

Juin 2025



Mémoire

d'initiation à la recherche UE 6.5 Semestre 6

Quand l'écoute musicale crée du lien :
favoriser l'engagement occupationnel en
unité d'hospitalisation psychiatrique

Présenté par Titouane de Ruffi de
Pontevès

Sous la direction d'ALICE TOULMOND

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 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, de Ruffi de Pontevès Titouane, étudiant en 3ème 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 Villejuif, le 01/06/2025

Signature :



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

Ce mémoire de fin d'études représente un aboutissement de trois années d'études enrichissantes sur le plan professionnel et personnel. Ainsi, je tiens à remercier plusieurs personnes qui m'ont permis de réaliser cet écrit (l'ordre des remerciements ne fait pas office de hiérarchie).

Je tiens à remercier tout particulièrement ma maître de mémoire, Alice Toulmond, pour son écoute et sa disponibilité sans égal, qui a pu tout au long de cette année m'aiguiller, m'apprendre et me motiver à donner le meilleur de moi-même. Merci.

Je remercie Marion Haddou, ma tutrice d'alternance, pour l'attrait du travail en psychiatrie qu'elle m'a transmis, pour tout ce qu'elle m'a appris de ce travail d'ergothérapeute. Merci.

Je remercie mes parents, Cyrille, pour cette passion pour les métiers du soin, Claire, pour tout ce que tu me permets de remettre en question, et à votre soutien pour ce que je fais. Merci.

Je remercie mes grands-parents, Etienne et Catherine, qui ont pu être au plus proche de moi lorsque j'ai découvert la psychiatrie. Merci.

Je remercie ma marraine Florence, toi ergothérapeute qui m'as accompagnée pendant ces études et qui m'as transmis cet attrait pour l'ergothérapie. Merci.

Je remercie toutes mes tutrices et les équipes de mes différents stages pour votre accueil et pour ce que vous m'avez appris. Merci.

Je remercie tous les référents pédagogiques de l'IFE pour votre écoute et vos conseils au cours de ces 3 années. Merci.

Je remercie tous mes amis et collègues de promotion pour ces moments partagés et cette cohésion mise à l'épreuve. Merci.

Et enfin, je remercie tous les patients que j'ai pu rencontrer au cours de mes différents stages, « *les patients vous apprendront à faire* » (C. Bagnères en cours), pour ce que vous m'avez appris. Merci.

Table des matières

Introduction	1
I. Cadre Théorique.....	3
Partie 1 : les troubles psychotiques	3
1/ Généralités sur la santé mentale, la psychiatrie et les troubles psychotiques en France	3
2/ Origine, facteurs et différents troubles psychotiques	4
3/ Phases et symptômes prépondérants des troubles psychotiques.....	7
Partie 2 : Prise en soin générale des patients souffrant de troubles psychotiques.....	9
1/ Généralités sur le système de soins psychiatriques français	9
2/ Parcours de soins d'un patient souffrant de troubles psychotiques	11
3/ Objectifs et modalités d'accompagnement des professionnels des hôpitaux psychiatriques	13
Partie 3 : L'ergothérapie et l'accompagnement des patients souffrant de troubles psychotiques.....	15
1/ L'ergothérapie : généralités	15
2/ L'ergothérapie en psychiatrie.....	16
3/ L'écoute musicale en ergothérapie.....	19
Problématique :	21
II. Partie conceptuelle :	22
Partie 1 : Le modèle de l'occupation humaine (MOH).....	22
Partie 2 : Alliance thérapeutique :	24
1/ Définition de l'alliance thérapeutique	24
2/ L'importance de ce pilier dans le soin	25
3/ Mise en œuvre de l'alliance thérapeutique.....	25
Partie 3 : Engagement occupationnel :	27
1/ Qu'est-ce que l'engagement occupationnel ?	27
2/ L'importance de l'engagement occupationnel au sein du projet de soin.....	27
3/ Mise en place de l'engagement occupationnel.....	29
Hypothèse :	30
III. Méthodologie de l'enquête	31
Partie 1 : Objectifs, variables, et critères d'atteintes :	31
Partie 2 : Choix de la méthodologie d'enquête	32

Partie 3 : Choix des outils d'enquête.....	32
Partie 4 : Choix de la population.....	33
IV. Présentation et analyses des résultats :.....	35
Partie 1 : Méthodologie d'analyse	35
Partie 2 : Présentation des entretiens et des ergothérapeutes	37
Partie 3 : Présentation des observations et des patients observés	38
Partie 4 : Analyse des résultats.....	39
Thématique 1 : Favoriser l'engagement occupationnel.....	39
Thématique 2 : Les ateliers d'écoute musicale	42
Thématique 3 : Alliance thérapeutique et atelier d'écoute musicale.....	45
Thématique 4 : Un engagement occupationnel mobilisé par l'alliance thérapeutique ...	48
Discussion.....	53
Limites, biais et force.....	57
Conclusion	61
Bibliographie :	62
Annexes:.....	74
Annexe I : Grille d'entretien	75
Annexe II : Grille d'observation	78
Annexe III : Tableau de résultats brut : verbatim	79
Annexe IV : Grille d'observation pour chaque patient observé.....	97
Annexe V : Retranscription complète de l'entretien de E2	110
Résumé	122
Abstarct.....	123

Introduction

Pour introduire ce mémoire d'initiation à la recherche, je souhaite partir du questionnement personnel qui a émergé au cours de ma pratique, et dont découle progressivement une problématique de santé publique.

Ma première année a été remplie de doutes et de questionnements quant à mon devenir d'ergothérapeute. C'est au début de la deuxième année que j'ai commencé les cours de psychiatrie, et j'ai ressenti un intérêt que je n'aurais pas imaginé pour ces nombreux cours et interventions. Nous avons pu participer à des médiations en groupe et à des analyses de cas, et nos échanges entre les cours ont nourri mon engouement. C'est ensuite par hasard que j'ai choisi mon stage de fin de 2^e année. Sans connaître et avoir compris ce que la structure serait, je suis commencé ce stage avec des a priori et de nombreux questionnements très généraux.

Je passe donc mes deux mois de stage en intrahospitalier à Paris. Après plusieurs jours, j'apprécie le travail de l'ergothérapeute et cet environnement spécial, et je travaille avec motivation et intérêt. Pourtant, plusieurs fois, j'ai pu me sentir démuni face aux difficultés de la psychiatrie, notamment des problématiques interprofessionnelles, de budgets, administratives et matérielles. À l'inverse, j'ai été surpris quant à toutes les possibilités de propositions thérapeutiques, que ce soit par le nombre des activités à médiations que nous proposons ou par notre position thérapeutique très précise et authentique. Mes tutrices ont pu me guider et m'accompagner tout au long du stage, et je n'ai pas hésité à discuter et à débattre sur cet environnement et ces suivis des patients. Afin de préciser l'importance de la pratique ergothérapeutique en regard des autres professions, j'ai pu passer plusieurs journées dans les services pour découvrir les autres métiers et le suivi des patients sous un nouvel angle. J'ai pu, par exemple, suivre des infirmiers dans les différents services, depuis la réhabilitation et l'accompagnement à long terme jusqu'aux unités de soins fermés en phase aiguë.

C'est en échangeant avec les infirmiers que je me suis tout d'abord questionné sur l'importance que l'ergothérapie revêtait à leurs yeux. Pour les services fermés, j'ai trouvé que l'ergothérapie y est moins bien vue et serait mieux envisagée à la suite d'une meilleure stabilisation des patients. À l'inverse, c'était dans le service de prise en soin de réhabilitation où les patients étaient hospitalisés plus longtemps que l'ergothérapie était mise en avant. Factuellement, il est vrai que nous avons moins d'interventions au sein du service fermé et plus avec les patients du service de réhabilitation. Ce constat a nourri un premier questionnement professionnel : pourquoi est-il important d'agir le plus rapidement avec les patients qui viennent d'être hospitalisés ?

Cela m'a amené à chercher des réponses dans la littérature, où j'ai constaté que la prise en charge précoce des patients en psychiatrie reste un sujet peu exploré. Sa mise en œuvre est donc difficile par le manque d'écrit. En effet, nombreux sont les articles qui font référence à des moyens précis pour des environnements ou des situations spécifiques tels que les UMD (Unités pour Malades Difficiles) ou les

services ambulatoires. D'autres articles traitant sur l'importance et les moyens des prises en soin précoce avec les adolescents. Mais malgré le très grand nombre d'articles sur l'ergothérapie en psychiatrie, la prise en compte de l'institution pour une intervention spécifique et précise du précoce comporte moins d'articles. Il m'a donc semblé intéressant de poursuivre sur cette voie.

J'ai donc pu continuer mes recherches et centrer mon questionnement sur un temps précis du parcours de soin d'un patient. En effet, en recherchant, j'ai pu analyser que les patients hospitalisés sous contrainte avaient d'autant plus de difficultés à adhérer au soin et à s'engager dans une prise en soin ergothérapeutique. Dans les écrits, le patient est confronté, au sein de ce nouvel environnement, à une véritable privation occupationnelle. La complexité de la coordination de soins interprofessionnels au sein d'un intrahospitalier de psychiatrie peut mettre en difficulté le patient. La démarche de l'ergothérapeute est donc primordiale. Mais alors est venu le « comment ? ». Comment l'intégrer efficacement dans ce projet de soin ? Avec la complexité de l'environnement et la souffrance des patients suite au trouble, comment l'ergothérapeute va-t-il pouvoir amorcer son accompagnement ?

C'est en février, après avoir rédigé ma partie théorique, que ma dernière problématique prend forme. En comprenant et en explorant les différents éléments liés aux patients souffrant de troubles psychotiques, ainsi que le cadre théorique de l'ergothérapie en psychiatrie intrahospitalière, de nombreuses réflexions et informations ont émergé. Cela m'a amenée à m'interroger aux véritables moyens sur lesquels l'ergothérapeute va pouvoir s'appuyer. Et c'est en repensant à mon ancien stage que j'ai pu m'intéresser et réfléchir à un atelier particulier que l'ergothérapeute proposait dans le service fermé. C'est après avoir recherché dans la littérature et en discutant avec des collègues que cette médiation, l'écoute musicale, a fait sens pour moi. Depuis très jeune, je fais et j'écoute beaucoup de musique. Cette médiation, proche de mes centres d'intérêt, m'a donc particulièrement touché et intéressé. En constatant que cette médiation était utilisée par plusieurs ergothérapeutes, j'ai continué dans cette direction en mettant en lien apports théoriques à l'écoute musicale.

C'est donc l'accompagnement précoce ergothérapeutique par l'écoute musicale auprès des patients souffrant de troubles psychotiques hospitalisés sous contrainte qui fera l'objet de mon analyse.

L'analyse se construira autour d'un plan en deux parties, visant à articuler cadre théorique et enquête de terrain. En effet, dans un premier temps, je présenterai la partie conceptuelle, qui permettra de détailler les caractéristiques des personnes souffrant de troubles psychotiques ainsi que leurs problématiques occupationnelles. Puis, j'aborderai les réponses apportées par les professionnels pour accompagner au mieux ces personnes, notamment celles proposées par l'ergothérapeute. Enfin, la médiation par l'écoute musicale sera présentée.

Dans un second temps, je développerai la démarche d'enquête, grâce à une présentation de la méthodologie utilisée pour investiguer. Ensuite, je présenterai les résultats, suivis d'une analyse des données recueillies, puis d'une discussion, pour mener à une conclusion.

I. Cadre Théorique

Partie 1 : les troubles psychotiques

1/ Généralités sur la santé mentale, la psychiatrie et les troubles psychotiques en France

La santé mentale est, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. La santé, une notion globale, englobe le bien-être général et les ressources permettant de vivre de manière équilibrée. Lorsque nous définissons l'approche et la prise en compte de possibles troubles mentaux, c'est le terme « psychiatrie » qui est utilisé. En effet, le dictionnaire Larousse définit la psychiatrie comme étant une « *spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales et des troubles psychologiques* » (Larousse, 2024).

La prise en compte de ces troubles est récente, et en France, le système de soins et les problématiques de santé mentale au sein de la société ont pendant longtemps été mis de côté. En effet, c'est en 1838 qu'une loi rend obligatoire la construction par département d'un établissement « *spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés* » (loi Esquirol sur les aliénés du 30 juin 1838). C'est jusqu'à la période d'après-guerre en 1960 que les asiles psychiatriques ne sont plus les seuls lieux de soins en réponse à la maladie mentale. Les réflexions posées se basent sur le principe que « *l'hospitalisation du malade ne constitue plus qu'une étape du traitement qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure* » (Basset, 2013). Ainsi, la circulaire du 15 mars 1960 consolide le souhait de désinstitutionnalisation de la psychiatrie, notamment avec l'introduction de la sectorisation dans le système de soins. Ainsi, ce secteur correspondant à une zone où résident 70 000 personnes, doit pouvoir proposer une offre de soin avec un service d'hospitalisation et de coordination de soin (Basset, 2013). Et en 1990, une loi française pour la protection des personnes souffrant de problématiques de santé mentale marque « *une évolution humaniste au nom de laquelle même ceux qui ont perdu la raison ont des droits et deviennent juridiquement des personnes dont il convient de se soucier des conditions d'hospitalisation et de soins* » (Basset, 2013).

A la suite de cela, apparaît une amélioration croissante des droits et des possibilités des soignés. En 2005, un premier plan de santé mentale est établi après plusieurs années de réflexion. Depuis, des feuilles de route, des bilans et des plans d'action sont régulièrement réévalués et proposés tous les 3 à 5 ans. Ces plans d'action mettent en lumière certains chiffres clés importants à prendre en compte ainsi que des solutions et mises en place. (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023). Après l'activité physique et sportive en 2024, le gouvernement a proposé que la santé mentale soit la grande cause nationale pour l'année 2025 (Annonce Gouvernementale, 2024).

En France, les problématiques de santé mentale touchent 1 personne sur 5. La France est le premier consommateur de psychotropes, puisque $\frac{1}{4}$ des Français en utilisent (somnifères, anxiolytiques...). De plus, on estime à 3 000 000 le nombre de personnes en France touchées par des troubles psychiques sévères (dépression, trouble de l'humeur, psychose...) (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023). Pour ce qui est des troubles psychotiques, la littérature internationale indique une prévalence comprise entre 0,5 et 2 % de la population générale. En effet, il est difficile d'estimer un nombre précis de patients ; néanmoins, nous pouvons constater que 450 000 patients souffrant de troubles psychotiques ont été pris en charge en 2022, dont 190 000 avaient entre 35 et 54 ans et 56 % étaient des hommes (DREES, 2013). Ces chiffres nous permettent de mettre en lumière l'ampleur des problématiques de santé mentale et de maladies psychiques. Dans ce mémoire d'initiation à la recherche, je centrerai mes recherches sur les troubles psychotiques.

2/ Origine, facteurs et différents troubles psychotiques

Les troubles psychotiques sont définis par la présence d'anomalies cliniques chez un patient dans au moins un des domaines suivants : délires, hallucinations, désorganisation de la pensée ou du discours, anomalies comportementales, symptômes négatifs (Crocq & Guelfi, 2015). Elles sont différenciées selon la durée de leurs apparitions. Ainsi, la littérature définit 2 types de psychoses : les psychoses aiguës (symptômes pendant moins de six mois) et les psychoses chroniques (symptômes pendant plus de six mois). Pour définir et diagnostiquer les troubles psychotiques, plusieurs classifications ont été réalisées à travers le temps. En 1992, l'Organisation mondiale de la Santé propose une classification des troubles mentaux dans le CIM-10 (Classification Internationale des Maladies). Pour les troubles psychotiques, 9 sections distinctes ont été conçues pour les définir. À la suite de cela, nous pouvons citer la classification française de Guy Besançon en 2005, qui propose des bases sémiologiques et cliniques de la psychopathologie de l'enfant et de l'adulte. Et en 2013, l'American Psychiatric Association propose sa 5^{ème} version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM-5. Cette classification permet de s'appuyer sur des données récentes et propose une symptomatologie précise. Pour définir les troubles psychotiques, nous nous y appuierons.

C'est dans le chapitre « Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques » que le DSM-5 sépare et regroupe les psychoses en 11 sections :

- Le **trouble délirant** se caractérise par la présence d'idées délirantes persistantes (au minimum un mois) qui ne sont pas bizarres, c'est-à-dire plausibles dans la réalité. Ces idées ne sont pas accompagnées d'autres symptômes psychotiques significatifs comme des hallucinations ou un comportement désorganisé (Crocq & Guelfi, 2013).

- Le **trouble psychotique bref** est marqué par l'apparition soudaine de symptômes psychotiques (hallucinations, idées délirantes ou désorganisation) qui durent au moins un jour, mais moins d'un mois, avec un retour complet au fonctionnement normal (Crocq & Guelfi, 2013).
- La **schizophrénie** touche 0,32 % des citoyens, soit une personne sur 300 pour la population mondiale (OMS, 2022). Ce trouble est caractérisé par des symptômes psychotiques persistants, comme des hallucinations, des idées délirantes, une désorganisation de la pensée et des symptômes négatifs, qui durent au moins six mois, avec un impact significatif sur la vie quotidienne (Crocq & Guelfi, 2013).
- Le **trouble schizophréniforme** présente les mêmes symptômes que la schizophrénie, mais la durée des symptômes est comprise entre un et six mois. Si les symptômes persistent au-delà de six mois, le diagnostic devient celui de schizophrénie (Crocq & Guelfi, 2013).
- Le **trouble schizo-affectif** combine des symptômes de schizophrénie (comme des idées délirantes ou des hallucinations) avec des épisodes de troubles de l'humeur (dépressif ou maniaque). Les symptômes psychotiques peuvent survenir indépendamment des épisodes thymiques (Crocq & Guelfi, 2013).
- Le **trouble psychotique induit par une substance/un médicament** survient lorsqu'une substance (drogue, alcool, médicament) provoque des symptômes psychotiques, comme des hallucinations ou des idées délirantes. Les symptômes apparaissent pendant ou peu après l'exposition à la substance (Crocq & Guelfi, 2013).
- Le **trouble psychotique dû à une autre affection médicale** est caractérisé par des symptômes psychotiques causés directement par une condition médicale sous-jacente (comme une tumeur cérébrale ou une épilepsie). Le diagnostic repose sur une évaluation médicale (Crocq & Guelfi, 2013).
- La **catatonie** est un ensemble de symptômes qui peuvent inclure une immobilité, une rigidité, un mutisme, une agitation ou des postures bizarres. Elle peut être associée à divers troubles mentaux ou médicaux (Crocq & Guelfi, 2013).
- Le diagnostic d'**autres troubles du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique spécifié** est utilisé lorsque les symptômes psychotiques ne remplissent pas complètement les critères d'un trouble spécifique, mais que le clinicien peut préciser pourquoi (par exemple, durée insuffisante des symptômes) (Crocq & Guelfi, 2013).
- Pour le **trouble du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique non spécifié**, le diagnostic s'applique lorsque les symptômes psychotiques ne correspondent pas aux critères complets d'un trouble spécifique et qu'aucune raison précise pour cette insuffisance n'est donnée (Crocq & Guelfi, 2013).
- La **personnalité schizotypique** est caractérisée par des comportements excentriques, des croyances ou pensées étranges, ainsi qu'une difficulté à établir des relations sociales, mais sans symptômes psychotiques persistants (Crocq & Guelfi, 2013).

De nombreuses recherches sont réalisées pour comprendre et définir l'origine de ces 11 sections de la maladie et ainsi proposer des soins en conséquence. Par exemple, des recherches centrées sur des approches électro/magnéto-encéphalographiques pourraient fournir des biomarqueurs permettant de mieux comprendre les troubles psychotiques et de diagnostiquer la maladie plus tôt (Uhlhaas, 2019). De plus, plusieurs psychanalystes psychiatres se sont interrogés sur les causes des troubles psychotiques et de leurs symptômes. Par exemple, selon Freud, les hallucinations seraient une tentative de création de guérison où le sujet n'est pas confronté au négatif et donc souhaite « compenser la réalité ». Chez Rosolato, cette compensation est définie comme une tentative de cicatrisation (Gimenez, 2003). Mais, à ce jour, la littérature et les progrès scientifiques ne définissent pas une cause précise des troubles psychotiques, mais leur origine est considérée comme multifactorielle. Néanmoins, nous pouvons noter 3 facteurs importants :

- En premier lieu, la génétique. En effet, il est aujourd'hui établi que la schizophrénie possède une composante génétique très forte, avec une héritabilité estimée à 80 % (Geschwind & Flint, 2015). Par exemple, un enfant ayant un parent atteint présente un sur-risque significatif, compris entre 10 % et 20 %, d'être lui-même atteint de schizophrénie, ce qui est environ 10 à 20 fois plus élevé que le risque dans la population générale (Chaumette et al., 2017).
- En deuxième temps, nous pouvons noter que les facteurs environnementaux de la personne peuvent être à l'origine ou participer à l'apparition d'un trouble psychotique. Par exemple, des études ont montré que les patients qui développent un premier épisode psychotique vivent dans les quartiers les plus défavorisés au moment de ce premier épisode (Kirkbride, 2014). De plus, les migrants sont plus exposés que les résidents du pays à des désavantages sociaux (isolement, chômage), ce qui pourrait expliquer l'observation de taux d'incidence plus élevés parmi ces personnes (Morgan et al., 2008). Il est important de noter que les traumatismes vécus pendant l'enfance sont une source de stress précoce et intense. Ils sont courants chez les personnes souffrant de troubles psychotiques (Larsson et al., 2013) et augmentent le risque de développer ces troubles (Varese et al., 2012).
- En troisième point, de nombreuses études ont prouvé que la consommation de substances psychogènes, et particulièrement le cannabis, doublerait le risque de schizophrénie, mais avec une grande hétérogénéité en fonction des individus. En effet, le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) perturberait la maturation cérébrale en agissant sur les récepteurs qu'il active, nombreux au niveau des zones du cerveau impliquées dans les pathologies psychiatriques, et particulièrement dans les régions où la plasticité cérébrale est importante, notamment à l'adolescence. Cet effet dépendrait de la dose, de la teneur du produit en THC, de la durée d'utilisation et de l'âge d'exposition (Krebs et al., 2019).

3/ Phases et symptômes prépondérants des troubles psychotiques

Comme défini auparavant, les troubles psychotiques sont définis par la présence d'anomalies cliniques dans au moins un des domaines :

Les idées délirantes sont un symptôme important et fréquent chez les patients souffrant de troubles psychotiques. Le mot « délire » vient du latin « delirare », signifiant littéralement « sortir/s'écarter du sillon ». Ce terme est une métaphore agricole, qui décrit un sillon tracé à l'intérieur duquel on doit s'inscrire, faute de ne plus marcher dans le même sillon que les autres (Barthélémy & Bilheran, 2007). À la différence d'un mensonge, où la personne sait qu'elle ment et tente d'utiliser le mensonge dans son intérêt, ici les idées délirantes « sont des croyances figées qui ne changent pas face à des évidences qui les contredisent ». Plusieurs types d'idées délirantes peuvent être retrouvés, notamment les idées délirantes de persécution, croyance que l'on peut être agressé, harcelé, etc. ; ce délire est le plus fréquent. Nous pourrions citer aussi d'autres types d'idées délirantes, comme celle de référence (croyance que certains gestes, positionnements et commentaires sont spécialement destinés à la personne). Mais aussi les idées délirantes mégalomaniaques (croyance de capacités exceptionnelles), les idées délirantes érotomaniaques (croyance à tort qu'une autre personne l'aime), et enfin encore les idées délirantes à thème nihiliste ou les idées délirantes à thème somatique (croyances d'un manque rajout sur son corps) (Crocq & Guelfi, 2015).

Les hallucinations, à la différence d'une illusion (mauvaise perception d'un objet bien réel), sont des perceptions fausses qui ne correspondent pas à un objet extérieur réel. (Cotti, 2011). Elles ne sont pas sous le contrôle de la volonté, saisissante et claire ; elles peuvent concerner toutes les modalités sensorielles. Les hallucinations auditives sont les plus fréquentes ; elles peuvent s'exprimer par des voix familières ou étrangères, qui sont perçues distinctement (Crocq & Guelfi, 2015). Nous pouvons aussi noter les hallucinations visuelles et les hallucinations olfactives (sensation d'odeurs inexistantes (agréables ou désagréables)). Les hallucinations gustatives (impression de goûts inhabituels sans ingestion de substance). Mais aussi les hallucinations tactiles (haptiques) (sensation de toucher, de piqûres, de brûlures ou d'insectes sous la peau par exemple). Les hallucinations cénesthésiques (perception anormale des organes internes ou du corps). Et les hallucinations kinesthésiques (vestibulaires) (sensation de mouvement du corps ou d'élévation dans l'espace) (Crocq & Guelfi, 2015).

La pensée désorganisée lors de l'expression du discours de l'individu est aussi un symptôme décrit par le DSM-5 comme l'un des principaux symptômes de la psychose. Nous pourrions donc y inclure la désorganisation du discours, les altérations de la production du langage, et le discours insolite. Le patient peut donc passer ainsi d'un sujet à l'autre (passer du coq-à-l'âne), et les réponses apportées peuvent être reliées de manière indirecte ou ne pas y être reliées du tout. La sévérité de ces troubles peut être difficile à évaluer s'il y a un barrage linguistique (Crocq & Guelfi, 2015).

Le comportement moteur anormal ou grossièrement désorganisé se manifeste de diverses façons, allant de la puérité à une agitation imprévisible. Ces comportements peuvent perturber les activités quotidiennes en rendant difficile l'atteinte d'objectifs. La catatonie fait partie de cette catégorie de trouble ; elle se caractérise par une faible réactivité à l'environnement, comme la résistance aux instructions (négativisme), le maintien de postures rigides ou bizarres, et l'absence de réponse verbale ou motrice (mutisme, stupeur). Elle peut inclure une agitation excessive sans but précis, des mouvements répétitifs, des grimaces, le mutisme ou l'écholalie. Bien que souvent associée à la schizophrénie, la catatonie peut également apparaître dans d'autres troubles (dépression, bipolarité) (Crocq & Guelfi, 2015).

Les symptômes négatifs, symptômes importants dans la schizophrénie, sont moins marqués dans d'autres troubles psychotiques. Les deux principaux sont la diminution de l'expression émotionnelle et l'aboulie, la première se manifestant par une réduction des expressions faciales, du contact visuel, de la prosodie (intonation du discours) et des gestes émotionnels, tandis que l'aboulie traduit une perte de motivation pour des activités auto-initiées, avec une tendance à l'inactivité et au désintérêt social ou professionnel. D'autres symptômes incluent l'alogie, caractérisée par une réduction de la production verbale, l'anhédonie, définie comme une incapacité à ressentir ou se souvenir de plaisirs passés, et l'asociabilité, un désintérêt pour les interactions sociales, souvent liée à l'aboulie ou à un manque d'opportunités relationnelles, impactant profondément la qualité de vie des personnes atteintes (Crocq & Guelfi, 2015).

Ces différents symptômes peuvent apparaître chez les personnes souffrant de troubles psychotiques. Leurs intensités et leurs nombres varient en fonction de la phase où se situe le patient. Selon les différentes sources, nous pouvons en citer 3 (Hamieh et al., 2023 ; Crocq & Guelfi, 2013 ; Bromley et al., 2015 ; Palazzolo, 2009) :

- Phase prodromique : apparition progressive de signes avant-coureurs (retrait social, trouble du sommeil, baisse du fonctionnement).
- Phase active/aiguë : présence des symptômes psychotiques caractéristiques (délires, hallucinations, désorganisation...). C'est durant cette phase que la plupart des gens commencent leur traitement.
- Phase résiduelle/rétablissement : atténuation des symptômes positifs, persistance éventuelle de symptômes négatifs ou cognitifs sans toutefois disparaître complètement.

En effet, de nombreuses études ont exploré la qualité de vie et la gestion quotidienne des patients atteints de troubles psychotiques. Celles-ci mettent en évidence plusieurs problématiques observables dans leur quotidien, notamment dans les activités de la vie quotidienne comme les loisirs, les activités productives et les soins personnels, qui se retrouvent significativement affectés. La gestion du lieu de

vie et des environnements rencontrés s'avère également difficile (Kohl et al., 2007 ; Prouteau et al., 2010).

Ces difficultés peuvent être expliquées par l'impact des symptômes et de la maladie sur les patients. Tout d'abord, plusieurs troubles cognitifs jouent un rôle clé dans ces problématiques. Les troubles de mémoire (mémoire de travail, mémoire épisodique, mémoire sémantique) compliquent la gestion des tâches quotidiennes. Les fonctions exécutives, notamment la planification, la prise de décision, la flexibilité, la résolution de problèmes et l'inhibition, se trouvent fortement altérées. De plus, des problématiques d'attention rendent difficile l'exécution de certaines tâches, qu'elles soient simples ou complexes (Levaux et al., 2012). Enfin, la perception de soi, qu'il s'agisse de la perception du plaisir ou de l'image corporelle, impacte profondément le bien-être et la confiance en soi. Ces éléments contribuent donc à une diminution de la qualité de vie des patients et ainsi limitent leur autonomie (Kohl et al., 2007).

Nous avons pu comprendre et analyser les problématiques symptomatologique et occupationnelle des personnes souffrant de troubles psychotiques. Nous allons maintenant identifier et analyser leur prise en charge dans le système de soin français.

Partie 2 : Prise en soin générale des patients souffrant de troubles psychotiques

1/ Généralités sur le système de soins psychiatriques français

En consolidant son souhait de désinstitutionalisation, la France a pu construire son système de soin de différente manière. La sectorisation vise à assurer une prise en charge de proximité, en organisant les soins autour d'une équipe pluridisciplinaire rattachée à un territoire défini. Chaque secteur dispose de structures diversifiées et ainsi favorise le maintien des patients dans leur environnement de vie. Ce modèle a permis de renforcer l'accessibilité aux soins psychiatriques, en garantissant une proximité géographique des structures de soins et une continuité dans le suivi des patients. La sectorisation a ainsi joué un rôle clé dans la réorganisation des soins, valorisant la proximité et la continuité des prises en soins (Rubinstein, 2023). En psychiatrie, l'offre de soins s'organise autour de trois formes de prise en charge (DREES, 2023) :

- Le temps complet (plus de 24 heures), qui comprend l'hospitalisation à temps plein, elle-même répartie en plusieurs structures, comme les **hôpitaux psychiatriques** de secteur qui accueillent les personnes dont l'état de santé nécessite une intervention rapide (GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences, 2024). De plus, les **Unités de Soins Intensifs Psychiatriques** (USIP) depuis 2011 mettent l'accent sur un fonctionnement souple. Elles proposent un cadre contenant pour des patients présentant des troubles majeurs du comportement ne pouvant être pris en charge de façon satisfaisante

dans les services de psychiatrie générale (Le Bihan et al., 2009). Mais pour une demande de prise en soins plus spécifique, les UMD, **Unités pour Malades Difficiles**, accueillent des patients atteints de maladies psychiatriques persistantes et incompatibles avec une hospitalisation traditionnelle, connus ou non des services de psychiatrie, la difficulté étant dans les possibilités limitées de prise en charge sur le service du secteur de la personne (Guillot et al., 2019). À côté de ces structures publiques, il existe également des **cliniques psychiatriques privées**, qui assurent une partie des hospitalisations à temps complet en France. Ces établissements peuvent être à but lucratif ou associatif, et bien qu'ils ne fassent pas partie intégrante du secteur psychiatrique public (au sens de la sectorisation de 1960), ils participent à l'offre de soins. En 2019, 37% des lits à temps complet étaient situés dans des établissements privés (DREES, 2023).

- Le temps partiel (de 3 à 24 heures), qui comprend **l'Hospitalisation De Jour (HDJ)**, accompagne les patients pendant la journée, permettant aux patients de rentrer chez eux en fin de journée. Sans mobiliser de lit d'hospitalisation et en prônant la réinsertion, l'HDJ permet au patient de recevoir des soins plusieurs fois par semaine en fonction de ses besoins et attentes. **L'Hospitalisation De Nuit** permet une prise en charge thérapeutique en fin de journée et une surveillance médicale de nuit. Elle s'adresse à des patients qui ont acquis une certaine autonomie dans la journée (*UNAFAM, 2024 ; GHU Paris psychiatrie & neurosciences, 2024*). L'accueil en **appartement thérapeutique** accompagné par des équipes soignantes permet aux patients de vivre de façon autonome dans des appartements connus et disposés pour le secteur. Les patients sont suivis pour ce qui est du traitement et également de la gestion de la vie quotidienne (Velpry, 2010).

- L'ambulatoire (moins de 3 heures), qui mobilise principalement les **Centres Médico-Psychologiques (CMP)** proposant des prises en soin psychologique, psychiatrique et sociale des patients. Les **Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP)** proposent des soins psychothérapeutiques à temps partiel, généralement sur une base quotidienne ou hebdomadaire, qui permettent ainsi de continuer à accompagner de manière contenante les patients en dehors d'une hospitalisation. (*UNAFAM, 2024 ; GHU Paris psychiatrie & neurosciences, 2024*). Mais aussi les **consultations** réalisées dans d'autres lieux, notamment ceux qui relèvent de la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire et social. Nous pouvons citer aussi les **Equipes Mobiles** qui, en se déplaçant directement auprès des patients dans leur environnement quotidien, visent à offrir des soins psychiatriques de manière flexible et adaptée, en particulier pour les patients n'étant pas en mesure de solliciter les dispositifs de soins ou lorsque ces dispositifs ne sont pas en mesure de répondre aux besoins de la personne (Garcin, 2022).

D'un point de vue quantitatif, 4 820 établissements géographiques ont eu une activité de psychiatrie, où plus de 19, millions d'actes en ambulatoire ont été effectués (DREES, 2024) Les troubles

psychotiques représentent, sur le budget de 185 milliards d'euros de l'assurance maladie, 5 milliards d'euros dépensés pour le développement et les actes de soins (Assurance maladie, 2024).

2/ Parcours de soins d'un patient souffrant de troubles psychotiques

Comme nous avons pu le voir, de nombreuses possibilités de parcours de soins sont possibles pour les patients souffrant de troubles psychotiques. Nous allons maintenant explorer les différentes possibilités de parcours de soin en entrant en hospitalisation complète psychiatrique. En effet, pour ce mémoire d'initiation à la recherche, je centre mon questionnement sur la prise en soin des patients hospitalisés en psychiatrie à temps complet.

Lors d'une possible décompensation psychotique, les troubles peuvent être un motif fréquent de recours aux services d'urgence. En effet, selon la circulaire du 30 juillet 1992, « *une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin. Elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique.* » (Circulaire n°39-92, 1992). Le passage aux urgences psychiatriques est donc, dans une grande partie des cas, un point de passage des patients. En effet, les urgences psychiatriques représenteraient 10 à 30 % des urgences prises en charge dans les services d'accueil des urgences des hôpitaux généraux publics (Pasquier De Franclieu, 2013). L'accompagnement aux urgences peut différer s'il s'agit du premier épisode psychotique, plus spécifique (Mathur, 2010).

En fonction du contexte d'arrivée du patient aux urgences ou directement à l'hôpital, le type d'admission d'hospitalisation est le premier facteur qui peut varier en fonction des patients et qui entraîne un ajustement des soins. En effet, il existe deux types de modalités :

Les soins avec consentement, **soins libres**, sont dits *consentis* lorsque la demande de soins a été formulée par le malade lui-même. Les hospitalisations libres représentent 80 % des patients hospitalisés (Psycom, 2017). Suite à cette modalité, le patient peut choisir son médecin, mais aussi prendre le choix de mettre fin à l'hospitalisation (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022).

Les soins sans consentement sont la seconde possibilité pour le patient. Il en existe plusieurs types. **L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)** peut être demandée lorsque les troubles psychiatriques rendent impossible le consentement de la personne et que son état mental impose des soins. Ils peuvent être demandés par la famille ou « *une personne justifiant l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exception des personnels soignants qui exercent dans l'établissement d'accueil* ». En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité de la personne, **l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SDTU)** peut être mise en place. Mais lorsqu'il est impossible d'obtenir une demande d'hospitalisation et qu'un péril imminent

menace la santé de la personne au moment de l'admission, **l'admission en soins psychiatriques pour péril imminent (SPI)** peut être réalisée par le médecin avec un certificat de péril imminent. La dernière possibilité est **l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE)**, lorsque les troubles mentaux du patient nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public (HAS, 2021). Les soins sans consentement, suite à la **loi du 5 juillet 2011** relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, ont introduit des modifications dans l'organisation des soins psychiatriques en France. Elle a pu renforcer la régulation de ces soins, tout en donnant davantage de droits aux patients et en favorisant une prise en soins plus humaine et individualisée. Notamment avec la création du **programme de soins personnalisés (PSP)** afin de structurer au mieux les soins sans consentement (HAS, 2021).

Lors d'une hospitalisation, le patient peut faire face à des mises en place de contentions et d'isolement. En effet, en fonction de l'expression des symptômes, notamment des risques graves pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui, le psychiatre peut décider de prendre de telles mesures. Dans ses recommandations de bonnes pratiques, l'HAS (Haute Autorité de Santé) définit et explique les mises en place lors d'une hospitalisation. L'isolement est *« un placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté, et c'est une mesure limitée dans le temps »*. La contention permet d'immobiliser un membre ou la personne pour prévenir une violence imminente du patient ou répondre à une violence immédiate. Il en existe deux types, la contention physique (recours à la force physique) et la contention mécanique (utilisation de tout matériel) (HAS, 2017). L'organisation de l'hôpital varie en fonction des régions et des dispositifs. Ainsi, des facteurs peuvent varier en fonction de l'institution et des psychiatres. Nous pouvons noter, par exemple, l'ouverture des chambres, l'accès à un espace extérieur, la prise des repas, l'accès à des activités... (DREES, 2023).

Un point important à noter est la privation occupationnelle d'un patient hospitalisé sous contrainte. En effet, le stress, le sentiment de coercition lié aux soins, et une relation particulière avec les soignants influencent la perception du patient concernant les raisons de son hospitalisation (Khazaal et al., 2005). Ainsi, son adhésion au soin se retrouve impactée. Cette privation occupationnelle peut impacter fortement un patient. Un autre point est l'ennui que peut entraîner une hospitalisation. En effet, la forte présence de l'ennui au quotidien des patients impacte la perception du sens dans les occupations qu'ils investissent (Dévaud et al., 2022). Ainsi, la prise en compte de l'ennui et de son sens et de toutes les problématiques liées à l'institution du patient hospitalisé sous contrainte est primordiale. Ces deux points sont importants à prendre en compte pour mon sujet. En effet, la prise en soin ergothérapeutique doit pouvoir réussir à spécifier la demande et comprendre les problématiques occupationnelles.

3/ Objectifs et modalités d'accompagnement des professionnels des hôpitaux psychiatriques

Lors d'une hospitalisation à temps complet, les objectifs varient et s'adaptent. Nous pouvons noter que, pour des patients souffrant de troubles psychotiques, les principaux objectifs de la prise en soin sont la **stabilisation des crises aiguës**, l'**évaluation clinique approfondie**, la **réinsertion et la réhabilitation sociale et professionnelle** (HAS, 2018). Le premier moyen utilisé en hôpital psychiatrique est la mise en place ou l'ajustement d'un traitement pharmacologique. Ce moyen n'est pas le seul utilisé, l'accompagnement thérapeutique par les divers professionnels étant mis en avant. En effet, plusieurs études ont démontré que le traitement des troubles psychotiques ne passait pas uniquement par la solution pharmacologique (Lahera et al., 2018 ; Penney et al., 2022). Le psychiatre et d'autres professionnels formés peuvent donc être amenés à réaliser ces psychothérapies, qui, couplées à la prise des traitements médicamenteux, se montrent bénéfiques pour les patients (Eells, 2000 ; Jauhar et al., 2019). Ces possibilités d'accompagnement répondent à plusieurs objectifs thérapeutiques. Nous pouvons, tout d'abord, noter comme objectif la prévention des rechutes : en effet, suite à un épisode psychotique, plusieurs études estiment la probabilité de celle-ci à 50 % dans l'année et à 80 % dans les 2 à 5 ans (Raymondet, 2008). Pour les éviter et travailler ces problématiques lors de l'hospitalisation, la psychoéducation du patient (Bighelli et al., 2021) et/ou celle de la famille (Rodolico et al., 2022) est préconisée.

Afin d'accompagner au mieux les patients et de répondre aux objectifs, les personnes hospitalisées sont amenés à entrer en contact avec les différents corps de métiers du soin.

Tout d'abord, dans leur parcours de soins, les patients, en fonction de la détection des troubles, peuvent être confrontés au médecin généraliste au sein de leurs lieux de vie, principal acteur et coordinateur de la prise en soin. Celui-ci permettra un suivi optimal et une coordination avec les acteurs de soins spécialisés en psychiatrie (HAS, 2018). Suite à cela, si une hospitalisation est nécessaire, le psychiatre s'introduira dans le suivi. Il a notamment plusieurs rôles et champs d'intervention. Le diagnostic, afin d'identifier la maladie, se pose et se réévalue en fonction de la pathologie. Un diagnostic ne peut se confirmer seulement si les critères diagnostiques DSM-5 ou CIM-10 sont remplis (HAS, 2022). Bien que l'annonce du diagnostic puisse entraîner une stigmatisation, un sentiment de désespoir ou encore de passivité, le diagnostic peut permettre une meilleure compréhension de la maladie (Rocamora et al., 2005). Mais aussi, il permet d'ajuster au mieux le traitement, champ d'action du psychiatre. En effet, les antipsychotiques, ou neuroleptiques, permettent de réduire les différents symptômes des troubles psychotiques. La prescription d'antipsychotiques nécessite un bilan pré-thérapeutique clinique et paraclinique à la recherche de contre-indications et d'antécédents personnels de réponse au traitement susceptibles d'orienter le choix de la molécule. Et ainsi proposer le traitement le plus optimal (Bordet, 2015 ; Tebeka et al., 2017). Lors de cette prise de décision, trois phases doivent être réfléchies : l'amélioration des symptômes aigus pendant les périodes de décompensation, la

prévention des rechutes, et le traitement d'entretien dans les cas où l'interruption du traitement ne peut pas être envisagée (HAS, 2022). Le psychiatre et l'équipe soignante doivent être vigilants aux effets secondaires des traitements. En effet, plusieurs effets au niveau métabolique peuvent survenir : prise de poids, diabète, fatigue, baisse de libido (Fève, 2013). La prise de traitement peut aussi impacter le développement des adolescents et des jeunes adultes (Álvarez-Jiménez et al., 2008).

Le quotidien d'un patient hospitalisé en psychiatrie va être rythmé et accompagné par le corps soignant des infirmiers. En effet, le rôle du corps infirmier vise à maintenir, restaurer et promouvoir la santé et l'autonomie de la personne dans ses composantes psychologiques, sociales et culturelles. Ses moyens peuvent être multiples : l'infirmier est le premier à entreprendre l'accueil du patient dans la structure ; grâce au contact fréquent avec les patients, il s'inscrit de manière importante à la réalisation du projet de soins (Favre, 2011). L'infirmier peut travailler avec les patients à travers de nombreux moyens, comme par exemple pour la prise des traitements, la prise des repas, en entretien avec les psychiatres, en activités thérapeutiques, en éducations thérapeutiques... Dans son livre *Le Travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*, Frédéric Mougeot explore les divers moyens et différentes prises en compte du patient tout en mettant l'accent sur ce positionnement thérapeutique du soignant au soigné, notamment le temps des prises en charge et des échanges (Mougeot, 2019).

Pendant très longtemps mis à l'écart, les aides-soignants jouent un rôle important dans l'hospitalisation. En effet, les aides-soignants sont les premiers impliqués dans la gestion du quotidien des patients, de la gestion des repas, des soins du corps, du linge, et encore d'autres activités de la vie quotidienne ; souvent en contact avec les patients, l'échange informel de la vie quotidienne participe à l'accompagnement (Chalancon & Batret, 2019). Leurs missions ont été clarifiées par l'Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant. Il est écrit que les aides-soignants peuvent « *recueillir des données relatives à l'état de santé de la personne* » et « *assurer des transmissions orales et écrites pour garantir la continuité des soins* » (République Française, 2021).

Un acteur important de la prise en soin des patients souffrant de troubles psychotiques hospitalisés est l'assistant social. L'assistant social participe à l'autonomisation de la personne dans son environnement en incluant les souhaits des patients. En s'appuyant sur une dimension sociale et sur toutes les possibilités administratives et socio-économiques de l'organisation française, il place le patient comme acteur au premier plan de son projet de sortie (Faugère, 2021 ; Laffaille et al., 2013).

D'autres professionnels de santé agissent sur l'accompagnement d'un patient en hôpital psychiatrique. C'est notamment le cas des psychologues, qui peuvent participer avec le psychiatre à l'élaboration d'un diagnostic. Ils soutiennent et accompagnent les patients à travers des entretiens cliniques et des interventions thérapeutiques (Castro, 2011). Les psychomotriciens interviennent en hôpital psychiatrique. En effet, par l'utilisation des thérapies corporelles (relaxation, gymnastique, expression corporelle), pour aider les personnes qui ont des difficultés psychologiques, vécues et

exprimées de façon corporelle, à retrouver un équilibre (CHRISTODOULOU, 2006). La pair-aidance est une nouvelle branche de métier du soin en France. Le médiateur de santé pair, à la suite de son propre parcours ou de celui d'un proche en psychiatrie, accompagne, soutient et oriente les patients en favorisant leur rétablissement, leur autonomisation et le lien avec les soignants (Flora & Brun, 2021). L'ergothérapie est un corps de métier très répandu en psychiatrie (son travail et sa mission seront définis plus loin). D'autres professionnels accompagnent des patients en hôpital psychiatrique. Nous pouvons citer, par exemple, les psychanalystes et les diététiciens (Psycom, 2013).

La littérature met un accent primordial sur l'approche pluridisciplinaire en hôpital psychiatrique. En effet, les problématiques de la personne étant multiples, un projet de soins précis et coordonné par l'ensemble de l'équipe soignante est favorable. Les corps de métiers étant différents et apportant une approche complexe et précise, la coordination de celle-ci offre au patient une démarche de soins collective et significative. La multidisciplinarité est par exemple mise en avant dans l'article « L'interdisciplinarité pour des soins holistiques en hôpital psychiatrique : pourquoi et comment relever ce défi ? ». Kirkove & Oswald définissent cette approche comme « *une juxtaposition de disciplines et de connaissances* » et que « *les différents spécialistes de leurs disciplines se complètent et interviennent les uns à côté des autres autour d'un sujet commun* » (Kirkove & Oswald, 2024).

Partie 3 : L'ergothérapie et l'accompagnement des patients souffrant de troubles psychotiques

1/ L'ergothérapie : généralités

Dans son parcours de soin, notamment en hôpital psychiatrique, le patient peut être amené à rencontrer un ergothérapeute. En effet, l'ergothérapeute est un professionnel de santé exerçant dans les champs sanitaire, médico-social et social. L'ergothérapie se fonde sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Pour l'ergothérapie, l'activité désigne, selon la définition du terme anglo-saxon « occupation », « *un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société* » (WFOT, 2018). Elles comprennent notamment les soins personnels, le travail et les loisirs. L'objectif de l'ergothérapeute est de soutenir les personnes en situation de handicap dans la réalisation de leurs activités quotidiennes. Il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes afin de proposer un accès optimal et un accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace des occupations qu'ils veulent ou doivent faire. L'ergothérapeute agit sur prescription médicale, collabore avec la personne, son entourage, et l'équipe médicale et paramédicale. (ANFE, 2024; Santé gouvernement, s. d.; WFOT, 2018).

En France, l'ergothérapie fait son apparition dans le domaine psychiatrique au XX^e siècle, notamment pendant la Première Guerre mondiale, où elle propose des activités destinées aux soldats souffrant de syndromes post-commotionnels. Après la Seconde Guerre mondiale, le terme « ergothérapie » remplace celui de « travail thérapeutique », marquant une étape importante dans le développement de cette profession, particulièrement dans le domaine de la rééducation des blessés de guerre. Au fil du temps, les bienfaits apportés par cette discipline sont de plus en plus reconnus, ce qui conduit à la création d'associations et de fédérations pour soutenir les ergothérapeutes à travers le monde (Delaisse et al., 2020). Au 1er janvier 2023, la France comptait 14 930 ergothérapeutes, dont 87 % de femmes (DREES, 2023).

2/ L'ergothérapie en psychiatrie

Avec la création et l'accélération de la réforme de désinstitutionnalisation des services de psychiatrie, l'ergothérapie a pris sa place progressivement dans les structures de soins psychiatriques. En effet, l'objectif de cette désinstitutionnalisation est de favoriser l'inclusion sociale des patients plutôt que leur maintien dans des hôpitaux psychiatriques fermés. L'ergothérapie se place dans une démarche de réveil de capacités et s'inscrit dans une approche de soins collective et en fusion avec le traitement pharmacologique ; la nécessité d'une intervention par l'ergothérapeute est de plus en plus mise en avant (Hernandez, 2007).

Comme il a été dit précédemment, des difficultés d'identification de la personne comme individu étant problématiques pour le patient, la restauration et la sauvegarde de l'activité psychique du patient et la possibilité de retrouver la capacité d'exister en tant que sujet sont le principal objectif de l'ergothérapeute en psychiatrie (Hernandez, 2007). Florence Klein, dans son article *Ergothérapeute, pourquoi faire ?* définit plusieurs autres objectifs précis. Nous pouvons noter, par exemple, l'accompagnement d'une reprise de confiance en soi du patient à un rétablissement progressif de ses activités. Nous pouvons aussi noter la suscitation d'un « minimum de dynamisme vital, un désir de vie » (Hernandez, 2007). Les troubles psychotiques étant imposants et impactants, il est nécessaire de lutter contre les besoins inhérents à la psychose, qui sont notamment de détruire, de rompre les liens, et ainsi de gérer le conflit terrifiant que le patient psychotique a en lui (Hernandez, 2007). Winnicott, dans *Jeu et réalités*, définit comme objectif que le « travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire » (Winnicott et al., 1975). Plusieurs approches coexistent en ergothérapie, notamment l'approche psychodynamique, utilisée depuis longtemps par les ergothérapeutes en psychiatrie. Elle prend en considération le vécu subjectif du patient, son histoire, ses conflits internes ainsi que la dimension inconsciente de son rapport à l'activité. Mais aussi l'approche « envisage la personne comme l'expression d'un jeu de forces intrapsychiques se manifestant sous la forme de besoins, de pulsions, de traits et d'aptitudes » (MANIDI, 2006). Parmi les moyens utilisés, on retrouve par exemple des ateliers d'expression créative avec diverses médiations artistiques, telles que les arts plastiques ou les arts vivants. Il y a également une approche centrée sur la

réhabilitation, qui se focalise sur « *l'amélioration de la qualité de vie en privilégiant l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et la participation aux activités socioculturelles* » (MANIDI, 2006). Parmi ses outils, on peut citer les entretiens, les évaluations de l'autonomie et de la perception des activités problématiques, la psychoéducation ou encore les mises en situation. Il est essentiel d'identifier ces différents courants en psychiatrie, car les interventions qui en découlent peuvent varier.

Par des séances individuelles, avec ou sans entretien préalable, ou bien en groupe ouvert, semi-ouvert ou fermé, l'ergothérapeute trouve la base de son intervention dans trois dispositifs. Ces concepts fondamentaux sous-tendent la réflexion précise du thérapeute et dynamisent et clarifient l'intervention de l'ergothérapeute (Klein, 2014).

Le **cadre thérapeutique** est un ensemble de dispositifs, de règles et de conditions nécessaires pour soutenir et proposer un environnement sain propice à l'accompagnement. J. Bleger définirait ce cadre comme « *se référant à une stratégie plutôt qu'à une technique* » (Bleger, 1979). Déterminé et réfléchi par l'ergothérapeute, le cadre thérapeutique est intégré et en accord avec la structure de soin. Isabelle Pibarot élabore dans son article en 1978 la comparaison du cadre thérapeutique au « holding » que définissait Winnicott dans l'ouvrage *De la pédiatrie à la psychanalyse* (Winnicott et al., 2018). En effet, selon Winnicott, le « holding » correspond à la contenance physique, émotionnelle et psychologique que la mère fournit au nourrisson pour favoriser son développement dans un environnement sécurisé. Cette contenance de la mère à l'enfant peut donc se projeter, selon Pibarot, dans la relation thérapeutique (PIBAROT, 1978). L'ergothérapeute utilise donc cette matière première pour proposer cet environnement sur lequel pourra s'appuyer le patient (Hernandez, 2007). Ainsi le patient sera en possibilité « *de trouver confiance en lui et d'inventer de nouveaux modes de relation avec l'environnement, c'est-à-dire avec la matière transformable, les personnes et enfin avec lui-même* » (PIBAROT, 1978). Dans son article, M. Ménard établit une liste d'exemples de questions qui permettent la réflexion du cadre thérapeutique. La position du thérapeute, l'espace physique, les règles, les productions de l'atelier, etc., y sont présentés (Hernandez, 2007).

La **relation thérapeutique** est un ensemble d'échanges qui se passent entre deux personnes dans le cadre d'un soin apporté à l'une d'elles. Comme expliqué dans l'article de F. Klein, avec l'idée que l'ergothérapie et la psychothérapie se juxtaposent, la relation thérapeutique se travaille, se forme et se situe « *en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du thérapeute et celle du patient* » (Winnicott et al., 1975 ; Hernandez, 2007). La relation passe et se précise grâce à plusieurs points, notamment **l'espace potentiel** que Winnicott définit comme un espace intermédiaire entre le monde intérieur du patient et la réalité extérieure, où se déploient le jeu, la créativité et les symbolisations. Son amorce dans la relation de soin passe par cette liberté de création dans « l'espace potentiel » (Winnicott et al., 1975). L'ajustement et la réflexion d'une **distance thérapeutique** constituent un élément essentiel dans la relation thérapeutique. En effet, cette distance ne doit pas se confondre avec indifférence ou froideur,

mais justement comme une posture bienveillante et attentionnée tout en fournissant une contenance équilibrée du cadre thérapeutique dans une relation sécurisée et authentique (Klein, 2014). La distance thérapeutique permet aussi de proposer un cadre juste et laissant court au transfert et au contre-transfert positif. En effet, le transfert est « *le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets (c'est-à-dire sur certaines personnes) dans le cadre d'un certain type de relation établie avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique* » (Laplanche et al., 2007). Le contre-transfert introduit par Freud est, lui, « *l'ensemble des réactions de l'analyste au transfert de son patient, y compris les sentiments projetés en lui par celui-ci* » (Mijolla et al., 2002). Faisant partie intégrante d'une relation thérapeutique, ces deux éléments travaillés et ajustés sont indispensables à l'accompagnement (Benarosch, 2017). L'**authenticité** du thérapeute et de la relation offre à la relation thérapeutique un climat de confiance. En effet, B. Simonnet-Guéreau, dans son article *Construire la relation thérapeutique*, explique que, suite à ce sentiment de confiance et de sécurité, « *le patient peut tenter d'exister avec son vrai soi, son soi authentique* » (Klein, 2014).

La **médiation thérapeutique** est le support d'intervention de l'ergothérapeute en psychiatrie. Les médiations thérapeutiques de compositions structurantes, ludiques, expressives et projectives sont utilisées de manière personnalisée. Elles peuvent être artistiques (musicales, plastiques, audiovisuelles, littéraires), artisanales, sportives... Dans la littérature, nous pouvons observer dans divers ouvrages la particularité et l'importance de la médiation dans l'accompagnement ergothérapeutique. En effet, F. Klein définit la médiation comme un outil de création et de production de l'objet : « *Les médiations dont les ergothérapeutes usent [...], sont au cœur de ce qui se déploie, dans un espace relationnel permettant une co-construction entre le sujet souffrant et le soignant, le patient et lui-même, les autres et l'objet qu'il crée.* » (Klein, 2014). Auparavant, J. Oury et Winnicott ont pu explorer ce terme de création, notamment en la définissant comme primordiale dans le développement de l'individu (Winnicott et al., 1975). Elle est notamment le reflet de notre inconscient : « *il y a une sorte d'homéomorphie entre ce qui est créé et la personnalité de celui qui crée* » (Oury, 1980). Dans cette action de création, l'ergothérapeute « *invite le patient à produire* ». Dans son article *La Relation avec l'objet*, C. Bagnères, après avoir défini que la création de l'objet réel et matériel mettait en jeu « un objet interne », nous invite à observer le patient pour sentir et percevoir une approche et un objet interne qui sont mis en jeu et ainsi conduire notre accompagnement, « *observer le patient pendant son acte de création le plus précisément possible afin de percevoir au plus juste sa dynamique interne* » (Klein, 2014).

Nous avons pu voir dans cette partie l'importance de ces trois éléments pour la prise en soin ergothérapeutique. Nous avons pu mettre en lumière l'importance de travailler et de préparer ces trois concepts. Au sein de ce mémoire d'initiation à la recherche, nous concentrerons les recherches sur une médiation en particulier, qu'est l'écoute musicale.

3/ L'écoute musicale en ergothérapie

Nous avons donc pu analyser et comprendre les troubles psychotiques et leurs impacts sur la personne, et nous avons pu identifier et comprendre l'offre de soins disponible pour des personnes souffrant de troubles psychotiques. Enfin, nous avons pu comprendre et identifier les éléments clés du travail de l'ergothérapeute en psychiatrie. Dans cette partie, nous concentrerons les recherches sur l'écoute musicale. En effet, mon mémoire se centrant sur l'impact de l'écoute musicale sur les personnes souffrant de troubles psychotiques, il est essentiel d'analyser et de comprendre cette médiation.

La musique est définie par le Larousse comme « art qui permet à l'homme de s'exprimer par l'intermédiaire des sons ; productions de cet art, œuvre musicale » (Larousse, 2024). « La musique adoucit les mœurs. » En effet, faisant partie intégrante de notre culture, la musique a toujours eu un rôle et une influence sur notre quotidien. Nous pouvons citer la stimulation cognitive, les diverses sensations de bien-être, mais aussi la réduction du stress ; la musique berce nos émotions et nos sens (Francès, 1984 ; Wolff, 2015). En France, pour 76 % de la population, la musique représente une activité importante, en particulier chez les moins de 34 ans (Mercier et al., 2023).

C'est dans les années 1960-1970 que de nombreuses études se sont intéressées à l'impact de la musique sur des patients. À la suite de cela, le premier centre français de musicothérapie fut créé sous le nom de l'Association de recherches d'applications des techniques psychomusicales (ARATP). En accueillant des patients souffrant de troubles de l'humeur et psychotiques, le centre proposait des ateliers thérapeutiques de conception et de mise en œuvre de musicothérapie.

Aujourd'hui, la Fédération Française des Musicothérapeutes définit la musicothérapie comme « une pratique de soin, de relation d'aide, d'accompagnement, de soutien ou de rééducation, utilisant le son et la musique, sous toutes leurs formes, comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation. » (Fédération Française des Musicothérapeutes, 2022).

Deux types d'intervention en musicothérapie sont possibles, la musicothérapie dite active et la musicothérapie réceptive :

- Musicothérapie active : privilégiant l'improvisation et la création musicale par des instruments ou grâce à un ordinateur en groupe ou individuellement.
- Musicothérapie réceptive : diffusion en séance d'œuvre musicale en groupe ou individuellement.

Dans le cadre de mon projet de mémoire d'initiation à la recherche, nous nous focaliserons sur la musicothérapie réceptive. En effet, au vu des problématiques d'un patient hospitalisé sous contrainte et de l'approche précoce de l'ergothérapeute, nous développerons l'écoute musicale comme première approche avec les patients.

Il est cependant important de préciser dans le cadre de l'ergothérapie que l'utilisation de la musique comme médiation ne relève pas de la musicothérapie comme le définit la FFM. En effet, la musicothérapie est une pratique spécifique, exercée par un professionnel ayant suivi une formation spécialisée dans ce domaine. Les ergothérapeutes utilisent donc cette technique psychomusicale, cet outil thérapeutique médiatisé de transformation, comme un outil de supports occupationnels de soin. Au sein de ce mémoire d'initiation à la recherche, nous ne nous focaliserons donc pas sur les modalités et sur le lien étroit avec la musicothérapie, mais plutôt sur son impact et l'analyse ergothérapeutique qui en découle.

Nous avons pu voir que l'écoute de la musique a une place importante ; son écoute est enseignée à l'école, et la diversité de la musique ne fait qu'accroître le nombre d'écoutes (Tripier-Mondancin & Maizières, s. d.). L'écoute musicale à visée thérapeutique est utilisée pour répondre à différentes problématiques de soins, comme par exemple en psychiatrie, en neurologie et en pédiatrie (*Fédération Française des Musicothérapeutes, 2022*).

Il est intéressant de constater que peu de documents de la littérature française portent sur l'utilisation de l'écoute musicale par les ergothérapeutes en psychiatrie. Son impact est fortement décrit pour les patients atteints de la pathologie d'Alzheimer (Moussard, 2012). A l'inverse, à l'étranger plusieurs articles ont été effectués. Par exemple, en Suisse, pour des patients en soins intensifs, de la musique est proposée en individuel. À travers « l'objet transitionnel » que les soignants mettaient en place, les patients ont pu vivre une expérience sensorielle différente (Bovet et al., 2015). L'écoute musicale permet de stimuler les facultés rationnelles (cognitives et motrices) mais aussi affectives (perception, émotion et sentiment) (Moussard et al., 2012). Une étude menée au Royaume-Uni (Cohn et al., 2017) a analysé les effets de l'écoute musicale en santé mentale. Plusieurs éléments importants ont été mis en évidence :

- La musique comme moyen d'accroître la cohésion de groupe vers des objectifs communs
- La musique comme moyen d'augmenter la socialisation
- La musique, en tant qu'occupation signifiante, peut donner du pouvoir aux individus pour améliorer et adopter le bien-être et la récupération

Comprendre l'écoute musicale en tant que moyen ergothérapeutique est essentiel afin d'identifier les enjeux liés à la prise en soin.

Problématique :

Nous avons donc pu voir que la personne atteinte de troubles psychotiques souffre d'un ou plusieurs symptômes. Impactant leur quotidien, ces symptômes détériorent son bien-être et son parcours de vie. L'hôpital psychiatrique offre une possibilité de soin si une décompensation ou une autre problématique venait à survenir pour la personne. Nous avons pu voir comment et pourquoi un patient devait être pris en charge au sein d'un hôpital psychiatrique. L'ergothérapeute, au sein d'une démarche holistique de soin, accompagne les patients pour la sauvegarde et la restauration de l'activité psychique. Par le cadre thérapeutique, la relation thérapeutique et la médiation thérapeutique, l'ergothérapie peut accompagner les patients avec différents moyens. Ces éléments nous permettront de formuler la problématique suivante :

Comment l'ergothérapeute, dans le cadre d'un atelier d'écoute musicale auprès de patients souffrant de troubles psychotiques hospitalisés sous contrainte, favorise-t-il l'engagement occupationnel ?

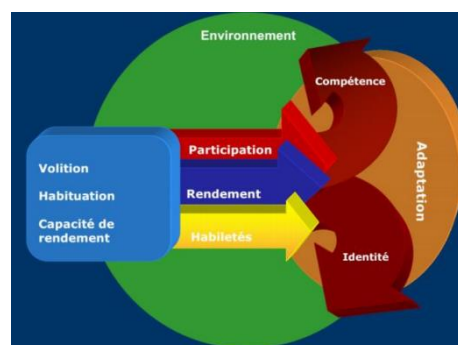
II. Partie conceptuelle :

Partie 1 : Le modèle de l'occupation humaine (MOH)

Afin de répondre au mieux à la problématique, ce mémoire d'initiation à la recherche prendra appui sur un modèle conceptuel. Il nous permettra de nous appuyer sur une taxonomie et des concepts et éléments déjà prédéfinis par le modèle. Le modèle conceptuel élaboré dans les années 1980 par Gary Kielhofner est l'un des modèles spécifiques aux ergothérapeutes. Il est centré sur l'occupation et a permis le développement de nombreux outils cliniques, qui ont été directement élaborés à partir de ses concepts (Morel-Bracq, 2017). Ce mémoire d'initiation à la recherche aurait aussi pu s'appuyer sur le modèle psycho-dynamique. En effet, de nombreuses sources citées sont issues d'auteurs à courant psychanalytique ; s'appuyer sur ce modèle aurait pu permettre une compréhension précise des termes que nous allons analyser. Cependant, le modèle psychodynamique, emprunt transdisciplinaire issu principalement de la psychanalyse et des sciences psychiques, n'est pas issu de la pratique ergothérapeutique, bien qu'il ait été intégré et adapté par certains ergothérapeutes, notamment en contexte psychiatrique. Le MOH, modèle de référence en ergothérapie, s'appuie quant à lui sur les sciences de l'occupation pour fonder sa pratique. Ainsi, nous nous appuierons sur le MOH tout en mobilisant et en analysant la taxonomie du modèle psychodynamique (Morel-Bracq, 2017). Cela permettra de nous appuyer sur la complémentarité des deux modèles, différemment utilisé en France.

¹Le MOH est avant tout centré sur l'occupation de la personne. En effet, pour Kielhofner, l'être humain est un « être occupationnel ». Ce sont les actions des individus qui façonnent et construisent leur identité (Kielhofner, 2002). L'occupation humaine est définie par Kielhofner comme « la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique » (Kielhofner, 2002).

On peut définir le MOH en trois principales composantes : « l'être », « l'agir » et le « devenir ». L'Être rassemble les éléments constitutifs de l'individu qui vont influencer et irradier sur l'Agir. Le devenir est le résultat de l'Être et de l'Agir. Il se manifeste par le degré d'adaptabilité de l'individu à ses activités. Le tout est en constante interaction avec l'environnement, et en permanence, il se développe et se redéfinit pour façonner l'individu à travers ses expériences (Morel-Bracq, 2017).



Le MOH repose sur plusieurs composantes intrinsèques à la personne. Tout d'abord, il prend en compte ses facultés personnelles et singulières qui définissent la spécificité de « l'Être ». Elles regroupent la volition, l'habituation et les capacités de performance (Morel-Bracq, 2017) :

¹ Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine : ANFE 2020

- La volition comprend les valeurs, les centres d'intérêt et les déterminants personnels comme le sentiment d'efficacité et de capacité. Elle correspond à la motivation qui va permettre à l'individu de s'engager dans une occupation.
- L'habitude correspond à l'organisation et à l'intériorisation des comportements automatisés dans un environnement familial. Elle comprend les habitudes de vie et les rôles sociaux de l'individu.
- La capacité de performance renvoie à l'aptitude d'agir grâce aux composantes objectives (mentale et physique) et à l'expérience subjective du corps. Ces aptitudes objectives sont détaillées par d'autres modèles conceptuels traitant des phénomènes comme la biomécanique du mouvement, le processus de commande motrice, ou encore les processus perceptifs et cognitifs.

L'Agir résulte de l'action que va entreprendre la personne pour réaliser une occupation. On distingue différents niveaux d'action : la participation occupationnelle, la performance occupationnelle et les habiletés (Morel-Bracq, 2017).

- La participation occupationnelle correspond à l'engagement effectif de la personne dans ses activités.
- La performance occupationnelle désigne le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations qui soutiennent cette participation.
- Les habiletés sont des actions ou aptitudes observables, réalisées dans un but précis et un sens précis permettant l'efficacité.

Le **Devenir** correspond à l'ensemble des occupations vécues par une personne. Celle-ci génère une identité occupationnelle. Cette identité est composée de l'être de l'individu et de ce qu'il aspire à devenir. Elle est reflétée au sein de la compétence occupationnelle, qui est l'aptitude de l'individu à établir et soutenir une routine d'occupation en accord avec son identité propre occupationnelle.

L'interaction entre ces composantes produit un processus d'adaptation. L'être et l'agir influencent la manière dont la personne s'adapte à ses occupations. Cette adaptation est en constante interaction avec l'environnement, qui évolue au fil des expériences et façonne l'individu (Morel-Bracq, 2017). L'environnement offre des opportunités et des ressources, mais impose aussi des demandes, des exigences et des contraintes qui influencent la participation. Il comprend à la fois un aspect physique (objets et espaces physiques) et un aspect social (humain et socioculturel) (Morel-Bracq, 2017).

De nombreux outils ont été créés sur la base du modèle. Il en existe quatre catégories (Morel-Bracq, 2017) :

- Les évaluations basées sur l'observation, comme l'ACIS (Assessment of Communication and Interaction Skills)

- Les évaluations reposant sur l'auto-évaluation, l'OSA (Occupational Self-Assessment)
- Less évaluations centrées sur l'entretien, comme par exemple l'OPHI-II (Occupational Performance History – II)
- Les outils combinés comme le MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool, outil de dépistage du MOH)

Au sein de ce mémoire, nous nous appuyons sur ce modèle pour plusieurs raisons. En effet, les difficultés des patients hospitalisés en psychiatrie seront identifiées de manière optimale grâce aux perspectives et à la précision qu'offre le MOH. De plus, le champ d'intervention de l'ergothérapeute, en proposant une aide à la restructuration de la structure occupationnelle d'un patient hospitalisé sous contrainte, correspond aux objectifs de l'ergothérapie en psychiatrie (Riou & Le Roux, 2017). Ainsi, le modèle permettra de structurer l'évaluation de cette structure occupationnelle pour mieux affiner son intervention et amorcer un premier engagement occupationnel d'un patient. Enfin, le MOH permettra à travers ses évaluations centrées sur l'observation d'aider le raisonnement et l'intervention de l'ergothérapeute quant à l'équilibre occupationnel, l'environnement, l'adaptabilité, mais aussi l'engagement occupationnel. Nous pouvons citer le MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool, outil de dépistage du MOH), qui, grâce à ses différentes manières d'évaluer, permet un compte rendu général sur ces éléments. En effet, le MOHOST utilise un questionnaire volitionnel, une mise en situation et une discussion (Parkinson et al., 2017).

Les concepts représentent les éléments que l'on cherche à étudier au regard de la problématique. Afin de favoriser l'engagement occupationnel, un premier concept, considéré comme un possible moyen d'y parvenir, a pu être identifié. En effet, de nombreux auteurs, tels que F. Klein, C. Bagnères ou H. Hernandez, ont développé des travaux autour de la relation en tant que premier outil thérapeutique. Le concept que nous allons analyser fait partie de cette relation, mais ne la représente pas entièrement. L'alliance thérapeutique, utilisée et explorée par les ergothérapeutes, est le premier concept que nous allons analyser.

Partie 2 : Alliance thérapeutique :

1/ Définition de l'alliance thérapeutique

Le terme d'alliance thérapeutique a été employé pour la première fois par Sigmund Freud, en 1913. Il insistait alors sur « *l'importance d'une alliance forte entre un patient et son thérapeute* » (Cungi, 2016). De plus, Freud mettait en avant un intérêt sérieux et une compréhension bienveillante de la part du thérapeute qui permettait ainsi de développer avec le patient un ensemble « *d'intérêts et une obligation réciproque* » (Cungi, 2016). En effet, l'alliance thérapeutique peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, le lien spécial et précis entre le patient et le thérapeute au sein d'une prise en soin (Valot & Lalau, 2020). C'est Carl Rogers qui met en place les principes qui rendent l'alliance thérapeutique transposable à une relation de soin. Bénéfique et au centre de la relation

thérapeutique, Carl Rogers met en avant plusieurs éléments de la bonne alliance thérapeutique, notamment la congruence (authenticité du thérapeute), l'empathie, mais aussi l'acceptation inconditionnelle (non-jugement) (Rogers, 1950). En psychothérapie, selon un article de *L'Évolution psychiatrique*, pour une augmentation du bien-être global et pour l'adhésion à la thérapie, le développement d'une alliance thérapeutique serait décomposé en trois étapes. Tout d'abord, la mise en avant d'une relation claire et authentique qui favorise le lien social et le sentiment d'appartenance. Il s'ensuit l'instauration d'attentes positives du patient grâce à une explication claire des problématiques, ce qui conduit à une collaboration active sur les objectifs et les méthodes de la thérapie (Azubuike et al., 2024). L'exemple et le lien de la prise en soin ergothérapeutique et de la psychothérapie pourraient se superposer : « Des passerelles existent » (Hernandez, 2007).

2/ L'importance de ce pilier dans le soin

Nous avons donc défini ce que l'alliance thérapeutique était, ce terme est un concept essentiel en hospitalisation psychiatrique. En effet, une mauvaise alliance thérapeutique est très fréquemment liée à une mauvaise adhésion au projet de soin (Zygmunt et al., 2002). Comme nous avons pu le voir au sein de la partie exploratoire, le traitement médicamenteux est primordial. Néanmoins, avec un grand nombre de patients (64 à 82 %) qui arrêtent leur traitement avant 18 mois (Lieberman et al., 2005), l'évaluation et la précision de cette alliance thérapeutique deviennent un enjeu central de la prise en soins intrahospitaliers. C'est en effet, pendant cette durée de référence, qu'une observation des capacités du patient à maintenir son implication dans le traitement est réalisée. Mais aussi d'anticipation des risques de rechute, grâce aux composantes de l'alliance thérapeutique (Charpentier et al., 2009). Ces problématiques occupationnelles que peuvent rencontrer les patients hospitalisés sous contrainte sont, selon Safran et Muran, aux projections d'un refus de soins, des « ruptures d'alliance ». En mobilisant l'alliance thérapeutique, le rôle du thérapeute est d'identifier ces ruptures d'alliance, de travailler dessus et de proposer au patient de nouveaux chemins pour résoudre ces tensions (Safran & Muran, 1996). En affirmant ce réajustement continu de l'alliance thérapeutique, Safran et Muran qualifient cela de « processus de négociation ». En effet, ce processus permettrait au patient, au sein du cadre thérapeutique, de développer ses besoins et problématiques en tant que sujet, et ainsi de développer la congruence et l'acceptation inconditionnelle de l'alliance thérapeutique (Safran & Muran, 2006).

3/ Mise en œuvre de l'alliance thérapeutique

Nous nous sommes intéressés à l'importance de mettre en avant cette alliance thérapeutique au sein de la relation soignant-soigné dans ce contexte. Nous allons à présent définir sa mise en place. F. Klein cite dans son article *Le Moindre des soins* Pierre Delion : « la relation transférentielle doit être privilégiée en premier, et tout le dispositif thérapeutique doit s'articuler autour de cette prévalence de transfert » (Gentis, 2002, dans Klein, 2014). Cette citation appuie donc sur le premier rôle et le premier moyen que l'ergothérapeute va pouvoir mettre en place. F. Klein explique que « L'accroche est le

premier travail, essentiel [...] ». Cette première mise en relation avec le patient constitue donc le premier acheminement vers la restauration psychique de la personne (Klein, 2014). Ce contact qui devient une « *dynamique de va-et-vient réflexif* » est exploré par F. Klein dans l'objet symbolique qu'est le miroir. En effet, « *Pour exister, il faut être vu indéniablement* ». Ce miroir au sein de cette création de relation thérapeutique devient « *un espace transitionnel, au sein duquel communication et jeu s'entremêlent* » (Hernandez, 2007). L'alliance thérapeutique, en devenant moyen et objectif par sa manifestation imprévisible et précaire, se développe par une intégration progressive (Katsaros & Durr, 2018). Ainsi, l'alliance thérapeutique, en s'adressant au patient, offre un cadre où **l'être** peut s'exprimer et s'identifier à travers son agir. En effet, la mise en place d'un cadre permet au sein de l'alliance thérapeutique de proposer au patient « un espace potentiel » (Winnicott et al., 1975) où le patient pourra accéder à son authenticité (Hernandez, 2017). P-C Racamier, dans son livre *L'Esprit des soins : le cadre*, développe que ce cadre est « *garant d'identité personnelle* » (Racamier, 2002). En effet, par sa mise en place et la réflexion sur sa composition, P-C Racamier appuie son analyse sur « *l'esprit* » du soignant qui va y être transposé. Le cadre est un support qui appelle une intentionnalité psychothérapeutique : « le cadre est dépositaire d'un esprit » (Racamier, 2002). Par cet esprit de création d'un cadre « vivant » (Racamier, 2002) et à travers le transfert perçu par le patient, l'ergothérapeute propose un ajustement authentique. Aussi, la mise en place d'une réciprocité au sein de la relation soignant-soigné est perçue par le patient comme une expérience d'authenticité le confrontant au pouvoir de son devenir. Cette réciprocité tient compte de l'asymétrie inévitable et constante du statut soignant-soigné. En effet, dans leur article, Katsaros et Durr, en prenant l'exemple d'un cas rencontré en UMD, ont approfondi cette perception d'une première étape de soin. En soulignant la prise de conscience et la réflexion que peuvent entraîner une résistance du patient au sein de cette alliance (Katsaros & Durr, 2018). P-C Racamier évoque justement que cette résistance mène le patient à « *sortir de sa tête ou de sa psyché* » (Racamier, 2002). Ainsi, le cadre, à travers l'alliance thérapeutique, accompagnera le patient vers un Agir considérant le soin autrement. Au cours de tous ces temps de rencontre et d'acceptation d'absence, l'ergothérapeute offre au patient une garantie d'un ajustement continuuel de sa posture et de présence de la contenance (Klein, 2014). De plus, l'alliance thérapeutique en ergothérapie se construit grâce à cette utilisation de la matière. En s'appuyant sur ce mouvement créatif, l'ergothérapeute peut reprendre cette dynamique des « *relationnels tels qu'ils existaient au début de la vie* » (I. Pibarot dans Hernandez, 2007). Comme le souligne C. Bagnères, « *la création donne forme à l'informe* ». Ainsi, le travail thérapeutique de l'ergothérapeute devient, au sein de cette alliance thérapeutique créatrice, même co-créatrice, « *comme une énergie supplémentaire pour accepter l'épreuve symbolique avec sa valeur initiatique* » (Klein, 2014). Ainsi, l'alliance thérapeutique ne se réduit pas à une simple collaboration, mais elle devient espace de libre transformation intérieure du patient (Hernandez, 2007). Cet espace libre de création est pour C. Détot, une dynamique circulaire alliant création et mouvement au sein de l'alliance avec le patient ; elle souligne l'importance de créer et construire ce cercle en réciprocité avec l'autre. Elle cite l'article *Psychoses : la réalité, l'ergothérapeute et le miroir*. « *Le soin est fait de mouvements de cercles*

concentriques autour du sujet : le patient, l'ergothérapeute, l'objet, l'institution » (C. Détot & C. Sansberro dans Klein, 2014). Cette alliance thérapeutique que l'ergothérapeute mettra continuellement en avant deviendra tripartite, entre le patient, le thérapeute, mais aussi l'institution (Ergopsy, 2015).

Nous avons pu mettre en évidence la place et l'importance de cette alliance thérapeutique avec le patient. Dans la continuité de cette alliance, et en lien direct avec la problématique, un second concept se dégage : L'engagement occupationnel, en tant que mise en activité et chemin vers une adhésion au soin, constitue notre second axe d'analyse.

Partie 3 : Engagement occupationnel :

1/ Qu'est-ce que l'engagement occupationnel ?

Pilier enrichissant, comme défini par le MOH, l'engagement occupationnel « *est l'action de se mobiliser, de devenir occupé, de participer à une occupation et à s'y engager* » (Townsend & Polatajko, 2013). Le MOH, en plaçant l'occupation signifiante au cœur du bien-être et du bonheur de vivre, met en avant l'importance de l'engagement et de l'investissement dans celle-ci (Morel-Bracq, 2017). En effet, les occupations comme « *support de la participation à la société* » (Morel-Bracq, 2017) deviennent par leurs dimensions de mise en mouvement un « *besoin pour pouvoir vivre et être en relation* » (Morel-Bracq, 2017). Le mot « engager » de l'engagement occupationnel est, selon le dictionnaire de l'Académie française, le fait de provoquer ou de commencer quelque chose. L'engagement est avant tout le fait d'être lié par une promesse, une convention, un accord (Académie française, s. d.). Au sein du terme « engagement occupationnel », l'engagement, la participation, le commencement de, se porte sur l'occupation. Comme expliqué auparavant, les occupations correspondent « *aux activités quotidiennes que font les gens en tant qu'individus, dans les familles et les communautés pour occuper leur temps et donner un sens et un but à leur vie. Les occupations comprennent les choses dont les gens ont besoin, veulent et sont censés faire* » (WFOT, 2018). Cet engagement ne se porte pas simplement sur une simple tâche, mais sur une mise en mouvement intrinsèquement significative pour l'individu (Wilcock & Hocking, 2024). Ainsi, « *apporter sa contribution afin d'être, de devenir et d'appartenir, ainsi qu'effectuer ou s'adonner à des occupations* » (Wilcock, 2006). À la suite du projet terminologique d'ENOTHE, les ergothérapeutes définissent cet engagement occupationnel comme « *le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation* » (Meyer, 2013).

2/ L'importance de l'engagement occupationnel au sein du projet de soin

En hôpital psychiatrique, le traitement des pathologies psychotiques repose sur une approche combinée, incluant à la fois un suivi médicamenteux et psychothérapeutique. Inscrit dans un projet de soins multidisciplinaire, où les soignants agissent en co-action et en juxtaposition des soins, ce cadre favorise une dynamique thérapeutique positive (Kirkove & Oswald, 2024). Les deux approches complémentaires, pour une prise en soin optimale, doivent être en accord avec le patient (Dauriac-Le

Masson et al., 2019). En effet, les patients admis sous contrainte en raison de leur refus de soins bénéficient d'un accompagnement afin qu'ils retrouvent le plus de liberté et d'autonomie possible dans leur prise en soin, ce qui constitue un aspect central de l'hospitalisation (Dauriac-Le Masson et al., 2019). Amener progressivement le patient vers un engagement occupationnel favorisant son adhésion aux soins est primordial (CESE, 2021). Dans cette dynamique, l'engagement occupationnel, en tant que médiateur du sentiment d'existence, devient par un consentement éclairé un engagement de **l'Être** intime, porteur du sentiment de **l'Être** essentiel. C. Bagnères souligne, à travers la création et la sensation qu'elle amène, que le patient peut transposer son activité psychique pour s'inscrire pleinement « *au sein de la communauté humaine* » (Klein, 2014). Ainsi, nous allons approfondir cette notion d'adhésion au soin pour mieux comprendre et ajuster l'engagement occupationnel comme levier pour l'adhésion complète et choisie au soin.

Selon le Robert, le terme adhésion renvoie à une « approbation réfléchie ; un accord ». Il définit l'action d'adhérer, de s'inscrire à un concept, à une doctrine (LeRobert, 2024). Selon le Larousse, le soin est défini comme « *actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un* » et comme des « *actions par lesquelles on conserve ou on rétablit la santé* » (Larousse, s. d.). Ainsi, l'adhésion au soin est une approbation des actes de soin qui sont effectués et proposés. En 2003, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie un rapport sur "**Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action**" (Adhésion aux thérapies de long terme : Preuves pour l'action). Ce document présente un examen approfondi de l'adhésion aux traitements à long terme et fournit des recommandations basées sur des preuves pour améliorer l'adhésion aux soins chez les patients souffrant de maladies chroniques. Il définit l'adhésion au soin comme le « degré auquel le comportement d'une personne (prise de médicaments, suivi d'un régime, et/ou changements de mode de vie) correspond aux recommandations convenues avec un professionnel de santé » (OMS, 2003). L'adhésion est difficile à quantifier en raison de plusieurs facteurs, notamment la capacité limitée des cliniciens à identifier les patients ne prenant pas leurs médicaments. Les taux de non-adhésion chez les patients schizophrènes varient entre 41 % et 55 % (Fenton et al., 1997). Par exemple, le rapport de l'OMS estime globalement que 50 % des patients adhèrent mal ou peu à leur traitement (OMS, 2003). En 2018, environ 50 % des patients ne se rendent pas au premier rendez-vous après leur séjour en milieu aigu (Oana et al., 2018). Cette adhésion aux soins est donc primordiale et représente le plus important facteur du cercle vicieux de la réhospitalisation, avec l'abus d'alcool ou d'autres drogues (Prior, 2004). Actuellement, il est difficile de proposer une donnée précise quant aux coûts des réhospitalisations. Cependant, une étude aux États-Unis a estimé à 800 millions de dollars le coût annuel de telles réhospitalisations causées par la non-observance (Weiden & Olfson, 1995). En conclusion, l'adhésion aux soins en psychiatrie est une notion multidimensionnelle et dynamique. L'intégrer pleinement dans l'engagement occupationnel permet, grâce au travail de l'ergothérapeute, de répondre aux objectifs ergothérapeutiques et holistiques du patient.

3/ Mise en place de l'engagement occupationnel

L'ergothérapeute accompagne les patients sur le rôle, l'autonomie et l'indépendance des occupations au sein de leur vie quotidienne. En effet, au vu des possibles problématiques occupationnelles d'un patient hospitalisé sous contrainte, l'ergothérapeute aide au réinvestissement des patients dans leurs occupations afin de se réengager et de parvenir à un meilleur équilibre occupationnel (Pierce & Morel-Bracq, 2016). En hôpital psychiatrique, comme nous avons pu l'analyser dans la partie exploratoire, l'entrée dans le service amène à une privation et à des restrictions occupationnelles. Ainsi, lors de l'hospitalisation, par la vulnérabilité psychoaffective de la personne (Constantin-Kuntz et al., 2014), sous l'appui de la relation thérapeutique, le travail de l'ergothérapeute, au vu de l'engagement occupationnel, pourrait passer dans un premier temps par la recherche nécessaire de l'émergence d'un désir vital. L'ergothérapeute, par son accompagnement, soutient le patient dans le retour à un *"dynamisme vital et un désir de vie"* (Hernandez, 2007). En effet, en amorçant ce processus de réengagement occupationnel, il facilite l'émergence de ce désir (Klein, 2014). F. Klein définit que, pour que le patient puisse se percevoir d'une position de sujet à part entière et non d'objet, *« notre travail est d'inciter le patient à s'engager et à respecter les engagements qu'il prend »* (Klein, 2014). M. Donaz, dans son article *Entre créativité et soins psychique : Être ou ne pas être ergothérapeute*, explore la difficulté de rendre possible le travail thérapeutique de son patient. En soulignant le rôle de l'ergothérapeute comme accompagnateur, il *« ne fait pas le travail thérapeutique de son patient, il le rend possible »* (Hernandez, 2007). Ainsi, par cette liberté de création et d'investissement dans l'activité, l'ergothérapeute permet au patient d'accéder à son être profond. Ainsi, comme le souligne F. Morestin dans *Resistance*, cette action de créer et de partage de création entre l'ergothérapeute et le patient transformerait *« l'acte de résistance en un acte d'existence »*. (Hernandez, 2007). Ce discernement transforme l'acte de résistance en un acte occupationnel. C'est ce que soutient C. Bagnères : *« Le patient peut être saisi par la force de son propre élan créateur et éprouver une grande joie »* (Hernandez, 2007). À travers l'utilisation créatrice de la matière, le patient passe par un « chemin interne » (Hernandez, 2007), de l'émergence du désir à la résistance, en déployant le discernement de son acte occupationnel au réel. Ainsi, mener le patient vers le plaisir d'agir, comme le mentionne F. Klein dans les objectifs de l'ergothérapeute en psychiatrie, *« l'inciter à recouvrer une certaine estime de soi »* (Hernandez, 2007). En conclusion, cet engagement occupationnel pourrait ainsi permettre de transformer le traitement, initialement perçu comme une contrainte, en un véritable engagement aux traitements ergothérapeutiques et holistiques, soutenant et favorisant l'adhésion au soin.

Hypothèse :

Nous avons pu voir tout au long de la partie exploratoire le parcours de soin, la prise en soin des patients souffrant de troubles psychotiques. Nous avons aussi pu analyser la pratique de manière générale de l'ergothérapeute, mais aussi ce qu'était l'écoute musicale. À partir de cette analyse, deux concepts ont émergé au regard de la problématique. Tout d'abord, l'alliance thérapeutique, qui constitue à la fois un moyen et un objectif dans la prise en soin. L'ergothérapeute valorise la relation thérapeutique en la plaçant au cœur du premier contact avec le patient. Ensuite, l'engagement occupationnel, comme un objectif, afin d'ancrer davantage le patient dans une dynamique d'adhésion au soin.

Ici, l'hypothèse en s'appuyant sur les concepts et la partie théorique développera l'alliance thérapeutique mise en avant au sein d'un atelier d'écoute musicale. En effet, nous allons approfondir la possibilité d'un premier contact par un atelier d'écoute musicale. L'écoute musicale deviendrait donc réponse à notre interrogation et pilier vers l'engagement occupationnel.

Dans le cadre de mon hypothèse, le fait de proposer l'écoute musicale au sein d'un groupe thérapeutique permettrait de favoriser le développement des capacités sociales ainsi que de la perception de soi (L. Laulan dans Hernandez, 2007). De plus, comme nous avons pu le voir, les apports de l'écoute musicale contribueraient à renforcer le sentiment de sécurité des usagers. Cet atelier, par l'émergence du désir dans le choix des musiques et dans une écoute active, offrirait à l'ergothérapeute une base solide pour amorcer l'alliance thérapeutique au sein de la relation de soin. L'occupation qu'est la musique, lorsqu'elle est proposée, permettrait une première ouverture vers un réinvestissement occupationnel, et donc vers l'engagement occupationnel. Ainsi, notre hypothèse porte sur l'alliance thérapeutique travaillée, construite et maintenue par l'ergothérapeute dans le cadre d'un atelier d'écoute musicale. Cela ouvrirait alors la voie à un engagement occupationnel du patient. Cela nous amène à poser l'hypothèse suivante :

Chez des patients souffrant de troubles psychotiques hospitalisés sous contrainte, l'alliance thérapeutique, renforcée par l'ergothérapeute à travers des ateliers d'écoute musicale, favorise leur engagement occupationnel.

III. Méthodologie de l'enquête

Afin de répondre à notre problématique, et de préparer l'analyse de l'enquête, une méthodologie d'enquête en plusieurs temps sera réalisée. Tout d'abord nous verrons les objectifs, les variables et critères d'atteintes de l'enquête. Puis nous analyserons le choix de l'enquête et de ses outils, enfin, une partie sur le choix de la population conclura notre partie.

Partie 1 : Objectifs, variables, et critères d'atteintes :

Élément central de l'hypothèse, l'alliance thérapeutique, par son lien spécifique et précis entre le patient et le thérapeute (Valot & Lalau, 2020), joue un rôle majeur dans l'adhésion au projet de soin (Zygmunt et al., 2002). Construire le projet de soin ergothérapeutique en s'appuyant sur cette alliance, dans le but d'encourager un engagement occupationnel, est une approche reconnue comme optimale (Morel-Bracq, 2017; F. Klein dans Hernandez, 2017). Cette enquête, dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, s'intéressera à l'impact de l'alliance thérapeutique, créée ou entretenue au travers des ateliers d'écoute musicale, dans l'amélioration de l'engagement occupationnel des patients hospitalisés. Afin d'éviter un biais de confirmation, les objectifs ci-dessous ont été construits de manière à avoir une réelle progression dans les données. Ainsi, cette progression permettra de partir de la réalité clinique des ergothérapeutes interrogés. Elle mènera ensuite à une analyse de l'impact de l'alliance thérapeutique, sans présumer à l'avance de son rôle ni de son utilisation dans le contexte étudié.

Objectifs	Variables	Critères d'atteintes
<i>Identifier les moyens par lesquels les ergothérapeutes favorisent l'engagement occupationnel en unité d'hospitalisation psychiatrique</i>	Médiations thérapeutiques, Cadre thérapeutique, Relation thérapeutique, Adaptation, Objectifs thérapeutiques	Accessibilité des outils, Type d'adaptations proposées, Fréquence des interventions, Diversité des médiations proposées, Analyse d'activité
<i>Analyser les objectifs généraux auxquels répond un atelier d'écoute musicale en ergothérapie pour des patients en unité d'hospitalisation psychiatrique</i>	Objectifs thérapeutiques, Cadres thérapeutiques, Relations thérapeutiques, Adaptations	Champs lexical, analyse de pratique, expérience professionnelle, partage d'expérience
<i>Identifier si l'évolution d'une alliance thérapeutique entre le patient et l'ergothérapeute est développée pendant et suite aux ateliers d'écoute musicale</i>	Communication avec l'ergothérapeute, Fidélité du lien avec l'ergothérapeute, Etape de la mise en place de l'alliance thérapeutique ²	Champs lexical, Confiance exprimée, Transmission à d'autres professionnels sur la posture des patients, Fréquence de participation,

² 1) : mise en avant d'une relation claire et authentique

2) : explication claire des problématiques

3) : collaboration active sur les objectifs et les méthodes de la thérapie (Azubuike et al., 2024)

		Satisfaction générale des patients, Amélioration dans la réalisation des AVQ, Temps passé à participer aux activités
<i>Analyser l'impact de l'alliance thérapeutique sur l'engagement occupationnel et son évolution dans le temps pendant et suite aux ateliers d'écoute musicale</i>	Approbation des activités proposées, Échange et communication sur les activités proposées, Échange évolué sur les AVQ de la personne, Perception de l'utilité des activités, Nombre de participations aux activités, Rendement des activités, Régularité et fidélité de participation	Production dans les autres ateliers proposés, qualité des échanges, changement comportemental, fréquence de participation, satisfaction générale des patients, amélioration dans la réalisation des AVQ, temps passé à participer aux activités

Partie 2 : Choix de la méthodologie d'enquête

Afin de réaliser un travail d'enquête en accord avec ces objectifs, au sein de ce mémoire, nous nous appuierons sur une méthodologie d'enquête qualitative. L'approche qualitative, pour Creswell, est particulièrement adéquate pour saisir les émotions, les sentiments et l'expérience individuelle des personnes concernées (Creswell, 2003). En effet, cette approche facilite la compréhension des interactions entre les individus tout en tenant compte de leurs expériences, ce qui est un enjeu important pour comprendre les complexités des phénomènes sociaux dans leur contexte particulier. Elle fait appel à une interaction directe avec les participants, établissant ainsi un environnement où les perceptions et expériences individuelles peuvent être authentiquement recueillies. Comme le précisent Paillé et Mucchielli, cela « implique un contact personnel avec les sujets de la recherche » (Paillé & Mucchielli, 2012).

Partie 3 : Choix des outils d'enquête

Le premier outil utilisé sera une série d'entretiens semi-dirigés. Ces entretiens par les « relances » possibles d'une structure semi-dirigée permettront aux personnes interrogées de s'exprimer avec confiance au sein d'un échange de perceptions et de réflexions (Blanchet, 2022). Ils seront réalisés avec 4 ergothérapeutes ayant une expérience d'au moins un an en psychiatrie. Afin d'apporter des réponses significatives et différentes, des ergothérapeutes ayant travaillé dans des milieux différents et possédant des expériences diverses seront sollicités, notamment en termes d'âge ou d'ancienneté. Ces entretiens menés en visioconférence ou en présentiel, selon la disponibilité des ergothérapeutes, seront, avec l'accord de l'ergothérapeute, enregistrés pour une meilleure analyse des résultats. Les entretiens

dureront moins d'une heure. Une posture neutre et ouverte sera primordiale pour le questionnant. Afin d'éviter un biais de validation lors de l'analyse des résultats sans logiciel, une analyse rigoureuse sera effectuée pour identifier des termes employés au cours de l'entretien. Les entretiens s'appuieront sur une grille (Annexe I) qui sera préparée au mieux. Elle sera testée au préalable avec des collègues ou des proches, afin de s'assurer de sa pertinence et de sa clarté.

Un deuxième outil sera utilisé pour répondre à ces objectifs. Des observations non-participatives seront effectuées. Elle devra se réaliser dans un service psychiatrique d'hospitalisation accueillant des patients souffrant de troubles psychotiques hospitalisés sous contrainte. En effet, pour éviter un biais de réactivité, les observations seront non participatives, afin de garantir que les patients ne modifient pas leur comportement en raison de la présence de l'observateur. De plus, cette approche permet de préserver l'authenticité des interactions observées, sans influencer ou perturber les dynamiques naturelles des soins. Ces observations se feront sur 6 ateliers d'écoute musicale animés par un ergothérapeute ayant plus d'un an d'expérience en psychiatrie. Afin d'analyser au mieux les résultats et de limiter un biais de perception de l'observateur, une grille d'observation détaillée sera réalisée (Annexe II). Elle permettra de suivre et de restituer un maximum d'informations sur les différentes sessions. Pour l'analyse des résultats, afin d'éviter un biais de confirmation, une analyse systématique et objective des résultats sera réalisée. En projection du temps nécessaire pour la réalisation de cette enquête, l'observation commencera pendant le stage d'ergothérapie de 3^e année en mars-avril. La structure d'accueil ayant donné son accord et l'ergothérapeute étant favorable au projet, l'échéance temporelle ne sera pas un obstacle. Ces observations se dérouleront donc avec un cadre précis préétabli par l'ergothérapeute de l'unité. En connaissant la structure, un biais de proximité et de confirmation pourra être présent. En effet, en étant familiarisé avec les lieux et les personnes encadrantes, l'analyse des résultats pourrait être impactée. Pour diminuer ce risque, l'analyse des résultats se fera loin de la structure pour ne pas être influencée. Afin de respecter la loi Jardet, tous les patients entrant dans la salle où se trouve l'atelier d'écoute musicale seront informés de l'intervention de l'observateur. Aucun enregistrement audio ne sera réalisé. Il est à noter que ces observations peuvent entraîner un biais de désirabilité sociale pour les patients comme pour les thérapeutes, qui seront confrontés au regard de l'observateur.

Partie 4 : Choix de la population

Pour les ergothérapeutes

Critère d'inclusion : ergothérapeute diplômé d'État travaillant ou ayant travaillé plus d'un an en psychiatrie intrahospitalière avec des patients sous contrainte, en y utilisant la médiation de l'écoute musicale.

Critère de non-inclusion : ergothérapeutes n'ayant pas d'expérience en psychiatrie intrahospitalière ou n'utilisant pas la médiation par l'écoute musicale dans leur pratique.

Le choix de faire appel à des ergothérapeutes disposant d'au moins une année d'expérience dans l'utilisation de la médiation par l'écoute musicale en milieu psychiatrique intrahospitalier est motivé par le besoin d'obtenir des témoignages éclairés. Cette expérience assure la pertinence et la fiabilité des informations, fondées sur une connaissance approfondie du terrain. Pour le recrutement, ayant déjà obtenu un accord avec la structure hospitalière où je réalise mon stage, nous pourrions transmettre la demande par mail aux ergothérapeutes du même groupe hospitalier. En complément, une communication sur les réseaux sociaux (groupes Facebook, LinkedIn, Instagram) sera mise en place pour toucher un plus large éventail de professionnels. Cette approche permet de minimiser les biais de sélection en élargissant la population cible et en incluant des ergothérapeutes de différents établissements, ce qui réduit également le biais de familiarité, garantissant ainsi une diversité de perspectives. Par ce biais, nous nous assurons d'obtenir des témoignages variés, reflétant des pratiques différentes et enrichissant la compréhension globale du sujet étudié.

Pour les patients

Critère d'inclusion : patients de plus de 18 ans ayant un diagnostic de troubles psychotiques, hospitalisés sous contrainte et ayant l'accès à la médiation par l'écoute musicale.

Critère de non-inclusion : patients non diagnostiqués avec un trouble psychotique, non-hospitalisé ou hospitalisés en soin libre

Pour les patients, ces critères permettront de focaliser l'approche sur une sélection ciblée. Afin de garantir une diversité des patients observés et de limiter le biais de recrutement, les patients inclus seront ceux diagnostiqués avec un trouble psychotique, hospitalisés en sous contrainte et ayant accès à la médiation par l'écoute musicale. Cette approche permet de s'assurer que l'échantillon reflète une diversité de parcours de soins. Le nombre de patients observés sera fixé en fonction des patients présents lors des ateliers et du cadre défini par l'ergothérapeute.

IV. Présentation et analyses des résultats :

Partie 1 : Méthodologie d'analyse

Pour analyser les outils d'enquête qualitatif, une analyse inductive sera réalisée. En effet, pour donner du sens à des données textuelles et les interpréter pour répondre à la question de recherche, des thématiques ont pu ressortir. En ayant réalisé les séances d'observations avant les entretiens, des thématiques et des axes de réflexion ont pu se dégager. Pour présenter et s'appuyer sur des résultats bruts pour l'analyse, deux outils ont été utilisés.

Tout d'abord, un tableau regroupant tous les verbatim des ergothérapeutes interrogés. Celui-ci est organisé en thématique et sous-thématique (Annexe III) :

Thématique	Sous thématique
Favoriser l'engagement occupationnel	- Définition de l'engagement occupationnel - Posture et réceptivité du patient - Contexte institutionnel et environnement physique - La temporalité - Le positionnement de l'ergothérapeute - Contenu et modalités de la proposition thérapeutique
Les ateliers d'écoute musicale	- Cadre thérapeutique de l'atelier : <i>Déroulement</i> <i>Cadre du groupe</i> <i>Temporalité</i> <i>Environnement</i> <i>Profils des patients</i> - Objectifs thérapeutiques de l'atelier d'écoute musicale - Accessibilité et résonance de l'atelier pour les patients
Construire une alliance thérapeutique	- Définition d'alliance thérapeutique - Un cadre spécifique pour construire une alliance thérapeutique - La musique au service de l'alliance thérapeutique - Construction temporelle de l'alliance thérapeutique
Un engagement occupationnel mobilisé par l'alliance thérapeutique	- Intérêt de renforcer l'alliance thérapeutique - L'alliance thérapeutique comme moteur de l'engagement - Eléments cliniques émergents

Tableau n°1 : Thématiques et sous-thématiques de l'analyse

Le deuxième outil utilisé est la grille d'observation. La grille a permis d'appuyer mes observations lors des 5 séances d'observation non participative auxquelles j'ai participé. Ces grilles d'observation seront utilisées pour appuyer les verbatim au sein de l'analyse. Des schémas, des éléments

d'observation seront joints principalement à la 3^e et à la 4^e thématique. Pour construire ces grilles et choisir les patients à observer plus précisément, j'ai été confronté à une problématique temporelle. En effet, la plupart des patients ne restaient dans l'unité qu'entre une à trois séances, ce qui n'a pas permis un suivi continu de 3 ou 4 patients sur l'ensemble des sessions. Dans le but d'analyser au mieux les différentes variables issues des observation 14 patients souffrant de troubles psychotiques hospitalisés sous contrainte ont été pris en compte. Ces données chiffrées (nombre de participations, contacts créés...) seront mobilisées dans l'analyse afin d'illustrer certains sous-thèmes. Pour approfondir l'interprétation croisée entre les observations et les entretiens, une analyse plus précise de certains patients a été réalisée. Ainsi, des grilles d'observation détaillées ont été remplies pour 7 patients sélectionnés (Annexe IV). Les profils choisis sont différents et de nombreux éléments seront intéressants à analyser. Les données transcrites s'appuient sur différents éléments observés pendant chaque séance :

	Observation séance 1 :	Observation séance 2 :
Echange avant le début de l'écoute musicale (le patient a-t-il envie de venir, comment est-ce qu'il vient)		
Temps de participation à la séance		
Les effets observés de la musique sur le patient (activation motrice, sensoriel, expression verbale/non-verbale...)		
Echange pendant la séance d'écoute musicale (fidélité du lien, confiance)		
A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec l'ergothérapeute ?		
A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec les autres professionnels ?		
A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, le patient participait-il à d'autres activités et comment ?		

Tableau n°2 : Grille d'observation

Partie 2 : Présentation des entretiens et des ergothérapeutes

Dans le cadre de cette enquête, les 4 entretiens voulus ont pu être réalisés. Pour trouver des ergothérapeutes souhaitant participer à l'enquête, deux séries de mails ont pu être envoyées. En effet, grâce à mon lieu de stage et à ma maître de mémoire, j'ai pu contacter tous les ergothérapeutes de deux groupes hospitaliers psychiatriques. Au total, c'est plus de 87 ergothérapeutes travaillant dans différentes structures en psychiatrie qui ont pu recevoir la demande. 5 ergothérapeutes ont répondu favorablement à la demande, et 1 de ces 5 ergothérapeutes a été exclu des résultats car il ne correspondait pas aux critères d'inclusion.

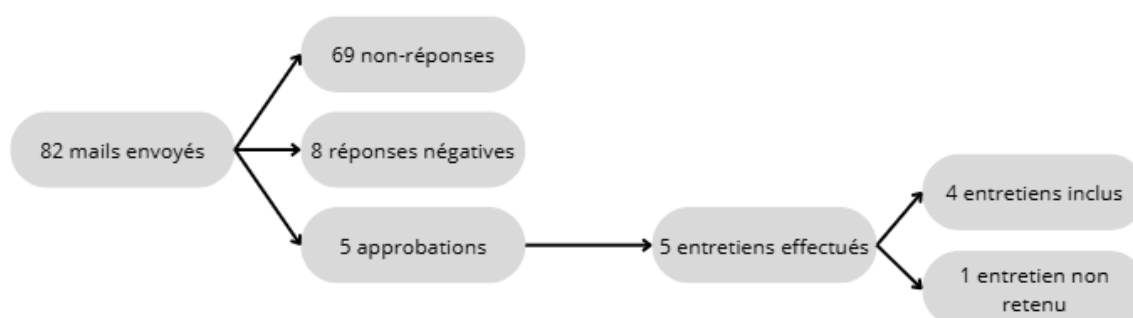


Tableau n°3 : récapitulatif des mails envoyés

Afin de faciliter la compréhension des résultats qui vont suivre, les ergothérapeutes interrogés seront chacun notés d'un chiffre. Ce chiffre correspond à l'ordre temporel des passations des entretiens (E1 est le premier résultat que j'ai réalisé). Ainsi, ces codes empêcheront l'identification des personnes interrogés. Pour comprendre le profil des ergothérapeutes, un tableau de présentation a été réalisé. Lors de l'analyse, certains éléments s'appuieront sur des verbatim issus de retranscriptions. La retranscription d'E2 a été mise en annexe (annexe V).

	E1	E2	E3	E4
Année de diplôme	2023	2015	2007	2014
Expérience en psychiatrie	1 an et demi	7 ans	14 ans	10 ans
Durée de l'entretien	46 min	58 min	40 min	49 min

Tableau n°4 : présentation des interrogés

Lors de la passation des entretiens, je n'ai pas souhaité dévoiler ma problématique ni mon hypothèse pour ne pas biaiser les résultats de mes interlocuteurs. En effet, mes objectifs d'enquête et la construction de ma grille d'entretien sont très progressifs, et les concepts d'alliance thérapeutique et d'engagement occupationnel ont été répartis stratégiquement.

Partie 3 : Présentation des observations et des patients observés

J'ai pu, dans le cadre de mon enquête, réaliser des observations en séance d'écoute musicale au sein d'une unité d'hospitalisation psychiatrique. Ces observations se sont déroulées sur le lieu de mon stage. L'ergothérapeute observé travaille depuis plus de 6 ans en psychiatrie. Sur les 6 séances que j'avais projetées lors de mon projet d'enquête, je n'ai pu réaliser que 5 séances. En effet, lors de la 6^e séance que je devais observer, l'atelier n'a pas pu avoir lieu. Durant ces 5 observations hebdomadaires, j'ai pu observer 13 patients répondant à mes critères d'inclusion. Après les séances, je remplissais immédiatement les grilles d'observation, à mon domicile, pour être à l'écart des observés et des ergothérapeutes. Un éventuel biais lié au délai de retranscription est à considérer : bien que les grilles aient été remplies le jour même, elles l'ont été cinq heures après la séance, ce qui a pu altérer la précision des données recueillies.

J'ai pu échanger sur le cadre thérapeutique avec l'ergothérapeute qui animait cet atelier. Cet atelier, d'une durée d'une heure, a lieu chaque semaine. Il se déroule avec un psychomotricien afin d'apporter une vision complémentaire dans les soins. (Lors de mes observations, le psychomotricien n'a été présent qu'à une seule séance, il ne sera donc pas pris en compte dans l'analyse.) L'atelier se tient au sein de l'unité fermée du service. Elle accueille donc des patients ne pouvant avoir de permissions ni d'accès à l'espace libre avec les patients des autres services. En fonction des patients présents, l'atelier peut accueillir plusieurs patients ou un seul. Le cadre est ouvert, ce qui autorise les patients à quitter la séance à tout moment s'ils le souhaitent. La salle, libre d'accès et située à proximité des chambres, leur permet d'entrer et de sortir en toute autonomie.

Concernant le déroulement, les patients choisissent une musique à tour de rôle. Ils sont invités à rester silencieux pendant l'écoute, mais peuvent s'exprimer librement à l'issue de chaque morceau. Il n'existe pas de temps formalisé pour une verbalisation, et aucune consigne thématique n'est imposée concernant les choix musicaux.

Comme expliqué précédemment, ce sont 7 patients que j'ai sélectionnés progressivement au fil des séances, pour lesquels j'ai rempli une grille d'observation. Pour faciliter la compréhension et respecter l'anonymisation des analyses qui vont suivre, les patients observés seront numérotés de 1 à 7. En annexe (annexe IV), avant chaque grille d'observation, un petit résumé de données anonymes de la personne a été réalisé. Voici un tableau récapitulatif de leurs profils :

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Age du patient	36 ans	65 ans	32 ans	38 ans	38 ans	42 ans	20 ans
Mode d'admission	SDRE	SDT	SDRE	SDRE	SDRE	SDT	SPI

Actuel diagnostique	Schizophrénie	Schizophrénie	Schizophrénie paranoïde	Trouble schizo-affectif	Trouble schizo-affectif	Trouble schizo-affectif	Trouble schizophréniforme.
Nombre de participation	5 séances	5 séances	1 séance	1 séance	3 séances	1 séance	2 séances

Tableau n°5 : récapitulatif des profils des patients observés

En lien avec la problématique temporelle identifiée, voici un récapitulatif du nombre de patients ayant participé à un nombre de séance. Nous pouvons tout de suite observer, que la plupart des patients sont resté à une ou deux séances :

Nombre de séances	1 séance	2 séances	3 séances	4 séances	5 séances
Nombre de patients	6	3	2	0	2

Tableau n°6 : récapitulatif du nombre de patient ayant participé à un nombre de séance

Partie 4 : Analyse des résultats

Thématique 1 : Favoriser l'engagement occupationnel

Nous avons pu voir dans la partie conceptuelle l'importance et la place qu'a l'engagement occupationnel en ergothérapie. Au sein de cette thématique, il est important de comprendre les points clés sur lesquels l'ergothérapeute peut s'appuyer pour favoriser l'alliance. Cette thématique était abordée en début de chaque entretien, de manière à comprendre et à installer le cadre des futures questions en lien avec l'alliance thérapeutique et l'écoute musicale. Ainsi, nous pourrions comparer les éléments clés qu'il faut pour favoriser un engagement occupationnel avec le cadre d'un atelier d'écoute musicale.

Définition de l'engagement occupationnel

Afin de comprendre la vision et la définition de ce qu'était l'engagement occupationnel pour les interrogés, une définition est ressortie de l'entretien. Les 4 ergothérapeutes utilisent le terme « investissement » vers une occupation pour définir l'engagement occupationnel. Une dimension de temporalité est mentionnée par 2 ergothérapeutes. J'ai pu, dans le cadre des entretiens, relire la définition du MOH (*qui est l'action de se mobiliser, de devenir occupé, de participer à une occupation et à s'y engager*).

Posture et réceptivité du patient

Pour favoriser l'engagement occupationnel des patients, les ergothérapeutes identifient l'importance d'une première observation de la posture du patient. Pour favoriser la construction de cet engagement occupationnel, il est essentiel de prendre en compte cette observation dans l'analyse de

mon écrit. Celle-ci va définir l'amorce et le futur positionnement de l'ergothérapeute. Un élément qui a été cité par tous les interrogés est la posture de refus de soins dans laquelle peut se positionner le patient.

E1	E2	E3	E4
<i>« Certains ne veulent pas s'investir dans les soins, ni même dans les activités thérapeutiques »</i>	<i>« Et puis y a ceux qui sont carrément dans le refus »</i>	<i>« Dire non, c'est déjà une manière d'entrer dans la relation »</i>	<i>« La personne ne dit pas forcément oui tout de suite, ou alors elle dit oui conditionnellement »</i>

Ce refus peut être dépassé et même utilisé, selon les ergothérapeutes. En effet, c'est avec une première approche, une première mise en lien avec le patient souffrant de troubles psychotiques que cela peut être utilisé selon E2, E3 et E4.

E2	E3	E4
<i>« C'est là où il faut tout un temps pour créer le lien »</i>	<i>« Ensuite, il faut aller chercher le patient là où il est, susciter son désir, voir ce qui peut l'accroche »</i>	<i>« C'est quelque chose dont nous sommes très sensibles, comme un radar pour repérer tout ça, et faire des hypothèses sur ce qui fait vibrer cette personne »</i>

Contexte institutionnel et environnement physique

Un autre élément est important à prendre en compte pour favoriser l'engagement occupationnel : Le contexte institutionnel et l'environnement physique peuvent jouer un rôle dans la prise en soin, notamment sur la disponibilité du patient.

E2 : *« Dans un lieu d'hospitalisation, où souvent ils ont très peu de pouvoir de choix sur leur quotidien. »*

Ainsi, cela permettra de travailler avec le patient dans sa globalité, notamment son regard envers l'institution. E3 a pu, lors de l'entretien, analyser les raisons de ce refus : *« Le refus peut venir de l'activité elle-même, de ce qu'elle représente, ou être plus global lié à l'institution. Il faut parfois détacher la proposition de l'aspect médical ou institutionnel »*

La temporalité

Une dimension de temporalité est importante à prendre en compte pour accompagner le patient vers un engagement occupationnel. Pour les 4 ergothérapeutes, prendre le temps, donner du temps est un facteur essentiel. E1 mentionne aussi la mise en activité avec une routine.

E1	E2	E3	E4
<i>« Et comme les patients restent longtemps en unité fermée, cette ritualisation aide à s'engager, à avoir un repère. »</i>	<i>« Ça prend du temps. Parfois, c'est plusieurs semaines, parfois ça ne se fait jamais. Mais faut respecter ce rythme »</i>	<i>« Il y a aussi des patients apragmatiques, chez qui il faut y aller par petites touches, c'est très long. »</i>	<i>« « Après, il y a la tenue dans le temps, comment faire pour que ça dure. Il faut nourrir cet engagement »</i>

En échangeant sur l'importance de ce temps, E4 explique que pour lui le temps peut devenir problématique pour la prise en soin ergothérapeutique. En effet, il mentionne que dans son service les hospitalisations sont parfois courtes ; ainsi, le peu de temps limite donc la création de lien ou de mise en activité.

E4 : *« L'enjeu, c'est le temps, parce qu'il y a les premières rencontres, il faut avoir un maximum d'ouverture pour saisir les opportunités. »*

Le positionnement de l'ergothérapeute

Afin de favoriser l'engagement occupationnel chez les patients souffrant de troubles psychotiques, le positionnement de l'ergothérapeute au sein de la relation thérapeutique est important à travailler et à prendre en compte. Ce positionnement précis est défini différemment par chacun des ergothérapeutes. Pour E2, ce positionnement n'est pas facile, il nécessite une certaine difficulté, une certaine réflexion perpétuelle à avoir sur son propre positionnement : *« Je pense que c'est tout le juste milieu à trouver... entre aller solliciter la personne sans jamais forcer »*. Pour parvenir à un engagement occupationnel, à une première mise en occupation par le thérapeute, E1 identifie son propre positionnement comme positionnement ouvert et porté vers les besoins du patient : *« C'est pour ça que la relation est essentielle : une relation de confiance, où la personne sent qu'elle peut faire, qu'elle est autorisée à faire. »*

Contenu et modalités de la proposition thérapeutique

Pour que les patients hospitalisés sous contrainte puissent recevoir un maximum de propositions thérapeutiques et de s'y engager, les 4 ergothérapeutes mettent en avant l'importance du nombre d'activités fixes hebdomadaires proposées. Ils proposent entre 3 et 5 ateliers de groupe pour certaines, en plus de l'individuel. La simplicité du cadre dans la proposition thérapeutique est aussi mentionnée. En effet, E3 explique qu'une simple cigarette permet cette rencontre, cette mise en activité. E2 s'exprime sur un autre élément important qu'est le choix d'activités : *« L'ergothérapie, elle permet de leur*

proposer un choix minime, le simple fait de pouvoir choisir une activité, c'est énorme [...] Et ça, ça participe pleinement à l'engagement occupationnel ».

Thématique 2 : Les ateliers d'écoute musicale

Cadre thérapeutique de l'atelier

Pour mieux comprendre les enjeux et impacts de l'atelier d'écoute musicale, les ergothérapeutes interrogés ont pu définir le cadre thérapeutique de leurs ateliers. Nous pouvons en premier lieu analyser que le déroulement, le nombre de patients, l'environnement et la temporalité sont différents en fonction du cadre du groupe. En effet, E2 et E3 proposent un atelier d'écoute musicale en groupe fermé. Celui-ci va, par exemple, proposer un rythme de séance hebdomadaire similaire.

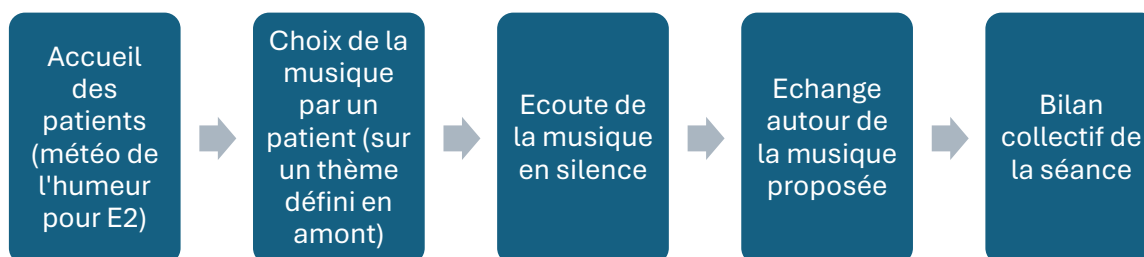


Tableau n°7 : déroulé d'une séance type pour E2 et E3

Les deux ergothérapeutes proposent cet atelier hebdomadaire pour 5 patients environ. Ces patients peuvent renouveler leur présence, E3 propose un bilan toutes les 5 séances pour réévaluer les besoins du patient. En définissant ce groupe comme fermé, les ergothérapeutes invitent les patients à rester sur la totalité de la séance. Le terme « d'engagement » aux séances est cité par les deux ergothérapeutes.

A l'inverse E1 et E4 décrivent leurs groupes comme ouverts, mais tous les deux ont un cadre différent. Pour E1, cet atelier se déroule en unité fermée d'hospitalisation, cela implique donc une variabilité importante dans les présences des patients aux ateliers. E1 construit son atelier principalement sur le même fonctionnement qu'E2 et E3, notamment avec le temps d'échange après chaque musique. A l'inverse des autres ergothérapeutes, E1 propose un échange sur la base d'une création (mots, dessin...). En définissant son groupe comme ouvert, E1 souhaite au sein d'une unité de soin fermée « offrir une forme de liberté, dans un cadre très restreint ».

Comme pour E1, E4 propose un cadre défini comme ouvert, en effet, il n'y a pas d'atelier prédéfini à une heure précise.

E4 : « *On ne fait pas d'atelier où le but est uniquement d'écouter de la musique. Par exemple, cet après-midi, c'était un atelier polyvalent : quelqu'un peut juste faire le DJ, c'est possible.* »

Ainsi, cet atelier se positionne en complémentarité des autres temps thérapeutiques observés. Son cadre thérapeutique est donc mouvant. Les interrogés mettent en avant de nombreuses possibilités de création et d'échange avec les patients pendant une séance d'écoute. Il est donc possible, au sein de son cadre thérapeutique, de proposer une séance d'écoute musicale sur tous les temps de la semaine, excepté à certains ateliers (jardinage, jeux de société...).

Cette comparaison nous permet d'analyser les cadres thérapeutiques variés dans lesquels les ateliers d'écoute musicale sont proposés. Il met en lumière les différentes façons de mobiliser la musique comme support et outil thérapeutique. Cette analyse facilitera la compréhension du lien entre ces cadres thérapeutiques et l'intérêt manifesté par les patients pour ces ateliers.

Accessibilité et résonance de l'atelier pour les patients

Une dimension nouvelle est apparue lors des échanges autour de la conception de l'atelier d'écoute musicale. Cette dimension s'est révélée lorsque les ergothérapeutes ont réfléchi à l'importance de cet atelier pour les patients. En effet, les quatre ergothérapeutes ont souligné l'intérêt et l'appréciation manifestés par les patients envers l'atelier. Plusieurs termes ont ainsi émergé pour qualifier cet attrait et cette accessibilité des patients à l'atelier d'écoute musicale :

Simplicité – Universalité – Connaissance de la musique – Plaisir – Sensibilité – Présence – Investissement

Cette résonance des patients pour la musique crée donc un attrait qui peut les mener à investir cet atelier d'écoute musicale. Cet intérêt pour l'écoute musicale nous permet donc de comprendre une partie des enjeux et envies des patients présents. Nous allons maintenant analyser comment les ergothérapeutes peuvent s'appuyer sur cet attrait pour définir des objectifs thérapeutiques inscrits dans une démarche de soin structurée.

Objectifs thérapeutiques de l'atelier d'écoute musicale

Les ergothérapeutes ont identifié plusieurs objectifs thérapeutiques auxquels un atelier d'écoute musicale peut répondre. Pour définir ces objectifs, ils ont employé des termes proches les uns des autres.

	Objectifs thérapeutiques de l'atelier
E1	- Création d'un premier contact - Alliance thérapeutique - Emergence d'un désir - Bien être

	- Evaluation
E2	- Verbalisation - Stimulation cognitive - Evaluation - Emergence d'un désir - Interaction sociale - Alliance thérapeutique
E3	- Interaction sociale et dimension de groupe : - Verbalisation - Evaluation - Emergence d'un désir
E4	- Emotion - Alliance thérapeutique - Verbalisation - Création

Tableau n°8 : Récapitulatif des objectifs cités

Il est intéressant de comparer le nombre d'objectifs similaires entre les ergothérapeutes. Cela nous permettra de faire le lien avec le concept d'alliance thérapeutique qui est au centre de ce mémoire d'initiation à la recherche.

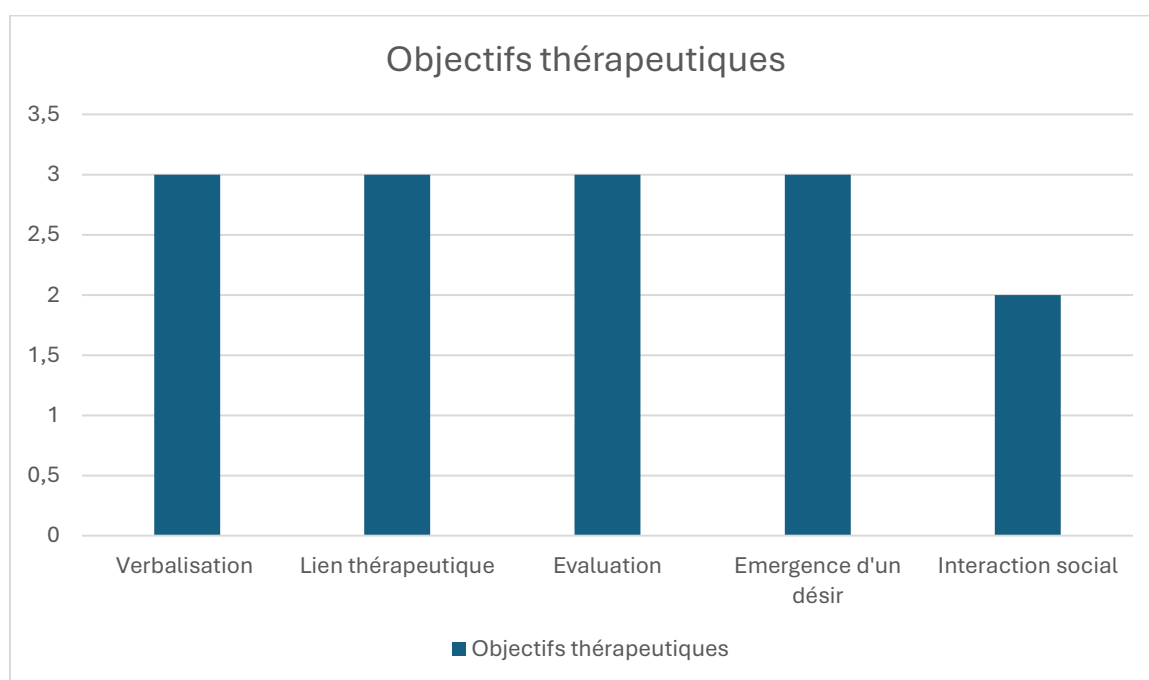


Tableau n°9 : objectifs thérapeutiques similaires mentionnés (plus de 2 mentions)

Nous pouvons observer en comparant les données que 4 objectifs ressortent le plus. Ces objectifs, mentionnés et expliqués par les ergothérapeutes, sont au cœur de la visée thérapeutique de l'atelier d'écoute musicale. Ayant pu identifier l'ensemble des objectifs de cet atelier, nous allons maintenant analyser l'objectif du lien identifié par les ergothérapeutes ; plus particulièrement les moyens des ergothérapeutes pour utiliser le lien, pour le transformer ou ne pas le transformer en alliance thérapeutique. En identifiant les divers objectifs, celui de création de lien est défini par les ergothérapeutes de la manière suivante :

E1	E2	E4
« C'est aussi de pouvoir créer une relation de confiance avec le thérapeute. C'est une manière de prendre contact, avec une approche différente du soin »	« La musique a permis de créer un lien avec lui. C'est un ensemble de choses, mais il y a une vraie confiance qui s'installe avec nous et qui est petit à petit, une ouverture de possibilités occupationnelles pour lui aussi. Et une envie... parce qu'il revient. »	« La musique crée des liens, facilite le contact avec les gens, même si ce n'est pas toujours explicitement verbal, je m'inclus dans le groupe, dans la relation, et je partage aussi mes goûts. C'est une passion partagée qui crée du lien. »

Nous pouvons donc observer l'impact de l'écoute de la musique sur la construction du lien avec les patients souffrant de troubles psychotiques. Sans avoir abordé le concept d'alliance thérapeutique avec les interrogés, nous pouvons identifier une dynamique relationnelle qui pourrait s'en rapprocher, portée par l'écoute musicale.

Thématique 3 : Alliance thérapeutique et atelier d'écoute musicale

L'hypothèse étant centrée sur la mobilisation de l'alliance thérapeutique, une analyse approfondie de ce concept est donc primordiale. L'analyse des résultats se fera sur les réponses obtenues et sur les observations effectuées.

Définition d'alliance thérapeutique

Pour les 4 ergothérapeutes interrogés, l'alliance thérapeutique est une relation entre le patient et le thérapeute, elle est qualifiée de relation de confiance. Elle s'inscrit dans les soins, imposant donc un juste positionnement. E4 explique par exemple : « la différence avec d'autres types de relations c'est le juste équilibre entre distance et proximité ». Pour E2, E3 et E4, la relation qui en découle permet de co-créer avec le patient, de mobiliser, de mettre en mouvement, d'inscrire le patient dans ses propres soins. E4 parle aussi d'une relation qui permet de s'engager dans les activités. Nous pouvons, avec ces propos, comprendre l'importance de la place de l'alliance thérapeutique dans une relation thérapeutique.

En la définissant, les ergothérapeutes ont mis en lumière l'importance de l'alliance thérapeutique dans l'accompagnement des patients. En effet, plusieurs répercussions ont été identifiées. Pour les 4 interrogés, l'alliance va permettre un changement du patient vis-à-vis du thérapeute et de lui-même. Ainsi, la mobilisation de cette alliance permet d'accéder, d'évoluer dans la prise en soin. Cette alliance thérapeutique est donc primordiale pour les patients, et centrale pour des patients hospitalisés sous contrainte. E1 : « Si on est face à quelqu'un qui est constamment dans l'opposition au soin, et qu'on ne cherche pas à construire une alliance avec lui, il va rester dans le refus du traitement, dans le déni... et on ne pourra pas avancer ».

Un tableau récapitulatif des répercussions identifiées de l'alliance thérapeutique sur le patient souffrant de troubles psychotiques a été effectué.

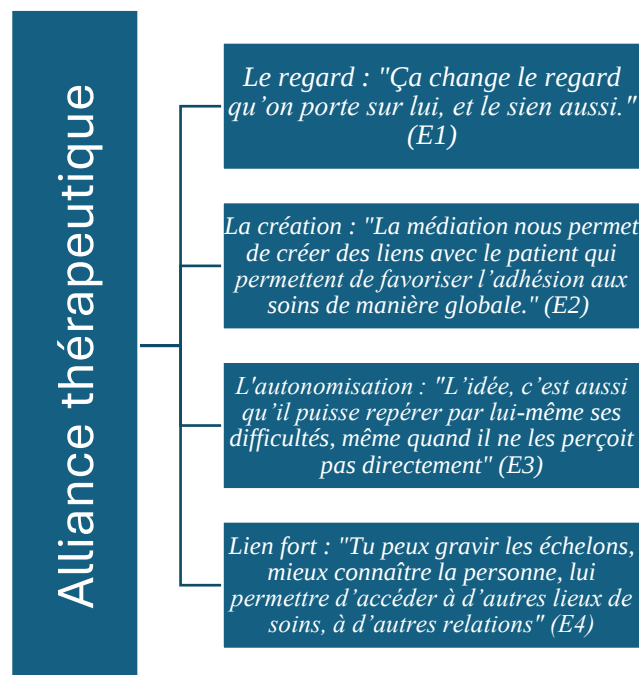


Tableau n°10 : répercussions de l'alliance thérapeutique

Un cadre spécifique pour construire une alliance thérapeutique

Pour construire l'alliance thérapeutique, la notion d'institution a émergé des entretiens. En effet, le regard mais aussi le ressenti du patient envers cette institution doit être pris en compte lors de la construction de l'alliance. Par exemple, les ergothérapeutes identifient que les patients peuvent avoir un regard global et uniforme sur l'ensemble des soins. E3 indique que ce regard s'explique par le fait que certains patients découvrent pour la première fois la psychiatrie (E3 : « *Ce sont souvent des jeunes, qui vivent leur première rencontre avec le monde de la psychiatrie.* »). Pour cela, les ergothérapeutes insistent sur l'importance de changer, d'ouvrir ce regard vers une autre représentation du soin (E1 : « *c'est leur montrer que l'hospitalisation, ce n'est pas que du soin contraint, que ça peut aussi être une expérience positive.* »). De plus, afin d'ouvrir le regard sur l'ensemble de l'institution, E1 et E4 proposent aux autres soignants de participer aux ateliers (E1 : « *On invite aussi les soignants à participer, au moins un par séance. Ça permet aux patients de les voir dans un autre contexte, différent de celui des soins techniques, et ça renforce encore plus l'alliance thérapeutique* »).

La musique au service de l'alliance thérapeutique

En identifiant les moyens pour construire cette alliance thérapeutique, les ergothérapeutes ont pu analyser la qualité de celle-ci mobilisée durant les ateliers d'écoute musicale. En lien avec le cadre que nous avons précédemment analysé, les interrogés ont constaté que l'écoute musicale avait un impact concret sur la construction de l'alliance thérapeutique. Les termes précédemment employés pour décrire comment l'atelier pouvait résonner pour les patients ont pu être identifiés comme vecteur à l'alliance

(Simplicité – Universalité – Connaissance de la musique – Plaisir – Sensibilité – Présence – Investissement).

Par exemple, pour le plaisir et la sensibilité de la musique, E1 explique : *« L'écoute musicale peut vraiment jouer un rôle parce que c'est une activité agréable, qui peut faire ressurgir des souvenirs – bons ou moins bons – mais surtout, qui permet au patient de se reconnecter avec lui-même ».*

Nous pouvons mettre cette notion de plaisir en lien avec les observations. Par exemple, P3, un patient qui venait d'être hospitalisé, a participé à une séance. Pendant celle-ci il a pu écouter mais aussi chanter de la musique. En remarquant ce plaisir d'être présent à la séance, l'ergothérapeute a pu échanger sur les goûts du patient, mais aussi son histoire. L'ergothérapeute a aussi pu s'exprimer en expliquant la place de l'ergothérapie et du futur suivi qui pourrait avoir lieu. À la suite de cette première rencontre, le lien a pu se renforcer avec d'autres échanges.

Pour ce qui est des objectifs thérapeutiques identifiés par les ergothérapeutes, la verbalisation a été mise en lien et permet, selon les ergothérapeutes, de renforcer l'alliance et la relation de confiance. Par exemple, E3 illustre cela lorsque les patients échangent à la suite d'une musique : *« C'est une manière de créer un lien. Peut-être pas une confiance totale, mais une forme de liberté, où le patient peut se sentir plus à l'aise pour dire ce qui le concerne. Il peut verbaliser ce qui ne lui convient pas, ce qu'il pense de l'hôpital, de son vécu ».*

La verbalisation a permis à P6 de créer un lien avec l'ergothérapeute. En effet, suite à un style de musique écouté, le patient a voulu partager et parler de sa passion pour la musique. En échangeant avec l'ergothérapeute sur le sens qu'avaient ses créations pour lui, l'ergothérapeute a pu créer un premier contact. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une fidélisation du lien a été amorcée, puisque 1 mois après sa sortie d'hospitalisation, le patient a pu reprendre contact avec l'ergothérapeute et continuer la discussion avec elle.

Le fait d'être en groupe peut aussi participer à cette alliance. Pour E2, la dynamique mise en lumière par la médiation de l'écoute musicale met en lien plus facilement les patients. *« Dans l'écoute musicale, il vient jouer un peu quelque chose de l'ordre du groupe de parole, des fois, et de soutien entre patients, en une dynamique vraiment différente de d'autres groupes, car avec ce biais-là de l'écoute musicale, il y a un échange différent entre les patients ».*

Lors des observations, j'ai pu constater que le groupe avait à plusieurs reprises pu alimenter l'alliance avec l'ergothérapeute. Par exemple, P5 est une personne qui aime discuter avec les autres patients. Il les interroge sur leurs choix et donne son avis sur la musique écoutée. En se plaçant en retrait, l'ergothérapeute a pu proposer un cadre qui permet liberté et échange entre patients. D'autres exemples illustrent cette dynamique de groupe, par exemple lorsque P3 a chanté dans une séance où P5 était

présent : une discussion simple de groupe a émergé, et l'ergothérapeute a pu prendre le temps et laisser de la place à chacun des patients présents.

Construction temporelle de l'alliance thérapeutique

Une notion jusque-là absente dans la construction de l'alliance thérapeutique est celle du temps. Cet élément important impacte le développement de cette alliance au sein d'un atelier d'écoute musicale. E4 explique que « *cette alliance ne se construit pas d'un coup, ce n'est pas un bouton « validé », mais un processus continu* ». Ainsi, sa mise en place et son renforcement peuvent être travaillés lors de chaque rencontre avec un patient.

P2 est un patient qui a très peu verbalisé, très peu participé activement aux séances. Pourtant, à chaque session hebdomadaire, le patient prenait un temps entre 5 et 20 minutes pour se poser dans la salle d'écoute. Aux premières séances, l'ergothérapeute interpellait le patient, et à chaque début d'échange, le patient finissait par partir. Ce n'est qu'à partir de la 4^e séance que le patient a pu commencer à exprimer qu'il ne voulait pas choisir de musique. Pour la 5^e séance, le patient a pu verbaliser ce qu'il pensait d'une musique qu'un patient avait choisie. Cela met donc en lumière l'importance de prendre du temps, de travailler avec le temps.

Les ergothérapeutes ont aussi parlé d'exemples qui n'ont pas marché. En effet, une alliance ne se crée pas toujours. C'est par exemple le cas pour P4 qui, bien qu'ayant eu une participation active à un atelier, n'a pas pu construire un lien mobilisable avec l'ergothérapeute. Il est à noter que P1 n'est venue qu'une séance, donc il n'y a pas pu y avoir de continuité entre les deux rencontres.

E1 a pu, lorsque nous échangeons sur l'élément temporel, mettre un accent sur le cadre hebdomadaire. En effet, pour elle, le fait de proposer une rencontre et une médiation chaque semaine va permettre au patient de pouvoir s'y appuyer. « *Et puis, petit à petit, l'écoute musicale est devenue une ressource pour lui, un repère. Il sait que tous les vendredis matin, il y a cet atelier. Il tient à proposer sa musique. « Il arrive même en avance* ».

Lors des observations, j'ai pu observer cet intérêt naissant chaque semaine. C'était souvent le cas pour P1, qui savait que l'atelier avait lieu à une heure précise. Ainsi, ce lien renforcé chaque semaine a pu se transformer en un engagement de sa part à l'atelier.

Thématique 4 : Un engagement occupationnel mobilisé par l'alliance thérapeutique

Ouverture du patient

Les ergothérapeutes ont pu déterminer un lien et une continuité entre l'alliance thérapeutique et l'engagement occupationnel. En effet, en mobilisant l'alliance thérapeutique, cela pourrait dans certaines situations leur permettre de renforcer ou de construire un premier engagement occupationnel.

Pour cela, une relation suffisamment travaillée et permettant au patient d'être accessible est nécessaire : E3 « *Il faudra d'abord passer par une relation de confiance, quelque chose de solide, avant qu'ils puissent s'engager dans une activité* ».

Ainsi, avant de parvenir à cet engagement, les interrogés mettent en lumière cette première mise en activité grâce à l'alliance thérapeutique.

E1	E2	E3	E4
« <i>L'alliance thérapeutique permet d'avoir un patient qui s'engage davantage, qui comprend mieux les raisons de son hospitalisation, qui est plus à l'écoute.</i> »	« <i>Lorsqu'il n'y a presque plus d'occupation, de créer un lien de confiance, et de dire : "Faites-moi confiance, on va essayer des choses, et après vous pourrez me dire si vous aimez ou si vous n'aimez pas, essayons de revisiter des choses",</i>	« <i>Je pense à un patient qui ne voulait rien faire. Il est venu à l'atelier d'écoute musicale, mais il a fallu qu'on travaille le lien pendant des mois avant qu'il accepte de participer</i> »	« <i>L'alliance thérapeutique ça permet d'être suffisamment bien pour que la personne puisse potentiellement verbaliser quelque chose, notamment une demande.</i> »

Nous pouvons, à travers ces verbatim, analyser l'importance d'une alliance thérapeutique travaillée pour parvenir à ce premier pas vers l'engagement.

Au sein des observations non participatives, j'ai pu constater la complexité de ce « point mort » entre alliance thérapeutique et engagement occupationnel. En effet, certains patients n'étaient pas à ce moment-là accessible à une nouvelle mise en activité. C'est par exemple le cas de P2, qui, lorsqu'il venait s'installer chaque semaine dans la salle, il n'acceptait pas de proposer une musique ou de participer aux échanges. Nous pouvons tout de même observer un premier engagement, car le patient vient chaque semaine. Mais ici, l'alliance thérapeutique ne permettait pas à l'ergothérapeute de mobiliser et de proposer au patient de nouvelles possibilités thérapeutiques.

Mise en activité suite et pendant les ateliers d'écoute musicale

Après avoir recueilli toutes les données des observations, j'ai pu séparer les patients en deux parties. D'un côté, ceux qui ont pu participer à de nouvelles activités proposées par l'ergothérapeute. Ces patients ont pu créer un lien satisfaisant avec l'ergothérapeute, qui a pu plus facilement mettre en avant d'autres activités. De l'autre, ceux qui, à la fin des observations ou suite à leur dernière participation, n'ont pas pu s'engager dans d'autres activités que l'écoute musicale. Par exemple, P2 ne fait pas partie des personnes qui ont pu renforcer leur engagement occupationnel.

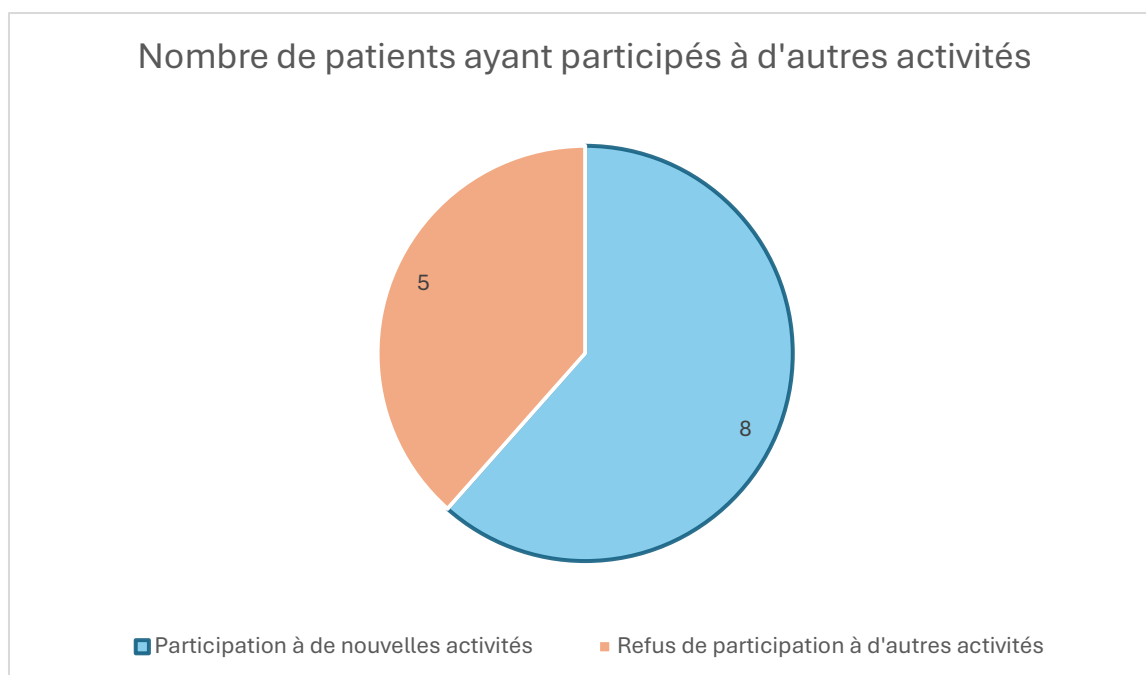


Tableau n°11 : récapitulatif du nombre de patient ayant pu participer à d'autres activités

Ceux qui ont pu s'engager comme P1 ont par exemple pu participer à des activités de decopatch ; le patient, lors de nos visites, était en demande (écoute et enregistrement de musique). Ainsi, les 8 patients renseignés dans cette catégorie ont pu, par exemple, participer régulièrement aux activités libres. Certains patients, qui ont été transférés au sein d'une unité ouverte, participaient aux autres activités proposées. C'est le cas de P3, qui a pu participer à une buvette collaborative.

Pour les entretiens, les ergothérapeutes ont pu analyser cette corrélation entre l'alliance et l'engagement occupationnel grâce à l'écoute musicale. En effet, pour E4, une dynamique circulaire prend place dans la prise en soin.

E4 : « Il y a tout à fait quelque chose de circulaire. Comme je le disais au début, la priorité, c'est l'alliance. Puis l'engagement occupationnel. Et ça, ce mouvement circulaire entre engagement et alliance, peut être créé par l'écoute musicale comme par une activité, ça dépend du patient. »

Ces deux concepts, étroitement liés, peuvent donc toucher le patient différemment selon le moment, en fonction de là où il en est dans son parcours. La circularité est intéressante à analyser, puisque pour E4 l'alliance peut être levier vers l'engagement, tout comme l'engagement peut l'être pour l'alliance. Nous pouvons mettre en lien ce verbatim avec l'illustration de E3. En effet, pour elle, l'engagement naît dès lors que le patient participe à cet atelier. Ainsi, la première construction d'alliance peut être créée tout en renforçant un premier engagement de la part du patient pour l'atelier.

E3 : « Je trouve que l'écoute musicale, c'est un moyen de mettre le patient en activité sans qu'il s'en rende compte, d'une certaine manière. C'est ça qui est intéressant. Le patient a l'impression de

faire ce qu'il veut, ce qu'il aime. « Mais en réalité, il est déjà en train de se mobiliser sur d'autres choses – des choses qui peuvent l'aider. »

Lors des différentes séances observées, beaucoup de patients se sont interrogés sur l'intérêt et les raisons de cet atelier. C'est par exemple le cas pour P7, qui a pu questionner l'atelier avant de rentrer dans sa chambre. La séance d'après, nous avons pu échanger, et la patiente a pu mettre en lien ce que l'ergothérapeute a pu lui expliquer avec les sensations perçues de l'atelier.

Lors de la première partie théorique, nous avons pu identifier les nombreuses privations occupationnelles et problématiques occupationnelles d'un patient hospitalisé. En lien avec les missions de base de l'ergothérapeute, l'autonomisation a été abordée par E2. En effet, cette corrélation des deux concepts permet au patient d'agir, et de faire pour et avec lui-même. Elle explique : *« Après, ça peut ramener à l'envie de les faire, de faire par soi-même, de faire avec, et après ils feront tout seuls. Et ils s'engageront. En tout cas, d'avoir un lien qui permet, qui puisse permettre l'engagement. Faire avec ou offrir un cadre qui permet de faire ».*

Nous pouvons mettre en lien ces éléments avec l'exemple de E1 : *« On voit des patients qui, au début, sont très passifs, ne proposent rien, se contentent d'écouter. Et au bout de quelques séances, ils demandent à choisir une musique, ils reçoivent des retours positifs, ça les motive à proposer autre chose. Ça crée une dynamique intellectuelle, de réflexion : « Qu'est-ce que j'ai envie de partager ? « Comment je vais le faire ? ».* Cet exemple est intéressant à comprendre, puisqu'il reflète la complexité et les répercussions de l'alliance thérapeutique et de l'engagement thérapeutique avec les patients. Il suit aussi la réflexion de E2, car ce patient cité a pu expérimenter, il a apprécié faire et finit par faire seul. Cet exemple est comparable avec P1, qui, pendant les premières séances, pouvait s'exprimer de manières très impulsive avec l'ergothérapeute et moi. Mais plus les séances avançaient, et plus P1 a pu nouer et créer une alliance avec l'ergothérapeute. Par exemple, il a pu la prendre en défense lorsqu'un autre patient ne respectait pas le cadre, prouvant donc son intérêt pour l'atelier d'écoute musicale.

Nous pouvons aussi observer que les autres objectifs thérapeutiques de l'atelier, précédemment identifiés, font partie de la construction de l'engagement occupationnel. Par exemple, pour l'émergence du désir, E3 nous explique : *« Je dirais que c'est se baser sur le transfert, sur ce lien qui se crée. Aller chercher le désir là où il est ».* Ce verbatim reflète la complémentarité des objectifs pour aller construire et contribuer à l'engagement occupationnel. Un autre exemple, celui de la verbalisation, pour E2, le fait de faire un choix de musique, de l'expliquer aux autres, c'est une forme d'affirmation, mais aussi d'engagement dans l'activité : *« dans le sens : je m'affirme, qui je suis ».*

Nous avons donc pu analyser comment les ergothérapeutes ont pu identifier le lien et les répercussions de l'alliance sur l'engagement thérapeutique au sein d'ateliers d'écoute musicale. Nous avons pu mettre en lien ces réponses avec les observations réalisées en unité d'hospitalisation psychiatrique.

Eléments cliniques émergents pour favoriser l'engagement

Lors des entretiens, des notions favorisant l'engagement occupationnel avec l'utilisation de l'écoute musicale ont pu émerger.

Pour E1, qui réalise son atelier en co-animation avec une psychomotricienne, elle explique que cela permet une complémentarité dans le positionnement et la proposition thérapeutique : « *On regarde la même chose, mais avec des angles différents. C'est une vraie complémentarité* ».

E2 a pu expliquer que lorsqu'elle est confrontée à des patients qui ne sont symptomatiquement pas prêts à venir au groupe d'écoute musicale, une possibilité s'offre à elle. En effet, elle peut proposer des rendez-vous d'écoute musicale en individuel. Ces séances, permettent de commencer à travailler le lien, mais aussi de s'appuyer sur l'écoute musicale au centre de certaines de ses séances. Cela peut permettre au patient une première préparation à venir au groupe : « *Il y a eu comme un processus de devoir passer par l'individuel pour après pouvoir le vivre en groupe* ».

Pour E3, de nouveaux éléments sur la circularité et la complémentarité de l'engagement et de l'alliance thérapeutique sont à prendre en compte. Rapidement analysé dans les parties précédentes, E3 n'identifie pas d'ordre d'apparition entre l'alliance et l'engagement thérapeutique. Pour elle, ces deux notions sont naissantes et exploitables à différents temps en fonction du patient : « *l'engagement occupationnel peut aussi être un tremplin pour la relation thérapeutique. L'accroche peut se faire par la relation ou par l'activité, ça dépend vraiment des patients* ».

E4 a mis en lumière l'importance et la place de l'écoute musicale dans le quotidien des patients. En effet, selon elle, son utilisation pourrait permettre avec d'autres professionnels un engagement croissant de la part des patients pour les soins. Par exemple, au sein de son service, un infirmier distribue les médicaments en musique. Selon elle, « *le fait d'utiliser la musique dans plein de contextes peut être porteur, elle est tellement partout qu'on pourrait tellement en faire plein de choses* ».

Nous avons pu voir et identifier l'importance d'éléments émergents lors d'une prise en soin. Le regard et l'analyse de chaque ergothérapeute nous permettent une compréhension et une analyse globale de ces résultats.

Discussion

Afin de confronter les résultats obtenus à la problématique, il est important de rappeler l'hypothèse : l'alliance thérapeutique, renforcée par l'ergothérapeute utilisant des ateliers d'écoute musicale pour des patients souffrant de troubles psychotiques hospitalisés sous contrainte, favorisera leur engagement occupationnel.

L'objectif de cette étude était d'identifier et d'analyser le lien et les répercussions de l'alliance thérapeutique sur l'engagement occupationnel au sein d'ateliers d'écoute musicale. Pour cela, 4 entretiens et 5 séances d'observation ont été effectués afin de répondre à la problématique. Les résultats et l'analyse montrent que l'alliance thérapeutique a de nombreuses répercussions sur l'engagement des patients. Les analyses mettent en évidence que l'alliance thérapeutique, renforcée par l'écoute musicale, facilite un engagement plus marqué des patients. Le lien établi au fil des séances devient ainsi un appui essentiel pour l'ergothérapeute dans la proposition de prises en soin adaptées.

Au sein de l'analyse des résultats, nous avons pu identifier, dans un premier temps, comment les ergothérapeutes renforçaient l'engagement thérapeutique au sein d'unités d'hospitalisation psychiatrique. Les résultats ont pu mettre en lumière deux facteurs clefs, l'observation du patient et la proposition thérapeutique. En effet, au sein d'unités d'hospitalisation psychiatrique, les ergothérapeutes mettent en avant l'importance d'une première observation des patients souffrant de troubles psychotiques. Celle-ci permet de comprendre au mieux le patient et de lui proposer une mise en activité précise et adaptée. Cette analyse est en lien avec la littérature qui met en avant l'importance de s'appuyer sur le ressenti et la motivation des patients pour favoriser l'engagement occupationnel (Meyer, 2013).

Thématique 1 : Favoriser l'engagement occupationnel

Les ergothérapeutes interrogés ont souvent observé une posture récurrente chez ces patients. En effet, identifié avec la littérature, le refus de soin est courant et entraîne de nombreuses problématiques de privation occupationnelle et d'ennui. Ainsi, le travailler en renforçant l'engagement est primordial selon les 4 ergothérapeutes et la littérature (Riou & Le Roux, 2017). Pour ce faire, ils ont proposé des solutions, en précisant les contraintes temporelles et institutionnelles à considérer. Des propositions thérapeutiques diversifiées offriraient aux patients un large éventail de choix, favorisant ainsi leur investissement dans des activités porteuses de sens pour eux. Les professionnels interrogés ont également souligné l'importance d'un positionnement réfléchi, exigeant justesse et équilibre, afin d'éviter de contraindre ou de forcer le patient à s'engager dans une occupation. Ce positionnement, développé par C. Bagnères dans ses articles, met en avant la prise en compte des ressentis et la justesse des positionnements identifiés au sein de cette enquête. Les résultats nous permettent de répondre au premier objectif de l'enquête, à savoir *identifier les moyens par lesquels les ergothérapeutes favorisent l'engagement occupationnel en unité d'hospitalisation psychiatrique*. Nous notons donc les propositions thérapeutiques variées et l'ajustement d'un positionnement thérapeutique.

Thématique 2 : Les ateliers d'écoute musicale

Afin de mieux comprendre et analyser les éventuelles répercussions de l'écoute musicale sur un patient souffrant de troubles psychotiques, les ergothérapeutes ont mis en avant l'importance d'une analyse renforcée du cadre thérapeutique des ateliers a été réalisée. En effet, trois grands éléments ressortent de cette analyse : le rôle du cadre, la posture professionnelle et l'impact de l'écoute musicale comme médiateur relationnel. La partie théorique a montré que l'atelier d'écoute musicale, bien que modulable, n'a pas de fonctionnement universel. Les ergothérapeutes ont identifié plusieurs éléments rendant l'atelier accessible et attrayant (plaisir, simplicité, universalité), ce qui a permis de définir des objectifs thérapeutiques basés sur l'engagement des patients. La verbalisation, l'un des objectifs identifiés, est une notion que je n'avais pas définie et travaillée dans les parties précédentes. En le mettant en lumière, les ergothérapeutes rejoignent des notions de la littérature. En effet, pour E. Marc, « la verbalisation marque ainsi le passage des processus primaires aux processus secondaires » (Marc, 2002). Le processus primaire, caractéristique du fonctionnement inconscient, peut ainsi, grâce à la verbalisation, se transformer en éléments psychiques accessibles à la conscience. Dans le cadre d'ateliers d'écoute musicale, cette mise en mots peut favoriser l'élaboration de l'expérience vécue par le patient et soutenir un travail psychique.

Ces objectifs ont pu être analysés, et nous avons pu approfondir un objectif avec les interrogés. En effet, le lien thérapeutique a été identifié comme un objectif ; le comprendre avant de l'approfondir, notamment sur le concept d'alliance thérapeutique, était primordial. Les interrogés ont pu déterminer qu'un lien fort entre les patients et les ergothérapeutes découlait des ateliers. La réflexion continue sur le cadre, au centre des résultats, est primordiale pour M. Ménard (Hernandez, 2007). Ainsi, la construction du cadre et des objectifs est mise en avant par les ergothérapeutes interrogés ainsi que par la littérature (Hernandez, 2007). Le lien thérapeutique identifié comme l'un des principaux objectifs de l'atelier d'écoute musicale nous permet de valider le deuxième objectif de l'enquête : *Analyser les objectifs généraux auxquels répond un atelier d'écoute musicale en ergothérapie pour des patients en unité d'hospitalisation psychiatrique.*

Thématique 3 : Construire une alliance thérapeutique

Ainsi, dans un troisième temps, nous avons pu analyser et associer le lien défini avec l'alliance thérapeutique. Les interrogés ont défini l'alliance thérapeutique en lien avec la littérature, les notions de confiance, de temporalité se retrouve aussi dans la littérature (Cungi, 2016 ; Valot & Lalau, 2020). Ils ont souligné ses répercussions et mis en relation ce concept avec leurs pratiques, en insistant sur l'importance du cadre thérapeutique pour favoriser cette alliance. À la suite de cette analyse de ce concept, nous avons pu mettre en valeur les résultats des entretiens et ceux des observations. Lors de la

thématique « *la musique au service de l'alliance thérapeutique* », les observations ont pu nous permettre d'appuyer les différents éléments des entretiens par des exemples rencontrés. Des notions telles que le plaisir de l'écoute, la verbalisation qui en découle, ou encore la dynamique de groupe, ont permis d'éclairer les modalités de mise en œuvre de l'alliance thérapeutique dans un projet de soin. Les résultats révèlent la mise en avant d'une écoute du patient, d'un accueil du patient. B. Simonnet-Guérau, explique que, suite à cette construction, « *le patient peut tenter d'exister avec son vrai soi, son soi authentique* » (Klein, 2014). L'importance de cette alliance a été soulignée tant lors des entretiens que dans les observations, qui ont permis d'illustrer concrètement cette notion par des exemples. De plus, la littérature insiste sur la nécessité de renforcer cette alliance pour une construction de projet de soin adapté (Zygmunt et al., 2002).

L'objectif visant à *identifier si l'évolution de l'alliance thérapeutique entre le patient et l'ergothérapeute est développée pendant et suite aux ateliers d'écoute musicale* peut être partiellement validé. La littérature souligne que la construction de l'alliance thérapeutique nécessite un temps prolongé (Liné & Satori, 2022). Lors des entretiens, les personnes interrogées ont questionné la dynamique temporelle en analysant l'importance de prendre le temps, mais aussi en soulignant que ce temps vient parfois à manquer. Les verbatims ont permis d'identifier cette évolution progressive. Une problématique apparaît du côté des observations : en effet, en reliant cet élément à ce qui a été observé, la prise en compte des patients dans les grilles d'observations n'a pas pu se faire sur une longue durée, en raison des fréquentes sorties et entrées des patients dans l'unité. Toutefois, pour les patients ayant participé à plusieurs séances d'écoute musicale, une alliance thérapeutique a pu se construire à différentes échelles temporelles. Il est notable que la littérature insiste sur « *le temps comme un espace potentiel et il appartient au patient de s'en saisir* » (E. Le Bras dans Klein, 2014). L'analyse d'un temps est donc subjective et dépendra des patients, mais cet objectif est partiellement validé, car les observations ont permis d'identifier une évolution sur un temps court (1 à 2 séances), mais, avec un échantillon de 2 patients sur 5 séances, l'analyse de l'évolution de l'alliance thérapeutique sur une période plus longue reste limitée.

Thématique 4 : Un engagement occupationnel mobilisé par l'alliance thérapeutique

Le dernier objectif de cette étude était « *d'analyser l'impact de l'alliance thérapeutique sur l'engagement occupationnel et son évolution dans le temps pendant et suite aux ateliers d'écoute musicale* ». Pour cet objectif, les ergothérapeutes interrogés ont pu décrire et analyser des exemples, des situations. Ces résultats ont pu nous permettre d'analyser l'impact de l'alliance thérapeutique sur l'engagement. En appuyant sur le ressenti des patients, les ergothérapeutes expliquent les répercussions grâce à la confiance qui est utilisée pour mettre en avant des propositions thérapeutiques. Cette identification est en lien avec les concepts clés analysés par M. Donaz concernant l'alliance thérapeutique. En effet, selon lui, l'ergothérapeute « *ne fait pas le travail thérapeutique à la place de*

son patient. Il le rend possible ». Cela renforce l'importance d'inviter le patient à agir en s'appuyant sur l'alliance thérapeutique. Ces verbatims peuvent être appuyés par le nombre de patients qui se sont engagés dans d'autres activités à la suite de séances d'écoute musicale. En effet, les observations nous ont permis d'identifier les répercussions d'une alliance thérapeutique sur l'engagement thérapeutique. Avec un nombre de 8 patients sur 14 qui ont pu s'investir dans différentes occupations, les observations soutiennent l'impact de l'alliance. Nous pouvons tout de même questionner la dimension de construction de cette alliance, car, pour certains patients, ils avaient déjà pu créer un lien avec l'ergothérapeute lors de précédentes hospitalisations.

Des éléments cliniques émergents ont pu souligner l'impact de l'alliance thérapeutique sur l'engagement occupationnel. En effet, en échangeant avec les ergothérapeutes sur l'utilisation de l'écoute musicale, chacun a mis en avant une pratique améliorant significativement l'engagement occupationnel. Un des ergothérapeutes a pu aborder une notion qui a pu aussi être identifiée par les autres ergothérapeutes. En effet, selon E3, une notion de circularité existerait entre l'engagement occupationnel et l'alliance thérapeutique. Cette circularité met en avant la possibilité de répercussion entre l'alliance vers l'engagement, mais aussi de l'engagement occupationnel vers l'alliance thérapeutique. F. Klein mettait en avant une notion centrale, selon laquelle « la relation affective est au centre des soins ». Ce regard, complété par la notion de circularité du soin et de la prise en soin développée par C. Détot, nous permet de comprendre cette approche globale. Dans cette perspective, chaque dimension du soin peut influencer une autre, créant ainsi une dynamique d'enchaînement réciproque. L'approche circulaire de ces concepts, tout comme celle de la prise en soin elle-même, est ainsi mise en lumière. Ainsi, cet objectif peut être validé, mais une ouverture plus large du lien entre l'engagement occupationnel et l'alliance pourrait être questionné. Nous pouvons mettre en lien et illustrer cette dynamique émergente avec un article non lu auparavant. C'est en Afrique du Sud qu'un article met en lien le rythme d'une écoute musicale avec la participation en vue d'un engagement occupationnel. Il est important à prendre en compte, car malgré des résultats ambivalents sur les répercussions de celle-ci, l'article met en avant certaines des répercussions identifiées au sein de ce mémoire d'initiation à la recherche (plaisir, mise en activité, groupe) sur les patients souffrant de troubles psychotiques.

Afin de savoir si nous pouvons valider l'hypothèse, il serait intéressant de reprendre la problématique : Comment l'ergothérapeute, dans le cadre d'un atelier d'écoute musicale auprès de patients souffrant de troubles psychotiques hospitalisés sous contrainte, favorise-t-il l'engagement occupationnel ?

Nous avons pu constater, dans un premier temps, que les ateliers d'écoute musicale trouvent pleinement leur place dans le travail avec des patients sous contrainte. L'atelier, peu exigeant, se distingue par son accessibilité, ce qui peut encourager l'investissement de tout type de patient. Ainsi,

après l'analyse des résultats, nous pourrions répondre que l'hypothèse est une possibilité de réponses qui a été vérifiée par les entretiens et les observations. Toutefois, elle ne suffit pas à elle seule à rendre compte de la complexité de la situation. D'autres éléments repérés au cours de l'enquête doivent être pris en compte : la temporalité du soin, le cadre institutionnel, mais aussi le vécu subjectif du patient et son parcours de soins. Ainsi, ces points nous permettent de créer un lien plus large avec les concepts.

Ces éléments permettent d'élargir notre compréhension des concepts qui ont été mis en lien. Ainsi, l'élément de réponse n'est pas uniquement l'alliance thérapeutique qui favorise l'engagement occupationnel, mais plutôt une dynamique circulaire, dans laquelle l'investissement dans l'activité nourrit l'alliance, qui à son tour soutient l'engagement. Cela pourrait s'expliquer par l'expérience qui est vécue, en tant que groupe avec l'ergothérapeute, d'une activité simple et plaisante partagée sous un cadre thérapeutique. L'engagement ne naît pas seulement d'un lien préexistant avec le soignant ; c'est parfois l'investissement dans une occupation riche de sens qui devient le point de départ d'un lien.

Il est important de souligner que cette réponse n'aurait pas pu, dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, constituer mon hypothèse de départ. C'est grâce à la construction progressive de l'analyse des résultats que j'ai pu élargir ma réflexion et intégrer des éléments qui ont émergé en cours d'enquête pour apporter une réponse plus complète à la problématique.

Limites, biais et force

En analysant le déroulement de l'enquête, nous pouvons identifier un nombre de biais et de limites qui se sont présentés lors de l'étude. En effet, il est essentiel de distinguer les biais, qui sont des facteurs pouvant altérer la collecte ou l'interprétation des données, et les limites, qui correspondent aux contraintes inhérentes à l'étude et qui peuvent restreindre la portée ou la généralisation des résultats (Lindsay & Poindron, 2011).

Tout d'abord, nous pouvons citer les biais relatifs aux entretiens. Un biais de désirabilité sociale est à noter, car les ergothérapeutes que j'ai pu rencontrer ont probablement ajusté leurs réponses afin de valoriser leurs pratiques et de montrer l'efficacité des ateliers d'écoute musicale, ce qui peut avoir influencé la sincérité et la spontanéité de leurs réponses.

En lien avec le biais de désirabilité sociale, un biais de mémoire a pu influencer les réponses des participants. En effet, les réponses des professionnels lors des entretiens reposant sur leur mémoire et leur subjectivité ont pu entraîner des omissions ou des reconstructions biaisées des événements passés.

Des biais lors de la réalisation des observations sont aussi à noter. Tout d'abord, un biais d'implication de l'observateur a pu impacter la réalisation des séances. En effet, afin de respecter la loi Jardet sur la protection des patients, je n'ai pas pu me positionner avec un regard d'observateur lointain. Pour cela, en ayant convenu cela avec l'ergothérapeute, je me suis positionné en tant que stagiaire

observateur. Cela a limité ma participation aux échanges, mais ma présence a pu influencer le comportement des patients.

En lien avec ce biais d'observateur, un biais de désirabilité sociale est susceptible d'avoir modifié le comportement des patients observé. En effet, l'ergothérapeute a précisé à leur arrivée que j'étais stagiaire et que mon observation s'inscrivait dans le cadre d'un travail universitaire. Ainsi, cela a pu induire chez eux une volonté implicite de "bien faire" ou de participer activement pour m'aider, influençant ainsi leur comportement ou leur engagement durant les séances.

Un biais de familiarité avec les patients doit être pris en considération. Du fait que j'étais stagiaire au sein de la structure où les observations étaient réalisées, je connaissais, et je continuais de voir, certains patients en dehors des séances d'écoute musicale. Ainsi, cela a pu influencer mon comportement et celui des patients. Cela a tout de même permis de remplir les grilles d'observation avec une vision globale de la prise en soin.

Un autre élément a pu biaiser les observations. Un biais d'expérience antérieure à l'atelier d'écoute musicale a pu influencer le comportement des patients. En effet, certains patients avaient déjà participé à des ateliers d'écoute musicale lors de précédentes hospitalisations. Cela peut biaiser l'analyse de l'impact des ateliers, car leur engagement et leur lien avec l'ergothérapeute que j'ai pu observer ne résultent pas uniquement du cadre mis en place dans cette recherche, mais peuvent être liés à des expériences antérieures.

Pour finir, lors de l'analyse des entretiens et des observations, un biais de confirmation a pu perturber l'analyse. En effet, j'ai pu chercher à privilégier, consciemment ou non, les informations qui confirment mon hypothèse. En ayant utilisé des entretiens semi-directifs, mes relances aux réponses des interrogés ont aussi pu être influencées.

Des limites de l'étude peuvent également être relevées, tout d'abord, une limitation liée à l'échantillon s'est présentée. En raison de l'hétérogénéité des discours recueillis lors des entretiens, une saturation des données n'a pas pu être atteinte. Deux entretiens supplémentaires auraient été pertinents afin d'enrichir l'analyse. Concernant les observations, la réalisation de cinq séances n'a pas permis d'évaluer pleinement l'impact de l'alliance thérapeutique sur la durée. Un nombre plus important de séances aurait permis une analyse plus approfondie et nuancée des dynamiques observées. Par ailleurs, l'atelier observé étant une construction spécifique à une ergothérapeute, il aurait été intéressant d'étendre les observations à d'autres structures. Cela aurait permis d'accéder à des données complémentaires, issues de cadres thérapeutiques et de pratiques variés.

De plus, lors des observations, plusieurs limites organisationnelles liées à la structure peuvent être identifiées. Tout d'abord, suite à des problématiques en interne, la séance du 27/03 n'a pas pu avoir lieu. Cela limite ainsi la continuité de l'observation. De plus, l'ergothérapeute est généralement

accompagné d'un psychomotricien. Lors des observations, le psychomotricien n'a pas pu être présent. Cette absence constitue une limite, car le cadre observé ne correspond pas fidèlement aux conditions habituelles de déroulement des ateliers.

Des limites peuvent aussi être relevées concernant les entretiens. Deux ont été réalisés en visioconférence et les deux autres en présentiel. À distance, certaines réactions non verbales n'ont pas pu être observées. De plus, le fait d'être en face à face a pu créer une proximité et un cadre plus détendu, ce qui a peut-être facilité une parole plus libre de la part des ergothérapeutes. Il faut aussi noter que les entretiens ont été planifiés dans des emplois du temps chargés, ce qui a peut-être réduit la disponibilité mentale et la concentration des professionnels au moment de l'échange.

Malgré de nombreuses limites et biais, nous pouvons identifier des forces à cette étude. Tout d'abord, l'analyse en triangulation, littérature, entretiens et observations a permis de confronter différentes formes de résultats. De plus, en ayant réalisé ces observations, j'ai pu nourrir mon engagement professionnel et élargir ma vision du soin. Ainsi, cela m'a permis de réaliser les entretiens qui ont suivi avec une connaissance du terrain de mon sujet. Malgré un échantillon réduit, la diversité des personnes interrogés et observées a permis une analyse plus globale et pu faire émerger des éléments.

Une autre force de cette analyse réside dans l'articulation entre les deux modèles complémentaires sur lesquels nous nous sommes appuyés. Le choix du modèle de l'occupation humaine a permis d'adopter une approche centrée sur la réhabilitation, enrichie par des apports issus de la théorie psychodynamique. Cette articulation théorique a permis d'intégrer différentes dimensions de la pratique dans l'analyse.

Cette étude ouvre des perspectives intéressantes pour la pratique professionnelle. Notamment en confrontant différentes données, ce mémoire d'initiation établit un lien entre plusieurs concepts et pratiques. Après les entretiens, deux ergothérapeutes m'ont demandé comment se déroulaient les ateliers d'écoute musicale chez les autres participants. Ainsi, ce mémoire met en lumière diverses pratiques et cadres ayant des répercussions communes. En approfondissant des concepts clés de l'ergothérapie dans le contexte d'une activité médiatisée spécifique, l'étude invite à une réflexion continue sur la construction de l'alliance et de l'engagement thérapeutique.

Cette étude présente un intérêt direct pour les patients, car elle encourage les ergothérapeutes à élargir et approfondir leurs pratiques. Ainsi, les bénéficiaires participent à une activité en constante évolution. Par ailleurs, cette recherche apporte un éclairage utile aux professionnels de santé qui peuvent parfois confondre animation et intervention thérapeutique. En comprenant mieux le rôle spécifique de l'ergothérapie, ils seront plus à même de proposer cette prise en charge aux patients souffrant de troubles psychotiques.

Afin de compléter ou de renforcer les résultats de la présente étude, la problématique du désengagement occupationnel vécu durant l'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie doit faire l'objet de futures recherches. Plusieurs études pourraient mettre en lumière différentes approches thérapeutiques au sein des services hospitaliers psychiatriques. Cela contribuerait à souligner l'importance du rôle de l'ergothérapeute auprès de ces patients. Par ailleurs, une recherche sur les effets d'une prise en soin dès le début des hospitalisations sous-contraintes serait particulièrement pertinente.

Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche a permis de mettre en lumière le rôle que l'écoute musicale peut jouer dans la construction de l'alliance thérapeutique vers un engagement occupationnel chez des patients souffrant de troubles psychotiques hospitalisés sous contrainte. Grâce à une analyse théorique étayée par la littérature, nous avons pu comprendre des problématiques occupationnelles spécifiques à cette population, ainsi que du contexte de soin dans lequel s'inscrit leur parcours de soin. Nous avons ensuite exploré les moyens ergothérapeutiques mobilisables, avec un focus particulier sur l'écoute musicale, au cœur de ce travail.

Tout au long de ce travail, nous nous sommes appuyés sur un modèle conceptuel orienté réhabilitation ainsi que sur la littérature psychodynamique. Cette démarche a permis d'analyser et de situer l'atelier d'écoute musicale dans une logique de soin globale, où l'ergothérapeute adopte un positionnement ajusté, alliant contenance, souplesse et co-construction du projet thérapeutique, dans le but de favoriser l'engagement occupationnel.

L'analyse des concepts clés a conduit à l'élaboration d'une méthodologie d'enquête destinée à vérifier l'hypothèse suivante : l'alliance thérapeutique, renforcée par l'utilisation par l'ergothérapeute d'ateliers d'écoute musicale auprès de patients psychotiques hospitalisés sous contrainte, favorise leur engagement occupationnel. À travers des observations cliniques et des entretiens menés auprès d'ergothérapeutes, cette hypothèse a été validée. De plus, une nouvelle piste de réponse a émergé, celle d'une circularité entre alliance thérapeutique et engagement occupationnel, soutenue à la fois par la littérature et par les verbatims recueillis lors des entretiens.

Ce travail, élaboré et approfondi sur une année, m'a offert de nombreuses ressources précieuses durant mes stages. Il m'a notamment permis de relier les concepts clés étudiés aux situations cliniques auxquelles j'ai été confronté. Par ailleurs, il a renforcé mon intérêt pour la pratique ergothérapeutique en psychiatrie.

Pour conclure ce mémoire d'initiation à la recherche, je souhaite ouvrir la réflexion sur une problématique que je juge essentielle : comment les ergothérapeutes pourraient-ils valoriser l'intervention précoce, porteuse de sens pour les patients hospitalisés en psychiatrie, auprès des psychiatres et des autres professionnels de santé ?

Bibliographie :

Académie française. (s. d.). *Engager* | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition. Consulté 29 janvier 2025, à l'adresse <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9E1593>

Álvarez-Jiménez, M., Hetrick, S. E., González-Blanch, C., Gleeson, J. F., & McGorry, P. D. (2008). Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain : Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 193(2), 101-107. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.042853>

ANFE. (2016). *ERGOTHERAPIE EN SANTE MENTALE: ENJEUX ET PERSPECTIVES*. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie-en-sante-mentale_Enjeux-et-perspectives-1.pdf?utm_source=chatgpt.com

ANFE. (2024). Qu'est ce que l'ergothérapie. ANFE. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

Annonce Gouvernementale. (2024). *La santé mentale, Grande cause nationale en 2025*. info.gouv.fr. <https://www.info.gouv.fr/actualite/la-sante-mentale-grande-cause-nationale-en-2025>

Assurance maladie. (2024). *Personnes prises en charge pour troubles psychotiques en 2022*. https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022_fiche_troubles-psychotiques.pdf

Azubuiké, M., Marteau-Chasserieau, F., & Duriez, N. (2024). L'alliance thérapeutique : Un paradigme trans-théorique pour les psychothérapies. *L'Évolution Psychiatrique*, 89(4), 793-810. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2024.10.002>

Barthélémy, S., & Bilheran, A. (2007). 1. Historique et définitions. In *Le délire* (p. 9-25). Armand Colin; Cairn.info. <https://shs.cairn.info/le-delire--9782200351656-page-9?lang=fr>

Basset, B. (2013). *Les politiques de santé mentale*. <https://www.hcsp.fr > Explore.cgi > Telecharger?NomFichier=ad844345.pdf>

Benarosch, J. (2017). Transfert et contretransfert dans l'accompagnement vers les soins: *Pratiques en santé mentale*, 63e année(3), 49-53. <https://doi.org/10.3917/psm.173.0049>

Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W.-P., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T. A., Barbui, C., & Leucht, S. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia : A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 969-980. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00243-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00243-1)

Bitsch, M.-T. (2013). Écouter pour accompagner. Fonder une pratique , Lyon, Chronique Sociale, juin 2013. Pierre Reboul: *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, n° 114(3), I-I. <https://doi.org/10.3917/jalmaalv.114.0121a>

- Blanchet, A. (2022). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Armand Colin.
- Bleger, J. (1979). Psychanalyse du cadre psychanalytique. *Crise, rupture et dépassement*, 255-285.
- Bordet, R. (2015). Quels critères pour un traitement antipsychotique idéal ? *L'Encéphale*, 41(1), 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.12.001>
- Bovet, E., Bangerter, G., Constantin, V., & Stantzos, A. (Éds.). (2015). De la musique en chambre de soins intensifs. *Soins infirmiers = Krankenpflege = Cure infirmieristiche*.
- Bromley, S., Choi, M., & Faruqui, S. (2015). *Le premier épisode psychotique Guide d'information*.
- Castro, D. (2011). Pratiques de psychologues en psychiatrie adulte: *Le Journal des psychologues*, n°289(6), 14-14. <https://doi.org/10.3917/jdp.289.0014>
- CESE. (2021). *Améliorer le parcours de soin en psychiatrie—CESE: conseil économique social et environnemental*. <https://www.lecese.fr/travaux-publies/ameliorer-le-parcours-de-soin-en-psychiatrie>
- Chalancon, B., & Batret, K. (2019). De la collaboration à l'écriture des transmissions aides-soignantes en psychiatrie. *L'Aide-Soignante*, 33(212), 26-28. <https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2019.10.008>
- Charpentier, A., Goudemand, M., & Thomas, P. (2009). L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 35(1), 80-89. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.12.009>
- Chaumette, B., Kebir, O., & Krebs, M.-O. (2017). Génétique et épigénétique de la schizophrénie et des psychoses. *Biologie Aujourd'hui*, 211(1), 69-82. <https://doi.org/10.1051/jbio/2017015>
- CHRISTODOULOU, A. (2006). Indications et prescriptions de la psychomotricité en psychiatrie de l'adulte. *EVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES*, 71 vol 18, 5-9.
- Circulaire n°39-92. (1992). *Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques. - APHP DAJDP*. <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-39-92-dh-pedgs-3-c-du-30-juillet-1992-relative-a-la-prise-en-charge-des-urgences-psychiatriques/>
- Cohn, J., Kowalski, K. Z., & Swarbrick, M. (2017). Music as a Therapeutic Medium for Occupational Engagement : Implications for Occupational Therapy. *Occupational Therapy in Mental Health*, 33(2), 168-178. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2016.1248311>
- Constantin-Kuntz, M., Pons, É., Artaud, B., Zoute, C., & Tran, J. (2014). Parcours de soin en psychiatrie adulte : De l'hospitalisation à un suivi ambulatoire, du mouvement régressif à l'autonomie: *Cliniques*, N° 8(2), 88-105. <https://doi.org/10.3917/clini.008.0088>
- Cotti, P. (2011). *Délires et hallucinations, définitions et mécanismes*. https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/delires-et-hallucinations_1490086343038-pdf

Creswell, J. W. (avec Internet Archive). (2003). *Research design : Qualitative, quantitative, and mixed method approaches*. Thousand Oaks, Calif. : Sage Publications.
<http://archive.org/details/researchdesignqu00cres>

Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (avec American psychiatric association). (2013). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.

Cungi, C. (2016). Troubles mentaux et psychothérapies. In *Troubles mentaux et psychothérapies* (p. 174-177). Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.marmi.2016.01.0174>

Dauriac-Le Masson, V., Peiffer, C., Barruel, D., Perquier, F., & Gourevitch, R. (2019). Caractérisation d'une population de patients hospitalisés sous contrainte en ASPDT/u et ASPPI à partir d'un service d'urgence psychiatrique parisien. *L'Encéphale*, 45(5), 405-412.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.05.005>

Delaisse, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., Hernandez, H., & Morel-Bracq, M.-C. (2020). *L'ergothérapie en France*. De Boeck Supérieur.

Dévaud, E., Maillard, M., Almeida, J., Aznar, B., & desrosiers, julie. (2022). ARTICLE DE RECHERCHE Volume 8, Numéro 1 | 2022 L'ENNUI DURANT LE SEJOUR PSYCHIATRIQUE : PISTES D'INTERVENTION EN ERGOTHERAPIE. *Revue Francophone de Cicatrisation*, volume 8, 1-24. <https://doi.org/10.13096/rfre.v8n1.209>

DREES. (2023a). *Démographie des professionnels de santé—DREES*.
<https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

DREES. (2023b). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/DD112.pdf>.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/DD112.pdf>

DREES. (2023c). *L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : Évolutions de 2008 à 2019 et disparités territoriales*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/DD112.pdf>

DREES. (2024). *Les établissements de santé en 2022*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240718_Panorama_EtablissementsSante2024

Duperret-Gonzalez, N. (2014). Émergence des affects en musicothérapie réceptive de groupe: *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 63(2), 189-200. <https://doi.org/10.3917/rppg.063.0189>

Eells, T. D. (2000). Psychotherapy of Schizophrenia. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(4), 250-254.

Ergopsy. (2015). *Les étapes Intervention en ergothérapie Engagement et alliance thérapeutique*.
<http://ergopsy.com/engagement-et-alliance-therapeutique-a779.html>

- Fablet, D., & Chami, J. (2011). *Professionnels de santé et analyse des pratiques*. l'Harmattan.
- Faugère, J. (2021). Une journée d'assistante de service social en hôpital psychiatrique: *Pratiques en santé mentale*, 66e année(4), 13-17. <https://doi.org/10.3917/psm.204.0013>
- Favre, C. (2011). Accompagnement soignant: Quelle marge de manœuvre pour l'infirmier en psychiatrie?: *Le Carnet PSY*, n° 156(7), 42-43. <https://doi.org/10.3917/lcp.156.0042>
- Fédération Française des Musicothérapeutes. (2022). Qui est le musicothérapeute? *Fédération Française des Musicothérapeutes*. <https://www.musicotherapeutes.fr/qui-est-le-musicotherapeute/>
- Fenton, W. S., Blyler, C. R., & Heinssen, R. K. (1997). Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 637-651. <https://doi.org/10.1093/schbul/23.4.637>
- Fève, B. (2013). Effets métaboliques indésirables des antipsychotiques. *Obésité*, 8(3), 165-173. <https://doi.org/10.1007/s11690-013-0365-x>
- Flora, L., & Brun, P. (2021). Naissance de la pair-aidance en France : Les médiateurs de santé-pair: *Pratiques en santé mentale*, 66e année(3), 14-19. <https://doi.org/10.3917/psm.203.0014>
- Francès, R. (1984). *La perception de la musique*. Vrin.
- Garcin, V. (2022). *Les équipes mobiles en psychiatrie: Un besoin de définition*. <https://api.aempsy.com/storage/uploads/2023/05/09/645a1087892244.A-Vincent-Garcin.pdf>
- Gentis, R. (2002). *Les schizophrènes*. Erès.
- Geschwind, D. H., & Flint, J. (2015). Genetics and genomics of psychiatric disease. *Science*, 349(6255), 1489-1494. <https://doi.org/10.1126/science.aaa8954>
- GHU Paris psychiatrie & neurosciences. (2024). *L'organisation de la psychiatrie | GHU Paris psychiatrie & neurosciences*. <https://www.ghu-paris.fr/fr/lorganisation-de-la-psychiatrie>
- GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences. (2021). Le Centre d'Accueil et de Crise Ginette Amado: *Pratiques en santé mentale*, 67e année(3), 23-29. <https://doi.org/10.3917/psm.213.0023>
- Gimenez, G. (2003). La psychothérapie des patients psychotiques hallucinés: *Cahiers de psychologie clinique*, n° 21(2), 83-98. <https://doi.org/10.3917/cpc.021.0083>
- Guillot, M., Azoulay, M., Raymond, S., & Lachaux, B. (2019). Profil d'admission des patients hospitalisés à l'Unité pour Malades Difficiles Henri Colin en 2016. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(3), 397-408. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2018.10.002>

Klein, F. (2014). *Être ergothérapeute en psychiatrie : Narrations cliniques pour une poétique du soin*. Érès éd.

Kohl, F.-S., Nadalet, L., & Pringuey, D. (2007). Perception par les sujets schizophrènes de la vie quotidienne : Analyse de contenu du discours des patients sur les domaines d'une échelle de qualité de vie. *L'Encéphale*, 33(1), 75-81. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(07\)91561-4](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(07)91561-4)

Krebs, M., Kebir, O., & Jay, T. M. (2019). Exposure to cannabinoids can lead to persistent cognitive and psychiatric disorders. *European Journal of Pain*, 23(7), 1225-1233. <https://doi.org/10.1002/ejp.1377>

Laffaille, M., Bompays, N., Aïdoud, M., Defrel, F., Édouard, M.-É., Le Pocreau, S., Neto, A., Pierron, C., Prevost, S., Sandron, É., Scordia, S., & Tonnelier, C. (2013). Les assistants sociaux en psychiatrie: *VST - Vie sociale et traitements*, n° 118(2), 114-120. <https://doi.org/10.3917/vst.118.0114>

Lahera, G., Gálvez, J. L., Sánchez, P., Martínez-Roig, M., Pérez-Fuster, J. V., García-Portilla, P., Herrera, B., & Roca, M. (2018). Functional recovery in patients with schizophrenia : Recommendations from a panel of experts. *BMC Psychiatry*, 18(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1755-2>

Laplanche, J., Pontalis, J.-B., & Lagache, D. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5e éd). Presses universitaires de France.

Lardy, J.-C. (2013). Accueil familial thérapeutique. Historique et évolutions récentes. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(8), 549-555. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.07.004>

Larousse. (2024a). *Définitions : Psychiatrie—Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychiatrie/64814>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Soin, soins - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 26 janvier 2025, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soin/73236>

Larousse, É. (2024b). *Définitions : Musique - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/musique/53415>

Larsson, S., Andreassen, O. A., Aas, M., Røssberg, J. I., Mork, E., Steen, N. E., Barrett, E. A., Lagerberg, T. V., Peleikis, D., Agartz, I., Melle, I., & Lorentzen, S. (2013). High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 123-127. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.06.009>

Le Bihan, P., Pagès, C., Naudet, J.-B., Esfandi, D., Roure, L., & Weiss, P. (2009). Place des unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) dans le dispositif de soins. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(2), 143-147. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.01.009>

LeRobert. (2024). *adhésion—Définitions, synonymes, prononciation, exemples*. Dico en ligne Le Robert. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/adhesion>

- Levaux, M.-N., Van Der Linden, M., Larøi, F., & Danion, J.-M. (2012). Caractérisation des difficultés dans la vie quotidienne de personnes souffrant de schizophrénie en rapport avec les facteurs cognitifs et cliniques. *Alter*, 6(4), 267-278. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2012.08.003>
- Leyreloup, A.-M. (2009). Hospitalisation à domicile en psychiatrie, une idée pas si neuve: *VST - Vie sociale et traitements*, n° 99(3), 53-58. <https://doi.org/10.3917/vst.099.0053>
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., Keefe, R. S. E., Davis, S. M., Davis, C. E., Lebowitz, B. D., Severe, J., & Hsiao, J. K. (2005). Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 353(12), 1209-1223. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa051688>
- Lindsay, D., & Poindron, P. (2011). *Guide de rédaction scientifique : L'hypothèse, clé de voûte de l'article scientifique*. Éditions Quæ.
- Liné, C., & Satori, N. (2022). 5/6 L'alliance thérapeutique. *Soins Psychiatrie*, 43(343), 47-48. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2022.11.012>
- L'information psychiatrique 2020/1 (Volume 96)*. (s. d.). STM Cairn.info. Consulté 13 janvier 2025, à l'adresse <https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-1>
- MANIDI, M. J. (2006). *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie*. <https://www.hetsl.ch/laress/publications/detail/publication/ergotherapie-comparee-en-sante-mentale-et-psychiatrie>
- Marc, E. (2002). *Le changement en psychothérapie : Approche intégrative* (2. éd). Dunod.
- Mathur, A. (2010). *Accueil du patient psychotique aux urgences*. https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Accueil_du_patient_psychotique_aux_urgences.pdf
- Mercier, E., Tétaz, A., & Quétier-Parent, S. (2023). *BAROMÈTRE DES USAGES DE LA MUSIQUE EN FRANCE*.
- Messaoudi, A., Seklaoui, S., & Ziri, A. (2014). Les rechutes dans la schizophrénie ; comment prévenir? *European Psychiatry*, 29(S3), 659-660. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.041>
- Meyer, S. (2013a). *De l'activité à la participation*. De Boeck-Solal.
- Meyer, S. (2013b). *De l'activité à la participation*. De Boeck-Solal.
- Mijolla, A. de, Mijolla-Mellor, S. de, Perron, R., & Golse, B. (Éds.). (2002). *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts, notions, biographies, oeuvres, événements, institutions*. Calmann-Lévy.

- Ministère de la santé et de la prévention. (2018). *Feuille de route santé mentale et psychiatrie*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Ministère de la santé et de la prévention. (2022). *Soins pour troubles psychiatriques*. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F761>
- Ministère de la santé et de la prévention. (2023). *Synthèse du bilan de la feuille de route—Santé mentale et psychiatrie*.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017a). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd). Deboeck supérieur.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017b). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd). Deboeck supérieur.
- Morgan, C., Kirkbride, J., Hutchinson, G., Craig, T., Morgan, K., Dazzan, P., Boydell, J., Doody, G. A., Jones, P. B., Murray, R. M., Leff, J., & Fearon, P. (2008). Cumulative social disadvantage, ethnicity and first-episode psychosis: A case-control study. *Psychological Medicine*, 38(12), 1701-1715. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004534>
- Mougeot, F. (2019). *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*. Éditions Érès.
- Moussard, A. (2012). *L'utilisation de la musique comme support de nouveaux apprentissages dans le vieillissement normal et la maladie d'Alzheimer* [Phdthesis, Université de Bourgogne ; Université de Montréal (1878-....)]. <https://theses.hal.science/tel-00795055>
- Moussard, A., Rochette, F., & Bigand, E. (2012). La musique comme outil de stimulation cognitive: *L'Année psychologique*, Vol. 112(3), 499-542. <https://doi.org/10.3917/anpsy.123.0499>
- Nasielski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique : Entre alliance et distance: *Actualités en analyse transactionnelle*, N° 144(4), 12-40. <https://doi.org/10.3917/aatc.144.0012>
- Oana, D. A., Gaël, K., Pascale, F., & Charles, B. (2018). Case management de transition et hospitalisation de jour dans la période critique de sortie de l'hôpital psychiatrique. *REVUE DES HOPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ET DES THERAPIES INSTITUTIONNELLES*, 20, 41-46.
- OMS. (2022). *Principaux repères sur la schizophrénie*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Organization, W. H. (2003). *Adherence to Long-term Therapies : Evidence for Action*. World Health Organization.

Oury, J. (1980). *Onze heures du soir à La Borde : Essais sur la psychothérapie institutionnelle*. Éditions Galilée.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). Chapitre 1—Choisir une approche d'analyse qualitative. *Collection U*, 13-32. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0013>

Palazzolo, J. (2009). Observance médicamenteuse et rechutes dans la schizophrénie : Des neuroleptiques classiques aux APAP. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(4), 308-317. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.03.009>

Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G., & Mignet, G. (2017). *MOHOST : Outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. ANFE, Association nationale française des ergothérapeutes De Boeck supérieur.

Pasquier De Franclieu, S. (2013). Urgences psychiatriques. *EMC - Traité de médecine AKOS*, 8(1), 1-6. [https://doi.org/10.1016/S1634-6939\(12\)48046-2](https://doi.org/10.1016/S1634-6939(12)48046-2)

Penney, D., Sauvé, G., Mendelson, D., Thibaudeau, É., Moritz, S., & Lepage, M. (2022). Immediate and Sustained Outcomes and Moderators Associated With Metacognitive Training for Psychosis : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(5), 417. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0277>

PIBAROT, I. (1978). *Dynamique de l'ergothérapie : Essai conceptuel*. [s.n.].

Pierce, D., & Morel-Bracq, M.-C. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck supérieur.

Pratiques en santé mentale 2022/1 (68e année). (s. d.). SHS Cairn.info. Consulté 13 janvier 2025, à l'adresse <https://shs.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2022-1>

Prior. (2004). Éviter les rechutes en schizophrénie : Non-observance et utilisation de médicaments injectables à action prolongée. [http://psychanalyse.com/pdf/SCHIZOPHRENIE%20-%20EVITER%20LES%20RECHUTES%20\(2%20pages%20-%20123%20ko\).pdf](http://psychanalyse.com/pdf/SCHIZOPHRENIE%20-%20EVITER%20LES%20RECHUTES%20(2%20pages%20-%20123%20ko).pdf)

Prouteau, A., Grondin, O., & Swendsen, J. (2010). Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie : Une étude en vie quotidienne: *Revue française des affaires sociales*, 1, 137-155. <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0137>

Psycom. (2013). *Organisation des soins : Professionnels de la psychiatrie*.

Psycom. (2017). *Modalités de soins psychiatriques*. <https://www.unafam93.org/medias/files/modalites-de-soins-psychiatriques-psycom-2017.pdf>

Racamier, P.-C. (2002). *L'esprit des soins : Le cadre*. Collège de psychanalyse groupale et familiale.

Raymondet, P. (2008). Actualités : Aspects cliniques et économiques des rechutes dans la schizophrénie 27es Journées de la Société de l'Information Psychiatrique Lille, 25 septembre 2007. Symposium Janssen-Cilag. *L'information psychiatrique*, Volume 84(10), 949-954. <https://doi.org/10.1684/ipe.2008.0416>

République Française. (2021). *Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux*—Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000043646160/>

Riou, G., & Le Roux, F. (2017). L'hospitalisation en psychiatrie : De la privation occupationnelle au soin: *VST - Vie sociale et traitements*, N° 135(3), 104-110. <https://doi.org/10.3917/vst.135.0104>

Rocamora, J.-F., Benadhira, R., Saba, G., Stamatadis, L., Kalalaou, K., Dumortier, G., Plaze, M., Aubriot-delmas, B., Glikman, J., & Januel, D. (2005). Annonce du diagnostic de schizophrénie au sein d'un service de psychiatrie de secteur. *L'Encéphale*, 31(4), 449-455. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(05\)82406-6](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(05)82406-6)

Rodolico, A., Bighelli, I., Avanzato, C., Concerto, C., Cutrufelli, P., Mineo, L., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Signorelli, M. S., Wu, H., Wang, D., Furukawa, T. A., Pitschel-Walz, G., Aguglia, E., & Leucht, S. (2022). Family interventions for relapse prevention in schizophrenia : A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 9(3), 211-221. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00437-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00437-5)

Rogers, C. R. (1950). A Current Formulation of Client-Centered Therapy. *Social Service Review*, 24(4), 442-450.

Rubinstein, S. (2023). *La sectorisation psychiatrique en France : Histoire d'une construction juridique et médicale. Volume 17*. <https://www.bnds.fr/edition-numerique/collection/theses-numeriques-de-la-bnds/la-sectorisation-psychiatrique-en-france-histoire-dune-construction-juridique-et-medicale-9782848749631.html>

Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447-458. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447>

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286-291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>

Santé gouvernement. (s. d.). *Ergothérapeute*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_ergotherapeute.pdf

- Strauss, M., Van Heerden, S. M., & Joubert, G. (2016). Occupational therapy and the use of music tempo in the treatment of the mental health care user with psychosis. *South African Journal of Occupational Therapy*, 46(1), 21-26. <https://doi.org/10.17159/2310-3833/2016/v46n1a6>
- Tebeka, S., Airagnes, G., & Limosin, F. (2017). Antipsychotiques : Quand et comment les prescrire ? *La Revue de Médecine Interne*, 38(5), 328-336. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2016.12.007>
- Townsend, E. (2002). *Promouvoir l'Occupation : Une Perspective de L'ergothérapie* (Ed. révisée). Association canadienne des ergothérapeutes.
- Townsend, & Polatajko. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. Neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie 2e édition - Elizabeth A. Townsend, Helene J. Polatajko, Noémi Cantin.*
- Tripier-Mondancin, O., & Maizières, F. (s. d.). *La situation d'écoute musicale au collège.*
- Uhlhaas. (2019). *Oscillations neuronales et connectivité dans la schizophrénie : Approches électro/magnéto-encéphalographiques.*
- UNAFAM. (2024). *Organisation de la psychiatrie | Unafam.* <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/soins-et-rehabilitation/organisation-de-la-psychiatrie>
- Valot, L., & Lalau, J.-D. (2020). L'alliance thérapeutique. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 14(8), 761-767. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2020.09.005>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., Van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis : A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Velpry, L. (2010). Vivre avec un handicap psychique : Les appartements thérapeutiques: *Revue française des affaires sociales*, 1, 171-186. <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0171>
- Weiden, P. J., & Olfson, M. (1995). Cost of Relapse in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(3), 419-429. <https://doi.org/10.1093/schbul/21.3.419>
- WFOT. (2018a). *About Occupational Therapy* (<https://wfot.org/>) [Text/html]. WFOT; WFOT. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>
- WFOT. (2018b). *DEFINITIONS OF OCCUPATIONAL THERAPY.* <file:///C:/Users/tit1d/Downloads/Definitions-of-Occupational-Therapy-from-Member-Organisations-20-12-2023.pdf>
- Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective of health* (2nd ed). SLACK.

Wilcock, A., & Hocking, C. (2024). *An Occupational Perspective of Health* (3^e éd.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003525233>

Winnicott, D. W., Monod, C., & Pontalis, J.-B. (1975). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Gallimard.

Winnicott, D. W., Sauguet, H., & Kalmanovitch, J. (2018). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot.

Wolff, F. (2015). *Pourquoi la musique ?* Fayard.

Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A., & Mechanic, D. (2002). Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1653-1664.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1653>

Annexes:

Annexe I : Grille d'entretien

Annexe II : Grille d'observation

Annexe III : Tableau de résultats brut : verbatim

Annexe IV : Grille d'observation pour chaque patient observé

Annexe V : Retranscription complète de l'entretien de E2

Annexe I : Grille d'entretien

Thématique	Questions posées	Question de relance	Objectifs
Présentation de l'ergothérapeute interviewé	Pouvez-vous vous présenter et nous expliquer votre parcours professionnel ?	- En quelle année avez-vous été diplômé ? - Depuis quand travaillez-vous dans cette structure ? - Avez-vous suivi des formations complémentaires ?	Connaître le profil et l'expérience professionnelle de l'interviewer
Ergothérapie et engagement occupationnel en soins sous contrainte	- Pouvez-vous définir l'engagement occupationnel ? - Comment les ergothérapeutes favorisent-ils l'engagement occupationnel des patients souffrant de troubles psychotiques hospitalisés en soins sous contrainte ?	- Redéfinition de l'engagement occupationnel - En unité d'hospitalisation psychiatrique quels défis rencontrez-vous le plus souvent pour maintenir ou créer un engagement occupationnel d'un patient souffrant de psychose ? - Pouvez-vous donner un exemple concret d'une situation où vous avez réussi à favoriser cet engagement occupationnel ? - Avez-vous une approche spécifique du fait que les personnes ne sont pas consentantes aux soins ? - Parmi les outils ou techniques que vous utilisez, lesquels se sont	Identifier comment généralement et avec quel moyens spécifiques les ergothérapeutes favorisent-ils l'engagement occupationnels des patients souffrant de troubles psychotiques

		avérés les plus efficaces pour favoriser l'engagement des patients hospitalisés en soins sous contrainte ? - Utilisez-vous une approche centrée sur un modèle conceptuel ?	
L'ergothérapie et l'utilisation de l'écoute musicale	- Comment en est venu l'idée de réaliser un atelier d'écoute musicale ? - Comment se déroule un atelier d'écoute musicale dans votre service ?	- Est-ce que c'est vous qui avez amené l'idée au sein de la structure ? Comment à évoluer la création ou le maintien de cet atelier ? - Quelle est le cadre thérapeutique de l'atelier (lieu, temps, nombre de participant...) ?	Identifier les objectifs généraux auquel répondent un atelier d'écoute musicale en ergothérapie pour des patients hospitalisés en soins sous contrainte
	Pourquoi réalisez-vous un atelier d'écoute musicale au sein de l'unité de soin intensive ?	- Quels sont les objectifs principaux de cet atelier ? - Comment contribuent-ils au bien-être des patients ?	
L'alliance thérapeutique lors de l'utilisation de l'écoute musicale	- Comment définissez-vous l'alliance thérapeutique ? - Quelles est son utilité ? - Comment et pourquoi l'écoute musicale peut-elle jouer un rôle dans la création ou le maintien de l'alliance thérapeutique entre l'ergothérapeute et	- Pour le maintien ou la création d'une alliance thérapeutique, observez-vous une différence entre l'écoute musicale et une autre médiation réalisable en unité d'hospitalisation psychiatrique ? - Par rapport aux objectifs mentionnés dans la question précédente, quel rôle l'alliance	Identifier si l'évolution d'une alliance thérapeutique entre le patient et l'ergothérapeute est développé pendant et suite aux ateliers d'écoute musicale

	un patient souffrant de troubles psychotiques ?	thérapeutique joue-t-elle dans l'utilisation de l'écoute musicale ?	
	-	-	
L'impact de l'alliance thérapeutique sur l'engagement occupationnel	- En quoi l'alliance thérapeutique peut-elle être un tremplin vers l'engagement occupationnel d'un patient souffrant de trouble psychotique ? - Comment décririez-vous l'impact de l'alliance thérapeutique sur l'engagement occupationnel d'un patient lors d'un atelier d'écoute musicale, pour des patients souffrants de troubles psychotiques hospitalisés en soins sous contrainte ?	- A quelles fins utilisez-vous l'alliance thérapeutique maintenue ou crée suite aux ateliers d'écoute musicale ? - Avez-vous des exemples de situations où un patient suite aux ateliers d'écoute musicale, se serait plus engagée dans les activités proposées par l'ergothérapeute ?	Analyser l'impact de l'alliance thérapeutique sur l'engagement occupationnel et son évolution dans le temps pendant et suite aux ateliers d'écoute musicale

Annexe II : Grille d'observation

1) Description du patient :

- Présentation
- Depuis quand est-il hospitalisé
- Diagnostique

2) Grille d'observation à remplir après chaque séance pour chaque patient

	Echange avant le début de l'écoute musicale (A-t-il envie de venir, comment est-ce qu'il vient)	Temps de participation à la séance	Comportement observable (Mouvement, sensoriel, trait du visage, crispé, expression ...)	Ce que la personne me dit sur lui et sa santé mentale (ressentis, façon de parler, fidélité du lien, confiance)	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec l'ergothérapeute	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec les autres professionnels	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, le patient participait-il à d'autres activités et comment
Séance 1							
Séance 2							
Séance 3							
Séance 4							

Annexe III : Tableau de résultats brut : verbatim

Thématique	Sous-thématiques	Extraits E1	Extraits E2	Extraits E3	Extraits E4
Engagement occupationnel	<i>Définition de l'engagement occupationnel</i>	« C'est l'engagement dans le sens où il y a la participation, plus ou moins active, et la motivation de la personne dans ce qu'elle fait, dans une durée plus ou moins longue. Donc ça va vraiment concerner ce que la personne fait – une occupation, une activité – et à quel point elle est capable de s'investir dedans, et sur quelle durée. »	« C'est comment la personne va s'engager dans ses occupations, au sens large, dans sa vie quotidienne. L'investissement qu'elle va mettre pour que ces occupations soient effectives »	« C'est l'investissement qu'on met dans une activité, y compris un investissement affectif. Ce n'est pas juste la motivation, c'est aussi la manière dont on s'implique dans ce qu'on fait. »	« A quel point une personne arrive à se motiver, à s'impliquer dans des occupations, en faisant une petite analyse des différentes occupations qu'elle a, c'est-à-dire celles qui font du sens pour elle, celles qui font du sens pour les autres, et aussi selon des catégories. Par ce prisme-là, l'engagement occupationnel, c'est à quel point la personne s'est investie dedans. Moi, je dirais que c'est l'action de se mobiliser, de s'investir dans une occupation et de s'y tenir, avec une dimension temporelle. »
	<i>Posture et réceptivité du patient</i>	« Parce que parfois la personne est là physiquement, mais pas mentalement, ses pensées	« [Un défi pour favoriser cet engagement] Ben déjà, je dirais le pragmatisme du	« Dire non, c'est déjà une manière d'entrer dans la relation »	« Quand la personne arrive ou est là pour ses premières séances, pas forcément la toute première, parfois elle pose un

	<i>peuvent affecter son jugement ou sa manière de faire »</i> <i>« Certains ne veulent pas s'investir dans les soins, ni même dans les activités thérapeutiques. Donc pour moi, l'engagement commence déjà au moment où la personne accepte de venir en thérapie. Rien que ça, c'est un pas important. »</i>	<i>patient, surtout chez les psychotiques »</i> Différence entre un patient demandeur et non-demandeur de soin : Demandeur : <i>« Même s'ils sont là sous contrainte, ils ont besoin d'être occupés. C'est souvent ceux qui n'ont pas de permissions, donc enfermés H24, et ils viennent te voir dès que la porte s'ouvre, ils sont en demande d'occupation »</i> Non demandeur : <i>« Et puis y a ceux qui sont carrément dans le refus. Et c'est là où il faut tout un temps pour créer le lien. Et ben pour moi, ça fait partie aussi de l'engagement occupationnel, en fait : accepter le refus de la personne »</i>	<i>« Ensuite, il faut aller chercher le patient là où il est, susciter son désir, voir ce qui peut l'accroche »</i> <i>« C'était intéressant, parce que son refus initial était aussi une forme d'opposition constructive. Il venait pour ne rien faire, mais c'était déjà une forme d'engagement, alors que d'autres ne venaient pas du tout. »</i>	<i>regard sur certaines choses, mais pas sur d'autres. Elle va aller vers certains objets, toucher certains mais pas d'autres. C'est quelque chose dont nous sommes très sensibles, comme un radar pour repérer tout ça, et faire des hypothèses sur ce qui fait vibrer cette personne, alors qu'elle n'en a parfois pas conscience, ou c'est très loin de ce qu'elle pourrait dire spontanément »</i> <i>« La personne ne dit pas forcément oui tout de suite, ou alors elle dit oui conditionnellement »</i> <i>« A la première séance, la personne n'a pas forcément un désir visible, ce qui complique la mise en place »</i> <i>« C'est plus particulier avec les personnes hospitalisées sans consentement, parce qu'elles n'ont pas de demande »</i>
--	--	--	--	---

				« il faut réussir à faire naître la demande, qui est souvent différente de celle qu'on attendrait. »
<i>Contexte institutionnel et environnement physique</i>		« Dans un lieu d'hospitalisation, où souvent ils ont très peu de pouvoir de choix sur leur quotidien »	« Le refus peut venir de l'activité elle-même, de ce qu'elle représente, ou être plus global, lié à l'institution. Il faut parfois détacher la proposition de l'aspect médical ou institutionnel. »	« Les psychiatres sont souvent frileux à donner les prescriptions trop tôt. »
<i>La temporalité</i>	« Ce sont des ateliers hebdomadaires, toujours à la même heure, le même jour, ce qui permet aux patients d'instaurer une routine. Et comme les patients restent longtemps en unité fermée, cette ritualisation aide à s'engager, à avoir un repère. »	« [L'engagement] Et ça prend du temps. Parfois, c'est plusieurs semaines, parfois ça ne se fait jamais. Mais faut respecter ce rythme »	« Il y a aussi des patients apragmatiques, chez qui il faut y aller par petites touches, c'est très long. »	« Après, il y a la tenue dans le temps, comment faire pour que ça dure. Il faut nourrir cet engagement, parce que si on était enfermé tout seul, ce serait très difficile de le garder » « Le gros défi, c'est le temps. Le temps moyen d'hospitalisation à temps complet, c'est environ trois semaines » « L'enjeu, c'est le temps, parce qu'il y a les premières rencontres Il faut avoir un

				<i>maximum d'ouverture pour saisir les opportunités. »</i> <i>« Il faut savoir les références et se donner la possibilité d'y répondre plus tard, sinon c'est un coup dans l'eau. »</i>
<i>Le positionnement de l'ergothérapeute</i>	<i>« C'est pour ça que la relation est essentielle : une relation de confiance, où la personne sent qu'elle peut faire, qu'elle est autorisée à faire. »</i>	<i>« Je pense que c'est tout le juste milieu à trouver... entre aller solliciter la personne sans jamais forcer. Et ce n'est pas évident, surtout quand t'as des équipes soignantes autour qui te disent : « Faut que Monsieur Untel vienne à l'atelier » »</i> <i>« Mais en même temps, toujours rester vigilante : jusqu'où je vais nourrir, jusqu'où je peux aller, sans faire à la place de l'autre, le mettre dans une position de choix »</i> <i>« Parce qu'en psychiatrie, pour moi, c'est hyper important de montrer à la</i>	<i>« Parfois, l'objet qu'on fabrique vient après un échange, parfois, c'est l'inverse »</i> <i>« Là où je travaille, déjà le fait de proposer une activité suscite de la part du patient un engagement, même s'il répond non »</i>	<i>« Mon cadre, c'est plutôt d'être humble, en retrait, où je laisse au maximum les personnes développer leurs propres stratégies. Je suis un support et j'interviens seulement quand je juge nécessaire d'apporter un petit plus. Tout repose aussi sur le cadre que j'ai construit avec eux. »</i> <i>« Connaître les particularités de la souffrance psychique, qui rend les personnes moins disponibles à elles-mêmes et aux autres. Il faut être encore plus ouvert que pour une personne sans souffrance psychique. »</i> <i>« Tout est source de travail et de réflexion. »</i>

		<i>personne qu'elle existe, même si elle dit non »</i>		<i>Il s'agit de voir le point de vue de la personne et de trouver un compromis »</i>
<i>Contenu et modalités de la proposition thérapeutique</i>	« Je propose 3 ateliers par semaine : jeux de sociétés, écoute musicale, groupe sport. Ce sont des séances accessibles à tous, facilement adaptables selon les besoins et envies. » « [Ma collègue et moi], on fait un groupe d'écoute musicale. Ce sont des séances accessibles à tous, facilement adaptables selon les besoins et envies. Ça permet de renforcer la relation et de favoriser l'engagement »	« On va créer des espaces où les personnes peuvent choisir de se mettre en activité ou non. Choisir le type d'activité qui leur plaît » « L'espace de l'ergothérapie elle permet de leur proposer un choix minime, le simple fait de pouvoir choisir une activité, c'est énorme. Peu importe la médiation d'ailleurs. Déjà dire « j'ai envie de participer à ça » ou « non, ça ne me plaît pas », déjà se placer dans une posture active. Et ça, ça participe pleinement à l'engagement occupationnel »	« Je propose de nombreux groupes répartis dans la semaine » « Parfois, juste partager une cigarette, discuter, ce sont ces petites choses qui vont permettre d'installer une relation. »	« Je propose 5 atelier fixe dans la semaine, jardinage, terre, jeux de sociétés... » « C'est de l'improvisation, et l'énorme appui, c'est le groupe Là, avec le groupe, c'est une relation équilibrée, d'égal à égal, en sachant contourner. »

Thématique	Sous-thématiques	Extraits E1	Extraits E2	Extraits E3	Extraits E4
L'atelier d'écoute musicale	<i>Cadre thérapeutique de l'atelier : déroulement</i>	« Chaque participant choisit une musique, qu'on écoute en silence. Le bruit est limité, pas de discussions pendant l'écoute. Ils peuvent chanter, danser, mais pas de contact entre participants. Après chaque morceau, il y a un temps d'échange : la personne qui a choisi peut expliquer pourquoi, ce que ça a éveillé chez elle. Les autres peuvent réagir. » « Chaque semaine, une consigne différente : par exemple, écrire un mot à la fin de chaque musique, en lien avec ce qu'ils ont ressenti. Ça les aide à se concentrer, à écouter les paroles, à se reconnecter à leur perception. Le choix	« Je commence souvent le groupe avec une météo de l'humeur, une présentation des prénoms. Je rappelle le cadre, notamment l'importance de la bienveillance. Et j'invite les anciens patients à expliquer un peu le fonctionnement du groupe aux nouveaux. L'idée c'est que chacun peut proposer une musique à écouter, puis on verbalise autour de ce qu'on a ressenti. Il y a la règle de, on ne parle pas pendant l'écoute, seulement après. Et je garde toujours 5 à 10 minutes à la fin pour les retours, les ressentis. »	« On leur proposait de choisir une chanson à faire écouter aux autres. Étant donné qu'en hospitalisation sous contrainte, théoriquement, ils n'ont pas accès à internet – même si, dans les faits, beaucoup ont des téléphones portables et peuvent y accéder. La salle de psychomotricité était l'un des rares lieux où on pouvait utiliser YouTube » « On essayait de proposer des thèmes pour varier un peu les styles musicaux, mais on revenait souvent au rap français, parce que c'est ce qui suscitait le plus d'intérêt. Ensuite, chaque patient faisait	« On ne fait pas d'atelier où le but est uniquement d'écouter de la musique. Par exemple, cet après-midi, c'était un atelier polyvalent : quelqu'un peut juste faire le DJ, c'est possible. » « C'est un atelier très flexible, il n'y a jamais un temps où on ne fait que de l'écoute, tout est mélangé. Parfois, on propose une chanson au groupe, puis quelqu'un en propose une autre, avec la possibilité d'expliquer pourquoi »

		<i>du mot demande une forme d'introspection. »</i>		<i>écouter une chanson de son choix aux autres, puis on prenait un petit temps d'échange après chaque écoute. À la fin, on faisait un petit bilan collectif. »</i>	
	<i>Cadre thérapeutique de l'atelier : Cadre du groupe</i>	<i>« C'est un atelier ouvert, l'idée, c'est vraiment de leur offrir une forme de liberté, dans un cadre très restreint. En unité fermée, ils n'ont pas de visite, pas de sortie, pas de nourriture extérieure, et les fumeurs sont limités à 4 cigarettes par jour. Donc, cet atelier symboliquement "ouvre" un peu le cadre. »</i>	<i>« C'est un groupe fermé : ceux qui viennent restent jusqu'au bout, sauf s'ils ne vont vraiment pas bien. Mais je précise toujours en amont que c'est un engagement d'une heure. Après, bien sûr, y a une souplesse si besoin. »</i>	<i>« La manière dont on l'avait conçu, c'était comme un petit groupe fermé : les mêmes patients revenaient chaque semaine, pendant une durée donnée. »</i>	<i>« C'est plutôt un cadre ouvert » « Il y a vraiment un cadre, mais ce cadre est mouvant, flexible, comme tout ce que l'on fait ici. Ce n'est pas figé. » « On refuse d'écouter de la musique pendant les jeux de société, ou pendant le jardinage. »</i>
	<i>Cadre thérapeutique de l'atelier : Temporalité</i>	<i>« Le choix de l'horaire s'est fait car on a remarqué que les patients étaient plus à même de se poser le matin. » « L'atelier dure 1h, car à 11h30, mes collègues</i>	<i>« Donc on est sur un groupe d'une heure, avec environ un temps d'écoute de musique qui va durer 45 minutes »</i>	<i>« Une bonne heure, à peu près. Une heure dans la salle de psychomotricité. » « On faisait des petits bilans avec eux toutes les cinq séances environ.</i>	

	<i>doivent mettre la table pour le repas. »</i>		<i>Tous les patients n'intégraient pas le groupe au même moment, donc on pouvait renouveler les intégrations progressivement. Ce n'était pas un contrat rigide, ils pouvaient arrêter, mais il y avait cette idée d'un engagement dans le temps »</i>	
<i>Cadre thérapeutique de l'atelier : Environnement</i>	<i>« D'un point de vue pratique aussi, on utilise le réfectoire de l'unité fermée, car c'est difficile de trouver un espace disponible »</i> <i>« Au départ, on était tous en cercle, sur des chaises. Puis, on a ajouté des tables. Maintenant, on propose des feutres, crayons, feuilles »</i>	<i>« Un environnement hospitalier spécial parce que les patients viennent de deux étages différents, donc ils ne se connaissent pas forcément. »</i> <i>« C'est un atelier qui est très bien et cohérent avec de l'intra. Et ça prend tout son sens en psychiatrie, parce que souvent, les patients sont privés de leur portable, donc n'ont plus accès à la musique. Et on sait à quel point elle est</i>		<i>« Il y a toujours eu un poste musique ici »</i> <i>« Nous, on a un atelier choral, un atelier de musique assistée par ordinateur, un atelier percussion, et un atelier musique plus général, donc beaucoup d'activités différentes. »</i>

		<i>omniprésente aujourd'hui dans la vie quotidienne. »</i>		
Accessibilité et résonnance de l'atelier pour les patients	« Les patients ne sont pas toujours accessibles à cause de leurs symptômes [...] L'écoute musicale, c'était simple, accessible en termes d'espace, et pour tous types de patients » « Elle peut [la personne ne parlant pas le français] partager quelque chose à travers la musique. Ce n'est pas forcément du verbal, ça peut passer par autre chose. Les patients acceptent plus facilement de venir à un atelier musical, parce qu'ils connaissent la musique »	« S'est posé la question : est-ce que je reprends ce groupe ou pas ? Les patients y tenaient beaucoup. En fait, au départ, je m'étais dit que c'était celui que j'allais arrêter... Et finalement, c'est celui que j'ai gardé. Parce qu'il y avait un réel investissement des patients. » « Ce qui est très intéressant, c'est que des fois, y a des personnes qui vont très peu verbaliser, mais leur choix de musique vient énormément dire d'où l'état dans lequel ils sont, leur ressenti. » « Mais celle-ci a vraiment un côté universel, souvent. Et aussi qui ne vient pas mobiliser de compétences physiques, manuelles, donc	« Ils avaient donc un vrai plaisir à venir écouter de la musique, notamment du rap. » « C'est ce qui suscitait le plus d'intérêt »	« On a aussi des patients qui viennent spécifiquement pour la musique, ou qui sont tellement sensibles qu'une chanson plutôt qu'une autre peut les empêcher de se sentir bien et de travailler. » « Pouvoir écouter une chanson qu'on aime alors qu'on est privé de moyens comme son propre téléphone, c'est très porteur pour certains c'était sa motivation pour découvrir l'atelier » « Beaucoup de patients sont terrorisés à l'idée qu'on leur demande de faire quelque chose ou qu'on leur demande de laisser une trace. » « Être avec le groupe dans une activité valorisée, sans avoir besoin de produire quoi que ce soit. Ce n'est pas nécessaire de révéler quelque chose de soi,

		la forme dans laquelle je fais ça vient solliciter une capacité d'attention, une concentration. » « Et le seul truc sur lequel on a réussi à l'accrocher, c'est la musique, parce qu'il avait fait de la musique, il jouait de la batterie dans un groupe »		ni de sortir de ses goûts personnels, ce qui est déjà énorme. »
<i>Objectifs thérapeutiques de l'atelier d'écoute musicale (par ordre d'apparitions dans l'interview)</i>	Création d'un premier contact : « C'est un excellent moyen de créer un premier contact. Les patients acceptent plus facilement de venir à un atelier musical, parce qu'ils connaissent la musique » Lien thérapeutique : « C'est aussi de pouvoir créer une relation de confiance avec le thérapeute. C'est une manière de prendre	La verbalisation : « J'essaie de renforcer encore plus les temps de verbalisation » « Je pose la question « est ce que vous avez quelque chose à nous dire sur votre choix de musiques » et de la y a des verbalisations spontanées des autres. » « Le point central, c'est les temps de verbalisation. C'est... c'est la capacité de mise en mots de ressenti » Stimulation cognitive :	Interaction sociale et dimension de groupe : « Concentrais plutôt sur la manière dont les patients s'organisaient dans le groupe, comment ils se positionnaient comme sujets dans les échanges, s'ils faisaient des liens entre ce que disaient les uns et les autres, s'il y avait une dynamique de groupe qui se créait. » Verbalisation : « On visait l'ouverture à la verbalisation, la subjectivation,	« Ça peut produire beaucoup de choses, positives mais aussi négatives. » Emotion : « La musique est une énorme source d'émotion » Lien thérapeutique : « La musique crée des liens, facilite le contact avec les gens, même si ce n'est pas toujours explicitement verbal. , je m'inclus dans le groupe, dans la relation, et je partage aussi mes goûts C'est une passion partagée qui crée du lien. »

	contact, avec une approche différente du soin » Emergence d'un désir : « C'est aussi favoriser le plaisir, et la prise de conscience de soi, de ce qu'on aime, et pouvoir partager ces envies » Bien être : « Du coup, oui, ça contribue à leur bien-être dans le sens où ça va les aider à se reconnecter avec eux-mêmes, avec ce qu'ils aiment. Ça les reconnecte à leurs essentiels, à leurs habitudes de vie qui, à un moment donné, ont été bénéfiques. » Evaluation : « On peut voir si un patient est dans une symptomatique particulière, si ses hallucinations l'absorbent ou non, s'il écoute, s'il se pose. C'est un vrai outil d'évaluation clinique »	« C'est aussi un travail sur l'inhibition, la concentration, la frustration, l'attention » « La capacité d'écoute de musique et... et la capacité d'écoute des autres » L'évaluation : « Ça permet de pas mal d'évaluer là où on en est, la personne aussi » Emergence d'un désir : « Et une envie... parce qu'il revient, et du coup, de là... on peut travailler et proposer » « Le choix aussi, parce que proposer une musique, c'est faire un choix et s'affirmer devant le groupe. » Interactions sociales : « Je vais travailler les interactions sociales entre les personnes. »	l'autonomie dans la prise de parole. » Evaluation : « Il y avait évidemment une part d'observation : voir comment les patients se débrouillaient dans leur rapport aux autres, comment ils arrivaient à dire quelque chose d'eux. » Emergence d'un désir : « Il y avait un vrai désir de la part des patients d'être présents. Certains voulaient même montrer des vidéos à la fin, des choses qu'ils avaient postées eux-mêmes sur YouTube. Donc oui, la musique et l'accès à YouTube représentaient quelque chose d'important pour eux »	Verbalisation : « Cela lance beaucoup de débats : qu'est-ce que l'amour pour vous ? Qu'est-ce que vous mettez derrière les termes de jalousie ? La possessivité ? Qu'en dit la loi ? » « J'utilise la musique comme un outil pour susciter ces échanges. » La création : « Ça peut aussi servir à « déclencher » quelque chose en lien avec l'inspiration » « On peut alors utiliser la musique comme support, faire une passerelle entre la musique et le jeu, ou d'autres formes de création »
--	---	--	---	--

		Lien thérapeutique : « La musique a permis de créer un lien avec lui. C'est un ensemble de choses, mais il y a une vraie confiance qui s'installe avec nous et qui est petit à petit, une ouverture de possibilités occupationnelles pour lui aussi. Et une envie... parce qu'il revient. »		
--	--	---	--	--

Thématique	Sous-thématiques	Extraits E1	Extraits E2	Extraits E3	Extraits E4
Alliance thérapeutique et atelier d'écoute musicale	<i>Définition d'alliance thérapeutique</i>	« Je sais que certains collègues distinguent la relation de confiance de l'alliance thérapeutique, mais moi je les inclus un peu ensemble » « L'alliance thérapeutique, c'est vraiment la relation que le patient va avoir avec le thérapeute, mais aussi avec le soin lui-même. » « Si on est face à quelqu'un qui est constamment dans	« C'est cette relation de confiance avec la personne qui lui permet d'accepter et d'être partie prenante dans les soins. » « La médiation nous permet de créer des liens avec le patient qui permettent de favoriser l'adhésion aux soins de manière globale. »	« Ça m'évoque la question du transfert. C'est le fait que le patient ait une certaine confiance dans l'institution, dans ce qui lui est proposé, et qu'il accompagne volontairement cette proposition. Il participe aux soins, en devenant acteur de son propre parcours. » « À terme, l'objectif c'est que le patient se saisisse	« C'est faire en sorte que la personne que tu accompagnes ait assez confiance en toi, assez de désir dans cette relation pour s'engager, faire des choses avec toi, te suivre. Ce qui rend cette alliance « thérapeutique », c'est la nature des objectifs que tu mets derrière, la différence avec d'autres types de relations le juste équilibre entre distance et proximité. »

	<i>l'opposition au soin, et qu'on ne cherche pas à construire une alliance avec lui, il va rester dans le refus du traitement, dans le déni... et on ne pourra pas avancer. »</i> <i>« [L'alliance thérapeutique] Ça change le regard qu'on porte sur lui, et le sien aussi. »</i>		<i>lui-même de ses soins. Qu'il n'ait plus besoin de l'équipe thérapeutique pour déclencher les choses, qu'il puisse demander de l'aide quand il en a besoin, qu'il soit autonome par rapport à son traitement et à son suivi à l'extérieur: L'idée, c'est aussi qu'il puisse repérer par lui-même ses difficultés, même quand il ne les perçoit pas directement. »</i>	<i>« L'alliance thérapeutique est l'objectif premier. Sans elle, tu ne peux rien faire »</i> <i>« Une fois que tu as cette alliance, tu peux te permettre de prendre des risques calculés. »</i> <i>« Je pense que le risque peut fortifier la relation »</i> <i>« Une fois que tu as cette alliance, de façon progressive, tu peux gravir les échelons, mieux connaître la personne, lui permettre d'accéder à d'autres lieux de soins, à d'autres relations, par exemple avec des collègues »</i> <i>« On parle justement de ce premier outil, de l'utilité de continuer à construire cette alliance thérapeutique, ce qu'elle va pouvoir mobiliser, ce qu'on peut en faire. »</i>
<i>Un cadre spécifique pour construire une</i>	<i>« Beaucoup de patients ne connaissent pas l'ergothérapie ni les</i>	<i>« En tant qu'ergo, le fait de montrer que le soin est global, qu'il ne se réduit</i>	<i>« Je dirais que les patients peuvent percevoir les soins différemment.</i>	<i>« L'institution joue un rôle important dans cette garantie. Elle assure une stabilité et une</i>

<i>L'alliance thérapeutique</i>	différentes formes d'ateliers thérapeutiques. Donc, leur proposer l'écoute musicale, c'est leur montrer que l'hospitalisation, ce n'est pas que du soin contraint, que ça peut aussi être une expérience positive. » « On invite aussi les soignants à participer, au moins un par séance. Ça permet aux patients de les voir dans un autre contexte, différent de celui des soins techniques, et ça renforce encore plus l'alliance thérapeutique »	pas qu'aux médicaments et aux entretiens avec le médecin. Notre rôle, il est très important pour dire que le soin est plus large que ça, et que notre prise en charge fait partie de cette mise en activité occupationnelle »	Pas comme quelque chose de contraint, mais comme une proposition plus libre. Ils sortent un peu de l'image habituelle des soins, celle du traitement imposé, des contraintes psychiatriques. » « Ce sont souvent des jeunes, qui vivent leur première rencontre avec le monde de la psychiatrie. Beaucoup sont en première décompensation. Et il y a des réalités sociales aussi : certains viennent de milieux où la maladie psychiatrique n'est pas reconnue, parfois niée »	sécurité dans la relation, pour toi comme pour la personne accompagnée. Par exemple, en libéral, tu as des lois et un diplôme qui encadrent ta pratique, ce qui te protège et protège l'autre. » « La spécificité des patients sous contrainte, qui sont souvent rétifs aux soins, qui veulent qu'on leur fiche la paix. Et nous, on est tous complices d'un système qui les a enfermés alors qu'ils cherchent la liberté. Donc on part perdant d'emblée pour construire une relation de confiance »
<i>La musique au service de l'alliance thérapeutique</i>	« L'écoute musicale peut vraiment jouer un rôle parce que c'est une activité agréable, qui peut faire ressurgir des souvenirs – bons ou moins bons – mais surtout, qui permet au patient de se reconnecter avec lui-même »	« L'écoute musicale c'est quand même quelque chose qui est assez universel dans la société et qui parle à beaucoup de monde. Et il y a des patients qu'on va pas du tout arriver à avoir sur des médias créatifs, ni le jeu ou autre, et il y en a	« C'est une manière de créer un lien. Peut-être pas une confiance totale, mais une forme de liberté, où le patient peut se sentir plus à l'aise pour dire ce qui le concerne. Il peut verbaliser ce qui ne lui convient pas, ce qu'il	« Il y a cette idée de moment partagé, un temps doux ou même triste, où l'émotion peut être partagée. Ce moment fort ensemble est aussi un objet trace. Une trace immatérielle, bien sûr, mais parfois aussi physique »

		<i>vraiment des patients pour qui c'est un bras de levier pour créer le lien. »</i> <i>« [Suite à la verbalisation] je pense qu'à partir du moment où le patient vient dire qu'en ce moment il est en colère ou des choses comme ça, ça peut créer une alliance thérapeutique »</i> <i>« Dans l'écoute musicale, tu vois, il vient jouer un peu quelque chose de l'ordre du groupe de parole, des fois, et de soutien entre patients, en une dynamique vraiment différente de d'autres groupe, car avec ce biais-là de l'écoute musicale, il y a un échange différent entre les patients »</i>	<i>pense de l'hôpital, de son vécu. Ça devient un sujet d'échange, sans être directement lié à la contrainte des soins ou de l'hospitalisation. »</i> <i>« La première chose qui me vient, c'est que je vois ces patients aussi en suivi individuel Le type d'échange est différent. Par exemple, dans un atelier plus tourné vers la réalisation d'un objet, il y a d'autres choses qui entrent en jeu : le rapport à la matière, le symbolique..., Parfois, la parole tient mieux que le geste, ou inversement. Certains vont s'accrocher au groupe comme contenant, mais être très symptomatiques en individuel. »</i>	<i>« L'écoute peut aussi être une attention envers l'autre »</i> <i>« Ça dépend beaucoup du patient. Il faut qu'on soit des vrais couteaux suisses. La musique peut être hyper importante, cruciale pour un patient, et pas forcément pour un autre. Du coup, on doit avoir tout un arsenal d'outils, et savoir comment les utiliser en fonction des personnes »</i> <i>« On y va doucement, pour créer une autre image, une autre alliance »</i>
<i>Construction temporelle de l'alliance thérapeutique</i>	<i>« Et puis, petit à petit, l'écoute musicale est devenue une ressource pour</i>	<i>« Et aussi pour les gens qui reviennent, il y a quand même quelque chose qui</i>		<i>« Cette alliance ne se construit pas d'un coup, ce n'est pas un</i>

		lui, un repère. Il sait que tous les vendredis matin, il y a cet atelier. Il tient à proposer sa musique. Il arrive même en avance »	laisse trace, quelque chose qui se rejoue. Et beaucoup de patients qui ont été hospitalisés, une fois qu'ils reviennent, il y en a pas mal qui sont très demandeurs de l'écoute musicale., ce truc qu'ils savent qu'elle existe »		bouton « validé », mais un processus continu. » « Tu peux dire à la personne : « Tu te souviens, il y a 5 ans on a fait ça ensemble ? » Et parfois ça « matche », ça crée du lien »
--	--	---	--	--	---

Thématique	Sous-thématiques	Extraits E1	Extraits E2	Extraits E3	Extraits E4
Utilisation de l'alliance thérapeutique pour un engagement occupationnel	<i>Ouverture du patient</i>	« L'alliance thérapeutique permet d'avoir un patient qui s'engage davantage, qui comprend mieux les raisons de son hospitalisation, qui est plus à l'écoute. »	« Lorsqu'il n'y a presque plus d'occupation, de créer un lien de confiance, et de dire : "Faites-moi confiance, on va essayer des choses, et après vous pourrez me dire si vous aimez ou si vous n'aimez pas, essayons de revisiter des choses », et oui, c'est là que l'alliance thérapeutique va être un levier pour amener vers	« Je pense à un patient qui ne voulait rien faire. Il est venu à l'atelier d'écoute musicale, mais il a fallu qu'on travaille le lien pendant des mois avant qu'il accepte de participer » « Il faudra d'abord passer par une relation de confiance, quelque chose de solide, avant qu'ils puissent s'engager dans une activité »	« L'alliance thérapeutique ça permet d'être suffisamment bien pour que la personne puisse potentiellement verbaliser quelque chose, notamment une demande. » « L'idée que grâce à l'alliance il va pouvoir verbaliser des choses où il ne l'aurait pas facilement »

			<i>l'engagement occupationnel,</i>		
	<i>Mise en activité suite et pendant les ateliers d'écoute musicale</i>	« Pour moi, l'alliance va favoriser l'engagement [...] Plus le patient se sent en confiance, plus il va s'engager. Il va créer du lien avec les autres, avec ce qu'il fait, et il va avoir envie de revenir, d'approfondir ce qu'il a déjà commencé » « On voit des patients qui, au début, sont très passifs, ne proposent rien, se contentent d'écouter. Et au bout de quelques séances, ils demandent à choisir une musique, ils reçoivent des retours positifs, ça les motive à proposer autre chose. Ça crée une dynamique intellectuelle, de réflexion : « Qu'est-ce que j'ai envie de partager ? Comment je vais le faire ? » »	« [Mettre en occupation par le biais du lien] Après, ça peut ramener à l'envie de les faire, de faire par soi-même, de faire avec, et après ils feront tout seuls. Et ils s'engageront. En tout cas, d'avoir un lien qui permet, qui puisse permettre l'engagement. Faire avec ou offrir un cadre qui permet de faire » « Vous vous souvenez, il y a le groupe, on se revoit mardi prochain ». De faire un rappel, « je vous invite à quelque chose pour la prochaine fois » « Mais en fait ce côté de choisir une musique que je propose aux autres, c'est beaucoup s'exposer, en fait. Et pour certains	« Je trouve que l'écoute musicale, c'est un moyen de mettre le patient en activité sans qu'il s'en rende compte, d'une certaine manière. C'est ça qui est intéressant. Le patient a l'impression de faire ce qu'il veut, ce qu'il aime. Mais en réalité, il est déjà en train de se mobiliser sur d'autres choses – des choses qui peuvent l'aider. » « Je dirais que c'est se baser sur le transfert, sur ce lien qui se crée. Aller chercher le désir là où il est »	« Il y a tout à fait quelque chose de circulaire. Comme je le disais au début la priorité c'est l'alliance. Puis l'engagement occupationnel. Et ça, ce mouvement circulaire entre engagement et alliance peut être créée par l'écoute musicale comme par une activité, ça dépend du patient. » « On va utiliser la médiation en l'occurrence l'écoute musicale pour pouvoir générer de l'alliance thérapeutique et ainsi de l'engagement dans les activités »

	« Il y a un vrai enthousiasme. Et par rapport aux autres ateliers, il y a une différence de fréquentation. Par exemple, en jeux de société, j'ai souvent deux ou trois participants, pas plus. Alors qu'en écoute musicale, l'espace est ouvert, en plein couloir, on est visibles. Ça attire plus facilement. »	patients, ça peut vraiment venir être quelque chose d'assez salvateur, je pense, dans le sens « je m'affirme, qui je suis » »		
<i>Eléments cliniques émergents pour favoriser l'engagement</i>	« [La psychomotricienne] On n'a pas le même regard. Elle observe beaucoup la manière dont le patient se pose dans son corps, comment il exprime ses émotions à travers ses comportements. Moi, je vais être plus axée sur l'activité, l'engagement, la participation. Le fait d'être deux, ça nous permet d'échanger cliniquement sur ce qu'on observe, de réévaluer les objectifs. On regarde la même chose,	« C'est-à-dire que souvent, soit ça va être à la demande des patients, mais des patients qui ne sont pas assez bien pour venir en groupe d'écoute musicale, et du coup je ne peux pas les accepter. Mais par contre, je leur dis « mais si vous voulez, on peut se prendre un temps d'écoute de musique ensemble » » « Il y a eu comme un processus de devoir	« Oui, je pense que ça peut fonctionner dans ce sens-là, mais aussi dans l'autre. L'engagement occupationnel peut aussi être un tremplin pour la relation thérapeutique. L'accroche peut se faire par la relation ou par l'activité, ça dépend vraiment des patients » « Je dirais qu'on se sert de l'investissement du patient dans la musique pour créer un engagement	« Il distribuait toujours les médicaments dans ces moments très difficiles pour les patients il y en a beaucoup qui ne veulent pas les prendre. Et il leur proposer de choisir leur chanson préférée du moment » « Le fait d'utiliser la musique dans plein de contexte peut être porteur, elle est tellement partout qu'on pourrait tellement en faire plein de choses »

		<i>mais avec des angles différents. C'est une vraie complémentarité »</i>	<i>passer par l'individuel pour après pouvoir le vivre en groupe »</i>	<i>occupationnel assez spontané. Et à partir de là, on travaille l'alliance thérapeutique. Finalement, on utilise l'écoute musicale pour susciter l'engagement, et cet engagement va soutenir la construction de l'alliance »</i>	
--	--	---	--	---	--

Annexe IV : Grille d'observation pour chaque patient observé

P1 : Patient âgé de 36 ans : Hospitalisé en SDRE suite à une rupture de traitements sous toxique. Le patient souffre d'une schizophrénie depuis plus de 10 ans, il est connu du secteur. Séance 1 à J+58 du début d'hospitalisation

	Echange avant le début de l'écoute musicale (A-t-il envie de venir, comment est-ce qu'il vient)	Temps de participation à la séance	Ce qu'a procuré la musique chez eux (mouvement, sensoriel, expression ...)	Echange pendant la séance d'écoute musicale (fidélité du lien, confiance)	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec l'ergothérapeute	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec les autres professionnels	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, le patient participait-il à d'autres activités et comment
Séance 1 : 06/03	Le patient utilise des mots péjoratifs pour qualifier	Le patient reste pendant	Il écoute attentivement les musiques	Echange relativement difficile, le patient	Lien difficile avec le patient, fait des	Patient moins excité comportement	Il lance des crayons dans la salle d'activités

	l'exercice du groupe d'aujourd'hui	toute la séance mais fait de nombreux allers-retours	des autres patients Ne chante pas, marche ou reste assis sans bouger	s'exprime, demande à mettre ses musiques, gère sa frustration (ne pas toucher au téléphone) Le lien est mieux qu'en séance activités	demandes pas adaptés (cigarettes, nourriture ...)	relativement plus adapté qu'avant mais il est toujours discordant et impulsif	
Séance 2 : 13/03	Le patient marche dans le service mais prend le temps de nous demander ce qu'il va se passer	Le patient est resté pendant toute la séance, est sorti 5 min pour fumer une cigarette	Il écoute attentivement les musiques, et interroge les autres patients sur leurs choix. Il a pu prendre les musiques pour son répertoire Il nous explique choisir des musiques qui ont du sens pour lui (il les écoute avec intérêt)	De meilleurs contact aujourd'hui, il parle de ses origines, de son passé, me demande mes origines	Bon contact, il est adapté en début de séance d'activités. Sort en colère car l'ergothérapeute ne gère pas sa demande dans les temps qu'il espérait (enregistrement de musique)	Le patient a eu une permission qui s'est bien déroulée. Changement de traitement, le patient est anxieux à l'idée des nouveaux effets secondaires	Meilleur contact, demande des activités à l'ergothérapeute
Séance 3 : 20/03	Les soignants nous signalent que le patient eu de nombreux débordements depuis le début de	Le patient est resté pendant toute la séance, est sorti 5 min	Ecoute attentivement ses musiques, il les commente en nous expliquant d'où	De très bons contact, il nous questionne sur notre style vestimentaire, musical.	Lors des passages de l'ergothérapeute dans le service, le patient est en demande	Altération de l'état de santé avec impulsivité et irritabilité Moins bon, les soignants sont	A fabriqué un bracelet pour sa maman

	la journée. Il vient souriant	pour fumer une cigarette	elles viennent. Se moque de certaines autres musiques	Le patient interpelle une autre patiente ne respectant pas le cadre pour lui demander de le respecter (ne pas toucher au téléphone)		souvent interpellés par rapport à ses traitements et sa vision de l'hospitalisation	
Séance 4 : 03/04	Il nous reconnaît et sait que nous avons le groupe musique, nous échangeons sur ses traitements, sur mes baskets, la drogue. Il me dit qu'aujourd'hui l'atelier va être difficile car il y a peu de patient	Le patient vient principalement sur toute la séance, mais ne se pose pas (explique que son nouveau traitement est difficile), il ne choisit qu'une seule musique	Il a continué de marcher lors de sa musique, et échange quant à la beauté de celle-ci	Echange sur les musiques des autres, semble moins investi aujourd'hui. Ne dénigre pas les musiques des autres. Discute un peu avec les autres. Me demande ce qu'il pourrait faire comme cadeau pour son père	Après la séance, est descendu pour préparer le decopatch qu'il va faire demain	Plusieurs problématiques de sommeil. Le patient de meilleur contact et souriant a pu partir en permission	A fait le decopatch très rapidement, il a échangé avec les autres ergothérapeutes. Il était content de venir mais souhaitait vite repartir
Séance 5 : 10/04	Patient distant, il nous voit mais n'entre pas, il viendra faire quelques allers retours	5 min, il fait des allers retours	Patient n'a pas pu se poser pour écouter une musique ni en choisir une	Il voulait choisir une musique, mais ne trouvant pas il s'en est allé	Il a vu que nous faisons de l'enregistrement musical, il souhaite y participer	Contact de bonne qualité, derniers ajustements du traitement, les permissions se	Patient est venu en activité libre du vendredi, en demande, il souhaite changer

					Très bon contact lors de la cafeteria hebdomadaire	sont bien déroulées	d'activité et apprendre à chaque venue
--	--	--	--	--	---	------------------------	--

P2 : Patient âgé de 65 ans : Patient hospitalisé en SDT suite à une rupture de traitement. Le patient souffre d'une schizophrénie depuis ses 30 ans, il est connu du secteur. Séance 1 à J+35 du début de son hospitalisation

	Echange avant le début de l'écoute musicale (A-t-il envie de venir, comment est-ce qu'il vient)	Temps de participation à la séance	Ce qu'a procuré la musique chez eux (mouvement, sensoriel, expression ...)	Echange pendant la séance d'écoute musicale (fidélité du lien, confiance)	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec l'ergothérapeute	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec les autres professionnels	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, le patient participait-il à d'autres activités et comment
Séance 1 06/03	Le patient est dans la salle, veut allumer la télé. Après une explication de l'atelier, le patient part	Le patient fait une dizaine d'allers-retours, il ne reste pas pour écouter les musiques	Il ne fait pas attention aux musiques, déambule comme si nous n'étions pas présents.	Le patient ne répond pas à notre proposition d'atelier et de choix de musique	Le patient ne remarque pas les venues de l'ergothérapeute	Le lien est difficile le patient désapprouve toute proposition de soin	Le patient ne vient pas aux ateliers proposés
Séance 2 13/03	Le patient était dans sa chambre à notre arrivée	Le patient vient 2 fois et s'assoit	Le patient ne fait pas attention à la musique ni à ce qui l'entoure	Ne répond pas aux propositions d'échange de l'ergothérapeute	Là aussi le patient ne remarque pas les venues de l'ergothérapeute	Des problématiques de programme de soin et de sortie impactent la relation entre le patient et l'équipe soignante	Le patient ne vient pas à l'atelier proposé
Séance 3 20/03	Le patient nous voit arriver de loin	Le patient fait 4 allers-retours	Aucune réaction verbale ou non	Refuse de choisir une musique	Pas d'échange, seulement plusieurs	Aucun lien avec l'équipe ne semble permettre de faire	Fait des allers-retours dans la salle lors de la

	mais reste distant		verbale que nous pouvons observer		regards lors de la venue de l'ergothérapeute	avancer la prise en soin	venue de l'ergothérapeute
Séance 4 03/04	Je le vois de loin, il me regarde	Vient 3 fois écouter une musique	Rien que nous pouvons observer, le patient reste impassible	L'ergothérapeute lui demande s'il aime bien la musique de P5, il dit qu'il aime tout, mais que ce n'est pas sa génération (il ne veut pas en choisir)	Le patient a été impulsif, il a été mis en isolement	Le patient a été impulsif, il a été mis en isolement	Le patient a été impulsif, il a été mis en isolement
Séance 5 10/04	Il nous regarde de loin	Vient une seule fois pendant l'atelier et reste 10 min	Il ne partage aucune expression, non verbale ou verbale Mais reste à l'écoute	Meilleur contact avec le patient, il parle en ayant une voix plus posée, ne veut toujours pas choisir de musique mais apprécie écouter les autres « ce n'est pas de ma génération	Cette semaine pas d'échange, seulement plusieurs regards lors de la venue de l'ergothérapeute	Le lien s'améliore raisonnablement	Fait des allers retours dans la salle lors de la venue de l'ergothérapeute

P3 : Patient âgé de 32 ans : hospitalisé en SDRE suite à un voyage pathologique. Le patient souffre d'une schizophrénie paranoïde et n'est pas connu du secteur. Séance 1 à J+2 du début d'hospitalisation

	Echange avant le début de l'écoute musicale (A-t-il envie de venir, comment est-ce qu'il vient)	Temps de participation à la séance	Ce qu'a procuré la musique chez eux (mouvement, sensoriel, expression ...)	Echange pendant la séance d'écoute musicale (fidélité du lien, confiance)	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec l'ergothérapeute	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec les autres professionnels	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, le patient participait-il à d'autres activités et comment
Séance 1 03/04	Nous lui expliquons qui nous sommes, il accepte de venir, se présente. Le patient est interrogatif quant à notre séance (il demande ce qu'est la musicothérapie)	Il reste pendant toute la séance avec une pause, il était enthousiaste à l'idée de retourner à l'atelier après sa cigarette	Echange sur les musiques des autres, il écoute, il chante ses musiques, les connaît par cœur et s'applique, pendant qu'il chante, son regard semble chercher un œil approuvateur. Il écoute attentivement les musiques des autres patients	Echange adapté et riche, nous échangeons sur qui nous sommes et pourquoi nous sommes là, un très bon lien se crée.	Très bon contact (il est monté en unité semi-ouverte), il nous dit bonjour quand il nous voit et cherche à participer à des activités. Parle de sa vie privée, partage des idées, le patient est en demande	Très bon lien, au vu de sa symptomatologie, le patient a pu être transféré dans une autre unité où le lien a continué d'être aidant.	Il est venu à l'enregistrement musical qui s'est très bien passé. Le patient est demandeur d'activités, il est venu à l'atelier libre et a fait des jeux de sociétés avec moi, puis est venu un après-midi pour des jeux de groupes qu'il a appréciés. Il vient souvent nous voir et nous avons entrepris un travail plus en profondeur sur ses demandes et problématiques (ELADEB)

P4 : Patiente âgée de 38 ans : patiente hospitalisée en SDRE suite à une décompensation psychotique, la patiente souffre de trouble schizo-affectif. La patiente est connue du secteur. Séance 1 à J+4 du début d'hospitalisation

	Echange avant le début de l'écoute musicale (A-t-il envie de venir, comment est-ce qu'il vient)	Temps de participation à la séance	Ce qu'a procuré la musique chez eux (mouvement, sensoriel, expression ...)	Echange pendant la séance d'écoute musicale (fidélité du lien, confiance)	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec l'ergothérapeute	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec les autres professionnels	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, le patient participait-il à d'autres activités et comment
Séance 1 20/03	La patiente vient se présenter, me demande quand ça commence	La patiente reste toute la séance, mais menace de partir si ses musiques ne sont pas choisies	La patiente a été très expressive corporellement, elle danse seule et avec les autres patients, marche, fait des poiriers, chante lors de ses musiques. Lorsque c'est au tour des autres patients de choisir la patiente s'assoit et dénigre leurs musiques	Contact très mauvais, la patiente prend le téléphone des mains, n'accepte pas le cadre, veut mettre seulement ses musiques, menace de partir, exprime son mécontentement face à l'atelier	La patiente lance des regards de mécontentement, ne veut pas parler à l'ergothérapeute	La patiente a été placée en chambre d'isolement suite à des comportements violents	N'est pas venue lors de l'atelier activités libres Elle est partie avant le prochain atelier d'écoute musicale du 03/04

P5 : Patient âgé de 36 ans : patient hospitalisé en SDRE suite à une décompensation psychotique, le patient souffre de trouble schizo-affectif avec des symptômes schizophréniques persistants. La patiente est connue du secteur. Séance 1 à J+32 du début d'hospitalisation

	Echange avant le début de l'écoute musicale (A-t-il envie de venir, comment est-ce qu'il vient)	Temps de participation à la séance	Ce qu'a procuré la musique chez eux (mouvement, sensoriel, expression ...)	Echange pendant la séance d'écoute musicale (fidélité du lien, confiance)	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec l'ergothérapeute	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec les autres professionnels	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, le patient participait-il à d'autres activités et comment
Séance 1 20/03	Nous ne croisons pas le patient avant	Le patient arrive au milieu de la séance suite à un entretien médical	Le patient danse sur ses musiques mais exprime son mécontentement aux musiques qu'il n'aime pas. Il cherche à danser proche avec une patiente qui refuse. Le patient parle de plus en plus fort	A causes problème somatiques, il est compliqué de le comprendre. Néanmoins, l'échange est adapté, et le patient s'investit dans les discussions	De bon contact, le patient fait des blagues à l'ergothérapeute	Le patient s'investit de façon positive dans les soins proposés, il est de présentation et de contact correct.	Proposition d'un possible enregistrement musical
Séance 2 03/04	Le patient vient de lui-même.	Vient les 15 derniers minutes, mais doit	Il chante, veut rapper, se lève pour danser	Nous parlons de ses musiques, de comment il fait pour écouter et sa musique avec ses	La discussion est des fois compliqué, le patient ne comprend pas	Le patient a vu un expert qui l'a évalué avec un état clinique stable et de bon contact	Le patient participe à l'activité libre et s'y investit

		repartir à 11h précise pour rdv médical		écoutateurs et la musique. Me complimente	pourquoi nous ne le comprenons pas		
Séance 3 10/04	Il nous voit et souhaite directement venir	Il reste toute la séance	Il chante lors de ses choix de musiques, écoute attentivement les musiques des autres et est impressionné lorsqu'un autre patient chante	Bon échange, il parle de tout, m'explique certaine chose, m'écoute, veut toujours mettre ses musiques le plus possibles	Bon échange, nous pouvons parler de la maladie avec lui, il est à l'écoute et pose des questions	Les soignants le trouvent mieux, une procédure de lâcher de SDRE est en cours	Participe à un enregistrement musical, est très satisfait de l'avoir fait, il nous explique beaucoup de sa vie, lors de l'enregistrement d'un autre patient, il est attentif et admirateur

P6 : Patient âgé de 42 ans : patient hospitalisé en SDT suite à une décompensation psychotique. La patiente souffre de trouble schizo-affectif actuellement en phase maniaque. Le patient est connu du secteur. Séance 1 à J+8 du début d'hospitalisation

	Echange avant le début de l'écoute musicale (A-t-il envie de venir, comment est-ce qu'il vient)	Temps de participation à la séance	Ce qu'a procuré la musique chez eux (mouvement, sensoriel, expression ...)	Echange pendant la séance d'écoute musicale (fidélité du lien, confiance)	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec l'ergothérapeute	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec les autres professionnels	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, le patient participait-il à d'autres activités et comment
Séance 1 03/04	Nous nous présentons, il me dit qu'il va venir mais il préfère nous rejoindre lorsqu'il y aura « plus d'ambiance »	Reste longtemps, mais fait quelques allers-retours 20 min après le début de la séance	Le patient danse, tout son corps est mobilisé. Lorsqu'il y a un brouhaha, il demande aux autres patients de se taire pour mieux entendre la musique. Il reste souvent debout, mais il s'assoit pour me parler	Nous parlons des musiques, des auteurs, de pourquoi il aime la musique. Il me parle de ses concerts qu'il a fait, de ses musiques (il finit par nous faire écouter une de ses musiques). Le patient cherche le regard approuvateur pour les musiques qu'il a créé	Contact difficile, le patient est en exaltation psychique, ce qui complique l'échange avec l'ergothérapeute	Le patient est calme et verbalise ses demandes et plaintes	Le patient n'a pas voulu participer à l'activité libre. Un mois après, le patient a été réhospitalisé. Lorsque que l'ergothérapeute l'a croisé dans le service, le patient l'a interpellé pour savoir ce qu'elle a pensé des musiques, il dit vouloir

							reparticiper à des activités
--	--	--	--	--	--	--	------------------------------

P7 : Patiente âgée de 20 ans : patiente hospitalisée en SSPI suite à un voyage pathologique psychotique. La patiente souffre de trouble schizophréniforme. La patiente n'est pas connue du secteur. Séance 1 à J+2 du début d'hospitalisation

	Echange avant le début de l'écoute musicale (A-t-il envie de venir, comment est-ce qu'il vient)	Temps de participation à la séance	Ce qu'a procuré la musique chez eux (mouvement, sensoriel, expression ...)	Echange pendant la séance d'écoute musicale (fidélité du lien, confiance)	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec l'ergothérapeute	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, comment était le lien avec les autres professionnels	A la suite de la semaine et jusqu'à la prochaine séance, le patient participait-il à d'autres activités et comment
Séance 1 13/03	La patiente se renseigne sur l'activité et vient s'asseoir	La patiente écoute une musique, et souhaite repartir	La patiente portait un regard sur le sol, je n'observe pas de mouvement, ou d'expression non verbale pendant son passage	La patiente m'explique qu'elle n'arrive pas à rester concentré et souhaite partir	De meilleur contact, la patiente interroge l'ergothérapeute	La patiente n'est pas accessible à l'échange. Son état s'améliore, et des éléments de sa vie ont pu être retrouvés	La patiente revoit l'ergothérapeute, mais, après avoir fait le début d'un bracelet, a voulu repartir dans sa chambre
Séance 2 20/03	La patiente me demande qui je suis et s'il y a quelque chose de prévu comme activité	Participe à toute la séance mais part avant la fin (rdv médical)	La patiente danse, elle sourit. J'observe beaucoup d'expression non-verbale pendant les écoutes. La patiente s'intéresse, reste assise et écoute attentivement.	Nous discutons en anglais, me demande des infos sur moi, nous discutons des musiques, de ce que nous aimons. La patiente nous	La patiente est partie du service juste après l'écoute musicale	La patiente est partie du service juste après l'écoute musicale	La patiente est partie du service juste après l'écoute musicale

				parle de de pourquoi elle est ici et de sa vision de la maladie. Elle nous dit qu'elle part dans 2j, elle tient à nous serrer la main pour nous dire au revoir			
--	--	--	--	---	--	--	--

Annexe V : Retranscription complète de l'entretien de E2

T : Est-ce que tu pourrais te présenter et nous expliquer ton parcours professionnel ?

E2 : Donc je suis ergothérapeute depuis maintenant une... une dizaine d'années. Euh... je me suis formée en Belgique et je suis arrivée à Paris il y a 8 ans.

T : Oui.

E2 : Donc j'ai un petit peu travaillé en maison de retraite avant, et quand je suis arrivée à Paris, je suis arrivée en psychiatrie directement. Et je crois que ce qui m'a attirée vers la psychiatrie, justement, ben c'était la richesse d'utilisation de différentes médiations...

T : Ouais...

E2 : ...et entre autres les médiations artistiques, qui m'intéressaient beaucoup. Voilà.

T : Et euh... en quelle année t'as été diplômée, pardon ?

E2 : Moi j'ai été diplômée en... 2000... attends... 2015 je crois.

T : Ok. Et t'es arrivée à Paris en 2017 ?

E2 : Voilà, c'est ça. Donc maison de retraite et ensuite directement à Bichat. Moi je suis à Bichat depuis 2017, ouais.

T : D'accord. Donc t'es restée sur le même secteur depuis ?

E2 : Oui, donc en gros... ça fait que je suis sur le même secteur, ouais. Après, avec des changements de poste, parce que j'ai été d'abord à mi-temps entre l'intra et le CATTP. Puis j'ai demandé à retourner en intra, et là depuis septembre, je suis à temps plein en intra.

T : Ok, très bien. Et est-ce que tu as suivi des formations complémentaires en plus de l'ergo ?

E2 : Oui, alors... dès le début, moi j'ai toujours aimé avoir des activités... entre autres la musique, le chant... Et du coup, j'ai fait une formation de musicothérapie. C'était en 6 sessions d'une semaine, entre 2018 et 2019... si je dis pas de bêtises, ouais.

T : Ok, en formation continue du coup ?

E2 : Ouais voilà, en formation continue. Après c'était pas une formation pour être musicothérapeute hein... C'était plus des outils pratiques. Il n'y avait pas du tout de contenu théorique. C'est pour ça que pour moi, ça ne suffit pas à être musicothérapeute, clairement. Mais ça m'a donné des outils pour utiliser la musique avec les patients.

T : D'accord. C'était avec des professionnels de santé uniquement ?

E2 : Alors... dans ma session, il y avait que des professionnels de santé, mais la formation est aussi ouverte à des gens sans diplôme médical ou paramédical. Voilà.

T : Tu as suivi d'autres petites formations à côté ?

E2 : Oui, j'ai fait des formations de 3 jours, des trucs comme ça. Par exemple "Jeux et métaphores", ou une autre donnée par Aline... je sais plus comment elle s'appelle, elle est au Québec, sur les outils créatifs dans le processus d'évaluation. Voilà, des petites choses comme ça.

T : Ok, trop bien ! Juste rapidement : est-ce que tu utilises une approche centrée sur un modèle

conceptuel dans ta pratique ?

E2 : Alors... je t'avoue que pas spécialement.

T : Ok super. Alors... on nous a conseillé de commencer un peu fort, un peu questionnant. Est-ce que tu pourrais, avant de parler de l'écoute musicale, me définir selon toi ce que c'est que l'engagement occupationnel ?

E2 : L'engagement occupationnel ? (rire) Ouuh... ouais. Haha, c'est une question piège, hein !

T : Je pourrais redéfinir après.

E2 : Ok. Ben l'engagement occupationnel... pour moi c'est... c'est comment la personne va s'engager dans ses occupations, au sens large, dans sa vie quotidienne. L'investissement qu'elle va mettre pour que ces occupations soient effectives.

T : La définition du MOH elle dit « l'action de se mobiliser, de devenir occupé, de participer à une occupation et de s'y engager ». Et justement, comment selon toi les ergothérapeutes peuvent favoriser cet engagement occupationnel avec des patients souffrant de troubles psychotiques hospitalisés en soins sous contrainte ?

E2 : Ben... on va créer des espaces où les personnes peuvent choisir de se mettre en activité ou non. Choisir le type d'activité qui leur plaît. Parce que dans un lieu d'hospitalisation, où souvent ils ont très peu de pouvoir de choix sur leur quotidien. L'espace de l'ergothérapie elle permet de leur proposer un choix minime. Ben le simple fait de pouvoir choisir une activité, c'est énorme.

T : Oui.

E2 : Peu importe la médiation d'ailleurs. Déjà dire « j'ai envie de participer à ça » ou « non, ça ne me plaît pas », déjà se placer dans une posture active. Et ça, ça participe pleinement à l'engagement occupationnel. Moi je pense par exemple à mes ateliers créatifs, qui sont libres : chacun choisit son projet personnel. Là on est vraiment dans l'engagement, parce que c'est la personne qui décide de ce qu'elle va faire.

T : Et du coup, ça c'est dès le début de leurs hospitalisations ?

E2 : Alors non... j'ai jamais vraiment d'indication très franche, hein. C'est plus au staff que ça se discute. Je n'ai pas d'indication papier claire qui dit « tel patient pour telle prise en charge ».

T : D'accord.

E2 : Donc ça dépend aussi du nombre de patients que je vois à ce moment-là. Parce que... ben, on est deux ergos : y a moi, et ma collègue qui est là deux jours par semaine. Et on a une seule salle pour une quarantaine de patients... donc je ne peux pas voir tout le monde, c'est sûr.

T : Oui, bien sûr.

E2 : Et du coup, ça dépend aussi... y a des patients qu'on connaît déjà, donc quand ils sont réhospitalisés, on va aller plus vite vers eux. Et puis y a ceux qui sont très en demande, et ceux qui ne sont pas demandeurs du tout. Et y a ceux qui ne demandent pas mais qui, au final, sont quand même curieux. Et puis y a ceux qui sont carrément dans le refus. Et c'est là où il faut tout un temps pour créer le lien. Et ben pour moi, ça fait partie aussi de l'engagement occupationnel, en fait : accepter le

refus de la personne.

T : C'est super intéressant ça...

E2 : Ouais, et je pense que c'est tout le juste milieu à trouver... entre aller solliciter la personne sans jamais forcer. Et ce n'est pas évident, surtout quand t'as des équipes soignantes autour qui te disent : « Faut que Monsieur Untel vienne à l'atelier ».

T : Oui bien sûr. Et justement, tu parles de refus, selon toi, quels sont les plus gros défis que tu rencontres pour maintenir ou créer cet engagement occupationnel chez ces patients ?

E2 : (réfléchit) Ben déjà, je dirais le pragmatisme du patient, surtout chez les psychotiques. Je pense aussi à certains patients, pour qui l'initiation de l'engagement occupationnel est très compliquée. Et donc, il faut venir nourrir au début. Mais aussi accepter que ça fait partie du processus. Apporter des idées, faire des propositions. Mais en même temps, toujours rester vigilante : jusqu'où je vais nourrir, jusqu'où je peux aller, sans faire à la place de l'autre, le mettre dans une position de choix.

T : Oui, c'est un équilibre...

E2 : Ouais... Il faut que la personne, à un moment, elle puisse redevenir actrice, quoi, et s'autonomiser. Et ça prend du temps. Parfois, c'est plusieurs semaines, parfois ça ne se fait jamais. Mais faut respecter ce rythme.

T : Tu as un exemple ?

E2 : Oui... dans les ateliers créatifs, par exemple, y a des patients qui arrivent, ils ne savent pas quoi faire, ils se sentent incapables, ils sont figés. Et là, je vais venir faire avec. Proposer un truc simple. Tracer une ligne, faire un collage... Et parfois, ça suffit à déclencher quelque chose.

T : Et du coup, par rapport aux patients hospitalisés sous contrainte et donc probablement non consentants... est-ce que tu vois une différence dans ta manière de faire avec eux ? Est-ce qu'il y a des approches spécifiques à adapter ?

E2 : Oui... alors déjà, je dirais qu'il y a plusieurs types de patients non consentants. T'as ceux qui sont très demandeurs. Même s'ils sont là sous contrainte, ils ont besoin d'être occupés. C'est souvent ceux qui n'ont pas de permissions, donc enfermés H24, et ils viennent te voir dès que la porte s'ouvre, ils sont en demande d'occupation. C'est vraiment au premier plan.

T : Ah ouais...

E2 : Et puis t'as ceux pour qui c'est beaucoup plus dur. Je pense à une jeune patiente en particulier, dans le déni total de la maladie. Avec qui s'est très compliquée. Après chaque hospitalisation, elle écrit à l'Ordre des médecins pour porter plainte, elle cite tous les noms des médecins... Mais malgré tout, avec le temps, on a créé un petit lien. Elle vient parfois à l'atelier jeu, parfois à l'atelier musical... mais faut pas la brusquer.

T : Donc c'est beaucoup de subtilité...

E2 : Ouais, c'est ça. C'est dire à la personne qu'on pense à elle. Même si elle ne vient pas. Même si elle refuse. Juste de dire « on a pensé à elle », ben... ça peut tout changer. Parce qu'en psychiatrie,

pour moi, c'est hyper important de montrer à la personne qu'elle existe, même si elle dit non.

T : J'allais justement dire ça : à l'école, on nous disait que le refus de soin, c'est un soin.

E2 : Tout à fait, vraiment, un lien peut se créer juste dans une rencontre dans un couloir, ou sur le pas d'une porte. Et parfois, une personne peut venir te remercier à la fin, alors qu'elle n'a fait « que de dire non », ça.

T : D'accord. Justement, parlons un peu de l'atelier d'écoute musicale. On reviendra ensuite sur l'engagement occupationnel. Comment est née l'idée de cet atelier ? Quelle est son histoire à cet atelier ?

E2 : Ah oui... alors c'est marrant, parce que c'est moi qui l'ai initié, mais après, c'est plus moi qui l'ai mené. Parce qu'à un moment, je n'étais plus en intra, et c'est ma collègue qui l'a animé pendant longtemps. Et en plus, la forme a beaucoup évolué.

T : OK.

E2 : À la base, ça a commencé pendant le COVID. Le centre de jour avait fermé, donc je suis retournée travailler à l'hôpital. On n'avait plus notre salle d'ergothérapie, on était dans une toute petite pièce. Et il fallait limiter au maximum les manipulations.

T : Bien sûr.

E2 : En plus, le COVID est arrivé peu de temps après que j'aie terminé ma formation en musicothérapie. Donc j'avais encore tout ça en tête. Pendant cette formation, on a surtout travaillé la musicothérapie active – chanter, jouer, utiliser les instruments – mais aussi un peu la réceptive, donc par l'écoute.

T : Oui.

E2 : Du coup, l'idée c'était de proposer plusieurs morceaux, sans paroles, à peu près de même durée – 3, 5 minutes – et d'utiliser ça comme support à la verbalisation. En posant une question simple : « Laquelle avez-vous préférée ? Ou laquelle vous avez le moins détestée ? » Et au début, je faisais ça, puis ensuite, les patients ont commencé à proposer eux-mêmes des morceaux. Donc c'est devenu très participatif. On était en petit groupe, parfois même en individuel, mais sinon 3 ou 4 personnes max.

E2 : À la fin du COVID, je suis repartie à plein temps au centre de jour, puis j'ai réintégré l'hôpital. Et c'est là que j'ai transmis l'idée à ma collègue, qui était sur l'intra. Elle le menait sur un jour où moi je n'étais pas là. Et puis en septembre, s'est posée la question : est-ce que je reprends ce groupe ou pas ? Les patients y tenaient beaucoup.

T : D'accord.

E2 : Et à côté de ça, lorsque j'étais au CATTP, j'avais déjà mené des groupes d'écoute pendant l'été, sur des formats plus courts – deux mois, trois mois – qui avaient aussi beaucoup plu. C'était les patients qui venaient proposer leurs musiques.

T : Et en septembre, comment tu as fait à ton retour ?

E2 : Et là, en septembre, j'étais partagée, parce que mon emploi du temps est chargé : j'ai des groupes chaque matin et chaque après-midi, et peu de temps pour les entretiens individuels.

T : Donc un vrai dilemme, je comprends.

E2 : Oui. Parce que j'aimerais avoir plus de temps pour faire des individuels ou aller en extérieur, mais en même temps, les groupes sont importants aussi. Et je fais déjà trois groupes en solo, ce qui n'est pas censé se faire quand y a 7 patients.

T : Ah oui ?

E2 : Ben normalement, un groupe thérapeutique doit se faire à deux – thérapeute et co-thérapeute – pour pouvoir gérer les difficultés, les absences, etc. Moi, je suis entre deux étages, donc si j'ai un souci avec un patient, c'est compliqué de sortir ou de déléguer.

T : Et du coup, pourquoi avoir gardé ce groupe en particulier ?

E2 : En fait, au départ, je m'étais dit que c'était celui que j'allais arrêter... Et finalement, c'est celui que j'ai gardé. Parce qu'il y avait un réel investissement des patients. Et aussi parce qu'une collègue aide-soignante venait sur ce groupe, ce qui est rare : c'est très difficile d'avoir un soignant qui accompagne.

T : Et ta collègue ergo ne pouvait pas co-animer ?

E2 : Elle est là seulement deux jours par semaine, et elle est déjà prise sur d'autres temps, donc non. Mais ce groupe est devenu un vrai repère. Ma collègue qui le menait avant – elle aussi sur l'intra – avait la même expérience que moi : parfois, nous on ressent de la lassitude à l'animer chaque semaine, mais pour les patients, c'est hyper important. Il y a une vraie demande des patients.

T : Oui, bien sûr.

E2 : Et il y a ce truc fort avec la musique. Et c'est un atelier qui est très bien et cohérent avec de l'intra. Et ça prend tout son sens en psychiatrie, parce que souvent, les patients sont privés de leur portable, donc n'ont plus accès à la musique. Et on sait à quel point elle est omniprésente aujourd'hui dans la vie quotidienne.

T : Complètement.

E2 : Pour certains, ne plus pouvoir écouter de la musique, c'est extrêmement anxiogène. Surtout ceux qui ont des hallucinations auditives. Le casque, les écouteurs peuvent avoir une fonction contenant.

T : Oui.

E2 : Et moi, maintenant, par rapport à ma collègue qui faisait quelque chose de plus léger, j'essaie de renforcer encore plus les temps de verbalisation. Donc je commence souvent le groupe avec une météo de l'humeur, une présentation des prénoms, dans l'idée qu'on va être un groupe, parce que les patients viennent de deux étages différents, donc ils ne se connaissent pas forcément. Je rappelle le cadre, notamment l'importance de la bienveillance. On peut ne pas aimer une musique, mais il faut le dire de manière respectueuse. Et j'invite les anciens patients à expliquer un peu le fonctionnement du groupe aux nouveaux.

L'idée, c'est que chacun peut proposer une musique à écouter, puis on verbalise autour de ce qu'on a ressenti. Il y a la règle de : on ne parle pas pendant l'écoute, seulement après. C'est aussi un travail sur l'inhibition, la concentration, la frustration, l'attention. Et je garde toujours 5 à 10 minutes à la fin

pour les retours, les ressentis. Donc on est sur un groupe d'une heure, avec environ un temps d'écoute de musique qui va durer 45 minutes.

T : Et tu disais que tu avais combien de patients en moyenne ?

E2 : Entre 5 et 7. Les deux unités sont similaires, y a pas de différenciation entre soins libres ou soins sous contrainte, ni entre chroniques et courts séjours. C'est mélangé. Donc j'ai parfois des patients hospitalisés depuis un an, d'autres pour une ou deux semaines. Et je trouve que c'est un groupe où je peux facilement inviter les étudiants, car c'est un groupe intéressant à observer.

T : Et tu demandes à la personne qui propose sa musique de dire un mot dessus ?

T : Oui, j'essaie toujours de lui demander pourquoi elle a choisi ce morceau, ce qu'elle aime dedans, pourquoi elle avait envie de le partager. Et ensuite, si d'autres veulent réagir, c'est libre, mais jamais obligatoire. Je pose la question « est-ce que vous avez quelque chose à nous dire sur votre choix de musiques » et de là y a des verbalisations spontanées des autres.

T : D'accord. Et pour toi, ce groupe reste ouvert ?

E2 : Alors pour moi, c'est un groupe fermé : ceux qui viennent restent jusqu'au bout, sauf s'ils ne vont vraiment pas bien. Mais je précise toujours en amont que c'est un engagement d'une heure. Après, bien sûr, y a une souplesse si besoin.

E2 : Alors, dans le vif du sujet, quels seraient pour toi les objectifs principaux de cet atelier ?

T : Ben, pour moi, déjà, ça permet... ça en atelier, hein, ça permet de pas mal d'évaluer là où on en est, la personne aussi. Donc on fait un travail sur tout ce qui est, ben, comme tu veux, l'attention, la concentration, la capacité d'écoute de musique et... et la capacité d'écoute des autres. Moi, enfin, le point central, c'est les temps de verbalisation. C'est... c'est la capacité de mise en mots de ressenti. Le choix aussi, parce que proposer une musique, c'est faire un choix et s'affirmer devant le groupe. Euh... du coup, c'est aussi des interactions sociales. Je vais travailler les interactions sociales entre les personnes. Et voilà. Et après aussi, ce que la personne est capable de rester concentrée pendant une heure, est-ce qu'elle est capable d'écouter pendant les temps d'écoute, d'écouter quand les autres parlent, voilà.

T : Donc c'est vraiment un but évaluatif ?

E2 : Ouais, ça me permet... c'est pour moi avant tout, c'est un groupe qui permet l'élaboration, et à la fois, permet d'évaluer justement la personne au sein du groupe aussi. Est-ce que... est-ce que ça va être dans la confrontation ? Faire exprès de mettre une musique un peu trash pour déranger le groupe ? Est-ce qu'elle va être capable de gérer sa frustration ? Ou est-ce qu'il faut que ce soit absolument là tout de suite qu'elle mette sa musique ? Et qu'elle va avoir des impatiences ? Ce sont des choses dans lesquelles on peut travailler, évaluer aussi. Et aussi de l'état d'esprit, hein. Ce qui est très intéressant, c'est que des fois, y a des personnes qui vont très peu verbaliser, mais leur choix de musique vient énormément dire d'où l'état dans lequel ils sont, leur ressenti.

T : Et dans ton lien avec toi, est-ce que... il y a une différence avec un autre groupe ? Comment ça se passe au niveau relation avec toi, et du coup, l'autre soignant ?

E2 : Alors, pour l'instant, l'autre soignant... Parce que je pense qu'avant, justement, elle n'arrivait pas à me le dire, mais je pense qu'il y a plusieurs choses. Je pense que, déjà, ils sont moins en effectif pour vous. Elle a vraiment la tête à ça. Je pense qu'avec ma collègue, avant, c'était sur quelque chose d'un peu plus léger, plus... enfin, ça prend du bon temps à écouter de la musique, et moins prendre l'accent sur la verbalisation. Ça peut être des fois un peu lourd, en fait, à vivre. Et à la fois, pour moi, ce temps de verbalisation, il est hyper important. Enfin, c'est pour moi que je viens de trouver du sens, justement dans ce que je fais. Et voilà. Ma collègue, elle était moins là-dessus et... voilà, elle travaillait des choses autrement, et qui était très bien aussi.

T : Et dans la relation des patients avec toi, il y a des choses que tu notes ? Est-ce que la relation passe un peu après ? elle est toujours là, bien sûr. Mais comment tu la définis, avec cette médiation ?

E2 : Ouais, hé, alors pour moi, en fait, c'est marrant, parce que vraiment, tu sais, ce sont ces moments de groupe où, en fait... alors, il faut savoir qu'à l'hôpital, contrairement à un centre de jour, ben, ton groupe va changer chaque semaine, quasi. Ça dépend aussi de l'humeur dans laquelle ils sont... même parce que j'ai des patients qui arrivent qui sont chroniques, donc voilà. Mais je pense, entre autres, à un Monsieur, il va vachement mieux, quoi. Il a fait un projet, un séjour de trois mois au PDR, qui a fait beaucoup de bien. Là, on est en attente d'un séjour de six mois, et ce monsieur, quand il est arrivé il y a un mois et demi, il était complètement, clinophilie... fermé, pragmatique. Et le seul truc sur lequel on a réussi à l'accrocher, c'est la musique, parce qu'il avait fait de la musique, il jouait de la batterie dans un groupe. C'était vraiment le seul point, disons, sur lequel on a réussi à l'accrocher. Quasi aucune émotion sur le visage, il n'avait aucune envie, hein, vraiment, il ne pouvait verbaliser aucune envie. Euh, et donc, il avait ce lien avec la musique parce qu'il avait joué dans un groupe par le passé. Et donc, c'était le premier point d'accroche. Et en fait, vraiment, pendant des mois, il n'acceptait de venir que sur ce temps-là. Et il fallait bien le prévenir au moins un ou deux jours avant, sinon il refusait. Et là, maintenant, vraiment, il va beaucoup, beaucoup mieux. Son séjour au PDR lui ont fait énormément de bien. Il est beaucoup plus dynamique. Il est souvent dans les services, il n'est plus au fin fond de son lit comme il faisait chaque fois. Euh, il est là, en tête, au rendez-vous, il est à l'heure, au rendez-vous, vraiment... Et maintenant, il a aussi d'autres temps, quoi, que le groupe veut, et en fait, on voit qu'il est vraiment en recherche d'interactions sociales.

T : Et est-ce que... ce groupe d'écoute musicale c'est là que tu lui as fait la pub, entre guillemets, pour les autres groupes ?

E2 : Et ben, en tout cas, il a créé un lien avec lui. La musique a permis de créer un lien avec lui. Et après, c'est un ensemble de choses. C'est aussi le fait qu'il aille faire ce séjour, à ce moment-là. C'est un ensemble de choses, mais il y a une vraie confiance qui s'installe avec nous et qui est petit à petit, une ouverture de possibilités occupationnelles pour lui aussi. Et une envie... parce qu'il revient, et du

coup, de là... on peut travailler et proposer. Ouais, il y a vraiment beaucoup de choses qui se sont mobilisées pour lui. On sent un vrai engagement occupationnel pour lui qu'on n'avait pas du tout avant. Maintenant, il est dans une position beaucoup plus proactive, alors qu'avant, il était dans quelque chose de très passif, dans ce groupe d'écoute musicale où on puisse le recevoir, que d'interagir. Mais aussi, par exemple, lui, ce que je lui demandais, et là où ça le mettait au travail, c'est pour les patients qui viennent régulièrement. C'est de leur dire, bah, « par contre, pour la semaine prochaine, vous trouvez une musique ». Et donc, lui, je sais que ça le mettait au travail de rien, de rechercher ce qu'il allait pouvoir nous faire écouter

T : On va finir sur le lien. Comment est-ce que toi, tu définirais l'alliance thérapeutique ?

E2 : Comment je la définirais ? (Hésitation) L'alliance thérapeutique... je dirais que c'est... C'est difficile de le mettre en mots. C'est cette relation de confiance avec la personne qui lui permet d'accepter et d'être partie prenante dans les soins.

T : Et voilà, partie prenante dans les soins, mais il y a d'autres utilités, selon toi ? Quelle est son utilité, cette alliance thérapeutique ?

E2 : Bah, déjà, je pense que... moi, c'est ce que je trouve, en tout cas, en tant qu'ergo, le fait de montrer que le soin est global, qu'il ne se réduit pas qu'aux médicaments et aux entretiens avec le médecin. Notre rôle, il est très important pour dire que le soin est plus large que ça, et que notre prise en charge fait partie de ce... de mettre en activité occupationnelle, faire en occupation, ça fait partie des soins justement. D'arriver via la médiation, hein, parce que c'est toujours ça, quand même. C'est notre bras de levier, c'est la médiation. Et que la médiation nous permet de créer des liens avec le patient qui permettent de favoriser l'adhésion aux soins de manière globale. Hé, et des points qui peuvent être aussi un outil d'observation, de dire, bah, là, « vous voyez, ce qu'on a pu observer, on voit que c'est difficile, l'attention, la concentration », des choses comme ça. Qui permettent aussi, des fois, un petit peu de conscientiser des difficultés dans lesquelles ils sont, dans le déni.

T : Et l'écoute musicale, est-ce qu'elle joue un rôle dans la création ou le maintien de cette alliance thérapeutique ?

E2 : Alors, pour moi, dans l'écoute musicale, tu vois, il vient jouer un peu quelque chose de l'ordre du groupe de parole, des fois, et de soutien entre patients, en fait. Et là, il y a des petits moments magiques, comme ça, où il y a une personne qui met une musique. Je pense, entre autres, à des fois là... je pense à une patiente dernièrement qui... qui ne parlait pas, qui ne voulait pas parler, donc même elle prenait mon portable pour marquer la musique, parce qu'elle ne voulait sortir aucun son, aucun mot de sa bouche. Elle nous met une musique qui parle d'un grand état de souffrance, et là, les autres patients parlent tous. Et vraiment, « merci, moi aussi, ça me parle, je me sens comme ça ». Et vraiment dans ces moments-là il y aura une dynamique différente de groupe qui va être créée. Une dynamique vraiment différente de d'autres groupes, car avec ce biais-là de l'écoute musicale, il y a un

échange différent entre les patients. Notre présence est ainsi essentielle pour veiller au temps de paroles de chacun. Et des fois, pour le coup, y a pas de dynamique de groupe qui prend et faut venir nourrir.

T : Et justement, pour le maintien ou la création d'une alliance thérapeutique, est-ce que tu observes une différence entre l'atelier d'écoute musicale et un autre atelier que tu proposes justement en intra, par rapport à un atelier créatif ?

E2 : Je dirais qu'on est plus sur un moment où il y a des choses qui vont se dire, qui vont se mettre en mots, qui vont se verbaliser, qui vont se partager. Et pour le coup, en atelier d'écoute musicale, ça joue un rôle, donc pour l'alliance. Du coup, je pense qu'à partir du moment où le patient vient dire qu'en ce moment il est en colère ou des choses comme ça, ça peut créer une alliance thérapeutique. Ou, entre autres, si je pense à des patients, parce que parfois aussi ça peut faire vivre beaucoup d'émotions, hein, ça peut faire pleurer... Voilà comment on peut accepter ça, comment le groupe peut accepter ou pas les pleurs des autres, et de pouvoir mettre en mots... peut-être des fois essayer de faire des propositions de mise en mots pour la personne qui ne peut pas verbaliser, justement. Et aussi pour les gens qui reviennent, il y a quand même quelque chose qui laisse trace, quelque chose qui se rejoue. Et beaucoup de patients qui ont été hospitalisés, une fois qu'ils reviennent, il y en a pas mal qui sont très demandeurs de l'écoute musicale, ce truc qu'ils savent qu'elle existe. Et ouais, et aussi pour moi, parce que mine de rien, l'écoute musicale, enfin la musique, c'est quand même quelque chose qui est assez universel dans la société et qui parle à beaucoup de monde. Et il y a des patients qu'on va pas du tout arriver à avoir sur des médias créatifs, ni le jeu ou autre, et il y en a vraiment des patients pour qui c'est un bras de levier pour créer le lien. D'autres qui refuseront l'écoute musicale, et ça sera que faire des boîtes en déco pack, voilà. Mais voilà, il y a quelque chose de très universel quand même dans la musique. Et après, il y a aussi des patients qui sont incapables de tolérer des musiques différentes de ce qu'ils aiment, donc d'ailleurs, qui d'eux-mêmes, en fait... Là, c'est intéressant, récemment j'ai eu le cas avec un jeune patient, on est sur un doute de diagnostic psychotique, et le jeune patient l'avait dit, "oui, je viens...", et puis en fait il n'est jamais venu. Donc je vais revenir le solliciter après, et en fait il dit "je ne supporte pas d'écouter des musiques différentes de ce que j'aime". Et là, dans ce cas, il faut respecter, parce que ça peut être trop de souffrance en effet pour la personne. Et aussi souvent c'est quelque chose qui est verbalisé, parce que souvent c'est des moments où il y a beaucoup d'échos différents qui se font, et de l'ouverture de nouveaux horizons aussi. La richesse du groupe, comment l'autre m'amène à aller vers d'autres horizons que je n'ai pas de moi tout seul. La richesse du groupe, vraiment.

T : On a parlé d'engagement occupationnel, on a parlé d'alliance thérapeutique, en quoi l'alliance thérapeutique peut être un tremplin vers l'engagement occupationnel ?

E2 : (Réfléchis) Ben, je pense que pour certains patients très psychotiques, très pragmatiques, de créer un vrai... Parce que c'est ça, hein, l'alliance thérapeutique, c'est un lien qui est créé avec le

thérapeute, un lien de confiance, de nous faire confiance et d'oser nous suivre, en fait. Et d'oser expérimenter des choses. Du coup, parce que, que ce soit dans des cas de grande dépression, de psychose avec fort pragmatisme ou autre... Eh bien, où il y a presque plus d'occupation, de créer un lien de confiance, et de dire : "Faites-moi confiance, on va essayer des choses, et après vous pourrez me dire si vous aimez ou si vous n'aimez pas, essayons de revisiter des choses », et oui, c'est là que l'alliance thérapeutique va être un levier pour amener vers l'engagement occupationnel, d'essayer de vivre des choses. Après, ça peut ramener à l'envie de les faire, de faire par soi-même, de faire avec, et après ils feront tout seuls. Et ils s'engageront. En tout cas, d'avoir un lieu qui permet, qui puisse permettre l'engagement. Faire avec ou offrir un cadre qui permet de faire.

T : Et donc justement, tu utilises cette... est-ce que tu utilises ce tremplin, cette alliance thérapeutique, qui enfin, tu le fais forcément, mais qu'est-ce que tu peux en dire, juste deux mots sur cette utilisation de l'alliance thérapeutique après, pendant et après un atelier d'écoute musicale ?

E2 : (réfléchis) Je dirais déjà il y a ce côté des patients pour qui on va un peu identifier ça comme un repère, donc on dira « Vous vous souvenez, il y a le groupe, on se revoit mardi prochain ». De faire un rappel, « je vous invite à quelque chose pour la prochaine fois ». Comme ça aussi, c'est comme un petit devoir, ça met déjà dans un mouvement, et dans quelque chose d'ouverture vers les autres, aussi, qui vient de soi pour aller vers les autres. Et c'est ça qui est assez intéressant, parce que mine de rien, c'est une petite chose, mais en fait ce côté de choisir une musique que je propose aux autres, c'est beaucoup s'exposer, en fait. Et pour certains patients, ça peut vraiment venir être quelque chose d'assez salvateur, je pense, dans le sens "je m'affirme, qui je suis". Et voilà. Et après, pour moi en fait, c'est un peu la même chose avec toutes les médiations, mais du coup, ça fait partie des médiations. Mais celle-ci a vraiment un côté universel, souvent. Et aussi qui ne vient pas mobiliser de compétences physiques, manuelles, donc la forme dans laquelle je fais ça vient solliciter une capacité d'attention, une concentration. Et ce n'est pas non plus possible pour tout le monde. Il y a des patients que je ne peux pas prendre à ce groupe-là parce qu'ils n'en sont pas là du tout. Je suis garant du cadre, donc je me vois quand même proposer un cadre qui soit supportable pour chacun dans un groupe.

T : Très bien, merci, hein, pour toutes tes réponses et de cette petite grille. J'ai fini toutes mes questions, donc merci beaucoup.

E2 : Je me demandais, comment est-ce que vous faites les ateliers d'écoute dans ton lieu de stage

T : C'est bien différent. C'est bien différent, c'est sympa, de vraiment connaître dans ton cadre, parce que nous c'est vraiment un cadre libre ... En fait c'est vraiment ouvert ces groupes ouverts où, en fait, ça rentre, ça sort, ça rentre, ça sort. Et donc, en fait, on n'a jamais les mêmes passés au même moment. C'est vraiment un groupe de premières approches, mais en unité fermée. C'est-à-dire, avec tout ce que tu dis, « c'est universel, et c'est attirant, la musique », donc tout le monde aime, enfin beaucoup aiment la musique, donc du coup, tout de suite, ça permet de créer un premier atelier qui n'est pas de la création, qui n'est pas... « Oh là là, on fait des jeux pour les enfants ». Enfin, c'est souvent un

atelier très signifiant, quoi, et très facile. Mais nous, il n'y a vraiment pas ce temps de verbalisation, tu vois. C'est vraiment chacun choisit sa musique, on kiffe, et on peut discuter. Souvent, on questionne, mais il n'y a pas de verbalisation.

E2 : Oui sur une dynamique plus légère plus joyeuse. Je sais qu'il y a ma collègue, parce que nous on a une animatrice, du coup. Et elle, elle fait souvent aussi se poser en salle télé avec les patients, de faire un petit quiz musical, ce qui est léger, dans un contexte ouvert où les gens viennent et vont. Et ça, tu vois, elles proposent de son côté, on a donc... Ça, tu vois, elle le fait d'une autre manière, quoi.

Donc c'est pour ça que moi, je suis plus sur un côté un peu plus cadré pour faire, oui. Là, vraiment un cadre établi. Mais tout est intéressant, et c'est ça qui est intéressant avec la musique, d'ailleurs. C'est très touchant. L'autre jour, parce que j'ai un patient qui... avec l'animatrice, elle propose des moments d'ateliers autour du chant de porter des chansons françaises et tout, et le patient... Et donc, elle va à pas mal de ces ateliers, chants, et il est revenu là, ça fait très longtemps qu'il était pas venu en atelier d'écoutes musicales, parce qu'avant, il était beaucoup trop logorrhéique, ce n'était pas possible pour le coup, et là il est bien mieux. « Et bah, c'est intéressant, en fait, parce qu'avec l'animatrice, on ne fait pas ça, là on discute, on échange. » C'est ça. Et que de chanter, voilà, c'est courant, en fait. Même un média peut amener plein de vécus, de ressentis différents et travailler plein de choses différentes.

T : C'est sûr, aussi.

E2 : Pour le coup, la musique, je l'utilise des fois en individuel aussi.

T : Ah oui, ouais, c'est intéressant ça, parce que c'est tout de suite... enfin, il n'y a pas ce truc un peu jugeant, ou c'est vraiment une personne en face de toi qui écoute ta musique ?

E2 : Ben, c'est-à-dire que souvent, soit ça va être à la demande des patients, mais des patients qui ne sont pas assez bien pour venir en groupe d'écoute musicale, et du coup je ne peux pas les accepter. Mais par contre, je leur dis "mais si vous voulez, on peut se prendre un temps d'écoute de musique ensemble". Et entre autres, là, je pense à une patiente qui n'est vraiment pas bien, pour qui un peu d'amélioration clinique depuis décembre, là, et avait vraiment un moment où elle était en grande, grande régression, où elle était dans des marmonnements permanents. Elle était très, très dans des délires de grandeur. Et en fait, il y a eu, je ne sais pas, pendant un mois où je ne l'ai pas revue, parce que c'est une patiente, à la base, je l'ai vue, elle voulait faire de l'atelier créatif, atelier créatif, et après, tu reviens, et elle est inaccessible. Et en fait, j'ai commencé à recréer le lien avec elle via la musique en individuel. Mais vraiment, elle était très loin, quoi. Juste son regard n'était plus là. Elle était complètement perdue au loin. Et là, même, elle n'était même pas capable de me dire les musiques qu'elle voulait écouter. Donc j'ai vraiment commencé par du moi-même, j'ai proposé des musiques, puis après, elle a pu me faire des demandes d'écoute de musique. Et là maintenant, elle est en groupe d'écoute musicale régulièrement. Et d'ailleurs, c'est intéressant, parce que ce dernier temps, à nouveau, il était beaucoup moins en lien avec moi qu'avant... Je lui avais demandé, elle m'avait dit, "non, non, je vais faire une pause". Donc je ne viens pas la chercher, et en fait, c'est elle qui vient me chercher pour me dire, "je voudrais participer au concours musical, est-ce que c'est possible ?" Elle

m'a bien dit à quel point, en fait, la musique lui permettait de se sentir vivante et d'avoir des émotions. Et du coup, il y a eu comme un processus de devoir passer par l'individuel pour après pouvoir le vivre en groupe. Et aussi, mine de rien, cette patiente qui ne va pas beaucoup verbaliser, en fait, d'avoir les verbalisations des autres. Il y a eu des moments où elle est venue en groupe, il y a eu des pleurs aussi. Et à la fois, bah en fait, cette patiente a beaucoup de mal à éprouver des choses. Mais pouvoir être dans l'exposer l'émotion, c'est déjà très bien en fait. Comment on ouvre un espace d'expression, en fait. Comment aussi, ben, il y a des mots qui peuvent se dire, oui vous êtes en colère, on l'entend. Et puis des fois dans la provocation, avec les choix de musiques ça attaque la psychiatrie (rire).

T : Non mais, non mais, c'est intéressant. Et bien, merci, merci beaucoup pour ce temps et ces réponses.

Résumé

Les personnes atteintes de troubles psychotiques sont, dans la majorité des cas, hospitalisées en unité de soins intensifs sous contrainte. Cette hospitalisation peut engendrer une privation occupationnelle ainsi que des difficultés relationnelles et d'adhésion avec les soignants. Cette étude vise à analyser comment l'écoute musicale, utilisée par un ergothérapeute, peut, en s'appuyant d'une alliance thérapeutique développée, favoriser l'engagement occupationnel des patients.

Ce travail repose sur une étude qualitative combinant trois entretiens semi-directifs et cinq séances d'observation menées dans le cadre d'un atelier d'écoute musicale animé par un ergothérapeute auprès de patients souffrants de troubles psychotiques.

Les ateliers d'écoute musicale favorisent la construction d'une alliance thérapeutique, permettant un engagement occupationnel plus important du patient. Ce lien de confiance facilite une prise en soin plus adaptée, dans laquelle l'ergothérapeute peut mieux orienter l'accompagnement.

En conclusion, l'ergothérapeute, soutenu par l'alliance thérapeutique instaurée à la suite et pendant les ateliers d'écoute musicale, peut favoriser l'engagement occupationnel. Bien que l'hypothèse ait été théoriquement validée, de nombreux biais ont influencé les observations et les résultats. De plus, il reste impossible d'affirmer ou de rejeter l'efficacité d'un atelier, car l'inattendu et l'interprétation des répercussions demeureront toujours subjectifs.

Mots clefs :

Ergothérapie – Centre hospitalier spécialisé en santé mentale - Ecoute musicale – Engagement occupationnel – Alliance thérapeutique

Abstract

In certain cases, people with psychotic disorders are hospitalized under duress. This hospitalization leads to occupational deprivation as well as relationship and commitment difficulties with caregivers.

This study aims to analyse how listening to music, used by occupational therapists, can, by building on an improved therapeutic alliance, promote patients' occupational engagement.

This work is based on a qualitative study combining four semi-structured interviews and five observation sessions conducted as part of a music workshop led by an occupational therapist with patients suffering from psychotic disorders.

Music workshops highlight the development of a therapeutic alliance, which enables greater occupational engagement of the patient. This bond of trust facilitates more appropriate care, in which the occupational therapist can adapt their support better.

In conclusion, occupational therapists, supported by the therapeutic alliance established during and following music workshops, can promote occupational engagement. Although the hypothesis was theoretically validated, numerous biases influenced the observations and results. Furthermore, it remains impossible to affirm or reject the effectiveness of a workshop, as the unexpected and the interpretation of its repercussions on patients will always remain subjective.

Key words :

Occupational therapy – Specialised psychiatric hospital – Music listening – Occupational engagement – Therapeutic alliance