjeu est aussi le lien social puisqu'il donne naissance à la réalité de l'autre. » (Pibarot, Lien psychique et lien social, 2013).

Le lien psychique (de soi à soi) se crée par le lien social (de soi à l'autre) et vice versa. Les médiations proposées par l'ergothérapeute participent à la création du lien social et psychique de façon concomitante par des phénomènes transitionnels. Le travail de l'ergothérapeute sur l'individuation du sujet schizophrénique et sur sa reconstruction psychique permet son inclusion au sein du groupe. L'inclusion de la

personne au sein d'un groupe lui permet de se construire, trouver sa place propre en tant que sujet individuel, notamment par le rôle social qu'elle portera.

Le lien entre la médiation proposée par l'ergothérapeute et la place dans la société commence par l'idée que cette médiation « *permet au sujet d'investir une activité sociale, d'utiliser les objets créés par la société, institués et élaborés par elle* ».

Le principe d'agir et d'utiliser des objets et techniques créés par les autres ayant un sens collectif (« *un marteau est tel parce que la société le pense comme tel* ») pourrait constituer une première étape d'engagement social (Guihard, 2000).

L'étape suivante serait de mettre en lien la personne schizophrène avec d'autres patients dans le cadre d'un atelier de groupe en ergothérapie. De cette façon, les patients peuvent se rencontrer mais toujours par l'intermédiaire d'un médiateur, avec l'ergothérapeute qui garantit un cadre.

Le groupe peut s'établir de différentes façons :

- Etre ensemble : Les patients réalisent des activités en indépendance les uns des autres. Le lien social s'établit par le fait d'être dans un même lieu et un même temps avec une possibilité de faire émerger des interactions.
Si les activités pratiquées sont les mêmes pour tous les patients, cela permet « *la différenciation possible entre eux et les autres personnes* » (Launois, Thérapie de groupe).
- Faire ensemble : Les patients collaborent tous ensemble dans une activité. Cela permet de mettre en place une dynamique de groupe, mettant en jeu des mécanismes d'étayage, de cohésion, de solidarité entre les participants. Ces mécanismes dépendent des interactions produites dans le groupe.
La dynamique de groupe peut permettre à la fois de renforcer le sentiment d'appartenance à un groupe mais également de trouver et d'imposer sa propre identité, sa place dans ce groupe, de permettre la différenciation.
L'analyse des phénomènes issus de la dynamique de groupe par l'ergothérapeute lui permet d'orienter sa gestion selon les objectifs souhaités.

4. La médiation musicale

4.1 La musique

Le Larousse en ligne définit la musique comme étant un « *Art qui permet à l'homme de s'exprimer par l'intermédiaire des sons ; productions de cet art, œuvre musicale.* »

La musique serait donc l'utilisation de son dans le but d'exprimer la sensibilité et les émotions.

Elle peut être considérée comme une forme de communication non verbale qui met en jeu :

- Un émetteur, qui transmet un message via des sons organisés selon un objectif
- Un récepteur, le recevant avec sa propre expérience sensorielle, ses émotions et ses interprétations.

Tout cela dans un contexte et un environnement influençant cette communication.

La musique peut être liée à la notion de communauté : organisation d'un groupe de musique, organisation d'une communauté de fans d'un type musical ou d'un groupe...

La musique peut donc être considérée dans la société comme un outil permettant d'unir des groupes de personnes et de favoriser les échanges et la communication.

4.2 La musicothérapie

La musicothérapie est définie par la Fédération Française de Musicothérapie comme étant :

« une pratique de soin, de relation d'aide, d'accompagnement, de soutien ou de rééducation, utilisant le son et la musique, sous toutes leurs formes, comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation. Elle s'adresse, dans un cadre approprié, à des personnes présentant des souffrances ou des difficultés liées à des troubles psychiques, sensoriels, physiques, neurologiques, ou en difficulté psycho-sociale ou développementale. Elle s'appuie sur les liens

étroits entre les éléments constitutifs de la musique, l'histoire du sujet, les interactions entre la/les personne(s) et le musicothérapeute. »

La musicothérapeute québécoise Hélène Century ajoute à cela : *« Il s'agit d'un processus relationnel, donc mouvant et flexible, entre trois pôles : le client, le thérapeute, la musique. Le rôle polymorphe de la musique (cothérapeute, espace de jeu, aire transitionnelle, moyen de la cure, objet de la cure, résultat de la cure, etc.) est au centre de la définition de la musicothérapie. »*

La musicothérapie est donc une thérapie, utilisant la musique comme objet transitionnel entre le patient et le thérapeute dans le but d'améliorer la qualité de vie du sujet malade. Elle peut se pratiquer en séance de groupe ou individuelle.

On distingue notamment deux méthodes de musicothérapie :

- **La musicothérapie réceptive** : Il s'agit de l'écoute musicale. Elle peut être utilisée seule ou associée à la pratique d'une autre activité (dessin, danse). Elle peut, par la suite, servir de support d'échange entre le thérapeute et le patient.
- **La musicothérapie active** : Elle désigne le processus de production musicale. Il s'agit là d'improviser, de créer ou de réutiliser des chansons déjà existantes. Différents supports peuvent être utilisés comme des instruments de musiques habituels mais il est aussi possible de se servir des sons provoqués par d'autres objets ou de son corps. Il n'est pas nécessaire pour le patient d'avoir une certaine technique ou maîtrise de la création musicale. Il s'agit là surtout de travailler sur l'expression via les rythmes et les sonorités.

Lors d'une séance de musicothérapie, il est possible d'utiliser les deux approches. Cela peut se faire simultanément ou en décomposant la séance en plusieurs temps.

« Le musicothérapeute est un professionnel de santé. Il peut être issu des secteurs sanitaire, social, psychologique, socio-éducatif, des sciences humaines, des

sciences musicologiques, de la pratique artistique et du spectacle, de l'enseignement musical ou de la psychopédagogie. Il a des connaissances confirmées dans le domaine musical, une pratique musicale régulière et des capacités d'improvisations instrumentales et/ou vocales. » (Référentiel de métier Musicothérapeute, 2016)

C'est donc à la fois un professionnel de la musique et un professionnel de santé ayant suivi une formation de musicothérapie.

4.3 Musique et Ergothérapie

La musique peut être utilisée par l'ergothérapeute en tant que médiateur selon différentes approches.

L'écoute musicale peut être utilisée en tant que médiation impulsive comme définie précédemment. Elle a une fonction de stimulation des sens et permet d'explorer les ressentis corporels et émotionnels et la mise en lien avec son vécu. Elle peut être utilisée comme une activité en elle-même ou être associée à une autre activité pour stimuler la créativité ou favoriser les interactions par exemple. Elle peut également calmer les angoisses ou atténuer les hallucinations auditives. Elle peut aussi être utilisée comme préparation à une activité, comme le ferait un temps de relaxation par exemple.

J'ai pu observer, en accueil de jour pour personnes âgées démentes, l'ergothérapeute utiliser l'écoute musicale avant la mise en œuvre de son activité afin de mettre les patients en condition de plaisir et d'apaisement et de favoriser leur ouverture aux autres et les interactions.

La production musicale peut être considérée comme une médiation créative projective. Elle permet une forme de communication non verbale et favorise l'expression et la découverte de soi. Elle permet également la mise en mouvement du corps et la stimulation sensorielle.

Elle peut favoriser les interactions notamment lors de séances de groupe.

La pratique de la musicothérapie nécessite d'avoir suivi une formation délivrant un diplôme et des compétences spécifiques. L'ergothérapeute peut pratiquer la

musicothérapie ou travailler en collaboration avec un musicothérapeute. Autrement, on dit qu'il utilise des techniques psychomusicales.

5. Hypothèse

La schizophrénie est une psychose ayant pour cause fréquente la rupture du lien social et l'isolement, de par les symptômes même de la maladie incluant un repli sur soi et une désorganisation psychique, et de par la stigmatisation et la discrimination fréquente que les personnes schizophrènes subissent dans la société.

L'ergothérapeute peut aider à lutter contre l'isolement, en travaillant sur la restructuration psychique du patient par le biais de médiations servant de support à la relation thérapeutique et permettant l'expression de soi. Il peut mettre en œuvre des ateliers permettant la mise en place de processus de dynamique de groupe.

La musique peut être utilisée par l'ergothérapeute en tant que médiation projective permettant de s'exprimer de façon créative et non verbale ou en tant que support de stimulation émotionnelle.

Ma problématique étant je le rappelle : En quoi l'utilisation de la médiation musique en ergothérapie peut-elle favoriser le lien social de patients adultes schizophrènes ?

Je pose l'hypothèse, d'après les concepts développés précédemment que :

L'ergothérapeute, par la mise en place d'un atelier musical en groupe, favorise le maintien du lien social chez les personnes schizophrènes, en travaillant sur l'expression de soi à travers une dynamique de groupe.

III] Cadre expérimental

1. Méthodologie de l'enquête

1.1 Objectifs de l'enquête

Pour pouvoir répondre à la problématique, et plus particulièrement valider ou invalider cette hypothèse, j'ai déterminé des objectifs d'enquête. Ces objectifs définiront la population cible et l'outil que j'utiliserai pour mener mon enquête. (GRAWITZ, 2000)

- 1) Identifier comment les ateliers musicaux auprès de patients schizophrènes sont mis en place par les ergothérapeutes.

→ Critère d'évaluation :

- Présence de vocabulaire faisant référence au cadre, outils et moyens mobilisés par l'ergothérapeute.

- 2) Déterminer les mécanismes de dynamique de groupe mis en jeu et travaillés par les ergothérapeutes dans ces ateliers.

→ Critère d'évaluation :

- Présence de vocabulaire en lien avec les mécanismes de dynamique de groupe.

- 3) Déterminer les effets de cette médiation sur l'expression des émotions.

→ Critère d'évaluation :

- Objectifs thérapeutiques posés par l'ergothérapeute en lien avec l'expression et les émotions.
- Observations et évaluations de l'ergothérapeute des effets de cette médiation sur les émotions.

- 4) Déterminer en quoi ce travail permet de favoriser le lien social chez les patients schizophrènes.

→ Critères d'évaluation :

- Objectifs posés par l'ergothérapeute concernant le lien social.
- Améliorations évaluées par l'ergothérapeute sur le lien social des patients.

1.2 Population

Pour répondre à ces objectifs, je souhaite interroger des ergothérapeutes qui ont mis en place ce type d'ateliers musicaux en groupe auprès de patients schizophrènes.

Au vu du niveau d'attente concernant cette enquête, l'échantillon interrogé sera caractéristique mais non représentatif de la population étudiée. J'ai souhaité interroger entre 3 et 6 ergothérapeutes concernés. Le minimum de 3 ergothérapeutes me permettrait d'avoir suffisamment de données à analyser et comparer entre elles et à confronter avec la théorie. Cet outil nécessitant beaucoup de temps (recherche individuelle d'ergothérapeutes correspondant aux critères et acceptant l'entretien, passation des entretiens puis retranscription et analyse des données) je souhaite me limiter à 6 ergothérapeutes afin de rester efficace. (VANCAMPENHOUDT, MARQUET, & QUIVY, 2017)

Critères d'inclusion :

- Ergothérapeutes accompagnant des personnes schizophrènes
- Mettant ou ayant mis en place un atelier musical en groupe avec ces patients
- Expérience significative avec plusieurs patients schizophrènes ayant participé à cet atelier afin d'avoir déjà un retour d'évaluation de la médiation sur du long terme.

Du fait de la nature des objectifs et du nombre limité d'ergothérapeutes pratiquant cette médiation, je reste ouverte à interroger des sujets ayant une pratique diversifiée (improvisation ou non, collaboration avec d'autres professionnels de santé ou non, atelier d'écoute musicale ou de production musicale, etc...).

Ces différences pourront être décrites et exploitées lors de l'analyse et la discussion des résultats.

1.3 Outil d'investigation

Je souhaite utiliser **l'entretien** comme outil afin d'interroger les ergothérapeutes sélectionnés pour mon étude. Il s'agit d'un outil qualitatif qui permet le développement de réponses ouvertes et laisse place à l'expérience de la personne interviewée. (BLANCHET & GOTMAN, 1992)

L'entretien me permettrait donc de découvrir et comprendre comment la médiation est mise en place, le sens que l'ergothérapeute lui accorde et quel est son impact selon son point de vue et son expérience. Cela me permettrait d'avoir des récits détaillés de cas concrets de patients.

Il permet, de plus, d'étudier une population plutôt restreinte (contrairement à un questionnaire) ce qui est adapté à mon étude comme expliqué précédemment. (BLANCHET & GOTMAN, 1992)

Les entretiens seraient individuels et semi-directifs. Cela permet de laisser la personne interrogée s'exprimer librement tout en orientant la discussion sur les thématiques voulues pour atteindre des objectifs fixés. (COMBESSIE, 2007)

La construction de l'entretien implique l'élaboration d'un guide d'entretien avec notamment les questions à poser en lien avec les objectifs de l'enquête.

Lors de mes entretiens, je souhaite notamment aborder :

- L'expérience professionnelle de l'ergothérapeute
- La mise en place des ateliers (cadre, outils, point de vue...)
- Le rapport au lien social

Des questions et thématiques peuvent être ajoutées au cours de l'entretien selon le déroulé si cela est pertinent vis-à-vis des objectifs de l'enquête (COMBESSIE, 2007).

Je pense à enregistrer mes entretiens par dictaphone (en ayant au préalable demandé l'accord des personnes interrogées) tout en prenant des notes. L'enregistrement me permettra de récolter toutes les données échangées lors de l'entretien et le plus fidèlement possible, sans oubli ni reformulation. La prise de note

sera utile pour relever ce qui est de l'ordre du non verbal comme la gestuelle ou les expressions faciales.

Les entretiens seront ensuite retranscrits puis analysés.

Un guide d'entretien a été au préalable réalisé et testé auprès de ma maîtresse de mémoire. Je l'ai également fait relire par des étudiants ergothérapeutes afin de m'assurer de la bonne compréhension de mes questions.

1.4 Guide d'entretien

Expérience générale en tant qu'ergothérapeute

- Depuis combien de temps travaillez-vous en tant qu'ergothérapeute ?
- Dans quelles structures travaillez-vous/Avez-vous travaillé ?
- Si expérience dans d'autres domaines, depuis combien de temps travaillez-vous en psychiatrie ?
- Utilisez-vous un modèle conceptuel/une approche particulière ?
- Quel est le rôle selon vous de l'ergothérapeute en psychiatrie ?

Ces questions ont pour objectifs de connaître le profil des ergothérapeutes interrogés, notamment leur expérience avec la psychiatrie et leur façon de penser et pratiquer leur profession.

Expérience avec la médiation musique

- Comment utilisez-vous cette médiation au sein de vos ateliers d'ergothérapie ?

Cette question a pour but de répondre à mon premier objectif d'enquête. La question reste large afin de me permettre de recueillir des éléments de réponses spontanés. Les questions de relance suivantes pourront être posées si besoin afin d'aborder les items qui me semblent nécessaires :

- Pouvez-vous me décrire le déroulement d'une séance ?

- Le groupe est-il ouvert ou fermé ? Comment sont formés les groupes de patients qui y participent ?
- Quel matériel et quel(s) type(s) de musique utilisez-vous ?
- Quels sont les objectifs de ces activités ?
- Si collaboration avec d'autres professionnels, quelle est la spécificité de l'ergothérapeute sur cette activité ?

Apports de cette médiation

- Comment évaluez-vous l'apport de ces activités sur vos patients ?
- Quelles observations et évaluations sur l'évolution des patients avez-vous pu constater ?

Ces questions ont pour but de répondre à mes 3 derniers objectifs d'enquête. La question des apports de cette médiation est dans un premier temps large afin de ne pas influencer les interrogés. Les questions suivantes pourront être posées dans un second temps afin d'aborder les thématiques de mes objectifs d'enquête :

- Percevez-vous une spécificité de cette médiation sur la dynamique de groupe (par rapport à une autre médiation) ?
- Avez-vous observé un apport de cette médiation sur la socialisation des patients ?

Ce guide a pour but de me servir de fil conducteur et me permettre d'orienter l'entretien en vue de mes objectifs d'enquête. Les questions sont d'abord larges et ouvertes afin d'accueillir le discours subjectif de l'ergothérapeute et se précisent, si besoin, pour pointer les thématiques de ma recherche. L'ordre des questions et leur formulation restent à titre indicatif et peuvent être différents selon le déroulé de l'entretien.

2. Présentation et analyse des résultats

Trois ergothérapeutes correspondant à mes critères ont accepté de m'accorder un entretien. En raison des conditions sanitaires, ces entretiens se sont déroulés par téléphone.

J'ai choisi de présenter les résultats en les rassemblant sous les thèmes principaux de mon enquête :

- Présentations des ergothérapeutes interrogés
- Le rôle de l'ergothérapeute en psychiatrie
- L'utilisation de la médiation musicale
- Les objectifs de cette médiation
- Les apports de cette médiation

2.1 Présentation des ergothérapeutes interrogés

L'ergothérapeute 1 (E1) est diplômée en ergothérapie depuis 15 ans et a toujours travaillé en psychiatrie. Elle a commencé avec une population adolescente en intra hospitalier et en hôpital de jour. Elle travaille actuellement en intra hospitalier en psychiatrie adulte.

Elle dit avoir une approche plutôt analytique, « *centrée sur l'humain* ».

Elle est musicienne pour son loisir. Elle a suivi des « *formations ponctuelles en deux temps sur la musicothérapie et l'écoute musicale dans le cadre de la psychiatrie* »

La retranscription intégrale de cet entretien se trouve en annexe 3.

L'ergothérapeute 2 (E2) travaille en tant qu'ergothérapeute depuis 38 ans. Elle travaille actuellement en intra hospitalier en psychiatrie adulte et y a toujours travaillé.

Elle dit ne pas suivre une approche ou un modèle particulier mais faire « *au feeling* » et « *s'adapter à chaque fois à la personne* ».

Elle n'est pas musicienne et n'a pas suivi de formation particulière de techniques musicales.

L'ergothérapeute 3 (E3) est diplômée en ergothérapie depuis 15 ans. Elle a, par le passé, travaillé en intra hospitalier psychiatrie adulte et travaille actuellement avec la même population en hôpital de jour.

Elle dit suivre une approche centrée psychodynamique.

Elle est musicothérapeute. Elle est musicienne et a une certification de formation en musicothérapie depuis 5 ans.

2.2 Le rôle de l'ergothérapeute en psychiatrie

E1	<p>« En tant qu'ergothérapeute, proposer une activité quelle qu'elle soit permet à la personne d'explorer un aspect de soi en dehors de ce qui les amène à l'hôpital. C'est-à-dire que ce soit les idées suicidaires, que ce soit les idées délirantes tout ça. Ça permet d'être un peu à côté sans forcément les occulter parce que ça s'exprime forcément d'une manière ou d'une autre mais permettre à la personne de se rendre compte qu'il n'y a pas que les soucis, les choses négatives. Il y a du bon qui peut sortir à travers les activités, que ce soit une activité de création, ou juste ressentir du plaisir en écoutant de la musique par exemple. Et au travers ça, être dans une relation à l'autre que ce soit en individuel ou en groupe, être dans une relation à l'autre à travers une activité qui va permettre peut-être d'apaiser, de se sentir bien, de se sentir en confiance. »</p>
E2	<p>« Le rôle de l'ergothérapeute en psychiatrie je crois que c'est de permettre aux patients qui sont, enfin du moins en intra, qui sont relativement passifs dans les unités d'hospitalisation, d'avoir un lieu où ils vont pouvoir agir par eux même, retrouver une certaine présence. Et en plus créer un lien quand même, quelque chose qui est... c'est vrai qu'on a une relation quand même privilégiée, de par les médiations, les activités, avec les patients. Avec ce lien en fait on peut arriver à avoir des choses qu'ils ne disent pas forcément dans les services, leur comportement est complètement différent, en général. »</p>
E3	<p>« On travaille principalement sur l'agir. C'est un temps particulier où on permet au patient d'être actif, et de reprendre contact avec la réalité. C'est aussi la médiation qui nous permet de faire du lien entre thérapeute et patient et lui permette de s'exprimer et d'explorer ses ressentis dans un cadre rassurant et apaisant. »</p>

Tableau 1 Le rôle de l'ergothérapeute en psychiatrie

En ce qui concerne le rôle de l'ergothérapeute en psychiatrie, les trois personnes interrogées ont des visions qui se rejoignent. Trois grandes notions ont pu être dégagées de mes entretiens :

- ➔ **La relation** : Les activités proposées en ergothérapie permettent de faire du lien avec la réalité, avec l'environnement, et de mettre le patient en relation avec autrui, que ce soit la relation avec d'autres patients ou avec le thérapeute. Comme le disait E2, en intra-hospitalier, l'atelier d'ergothérapie amène un cadre différent du service ce qui favorise cette « relation privilégiée ».
- ➔ **Mettre le patient en action** : L'atelier d'ergothérapie est un lieu qui permet au patient de se mettre en activité psychique et physique. L'engagement dans une activité fait partie du processus de reconstruction psychique et permet l'ancrage dans la réalité. L'activité peut notamment permettre au patient d'explorer ses ressentis et de les exprimer à sa façon.
- ➔ **Le plaisir** : La notion de plaisir en séance d'ergothérapie est définie tant comme un moyen qu'un objectif en soi. Les activités et la relation avec l'ergothérapeute doivent pouvoir permettre un apaisement des souffrances, de passer un moment agréable et permettre d'évacuer, le temps d'une séance, les préoccupations liées à l'hospitalisation. Comme le disait E1, voir qu'il n'y a pas que les choses négatives et prendre conscience du plaisir que la personne peut ressentir en s'investissant dans une activité. C'est le cadre et la posture de l'ergothérapeute qui doivent être « rassurant et apaisant » comme dit E3, afin de favoriser ce plaisir, qui peut ensuite perdurer et se répercuter en dehors des séances d'ergothérapie.

2.3 L'utilisation de la médiation musique

	E1	E2	E3
Déroulement	<p>Ecoute musicale en groupe / Ecoute musicale et production musicale en individuel.</p> <p>« On passait de la musique pendant environ une demi-heure puis le but était de verbaliser ce qui avait émergé pendant l'écoute »</p> <p>« Pour ce groupe là c'était moi qui choisissais [la musique] »</p> <p>« Pour les groupes que j'ai proposé avec les psychologues c'était à tour de rôle chacun faisait une sélection musicale »</p> <p>« Quand on proposait la musique avec les psychologues, c'était différent qu'avec l'autre formule. C'est-à-dire qu'un morceau était écouté, et après on échangeait entre nous de tout ce que ça avait pu amener comme image, ressenti, émotions »</p>	<p>Production musicale en groupe</p> <p>« On prenait le temps pour se dire bonjour, voir comment chacun allait. »</p> <p>« Il y avait des exercices qu'on faisait avec la voix. C'était des sons en fait, on pouvait positionner différemment la voix. Ça pouvait être sous forme de rythmes aussi et là on pouvait utiliser les mains, les pieds, enfin bon voilà le corps en général. Et ensuite, alors ça pouvait être un par un, ça pouvait être ensemble. Après on avait des instruments de musiques »</p> <p>« il y avait quelques consignes au départ pour trouver un rythme. Donc chacun pouvait donner un rythme et puis après il y avait aussi cette construction où on faisait ensemble. »</p>	<p>Un groupe de « musicothérapie réceptive » et un groupe de « musicothérapie active »</p> <p>Pour la musicothérapie réceptive : « Une première partie avec de la musique de relaxation »</p> <p>« Après chacun son tour propose une chanson sur un thème définis la semaine précédente »</p> <p>« Un temps d'échange à la fin sur les ressentis »</p> <p>« On choisit ensemble le thème de la prochaine fois »</p> <p>Pour la musicothérapie active : « Chacun choisit son instrument puis on improvise ensemble »</p> <p>« Plusieurs improvisations sur différents thèmes »</p> <p>« A la fin chacun choisit et exprime un mot pour définir son la séance »</p>

Périodicité	Variée selon le groupe/le patient	Une fois par semaine	Une fois par semaine pour chacun des groupes.
Intervenants	L'ergothérapeute en binôme avec une psychologue ou une psychomotricienne.	L'ergothérapeute en binôme avec un aide-soignant formé à musicothérapie.	L'ergothérapeute seule
Matériel/ Environnement	Dans la salle d'activité en ergothérapie. « Les patients pouvaient s'installer comme ils voulaient et même se coucher sur les coussins, avec les couvertures etc.. » « Musique classique » et « Musique moderne »	« En rond, assis » Avec des instruments de percussions	Dans la salle de musique. Tout le monde est « assis en cercle » Avec des instruments de percussions et « toutes sortes d'objets faisant des bruits différents »
Patients	« L'idée c'est que si un patient on lui propose le groupe une fois et il y trouve quelque chose d'agréable, que ça lui plait, la prochaine fois on va le lui re-proposer, le temps de l'hospitalisation. Mais bon le groupe peut varier d'une séance sur l'autre parce qu'il y a des patients qui viennent et d'autres qui sortent. » Patients « un minimum stabilisé » et « qui puisse sortir du service »	« Un groupe de patients hospitalisés en intra et des patients qui étaient sur l'extra en CMP et CATTP » « des patients dont on jugeait en équipe que ça pouvait être bien pour eux d'avoir cette activité » « des patients qui n'avaient pas forcément de connaissance en musique »	« Groupe fermé avec toujours les mêmes patients » « Proposé aux patients selon leur disponibilité, s'ils n'ont pas déjà un autre atelier à ce créneau. Et si ils ont envie d'y participer »

Tableau 2 L'utilisation de la médiation musicale

La médiation est proposée par les ergothérapeutes sous différentes formes.

E1 propose l'écoute musicale en groupe, E2 propose de la production musicale et E3 propose de la musicothérapie active et passive dans deux groupes différents.

Les ateliers proposés par E3 suivent toujours les mêmes étapes :

- ➔ En musicothérapie passive : l'ergothérapeute propose de la musique de relaxation. Ensuite chacun des patients proposent une musique sur un thème défini à l'avance. Un temps d'échange clôture la séance ;
- ➔ En musicothérapie active : Il y a tout d'abord le choix de chaque patient d'un instrument de musique puis des improvisations sur différents thèmes. Chacun exprime son ressenti en un mot à la fin.

Les activités proposées par E2 pouvaient changer d'une séance à l'autre. Le matériel utilisé pouvait varier (instruments, corps, voix), la construction musicale pouvait se faire ensemble, ou chacun son tour etc...

E1 proposait deux types de groupe : Avec la psychomotricienne, l'ergothérapeute passait une sélection de musique pendant 30 min et un temps d'échange se faisait à la fin. Avec la psychologue, il y avait un temps d'échange à la fin de chaque morceau écouté.

Dans tous les cas, on note une importance de la communication et de l'échange durant ces ateliers. Que ce soit l'expression non verbale avec les ateliers de E2, ou des moments formels d'échange verbal avec E1 et E2. Ce temps est important afin que le patient puisse s'exprimer sur ce que la musique et la séance lui a fait ressentir. Les patients y sont libres de partager ce qu'ils veulent (images, émotions, souvenirs). L'utilisation de la musique comme support ainsi que la prise de parole de chacun peut aider certains patients à débloquent des mots qui, en d'autres contextes, auraient été difficiles à exprimer.

En ce qui concerne les patients, E3, travaillant en hôpital de jour, peut former un groupe constant de patients sur du long terme. Certains patients participent aux deux ateliers proposés si c'est possible et jugé pertinent pour leur prise en charge. Ce

groupe constant est nécessaire à la création d'un cadre stable et à la mise en place d'une relation de confiance dans le groupe qui fera évoluer sa dynamique.

Il est plus difficile pour E2 et E1 d'avoir ce même groupe constant car en intra-hospitalier les temps d'hospitalisation sont plus courts et plus fluctuants d'un patient à un autre.

Il y a tout de même cette volonté de garder un maximum une base stable. E2, pour cela, mélange son groupe de patients hospitalisés en Intra hospitalier avec un groupe de patients du CATTP. Cela permet également de faire du lien avec l'extérieur de l'hôpital.

E1 propose ses ateliers aux mêmes patients d'une séance à l'autre, mais les changements restent, malgré elle, fréquents.

Les trois ergothérapeutes proposent leurs ateliers à un éventail large et différent de patients. Certains patients sont musiciens, d'autres amateurs de musique, ou encore d'autres n'avaient pas d'intérêt particulier pour la musique avant de débiter les ateliers. L'important étant que les objectifs de ces ateliers soient cohérents face aux projets thérapeutiques personnels de chaque patient et que ceux-ci soient volontaires et réceptifs à cette médiation.

Dans chacun des ateliers, les patients sont fortement impliqués dans le déroulement des séances (choix des instruments de musique, choix des thèmes, choix des musiques, choix de la façon de s'installer...).

En ce qui concerne le cadre spatial, E1 a fait le choix de favoriser un environnement apaisant et confortable, en proposant aux patients de se placer comme ils le souhaitent, de s'asseoir, s'allonger, d'utiliser des coussins etc...

E2 et E3 ont un cadre plus formel et contenant en proposant aux patients de s'asseoir sur des chaises, en cercle.

Enfin, E3 est la seule ergothérapeute à animer son atelier seule.

E2 est en binôme avec un aide-soignant musicothérapeute qui apporte au groupe son savoir et sa technique en termes de musicothérapie.

E1 propose un atelier avec une psychologue et un autre avec une psychomotricienne.

Cette co-thérapie permet d'une part de proposer aux patients des postures différentes et d'autre part d'avoir des observations différentes d'un patient sur une même activité. Cette différence d'observation vient non seulement de la spécificité du métier de chacun mais également de la connaissance que chacun peut avoir du patient du fait des prises en charge individuelles. Ce regard croisé permet d'enrichir la compréhension du patient et de construire une réflexion complémentaire et collaborative appuyée sur les compétences de chacun.

Cela rend aussi le cadre de l'atelier plus contenant et rassurant.

De nombreuses différences de cadre et d'utilisation de la médiation musique sont notées entre les trois ergothérapeutes. Elles s'expliquent par les contraintes institutionnelles, par les différences de techniques et formations de chacune et également par la vision et les objectifs accordées par chacune à ses ateliers.

2.4 Les objectifs des ateliers musique

E1	<p>« avec la psychomotricienne, c'était à visé d'apaisement »</p> <p>« le but était de verbaliser ce qui avait émergé pendant l'écoute, que ce soit au niveau du ressenti corporel mais aussi au niveau des sensations, des images, des souvenirs, des émotions.. »</p> <p>« l'idée ce n'est pas que de la détente mais que quelque chose émerge. Ce n'est pas juste de la musique pour écouter et que l'on oublie mais que ça fasse vivre quelque chose à la personne. »</p> <p>« évoquer soi-même ce qu'on a pu ressentir avec ces morceaux inconnus, inédits. »</p> <p>« être à l'écoute de ses ressentis. »</p> <p>« passer par cette médiation-là permettait un tant soit peu de se dégager du faire à l'atelier, où on est dans le gestuel, la technique [...] Alors qu'avec la musique ça permet d'accéder à l'expression de soi peut être plus authentique et puis voilà la musique touche forcément à l'intérieur. Ça touche à l'émotionnel la musique »</p> <p>« En groupe, au-delà du fait d'aller proposer quelque chose autour de l'émotionnel et l'affectif il y aussi de voir comment en groupe les échanges peuvent se faire ou pas »</p> <p>« On tient compte en groupe de la dynamique de groupe. »</p>
E2	<p>« c'était faire partie d'un groupe, trouver une place dans un groupe. »</p> <p>« avoir ce ressenti, stimuler un peu toute la sensibilité que l'on peut avoir par rapport à l'écoute, au niveau de l'oreille, au niveau des vibrations [...] Le toucher, avec les mains, le regard sur l'autre, parce que on peut faire ensemble. Parce ce que des fois il faut être ensemble, il faut vraiment faire attention à l'autre. Et puis je dirais aussi la communication. »</p> <p>« créer, renforcer le lien en fait dans une autre situation, et de pouvoir après retravailler dans l'atelier enfin dans d'autres activités en ergothérapie. »</p>
E3	<p>« Mettre en place une dynamique de groupe »</p> <p>« Mise en place progressive d'une relation de confiance avec les autres patients et favoriser les échanges entre eux »</p> <p>« Garder ce lien en dehors des séances »</p> <p>«Mettre en place un lieu d'expression non verbale et favoriser la communication»</p> <p>« Permet l'évocation de souvenirs et d'émotions propres à chacun par le biais de la musique »</p>

Tableau 3 Les objectifs des ateliers musique

D'après mes entretiens, les ergothérapeutes posent comme objectif principal la prise de conscience de soi, sous différentes formes. Par exemple l'utilisation du corps avec E2, stimuler la sensibilité et les différents sens (l'ouïe, le toucher...), explorer ses ressentis (émotionnels et corporels), ses souvenirs, permettre l'expression de soi.

D'après E1, l'objectif est de faire « vivre quelque chose » à travers la musique et pouvoir ensuite l'exprimer.

Contrairement à d'autres activités souvent proposées en ergothérapie, la musique, notamment par l'écoute musicale permet de se « dégager de la technique et la gestuelle ».

Enfin, les trois ergothérapeutes insistent sur la notion de communication et de dynamique de groupe.

Les temps d'échanges doivent permettre également de créer un lien particulier dans le groupe, qui évolue au fur et à mesure des séances.

La production musicale permet une forme d'expression non verbale et permet de faire du lien aux autres avec une production commune. L'objectif est que chacun trouve sa place dans le groupe tout en étant attentif à l'autre.

E1 accorde aussi de l'importance à l'objectif de l'apaisement et du bien-être, utilisant la musique comme support de relaxation et en adaptant son cadre pour favoriser un environnement de détente.

2.5 Les apports de la médiation musique

	Méthodes d'évaluations	Apports constatés
E1	<p>« Ce sont des évaluations à la longue. Je sais que quand je fais des groupes on avait toujours un temps de post groupe où on prenait des notes sur nos observations et puis on voyait de séances en séances »</p>	<p>« Un patient par exemple très replié sur lui qui petit à petit va évoquer des choses très riches et très étonnantes »</p> <p>« En général quand il y a une évolution ça touche les différents domaines de l'hospitalisation. C'est rare qu'un patient s'ouvre uniquement au groupe »</p>
E2	<p>« il y avait l'observation [...] puis après on débriefait avec mon collègue, chacun apportait son ressenti par rapport à la séance, par rapport aux patients »</p>	<p>« je me souviens qu'il y avait une patiente qui était fermée, qui avait du mal à communiquer, et en fait un moment elle a utilisé un instrument, je ne saurais plus dire lequel, mais on sentait vraiment qu'elle communiquait avec cet instrument quoi, qu'il y avait quelque chose qui passait. Parce qu'en fait au lieu d'utiliser des mots, avec les mains tout ça, le rythme, le son de l'instrument au final il y a quelque chose qui passe, qu'on fait entendre de soi. C'est-à-dire que le son va remplacer les mots. »</p> <p>« Ce qu'on pouvait observer c'est qu'ils s'investissaient dans la séance [...] en fait c'était un moment agréable, qui permettait de leur donner le sourire en fait et quand ils en sortaient ils étaient plus détendus »</p> <p>« ça permet de pouvoir aider à débloquer certaines choses »</p> <p>« on avait les patients du CATTP [...] ceux qui étaient en intra ils les retrouvaient et puis au bout d'un moment il y avait un lien qui se créait entre eux. »</p>
E3	<p>« Débriefing avec les patients à la fin de chaque séance »</p>	<p>« Pendant la séance, et au fur et à mesure des séances, une évolution dans les rapports sociaux entre les patients et au niveau de la dynamique de groupe. Une confiance se crée entre eux, ils s'expriment plus et trouvent leur rôle, leur place dans le groupe. »</p>

		<p>« Cette confiance et se développement au niveau des relations sociales et des groupes se ressent aussi dans la vie à l'hôpital de jour et dans leurs quotidien par la suite, mais c'est du aussi à la prise en charge générale dans la structure, aux différents ateliers auxquels ils participent. Tout se complète »</p> <p>« Ça les fait travailler même en dehors de l'hôpital, parce qu'ils doivent réfléchir à ce qu'ils vont apporter à la prochaine séance, aller chercher un CD, réfléchir au prochain thème. »</p>
--	--	---

Tableau 4 Les apports de la médiation musique

Aucune des ergothérapeutes interrogées ne dit utiliser des évaluations formelles et spécifiques pour constater l'apport des ateliers sur leurs patients.

Les évaluations se basent sur des observations sur du long terme et des débriefings avec les autres intervenants et/ou les patients eux même à la fin des séances.

Les ergothérapeutes évoquent spontanément des expériences similaires de patients repliés sur eux même communiquant peu qui arrivent à s'ouvrir lors des ateliers. Cela se passe soit en utilisant les instruments comme moyen de communication ou en se sentant porter par le groupe et par la musique pour verbaliser les ressentis.

Certains ne s'ouvrent que peu et ne livrent que certains éléments au groupe. Cela permet de faire avancer le projet thérapeutique et d'adapter la prise en charge en individuel et avec les autres soignants.

Pour d'autre, cette ouverture se fait même en dehors du groupe et on constate une amélioration des rapports sociaux dans la vie à l'hôpital et à l'extérieur.

Comme le disait E3, ces améliorations sont à remettre dans le contexte de la prise en charge globale et non pas seulement aux ateliers musique.

E2 évoque également la notion de détente et plaisir qui était perceptible en fin de séance et qui perdurerait par la suite en dehors des ateliers.

Les ergothérapeutes me témoignent d'un développement des échanges et des rapports sociaux dans le groupe et des liens de confiance qui se créent entre les patients.

D'après E2, il s'agit d'une activité qui permet un fort investissement pour la personne sensible à la musique.

En ce qui concerne les ateliers de E3, cette implication se retrouve même en dehors des séances (les patients doivent réfléchir aux prochains thèmes, aux musiques qu'ils veulent apporter, certains doivent aller acheter des CD etc...).

3. Discussion

Rôle de l'ergothérapeute en psychiatrie et approche :

J'ai choisi de ne pas interroger spécifiquement des ergothérapeutes se disant suivre le modèle psychodynamique, tout d'abord car il était compliqué pour moi de restreindre autant ma recherche d'ergothérapeute enclins à répondre à ma demande d'entretien. Je trouvais également cela intéressant et pertinent pour répondre à ma problématique d'avoir un retour d'expérience d'utilisation de la médiation musique selon différents modèles/approches des ergothérapeutes.

Deux des ergothérapeutes interrogées disent ne pas suivre de modèle particulier ce qui s'explique par le fait que ces notions n'étaient pas réellement abordées lors de leurs formations et qu'elles ont développé leur propre façon d'exercer.

J'ai pu constater cependant dans leurs discours que leurs pratiques s'approchent de la vision psychodynamique et rejoignent les concepts développés dans la partie théorique sur le rôle de l'ergothérapeute en psychiatrie, notamment dans l'utilisation de la médiation pour travailler sur la relation et la mise en place d'un espace permettant l'expression de soi, la créativité.

Les ergothérapeutes m'ont apporté, en plus, la notion de plaisir, importante pour l'investissement de l'activité en ergothérapie mais également dans l'investissement des activités au quotidien par la suite.

La vision du rôle de l'ergothérapeute et de l'approche utilisée est intéressante à recueillir afin de comprendre comment et pourquoi les ergothérapeutes mettent en place leur médiation musique et évaluent les apports.

Utilisation de la médiation :

Comme détaillé dans la partie théorique, le cadre est important dans la mise en place d'un atelier en ergothérapie afin de permettre d'accueillir le processus créatif du patient et de rendre la médiation thérapeutique.

Cette importance du cadre se retrouve dans les entretiens menés avec les ergothérapeutes. Chacune témoigne d'un protocole spécifique pour gérer les ateliers (matériel, patients, intervenants, déroulement...) et ces éléments sont associés à des objectifs spécifiques.

Le cadre et, de façon générale, la mise en place des ateliers ne dépendent cependant pas seulement des objectifs et de la méthodologie propre des ergothérapeutes. En effet, ils doivent se contraindre à l'organisation institutionnelle, qui diffère d'un lieu à un autre et qui n'est pas toujours en adéquation avec ce que l'ergothérapeute aurait voulu garantir en théorie.

Au-delà des contraintes institutionnelles, j'ai constaté des différences au niveau des objectifs (par exemple importance de la détente pour E1) qui influent sur les différences de mise en place du cadre.

La médiation musique est également utilisée de façon différente (E1 et E2 utilisent des techniques psychomusicales et E3 de la musicothérapie à proprement parlé), chacune n'ayant pas les mêmes compétences et formations concernant la thérapie par la musique.

Ces différences s'expliquent par le fait que les critères d'inclusions de mon enquête étaient larges afin de justement permettre le retour d'expérience d'ergothérapeutes utilisant la médiation musique de différentes façons.

Je ne peux donc pas émettre de réponse générale à mon premier objectif d'enquête, concernant la mise en place des ateliers musiques, mais seulement des synthèses unique et spécifique pour chaque ergothérapeute. Cependant, une mise en avant des échanges verbaux et non verbaux dans chacun des groupes est constatée.

Objectifs de la médiation :

La musique peut être utilisée en tant que médiation impressionnante et expressive comme le définit l'ergothérapeute Muriel Launois. En effet les objectifs sont :

- De s'intéresser aux effets qu'elle peut procurer sur le corps et les émotions et l'utiliser par la suite comme support d'expression verbale
- D'investir la production musicale comme outil d'expression non verbale.

Les avantages de la musique sont qu'elle est facilement accessible car l'écoute musicale ne nécessite que de pouvoir se poser et écouter. Quant à la production musicale elle ne nécessite pas de techniques ou connaissance particulières (avec le travail notamment des percussions et du rythme) et peut autant être proposée à quelqu'un de novice, qu'à un patient musicien, qui donnera un sens particulier à cette activité.

De plus, la musique est un élément présent de façon générale dans la vie quotidienne, ce qui permet de toucher et d'évoquer plus facilement des choses au patient sur le plan des émotions et des souvenirs.

Elle peut aussi s'utiliser comme outil de détente et bien être ce qui facilite le travail de relation et de reconstruction psychique.

L'utilisation du groupe permet d'utiliser ces apports au sein d'une activité sociale pour travailler sur le lien à l'autre dans une dynamique de faire ensemble. C'est l'ergothérapeute, qui par sa fonction de garant du cadre, va travailler et analyser les mécanismes mis en jeu dans cette dynamique de groupes (prises de parole, rôle de chacun dans l'atelier etc....).

Les apports :

Comme évoqué en introduction, en psychiatrie les évaluations spécifiques et normées restent rares et lorsqu'elles sont utilisées sont difficilement exploitables au vu de la discontinuité de l'état des patients.

Des observations peuvent se faire à la fin de chaque séance pour évaluer l'apport sur le moment, mais sur du long terme cela reste instable et pas toujours significatif. De plus comme le disait E3, l'évolution de l'état du patient est toujours à remettre en contexte de prise en charge globale.

On peut voir l'évolution dans le groupe mais cela reste compliqué d'évaluer l'impact de l'atelier en dehors, que ce soit dans l'hôpital ou en situation de vie quotidienne.

Les ergothérapeutes jugent cependant que les ateliers musique ont un impact effectivement sur la relation sociale dans le groupe et sur la communication grâce à l'expression de soi.

Les bénéfices peuvent être différents selon le contexte institutionnel, notamment en HDJ où ils agissent plus directement sur la vie quotidienne, alors qu'en intra-hospitalier les bénéfices sont plutôt centrés sur le court terme et le contexte de l'hospitalisation.

Limites de l'étude :

Les résultats de mon enquête doivent se confronter à certaines limites :

- L'utilisation du seul outil qu'est l'entretien ne permet pas d'analyser la question sous les différentes formes pertinentes et complémentaires. Il aurait notamment été souhaitable de faire une observation d'un atelier sur plusieurs séances et des entretiens avec des patients auraient également été un plus.
- La population interrogée reste encore faible pour généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population.
- Enfin, la population interrogée est prise dans un large éventail. C'est à la fois bénéfique et limitant. En effet, bien qu'elle apporte des expériences de pratiques multiples, elle ne permet pas d'avoir des points de comparaisons significatifs sur des situations et contextes similaires.

Hypothèse :

Pour rappel, l'hypothèse est la suivante : L'ergothérapeute, par la mise en place d'un atelier musical en groupe, favorise le maintien du lien social chez les personnes schizophrènes, en travaillant sur l'expression de soi à travers une dynamique de groupe.

Dans le cadre de cette étude, j'ai pu démontrer qu'il est intéressant d'utiliser ces ateliers avec des patients atteints de schizophrénie sensibles à la musique et avec une volonté de s'investir dans cette activité.

L'hypothèse est donc partiellement validée. Si les ergothérapeutes et la littérature voient des apports potentiels à l'utilisation de la médiation musique en groupe sur le lien social par le travail de l'expression de soi, il manque des preuves pratiques notamment avec la mise en place d'évaluations formelles et de lien avec la vie quotidienne.

IV] Conclusion

Ce travail de recherche porte sur l'utilisation de la médiation musique auprès de patients schizophrènes.

Je me suis intéressée à la mise en place d'ateliers musique en groupe et leur apports concernant le maintien du lien social chez les patients schizophrènes.

L'enquête que j'ai menée montre des résultats plutôt satisfaisants sur l'amélioration du lien social des patients lors de ces ateliers, notamment grâce à l'importance de l'expression de soi et du cadre permettant un travail spécifique de dynamique de groupe.

La musique est un objet pouvant s'utiliser de multiples façon et permet de stimuler différents aspects de la personne, tels que les sens corporels, les émotions, les souvenirs.. La présence du groupe permet d'extérioriser tout cela via des échanges et de participer à un travail collaboratif qui permet de s'inclure dans une situation sociale et relationnelle

Cependant l'apport dans la vie quotidienne reste encore difficile à évaluer. Les bénéfices des ateliers musique doivent être pris en compte dans une prise en charge ergothérapeutique plus globale, ainsi que la prise en charge pluridisciplinaire.

La musique reste une médiation pouvant être proposée au même titre que d'autres offres en ergothérapie, et doit être testée afin de voir si elle convient ou non aux patients auxquels elle est proposée.

Ce mémoire de fin d'études m'a permis d'enrichir mes connaissances sur la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie et notamment sur le rôle et les méthodes d'analyse et de mise en place des médiations thérapeutiques en général d'une part, et plus spécifiquement de la médiation musique.

J'ai pu constater dans mes recherches que bien que facilement accessible à différents profils de patients, il s'agit d'une médiation utilisée par un nombre restreint d'ergothérapeutes. Elle nécessite des connaissances spécifiques sur la musique de la part du thérapeute qui le met en place.

Il existe d'autres façon d'exploiter la médiation musique que je n'ai pas étudié dans ce mémoire mais qui seraient pertinents vis-à-vis de la problématique. Notamment l'utilisation de la médiation musique en séance individuelles comme le fais l'une des ergothérapeutes interrogées, ou l'investissement de la musique en dehors de séances fermées, comme la production d'un spectacle ouvert au publique, ou l'organisation de sorties culturelles liées à la musique (concerts, expositions..)

Bibliographie

- ANFE. (2019, Février 01). *La profession*. Récupéré sur ANFE: <https://www.anfe.fr/ergotherapie/la-profession>
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité Normale et Pathologique*. Paris: Dunod.
- Bergeret, J. (2004). *Psychologie Pathologique*. Paris: Masson.
- Besançon, G. (1993). Les psychoses - Schizophrénie. Dans G. Besançon, *Manuel de psychopathologie*. Paris: Dunod.
- BIGAND, E. (2012). L'âge d'or des sciences cognitives de la musique. Dans *Musique et cerveau, nouveaux concepts, nouvelles applications*, (pp. 11-18). Sauramps Medical.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Nathan.
- Century, H. (2010). La Musicothérapie. *Le coq héron*, 94-114.
- COMBESSIE, J.-C. (2007). *La méthode en sociologie : L'entretien semi-directif*. La découverte.
- FOHR, A. (2019). Activités et rôles sociaux en santé mentale. Dans *Participation, occupation, et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive* (pp. 171-185).
- Gabbaï, P. (2006). Les médiations thérapeutiques. *Santé mentale*.
- GRAWITZ, M. (2000). *Méthodes des sciences sociales*. Dalloz.
- Guihard, J.-P. (2000, décembre 02). *Ergothérapies et schizophrénies : La mise en acte du sujet*. Récupéré sur <https://www.jp.guihard.net/spip.php?article42>
- Hernandez, H. (2016). Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie: De la souffrance psychique à la réadaptation*. De Boeck supérieur.
- INSERM. (2014, Octobre 01). *Schizophrénie*. Récupéré sur INSERM: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrénie>

- Kapsambelis, V. (2012). Chapitre 27. Schizophrénies de la période d'état. Dans V. Kapsambelis, *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* (pp. 475-496). Paris: Presses Universitaires de France.
- Launois, M. (s.d.). *Médiation expressives*. Récupéré sur Ergopsy: <http://www.ergopsy.com/mediations-expressives-a403.html>
- Launois, M. (s.d.). *Thérapie de groupe*. Récupéré sur Ergopsy: <http://ergopsy.com/therapie-de-groupe-a394.html>
- Iecourt, E. (2011). Le son et la musique, intrusion ou médiation ? Dans A. Brun, *Les médiations thérapeutiques* (pp. 117-133). Toulouse: Eres.
- LEMARQUIS, P. (2009). *Sérénade pour un cerveau musicien*. Odile Jacob.
- Lemperière, T. (1989). Les syndrômes Schizophréniques. Dans A. F. Thérèse Lemperière, *Psychiatrie de l'adulte*. Paris: Masson.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). Le cadre de référence psychodynamique ou modèle psychodynamique. Dans M.-C. Morel-Bracq, *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (pp. 206-211). De Boeck Supérieur.
- MORGAN, K., BARTROP, R., TELFER, J., & TENANT, C. (2011). A controlled trial investigating the effect of music therapy during an acute psychotic episode. *Acta psychiatr Scand*.
- Musique*. (s.d.). Récupéré sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/musique/53415#definition>
- OMS. (2019, Octobre 04). *Schizophrénie*. Consulté le Decembre 2019, sur OMS: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Paugam, S. (2018). Introduction. Dans S. Paugam, *Le lien Social* (pp. 3-6). Paris: Presses Universitaires de France.
- Pibarot, I. (2013). Lien psychique et lien social. Dans I. Pibarot, *Une Ergologie* (p. 113). Paris: de Boeck Solal.

- Pibarot, I. (2016). Activité thérapeutique et ergothérapie. Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie: De la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 27-36). Paris: de Boeck supérieur.
- PLATZ, F. (2007). *Quelles bases conceptuelles pour l'évaluation en psychiatrie ? Quand l'ergothérapeute évalue (est "value" ?)*. Récupéré sur <http://www.jp.guihard.net/spip.php?article41>
- Référentiel de métier Musicothérapeute*. (2016, Avril). Récupéré sur Fédération Française de Musicothérapie: https://www.musicotherapie-federationfrancaise.com/wp-content/uploads/2018/02/R%C3%A9f%C3%A9rentiel_M%C3%A9tier_Musicoth%C3%A9rapeute.pdf
- VANCAMPENHOUDT, L., MARQUET, J., & QUIVY, R. (2017). *Manuel de Recherche en sciences sociales 5ème édition*. Dunod.
- VIDAL. (2018). *SCHIZOPHRÉNIE ET AUTRES PSYCHOSES*. Récupéré sur VIDAL: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophrenie-psychooses.html>
- Winnicott, D. (1971). *Jeu et réalité*. Gallimard.

Annexes

Annexe 1 : Projet de médiation musique	I
Annexe 2 : Critères diagnostic du DSM-V de la schizophrénie III	
Annexe 3 : Retranscription d'entretien ergothérapeute 1	V

Annexe 1 : Projet de médiation musicale

La médiation musicale peut être proposée selon deux axes :

- L'écoute musicale
- La création rythmique et / ou musicale.

Dans les deux cas, je ne proposerai, dans un premier temps, que des suivis en individuel.

Les séances auront lieu dans la grande salle d'activités.

1. L'écoute musicale.

Après un premier contact avec la personne afin de définir son univers musical et sonore, je proposerai des séances de 45 minutes. Pour écouter la musique, la personne pourra s'installer à son aise, soit assise, soit allongée, l'essentiel étant de se trouver dans une position confortable pour accueillir le son.

Il y a différentes façons de proposer l'écoute musicale :

- soit morceau par morceau
- soit par groupe de deux morceaux, avec l'idée de contraste, amenant à exprimer une préférence, un choix.

Dans les deux cas, la musique est le support pour des échanges entre le thérapeute et le patient, sous forme de discussion, d'écriture ou de dessin.

Les objectifs sont nombreux et divers :

- détente, apaisement, plaisir.
- être attentif aux ressentis, tant corporels qu'émotionnels.
- verbaliser, exprimer ses impressions.
- se positionner quant à ses goûts, ses préférences.
- élaborer, faire du lien avec son vécu, ses souvenirs, ses difficultés actuelles ou passées.

2. La création rythmique / musicale.

En fonction des connaissances musicales de la personne, de ses capacités et surtout de ses envies, l'activité Musique sera envisagée différemment :

- Travailler autour du rythme sur des percussions différentes : donc être sensible aux différentes sonorités (grave/aigu, bref/long), choisir celui que l'on préfère, mais aussi s'inscrire dans la temporalité à travers un tempo de base, mettre le corps entier en mouvement (pas uniquement les mains et les bras) et être sensible à ce qu'il perçoit.
- Travailler autour de l'harmonie sur un synthétiseur, plus accessible qu'un piano, car il permet, grâce à des programmes, de créer des sonorités très nombreuses, des harmonies de base, et d'y ajouter du rythme.
- Jouer à deux, avec les percussions, le synthétiseur, avec possibilité d'intégrer le chant pour créer une mélodie à deux, dans l'attention et l'écoute de l'autre, l'échange et le partage.

L'idée est de s'exprimer au travers d'une création sonore, sans impératif de technique ou d'apprentissage scolaire.

Dans tous les cas, les temps d'échanges verbaux seront importants pour mettre en lumière ce qui s'est jouée, concrètement mais aussi symboliquement, et exprimer les ressentis durant ce temps de création inédit et unique.

Plusieurs objectifs sont envisagés :

- trouver du plaisir à jouer (et pas seulement de la musique), à créer, à faire émerger du son.
- s'exprimer à travers le son.
- être dans l'interaction.
- intégrer des connaissances de rythme et d'harmonie (à la symbolique forte).
- mettre en jeu le corps, tant au niveau des mouvements que des sens.
- élaborer et verbaliser ses ressentis, ses émotions, son vécu, etc.

Indications et contre-indications :

Le patient doit pouvoir se poser, physiquement et psychiquement.

Il doit être accessible, dans le contact, sans trop de symptômes d'invasion hallucinatoire.

Il n'est pas nécessaire qu'il ait une pratique musicale à l'extérieur. Par contre, il faut un intérêt pour la musique.

Annexe 2 : Critères diagnostic du DSM-V de la schizophrénie

Le DSM est le manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux, édité par l'association américaines de psychiatrie. Il est généralement utilisé comme ouvrage de référence à l'international, pour la description et le diagnostic des troubles mentaux.

La dernière version en date est le DSM-V, publiée en français en 2015.

La schizophrénie est catégorisée dans le DSM-V selon les critères diagnostic suivants :

A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes ;
2. Hallucinations ;
3. Discours désorganisé ;
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique ;
5. Symptômes négatifs (ex. aboulie, diminution de l'expression émotionnelle).

B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passée d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).

C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois, les symptômes répondent au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présent pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que

1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes,

2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.

E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. exemple une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.

F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

Annexe 3 : Retranscription d'entretien ergothérapeute 1

N = Moi

E = Ergothérapeute

N : Depuis combien de temps travaillez-vous en tant qu'ergothérapeute ?

E : Ça va faire 15 ans.

N : Vous avez travaillé dans d'autres domaines ou d'autres structures avant celle où vous êtes actuellement ?

E : Non en tant qu'ergothérapeute j'ai uniquement travaillé en psychiatrie mais j'ai commencé à travailler avec les adolescents.

N : D'accord, et aussi en hôpital ?

E : Oui c'était hôpital et hôpital de jour.

N : D'accord. Est-ce que vous utilisez un modèle conceptuel ou une approche particulière dans votre pratique ?

E : Euh.. C'est peut être un bien grand mot mais je suis plutôt orientée analytique. Une approche centrée sur l'humain.

N : En quelques mots quel est le rôle pour vous de l'ergothérapeute en psychiatrie ?

E : Bah, en tant qu'ergothérapeute, proposer une activité quelle qu'elle soit permet à la personne de, d'explorer un aspect de soi en dehors de ce qui les amène à l'hôpital c'est-à-dire que ce soit les idées suicidaires, que ce soit les idées délirantes tout ça. Ça permet d'être un peu à côté sans forcément les occultées parce que ça s'exprime forcément d'une manière ou d'une autre mais permettre à la personne de se rendre compte qu'il n'y a pas que les soucis, les choses négatives. Il y a du bon qui peut sortir à travers les activités, que ce soit une activité de création, ou juste ressentir du plaisir en écoutant de la musique par exemple. Et au travers ça, être dans une relation à l'autre que ce soit en individuel ou en groupe, être dans une relation à l'autre à travers une activité qui va permettre peut être d'apaiser, de se sentir bien, de se sentir en confiance.

N : En ce qui concerne la médiation musicale, comment vous l'utilisez dans vos ateliers ? Ah et est-ce que vous avez la formation de musicothérapeute ?

E : Je n'ai pas une formation de musicothérapeute officielle mais j'ai eu des formations ponctuelles en deux temps sur la musicothérapie et l'écoute musicale dans le cadre de la

psychiatrie, proposées par un organisme de formation. Sachant qu'en parallèle je joue de la musique et j'ai un intérêt très fort pour la musique donc..

N : Ah donc vous êtes musicienne, en dehors du cadre professionnel ?

E : Oui pour mes loisirs, et la musique est très importante pour moi.

N : D'accord, du coup comment vous l'utilisez dans vos ateliers ?

E : Sous différentes formes, qui ont aussi variées avec le temps. Ça peut être soit en individuel soit en groupe. En groupe j'ai expérimenté essentiellement l'écoute musicale, que ce soit en binôme avec une psychologue ou une psychomotricienne. Donc des approches un peu différentes. Et en individuel l'écoute musicale et aussi la production musicale.

N : Et comment se passe le déroulement des ateliers en groupe ?

E : Alors quand j'ai proposé avec la psychomotricienne, c'était à visé d'apaisement. Donc les patients pouvaient s'installer comme ils voulaient et même se coucher sur les coussins, avec les couvertures etc.. On passait de la musique pendant environ une demi-heure puis le but était de verbaliser ce qui avait émergé pendant l'écoute, que ce soit au niveau du ressenti corporel mais aussi au niveau des sensations, des images, des souvenirs, des émotions..

N : Ce sont des musiques de type relaxation ?

E : Par forcément, au début ma collègue psychomotricienne était très orientée sur la musique classique, j'ai réussi à lui montrer qu'il y avait des musiques plus modernes qui pouvaient amener aussi de la détente et euh l'idée ce n'est pas que de la détente mais que quelque chose émerge. Ce n'est pas juste de la musique pour écouter et que l'on oublie mais que ça fasse vivre quelque chose à la personne.

N : C'était toujours vous ou votre collègue qui choisissait les musique ou ça peut être les patients ?

E : Pour ce groupe là c'était moi qui choisissais. Elle n'avait pas assez de connaissances en musique, elle n'osait pas donc elle se reposait sur mes choix musicaux. Par contre pour les groupes que j'ai proposé avec les psychologues c'était à tour de rôle chacun faisait une sélection musicale ce qui fait que l'un de nous forcément était à la même place que les patients, c'est-à-dire avoir la surprise de ce qui allait être entendu, donc pouvoir évoquer soi-même ce qu'on a pu ressentir avec ces morceaux inconnus, inédits.

N : Au niveau des patients, ils restaient les même d'une séance à l'autre ?

E : Etant à l'hôpital c'est difficile d'avoir un réel groupe fermé, parce que les patients ça bouge beaucoup mais l'idée c'est que si un patient on lui propose le groupe une fois et il y trouve quelque chose d'agréable, que ça lui plait, la prochaine fois on va le lui proposer, le

temps de l'hospitalisation. Mais bon le groupe peut varier d'une séance sur l'autre parce qu'il y a des patients qui viennent et d'autres qui sortent. Donc voilà il y a un peu plus de mouvements que dans un vrai groupe fermé. Et quand on proposait la musique avec les psychologues, c'était différent qu'avec l'autre formule. C'est-à-dire qu'un morceau était écouté, et après on échangeait entre nous de tout ce que ça avait pu amener comme image, ressenti, émotions etc.. en essayant de se détacher du côté analyse musicale. Même si certains patients ne pouvaient aller que la dedans parce que c'est plus rassurant que d'évoquer les ressentis mais ce n'était pas quelque chose de technique ou de scolaire mais c'était plus être à l'écoute de ses ressentis.

N : Vous avez déjà commencé à l'évoquer mais vous pouvez approfondir sur la spécificité de la musique en groupe par rapport à une autre médiation ?

E : Je pense que à travers une activité comme ça un peu plus expressive on.. Et puis même dernièrement avec un patient en individuel j'ai proposé d'alterner séances classiques à l'atelier et écoute musicale parce que il mettait tellement de côté l'émotionnel qu'on avait accès à rien autour de l'émotionnel et l'affectif et donc passer par cette médiation-là permettait un tant soit peu de se dégager du faire à l'atelier, où on est dans le gestuel, la technique. Pour peu qu'un patient se protège énormément de ses ressentis on n'a pas accès à grand-chose, on reste dans du formel. Alors qu'avec la musique ça permet d'accéder à l'expression de soi peut être plus authentique et puis voilà la musique touche forcément à l'intérieur. Ça touche à l'émotionnel la musique. C'est un des premier sens qui soit développé, même in utero donc c'est un sens qui est tout le temps sollicité, donc qu'on ne peut pas protéger. On peut fermer les yeux, se boucher le nez. L'oreille même si on se bouche les oreilles on peut entendre quand même donc c'est un sens qui est très sollicité et fait vivre énormément de choses. Que ce soit du son ou du bruit. D'ailleurs quand je propose la musique, j'ai tendance à demander aux patients quel est leur environnement musical et sonore. Si ce sont des personnes qui ont besoin toujours de bruit autour, ou si au contraire qui aiment le silence. Quel est leur rapport au calme, au bruit. Les bruits qu'ils aiment ou au contraire qui les mettent mal à l'aise. Ça fait partie de leur identité. Il y a un terme en musicothérapie, on parle d'identité sonore. Chacun se définit différemment dans son rapport au son et au bruit.

N : Vous pouvez me définir vos objectifs pour les ateliers en groupe et ceux en individuel ?

E : Oui. En groupe, au-delà du fait d'aller proposer quelque chose autour de l'émotionnel et l'affectif il y a aussi de voir comment en groupe les échanges peuvent se faire ou pas, comment un patient très réservé peu à peu s'appuyer sur la plus grande facilité des autres à parler pour étoffer ses réponses et s'autoriser certaines choses. Voir comment les patients qui ont du mal à écouter les autres, petit à petit arrivent à laisser la place pour que les autres interviennent. On tient compte en groupe de la dynamique de groupe. En individuel on va pouvoir aller poser des questions plus personnelles aussi.

N : Comment vous évaluez l'apport de ses ateliers sur les patients ?

E : Ce sont des évaluations à la longue. Je sais que quand je fais des groupes on avait toujours un temps de post groupe où on prenait des notes et puis on voyait de séances en séances, et parfois d'une hospitalisation à une autre des changements, des thématiques qui reviennent.

N : Vous avez des exemples d'évolutions ?

E : Un patient par exemple très replié sur lui qui petit à petit va évoquer des choses très riches et très étonnantes, qui ensuite peuvent être transmises au psychologue ou au médecin qui peuvent être ensuite reprises dans des temps individuels en psychothérapie par exemple.

Quand ça vient en temps de groupe, on essaye quand même un peu de les préserver, même si on dit que tout ce qui se passe dans le groupe reste au groupe mais on ne va pas aller poser des questions trop personnelles à un patient même si il commence à évoquer certaines choses très privées.

N : Et sur l'ouverture et la socialisation entre patients ? Cette ouverture vous ne l'avez vu qu'entre patients et thérapeute ou est-ce que vous avez observé des choses sur la socialisation entre patients ?

E : En général quand il y a une évolution ça touche les différents domaines de l'hospitalisation. C'est rare qu'un patient s'ouvre uniquement au groupe et euh.. quoi que ça dépend de chacun. J'ai eu une patiente que je voyais en individuel qui avec moi évoquait énormément de choses mais qui avait bien ciblé que c'était dans cet espace là qu'elle pouvait dire pleins de choses et quand le psychologue venait la solliciter elle disait non merci. Parce que j'étais identifiée peut être plus rassurante pour elle, peut-être parce que je suis une femme et que je la connais depuis longtemps.

N : Vous me disiez donc que vous étiez en binôme pour les groupes, du coup quelle est la spécificité de l'ergothérapeute dans ces groupes ?

E : Peut-être la relation à l'objet musique. Même si ce n'est pas un objet palpable, c'est un objet de création. Et puis mon orientation fait que faire un groupe uniquement entre

ergothérapeutes n'aurait pas été aussi riche que avec l'écoute du psychologue qui peut accéder peut être à une écoute plus supérieur d'introspection, de faire du lien entre les choses. De ne pas rester au niveau de l'objet musique mais d'aller au-delà de l'introspection. Votre mémoire porte uniquement sur l'écoute musicale ?

N : Non je m'intéresse à la médiation musique de façon générale

E : Parce que je fais aussi de la production musicale en individuel

N : Vous pouvez m'en parler aussi ? De la différence avec ce que vous faites en groupe ?

E : Je pense qu'au niveau, quand il y a de la création musicale, la personne est déjà plus active. On fait bien la différence entre musicothérapie active et passive. Dans la production musicale la personne est active et est à l'origine du son. Et ça va dépendre si on joue à deux ou si la personne joue seule. Moi j'ai tendance à proposer qu'on joue à deux, que ce soit une création à deux. Même si dernièrement j'ai eu un patient qui voulait mettre en musique un texte, il y avait quand même un échange. Il me demandait des conseils, des pistes, c'était une construction ensemble. Quand on joue, par exemple un patient qui amène sa guitare et moi je sors les percussions, on joue à deux. Il y a quelque chose comme ça de travailler ensemble sur une co-construction, c'est-à-dire avoir à peu près la même idée de ce vers quoi on veut aller.

N : Mais du coup ce n'est pas juste de l'improvisation, c'est vraiment une construction musicale ?

E : Oui, il y a des patients qui sont venus avec leur guitare parce que je sentais que c'était très important pour eux au niveau de leur identité et que pouvoir avoir accès à cette musique pendant le temps d'hospitalisation ça permettait de faciliter le lien, la relation. Ça oblige aussi, comme les autres activités en ergothérapie, oblige à se recentrer, se concentrer. C'est très exigeant. Donc ça permet aussi de ramener les pieds sur terre à une personne maniaque ou en phase délirante. Ça va l'obliger à se recentrer. Quelqu'un qui est plutôt déprimé ça va le revaloriser à travailler la création. On n'enregistre pas en général. C'est un entre deux, un temps privilégié. Mais en fait la production musicale va rejoindre peut être plus les productions que l'on peut faire en atelier d'ergothérapie, même si l'objet n'est pas le même, parce que l'on ne peut pas l'emmener avec soi. Ça reste un temps passager mais qui fait ressentir un bien être aussi et qui favorise aussi la relation.

N : Vous avez des patients qui font les deux à la fois ? Production et écoute ?

E : Oui, par exemple le patient dont je vous parlais qui voulait mettre en musique un texte à un moment j'ai senti une séance où ça n'allait pas du tout, alors je l'ai passé à l'écoute

musicale. Pour essayer de voir au niveau émotionnel ce qu'il se passait, pour essayer de verbaliser quelque chose en écoutant des musiques. Donc on peut passer de l'un à l'autre.

N : Vous proposez à quels types de patients ces ateliers ?

E : En ce qui concerne un groupe d'écoute musicale il faut qu'il soit un minimum stabilisé. Il faut qu'il puisse sortir du service puisque les ateliers se passent en dehors. Mais il m'est arrivé de voir un patient conventionné en chambre avec mon poste de musique et d'essayer d'apporter un apaisement. Donc c'est vraiment en fonction du patient.

N : C'est tout pour mes questions, il y a quelque chose que vous aimeriez ajouter ?

E : Non, rien en particulier

N : D'accord, merci beaucoup pour votre temps.

Résumé

La schizophrénie est un trouble mental chronique qui bien souvent altère la vie relationnelle et sociale des personnes qui en sont atteintes. Ce mémoire cherche à étudier en quoi l'utilisation de la médiation musicale par l'ergothérapeute peut aider à améliorer et maintenir les liens sociaux.

L'hypothèse est que l'ergothérapeute, par la mise en place d'un atelier musical en groupe, favorise le maintien du lien social chez les personnes schizophrènes, en travaillant sur l'expression de soi à travers une dynamique de groupe.

Afin de répondre à cette hypothèse, une enquête par entretiens semi-directifs avec trois ergothérapeutes utilisant cette médiation a été réalisée.

L'analyse des données a montré des similitudes concernant les objectifs et les apports de ces médiations, qui permettraient d'explorer ses ressentis et de s'inscrire dans une dynamique d'échange et de construction d'un lien social dans un groupe. Les apports de cette médiation sur les liens sociaux dans la vie quotidienne restent cependant encore incertains et des recherches pourraient venir approfondir d'autres façons d'utiliser cette médiation afin de compléter cette étude.

Mots clés

Ergothérapie – Schizophrénie – Musique – Lien social – Expression de soi - Groupe

Abstract

Schizophrenia is a chronic mental disorder which often alters the relational and social life of people affected by it. The purpose of this study is to search how the use of music activity by the occupational therapist can help to improve and maintain social connections. The hypothesis is that the occupational therapist, by setting up a group musical workshop, furthers the maintenance of social ties of people with schizophrenia, by working on self-expression through group dynamics. In order to answer this hypothesis, a survey by semi-guided interviews with three occupational therapists using this activity was conducted. The results show similarities regarding the objectives and contributions of these activities, which would achieve the exploration of feelings and to be part of a dynamic of exchange and building a social connection in a group. However the contributions of this activity on social ties in daily life remains uncertain and researches could deepen other ways of using these music activities in order to complete this study.

Key-words

Occupational therapist – Schizophrenia – Music – Social ties – Self-expression - Group