

A decorative header featuring a grayscale illustration of a person's face with their mouth open, as if singing or shouting. The face is partially obscured by a dense cluster of musical notes and treble clefs on the left side. The background is white with faint, scattered musical notes.

Institut de Formation en Soins Infirmiers

Centre Hospitalier du Bassin de Thau

Hôpital St Clair

PSYCHOSE,
QUAND LA MUSIQUE DEVIENT UN SOIN

A decorative graphic on the right side of the page. It features a large, stylized treble clef at the top, with a series of musical notes and stems that curve downwards and to the right, creating a sense of movement and rhythm. The notes are of various shapes and sizes, some with stems and flags.

Travail de Fin d'Étude

Unité d'enseignement 5.6 S6

Promotion 2011-2014

Avril 2014

Jérémy JOUETTE

« Celui à qui ma musique se fera comprendre sera délivré de toutes les misères où les autres se trainent ».

Ludwig VAN BEETHOVEN

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie ma guidante, Mme MIQUEL-BOULIE, pour sa grande disponibilité et ses conseils.

Merci à tous les professionnels pour leur accueil chaleureux et leur disponibilité lors des entretiens.

Merci, également, à toutes les personnes qui ont pris de leur temps pour relire ce travail. Je pense, notamment, à ma mère et ma tante.

Merci à mes amies, Elodie et Caroline, qui ont su être présentes quand j'avais besoin d'elles lors de la réalisation de ce mémoire ... vous m'avez été d'un grand secours dans les moments de doute.

Enfin, un immense merci, à mon épouse et mes enfants, pour leur patience et leur compréhension, durant ces trois années d'études.

Je finirai ces remerciements en ayant une pensée pour mes frères, Alexandre et Arnaud ...

INTRODUCTION -----	1
1. DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION DE DEPART -----	2
1.1. Description de la situation-----	2
1.2. Questionnement-----	2
1.3. Question de départ-----	3
2. CADRE THEORIQUE -----	4
2.1. La Psychiatrie -----	4
2.1.1. Définition-----	4
2.1.2. Cadre réglementaire-----	4
2.1.3. Sectorisation-----	6
2.2. Les hôpitaux de jour adultes -----	7
2.2.1. Définition-----	7
2.2.2. Historique-----	7
2.2.3. Missions et fonctionnement-----	7
2.2.4. Population accueillie-----	8
2.2.5. L'équipe pluridisciplinaire-----	9
2.3. L'infirmier en hôpital de jour -----	10
2.3.1. Rôle et missions-----	10
2.3.2. L'infirmier et l'équipe pluridisciplinaire-----	11
2.4. Les activités thérapeutiques -----	11
2.4.1. Définition-----	11
2.4.2. Rôle de l'infirmier dans les activités thérapeutiques-----	11
2.4.3. Les principales activités et leurs grands axes thérapeutiques-----	12
2.5. La musicothérapie -----	13
2.5.1. Définition-----	13
2.5.2. Historique de la musicothérapie-----	14
2.5.3. Axes thérapeutiques-----	14
3. ENQUETE ET ANALYSE -----	15
3.1. Choix et construction de l'outil d'enquête-----	15
3.2. Choix des lieux et de la population-----	16
3.3. Les limites de l'enquête-----	17
3.4. Analyse des données recueillies-----	17
CONCLUSION -----	26
BIBLIOGRAPHIE -----	27
ANNEXES -----	28
Annexe 1 : Synthèse du Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015-----	I
Annexe 2 : Enquête de terrain-----	VI
Annexe 3 : synthèse des entretiens-----	VII

Introduction

Durant mes trois années d'études, mon projet professionnel n'a cessé d'évoluer. Mes différentes expériences en stage m'ont permis de me rendre compte de toute la richesse de ce métier. J'y ai rencontré de nombreuses situations qui m'ont bouleversé, pour certaines, et m'ont empli de joie pour d'autres. Ce mélange d'émotions, les rencontres que j'ai fait, tant du côté des soignants que des patients, me confortent aujourd'hui dans mon choix de devenir infirmier. Certes, je me suis également rendu compte que ce n'était pas un métier facile tous les jours, et que la misère se mêlait souvent à la détresse des gens.

Cependant, durant tout mon parcours, deux expériences m'ont particulièrement marqué : il s'agit de deux stages en hôpital de jour psychiatrique. Le premier était mon stage du semestre 1 (d'une durée de 5 semaines), et le second celui du semestre 5 (d'une durée de 10 semaines). Ils ont été particuliers pour plusieurs raisons. La première étant que j'avais énormément de préjugés sur la psychiatrie, beaucoup de fausses idées reçues, et que tout cela a disparu, très rapidement, grâce à l'accueil des soignants mais surtout à la gentillesse des patients. La seconde raison étant que j'ai pu voir, au sein de ces structures, que la musique était utilisée sous plusieurs formes (chant, fabrication de sons, écoute musicale,...) à des fins thérapeutiques. J'ai alors découvert que ma passion pour la musique pouvait être un outil de soin formidable.

J'ai donc décidé, à la suite de ces expériences, de m'investir de façon plus approfondie sur cette forme de thérapie. D'abord, en travaillant au plus proche des patients, et en ayant la chance de pouvoir co-animer et proposer, lors de ces séances, des exercices musicaux (travail sur le rythme et le chant notamment). Enfin, j'ai décidé de conclure ces trois années d'études, et d'enrichir mes expériences de thérapie musicale, en réalisant ce mémoire sur les bienfaits de la musique en psychiatrie. J'ai choisi de cibler, plus précisément, pour ce travail, les malades atteints de psychoses, car ils représentent une majorité des patients présents lors de ces médiations, mais surtout car je me suis rendu compte que les progrès qu'ils réalisaient allaient bien au-delà de ce que j'imaginai possible.

1. De la situation d'appel à la question de départ

1.1. Description de la situation

Ma situation de départ ne se déroule pas à une date et un moment précis, mais est plutôt le fruit d'observations menées sur plusieurs semaines auprès des patients, sur cette activité. Lors de mon arrivée fin septembre (sur mon stage du semestre 5), les patients venaient de commencer un travail sur une chanson écrite par la psychomotricienne et ceci dans le but de donner une représentation au sein du service, début décembre, pour le départ à la retraite d'un agent de service hospitalier. Cet atelier était composé de 7 patients atteints de pathologies diverses (dépressions sévères, psychoses schizophréniques, oligophrénie plus ou moins importante,...). La première semaine, je suis resté un peu en retrait afin d'observer le comportement des patients sur cette activité : j'ai pu remarquer que les niveaux étaient assez disparates : certains participaient activement alors que d'autres restaient à l'écart. A partir de la deuxième semaine, et avec l'accord des soignants, j'ai commencé à co-animer l'atelier afin de tenter d'apporter mon expérience musicale aux patients et ainsi voir si cela pouvait avoir un effet positif. Au fil des semaines, j'ai remarqué que le résultat allait bien au-delà de mes espérances tant sur le plan purement musical, que sur le plan psychique. J'ai en effet pu observer que certains patients plus en retrait au départ commençaient à s'intéresser au travail que nous faisons et à participer de façon plus active. Au fil des séances, les patients sont devenus demandeurs et ont à leur tour proposé d'apprendre d'autres morceaux afin d'étoffer la représentation à venir. Mais au-delà du rendu purement artistique, j'ai fortement été interpellé par l'évolution positive du comportement de certains patients schizophrènes lors de ces séances de chant ; ces mêmes patients qui au début, semblaient le plus en difficultés.

1.2. Questionnement

Cette situation m'a amené à me poser plusieurs questions sur l'utilisation de la musique en psychiatrie :

- Doit-on avoir le même niveau d'exigence pour tous les patients sachant que certains ont des difficultés de mémorisation importantes avec des facultés cognitives plus ou moins amoindries ?

- En quoi ce levier thérapeutique peut-il être un atout dans la prise en charge globale d'un patient psychotique ?
- Quel niveau de compétence faut-il pour animer ce type d'atelier ?
- Il y a-t-il des exercices et des méthodes à privilégier pour éviter la mise en échec ?
- Peut-on transférer ces méthodes à d'autres types de population de patients ?
- Quels liens peut-on faire entre l'utilisation de la musique en tant que médiateur thérapeutique, et le changement de comportement apparent des patients lors de ces ateliers ?

1.3. Question de départ

La situation de départ et les questionnements qui en ont découlés, m'ont amené à dégager la question de départ de ce travail :

En quoi la musique peut-elle jouer un rôle dans la prise en charge d'un patient psychotique ?

2. CADRE THEORIQUE

2.1. La Psychiatrie

2.1.1. Définition

Etymologiquement, psychiatrie vient du Grec *psyche* qui signifie âme ou esprit, et *iatros* qui signifie médecin. Il existe de nombreuses définitions différentes de la psychiatrie, mais la manière la plus simple de la définir est une « *partie de la médecine consacrée spécialement à l'étude des maladies de l'esprit* »¹. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ne donne pas une définition en tant que telle de la psychiatrie, car elle considère que la santé mentale est une composante de la Santé de manière générale. La santé est d'ailleurs définie par l'OMS comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladies ou d'infirmité* »². Cette définition démontre bien que la santé mentale constitue un des piliers de la Santé dans son ensemble. La psychiatrie, est donc, l'étude des maladies qui viennent perturber cette santé mentale.

2.1.2. Cadre réglementaire

En matière de loi et de réglementation³, la psychiatrie a connu de grands bouleversements. En voici les principales références.

- **Circulaire du 15 mars 1960** : cette circulaire est relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

- **La loi du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs** : cette loi permet le choix du régime de protection dans laquelle on retrouve :
 - **La sauvegarde justice** : mesure de protection juridique de courte durée dans laquelle le sujet conserve l'exercice de ses droits.

¹ Définition du dictionnaire MALOINE de L'INFIRMIERE, 6^{ème} édition, édition Maloine

² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

³ Source : <http://www.legifrance.gouv.fr/> - Cours de psychopathologie de Mr BERNASSEAU Serge

- **La curatelle** : mesure de protection judiciaire concernant les majeurs, et dans laquelle le sujet peut agir lui-même, mais sous le conseil et le contrôle de son curateur
 - **La tutelle** : mesure de protection la plus complète dans laquelle, un majeur dans l'incapacité d'assurer la gestion de son patrimoine, s'en voit confié la gestion par un tuteur.
- **La Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique** : cette loi donne, à la sectorisation de la psychiatrie instaurée depuis 1960, une dimension juridique.
 - **L'arrêté du 14 Mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement** : on y retrouve entre autre, les hôpitaux de jour, les CMP, les CATTP, les ateliers thérapeutiques.
 - **La loi du 21 Juillet 2009** : elle n'est pas spécifique à la psychiatrie, mais vient renforcer la logique de sectorisation et d'une prise en charge territoriale.
 - **La loi du 5 Juillet 2011**, et plus précisément **les articles 3212 et 3213**. A ce jour, cette loi régit les différents modes d'hospitalisation en France. Elle définit, notamment deux modes d'admission : on retrouve la SPDT (soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent) qui remplace l'ancienne Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), la SDRE (soins sur décision du représentant de l'Etat) anciennement HO (Hospitalisation d'office).

A ce jour, la psychiatrie est ancrée dans le « **Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015** ». Ce plan s'inscrit dans la continuité du travail mené par l'OMS, qui précise notamment que « *les troubles mentaux (...) contribuent largement à la morbidité et à la mortalité prématurée* »⁴ et considère que « *cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au vingt et unième siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs.* »⁵

⁴ Plan psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015

⁵ Synthèse du Plan psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 en annexe

2.1.3. Sectorisation

En France, la psychiatrie est découpée en zones géographiques délimitées appelées « Secteurs » et organisées en fonction du nombre d'habitants. Les soins au sein d'un secteur, sont assurés par une même équipe soignante. Cette sectorisation a débuté en 1960, mais a réellement trouvé une base juridique avec la loi du 25 Juillet 1985. Cette sectorisation a pour but principal de rejeter la ségrégation des malades psychiatriques, dont ils souffraient jusque-là. De plus, cette délimitation géographique s'ancre dans une volonté de mettre en place deux grands principes : Le premier étant de permettre au malade psychiatrique de continuer à évoluer dans son environnement socio familial, et de ce fait favoriser sa réintégration. Le deuxième étant un souci de continuité dans les soins et de suivi rapproché du patient.

Cette sectorisation définit une double dimension hospitalière. On retrouve d'une part, les services intra hospitaliers, qui sont en général découpés en deux grandes ailes : d'un côté les secteurs ouverts pour les patients à moindre surveillance ou en hospitalisation libre, et d'un autre côté les secteurs fermés pour les patients demandant une surveillance plus accrue, ou en hospitalisation à la demande d'un tiers. D'autre part, on retrouve les structures extra hospitalières. Ces structures permettent d'accompagner les patients dans leur vie quotidienne, et de faire le lien avec les services intra hospitaliers. Il existe un grand nombre de ces structures ; parmi les principales, on retrouve :

- Les centres médico-psychologiques (CMP) : ils ont pour rôle principal l'accueil du patient en souffrance psychologique.
- Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) : Ils permettent le maintien de l'autonomie par des actions ponctuelles de soutien.
- Enfin, il existe également les hôpitaux de jour qui jouent un rôle important dans la prise en charge extra hospitalière et notamment la réinsertion sociale.

2.2. Les hôpitaux de jour adultes

2.2.1. Définition

L'OMS définit l'hôpital de jour comme un « *Etablissement dans lequel sont dispensés des traitements spécialisés, comme alternative à l'Hôpital psychiatrique et permet la réinsertion dans le milieu familial, social et/ou professionnel* ». C'est une unité de soin à temps partiel, c'est-à-dire que les malades y viennent le matin pour suivre leur programme de soins, et regagnent leur domicile ou leur lieu d'hébergement le soir. Le week-end ces structures sont fermées.

2.2.2. Historique

Les hôpitaux de jour sont nés de la révolution psychiatrique de 1945 dans le contexte financier d'après-guerre. A compter de cette époque, la vision asilaire de l'hôpital psychiatrique disparaît, et la notion de folie revêt une autre image dans le champ social.

2.2.3. Missions et fonctionnement

Les hôpitaux de jour dispensent des soins intensifs durant toute la journée et sont ouverts tous les jours de la semaine sauf les samedis et dimanche. Ils sont, de façon quasi systématique, situés à proximité du centre-ville où ils sont implantés, et ceci dans un but de favoriser l'alternance entre le « dedans » et le « dehors » : cette notion est à mettre en parallèle avec le monde extérieur et intérieur du patient psychotique. Au travers des activités à médiations et des entretiens infirmiers, l'hôpital de jour va permettre une personnalisation maximale des traitements.

La mission première de l'hôpital de jour est de confronter le patient aux réalités du monde extérieur, et ceci dans le but de favoriser sa réinsertion sociale. Pour ce faire, les équipes soignantes travaillent, sur les actes du quotidien, et favorisent le maintien des acquis et de l'autonomisation. Quotidiennement, le patient est entouré et sécurisé par le personnel soignant, qui, en le plaçant au centre de son programme de soin, lui redonne sa place de sujet : on parle d'action psychothérapeutique institutionnelle.

Le patient est au centre de son programme de soins, et pour l'aider dans sa réinsertion, gravitent autour de lui : la famille, l'institution, le travail et les réalités sociales.

Avec l'aide de l'équipe pluridisciplinaire, chaque patient participe à l'élaboration de son projet de vie. Ces projets de vie sont réalisés de façon individualisée, et peuvent être contractualisés ou non : on parlera dans ce cas de contrat de soin.

2.2.4. Population accueillie

Les hôpitaux de jour accueillent une multitude de pathologies mentales. On y retrouve notamment, des névroses pathologiques, des psychoses et aussi certains handicaps mentaux. Cependant, on note qu'environ 80% des malades accueillis souffrent de psychose et essentiellement de psychose schizophrénique.

2.2.4.1. La psychose

La psychose peut se définir comme une « *affection mentale caractérisée par une désintégration généralement profonde de la personnalité avec troubles de la perception, du jugement, du raisonnement et du comportement.* »⁶. On distingue deux grands types de psychoses : les psychoses aiguës (appelées également bouffées délirantes aiguës) et les psychoses chroniques (schizophrénie, paranoïa, psychose hallucinatoire chronique).

Il est important de préciser que contrairement à un malade atteint d'une névrose pathologique, le psychotique n'a pas conscience de ses troubles. Il vit dans une réalité complètement différente de la nôtre. Le patient psychotique est très fragile et, de manière générale, ne supporte pas la frustration : cette notion est très importante à prendre en compte lorsque l'on encadre un patient atteint d'une psychose, dans un atelier thérapeutique. Notons que contrairement à certaines idées reçues, le patient psychotique ne souffre pas, de façon systématique, d'hallucinations.

Les diagnostics infirmiers prévalent dans la psychose sont :

- L'altération de la communication
- La perturbation de la dynamique sociale, familiale et professionnelle
- La perturbation de l'image corporelle
- L'altération des processus de la pensée
- Le déficit en soins personnels
- Le risque de décompensation
- Le risque de passage à l'acte auto et hétéro agressif

⁶ Dictionnaire médical MANUILA, 10^{ème} édition, MASSON

2.2.4.2. La schizophrénie

La schizophrénie est une forme de psychose chronique où le sujet atteint aura une perturbation majeure de sa vie sociale, professionnelle et familiale. Le malade schizophrène a un discours et un comportement désorganisés, qui peuvent être accompagnés, ou pas, de délires. Le diagnostic de la schizophrénie s'établit autour de trois grands symptômes : Le délire, la dissociation, le repli autistique.

Le délire, chez le psychotique, est dit paranoïde, c'est-à-dire qu'il n'a pas de fondement et n'est pas construit ; le psychotique n'y trouve aucune explication dans sa construction. Il existe plusieurs syndromes délirants chez le psychotique, mais deux sont particulièrement caractéristiques : l'automatisme mental (le sujet a l'impression qu'on peut lire dans ses pensées) et la dépersonnalisation ou morcellement (le sujet se sent en dehors de son corps et n'a pas une vision de son schéma corporel cohérente par rapport à la réalité).

La dissociation : il s'agit d'une désharmonie entre la pensée, l'affect et les actes.

Le repli autistique : on observe chez le patient un important retrait social avec une perte d'intérêt dans tous les domaines.

2.2.5. L'équipe pluridisciplinaire

Dans les hôpitaux de jour, le malade est encadré par une équipe pluridisciplinaire afin de construire et de mener avec lui, son projet de vie. Parmi eux, on retrouve :

- Les médecins psychiatres
- Les infirmiers
- Les psychologues
- Les psychomotriciens
- Les assistantes sociales
- Les employés de service hospitalier
- Des intervenants extérieurs pour certaines activités (musicothérapeutes, moniteurs équestre, ...)
- Le cadre de service
- Parfois les étudiants infirmiers

2.3. L'infirmier en hôpital de jour

L'infirmier en hôpital de jour est, en général, un infirmier expérimenté qui a une grande connaissance des pathologies mentales et peut anticiper le comportement des patients seulement en les observant. Il possède également, une expérience, plus ou moins longue, en milieu intra-hospitalier. C'est d'ailleurs cette expérience en secteur fermé qui lui permet, au regard du profil de chaque patient, d'agir et d'adapter son comportement en fonction des situations. Même si cela existe encore, il reste relativement rare qu'un infirmier débutant, souhaitant exercer en psychiatrie, démarre par une structure de jour. Outre cette expérience, l'infirmier en hôpital de jour doit posséder une sensibilité importante pour le relationnel et l'action sociale.

Il doit posséder une grande capacité d'observation, et doit être capable d'écouter et de communiquer. Il doit également être en mesure de pouvoir prendre du recul sur les situations et de savoir les débriefer en équipe, afin d'éviter le piège du transfert et du contre transfert.

2.3.1. Rôle et missions

L'infirmier en hôpital de jour a pour rôle d'organiser et de coordonner les soins. Pour ce faire, il travaille en étroite collaboration avec les autres professionnels de santé, mais aussi avec tout un réseau médico-socio-éducatif et culturel. En effet, il est chargé de coordonner l'organisation et le déroulement des activités thérapeutiques avec des intervenants extérieurs.

D'un point de vue législatif, son activité est autorisée par l'article R.4 311-6 du code de la santé publique qui explicite que⁷ :

- Dans le cadre de son rôle propre, il peut accomplir les activités à visée socio-thérapeutique individuelle ou de groupe.
- Dans le cadre de son rôle prescrit, il peut utiliser au sein d'une équipe pluridisciplinaire, des techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapie.

⁷ Source : ATELIERS EN PSYCHIATRIE, MEDIATIONS THERAPEUTIQUES, Introduction, Edition MASSON

Au niveau de ses missions, elles sont de plusieurs ordres:

- Il doit accueillir le patient souffrant de pathologies psychiatriques.
- Il dispense des soins de nature technique, relationnelle et éducative.
- Il met en place les soins infirmiers avec une prise en charge globale et individualisée
- Il mène les entretiens infirmiers en relation d'aide
- Il priorise le travail infirmier en mettant en place des actions nécessaires au bon déroulement de l'hospitalisation

2.3.2. L'infirmier et l'équipe pluridisciplinaire

Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, l'infirmier joue un rôle primordial. En effet, étant le soignant le plus souvent au contact du patient, il doit être capable de détecter le moindre problème chez un patient, de quelque nature que ce soit, et l'aiguiller vers un autre professionnel compétent. Il doit être en mesure, lors des réunions pluridisciplinaires, de transmettre les informations concernant chaque patient, les plus justes et les plus fiables possibles, aux autres professionnels. Il fait le lien et retranscrit tous les problèmes et toutes les situations d'ordre sociales, médicales, ou familiales.

2.4. Les activités thérapeutiques

Les activités thérapeutiques sont l'outil de travail principal de l'hôpital de jour psychiatrique (on les appelle également médiations) : elles sont un des piliers de la prise en charge globale du patient.

2.4.1. Définition

Par définition, ces activités ont pour rôle principal de participer au processus de soin du malade psychiatrique. Elles peuvent être de deux natures : occupationnelle (on privilégiera ici le côté ludique et amusement), ou à visée thérapeutique (dans ce cas, l'activité aura une orientation de soin bien précise, comme par exemple, le travail sur la confiance en l'autre, ou le toucher).

2.4.2. Rôle de l'infirmier dans les activités thérapeutiques

Dans les activités qui nécessitent la présence d'un animateur extérieur (comme l'équithérapie, le cirque, ...), l'infirmier tiens principalement un rôle d'observateur.

En effet, il reste en retrait pour observer le comportement des patients, analyser leur compréhension des consignes, et le cas échéant les reformuler. Lors de ces activités, il est présent aussi afin de s'assurer que les patients soient dans de bonnes conditions pour suivre l'activité et canaliser les comportements hétéros et auto-agressifs qui pourraient apparaître.

Dans les activités animées sans intervenants extérieurs, sont présents deux infirmiers lors des séances. Le premier aura un rôle d'animateur : il donnera les consignes et s'assurera de la bonne dynamique du groupe lors de la réalisation de cette dernière. Le deuxième, tout comme les activités avec intervenants extérieurs, aura un rôle d'observateur, mais pourra, cependant, co-animer la séance s'il le souhaite.

2.4.3. Les principales activités et leurs grands axes thérapeutiques

Il existe de très nombreuses activités à but thérapeutique, et celles-ci peuvent varier d'un hôpital de jour à un autre. Cependant, certains ateliers sont présents dans la majorité des structures car leur axe thérapeutique est important dans la prise en charge du malade psychiatrique. Les activités présentées ci-dessous ne sont pas une liste exhaustive des médiateurs qui existent, mais font partie des activités qui m'ont le plus questionné lors de mes différentes expériences en stage.

- L'équithérapie : cette activité est encadrée par un animateur équestre et un infirmier. Il s'agit d'une activité de groupe, où en moyenne, 5 à 6 patients participent. Parce qu'elle mobilise quatre des cinq sens (l'ouïe, le toucher, l'odorat, et la vue), cette activité établit une communication réciproque entre l'homme et le cheval. Dans cette activité, est travaillé principalement, le « retour aux relations primitives mère-enfant »⁸. Pour ce faire, les intervenants s'appuient sur la théorie développée par Winnicott : le Holding (manière dont la mère porte son bébé) qui est travaillé au cours de la monte du cheval, et le Handling (manière dont est manipulé l'enfant) qui est travaillé lors du pansage (entretien du cheval).
- L'Art plastique (ou atelier création) : ces ateliers sont animés par deux infirmiers. Toujours sur le même principe, un soignant anime et dirige la séance, et l'autre reste plus en retrait et dans l'observation. Cette médiation consiste, pour le patient, à effectuer une création autour d'un thème donné (par exemple, dessinez ce que vous inspirent les fêtes de Noël).

⁸ I. AUBARD, « Mais en quoi le cheval peut devenir un médiateur thérapeutique ? » <http://serpsy.org>

Avant chaque début de séance, il est important de leur rappeler que la performance n'est pas le but recherché, mais que seuls leur imagination et leur ressenti doivent être mis en avant. A la fin de chaque atelier, un tour de table est réalisé, pour que chacun verbalise ce que son travail lui évoque.

Parmi les autres activités existantes, on retrouve, l'aquathérapie, le théâtre, les activités de plein air (randonnée, VTT), la lecture, l'écriture, et encore bien d'autres. Les axes thérapeutiques abordés sont tout aussi nombreux : le toucher, la confiance en soi et en l'autre, la reconnaissance du corps (travail sur le morcellement), la prise de parole et l'affirmation de soi, ...Mais l'activité qui m'a le plus interrogé, et qui m'a inspiré ce travail est le chant, et de manière plus générale, la musicothérapie.

2.5. La musicothérapie

2.5.1. Définition

Édith LECOURT, psychologue clinicienne, psychanalyste, musicienne et musicothérapeute, définit la musique comme « (...) *une forme de psychothérapie ou de rééducation, d'aide psychomusicale, selon les cadres considérés, qui utilise le son et la musique, sous toutes leurs formes, comme un moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation. Elle est pratiquée en groupe comme individuellement, avec des enfants comme avec des adultes* »⁹.

Précisons, que dans mon travail, je ne m'intéresserai qu'aux séances de musicothérapie de groupe adulte.

La musicothérapie, telle que nous la connaissons aujourd'hui est à intégrer dans une dimension trinaire, où la musique n'est plus exclusive dans cette forme de thérapie. On a une relation entre, patient, musique, et musicothérapeute¹⁰. Elle fait partie des activités nommées ART-THERAPIE.

⁹ LA MUSICOTHERAPIE, Edith LECOURT, édition Eyrolles

¹⁰ LE SOIN GRACE A LA MUSIQUE, La triangularité en musicothérapie et la place du musicothérapeute, Dominique Perrouault, Edition L'Harmattan

2.5.2. Historique de la musicothérapie

Depuis l'Antiquité la musique est connue pour ses vertus. Edith Lecourt, précise qu'elle était utilisée à des fins « cathartiques », c'est-à-dire une forme de défouloir pour relâcher toute les tensions du corps ; elle avait également une utilisation sédative (au sens calmant). Au XVIIIème siècle, la musique était utilisée au sein des institutions psychiatrique afin de soulager et de calmer les malades qui s'agitaient. C'est seulement au milieu du XXème siècle, qu'elle a pris une dimension thérapeutique.

2.5.3. Axes thérapeutiques

On entend ici par musicothérapie, tout ce qui est utilisation de sons, bruits ou musique dans un but thérapeutique. Dans les différentes séances auxquelles j'ai assisté, ou que j'ai eu la chance de pouvoir co-animer, les objectifs thérapeutiques, étaient établis en amont de la séance. Tout comme les autres activités, on ne cherche en aucun cas la performance, mais on va plutôt s'attarder sur l'implication et le ressenti de chaque patient. Ces ateliers peuvent être animés soit par un musicothérapeute accompagné d'un infirmier, soit d'un psychomotricien (ayant reçu une formation sur la musicothérapie) et un infirmier, soit de deux infirmiers ayant suivi une formation en médiation musicale.

Ces ateliers de musicothérapie, au sein des hôpitaux de jour, mêlent aussi bien patients névrosés pathologiques que psychotiques. Cette composition et ce mélange de population sont très importants à prendre en compte, dans les consignes que l'on donne, et les attentes que l'on a de chacun.

J'ai pu remarquer, au cours des différentes séances, que j'avais des représentations qui étaient fausses. En effet, je pensais le patient névrosé plus apte à retenir une consigne et à faire les exercices qu'un patient atteint de schizophrénie ; à ma grande surprise, l'inverse était souvent le cas. J'ai remarqué que le patient schizophrène, non oligophrène ou avec une oligophrénie légère, s'en sortait souvent mieux. J'ai compris par la suite que ces patients étaient désinhibés de par leur maladie et osaient tout, ce qui leur permettait de progresser plus rapidement que d'autres patients atteints, par exemple, de dépression.

Même si les objectifs de chaque séance peuvent varier, les grandes lignes restent les mêmes.

Les ateliers de musicothérapie et de chant travaillent sur la prise en compte de l'autre dans l'écoute et le non jugement que l'on peut lui apporter, le respect des consignes, le développement de la coordination corps/sons, l'improvisation, l'intégration au sein d'un groupe, et enfin savoir reconnaître et poser des mots sur les émotions provoquées par la séance.

3. ENQUETE ET ANALYSE

3.1. Choix et construction de l'outil d'enquête

Afin d'étayer mes recherches et de confronter mes apprentissages à la réalité du terrain, j'ai décidé de réaliser une enquête sous forme de questionnaire semi-directif. Avant de passer à la construction de cet outil, j'ai dû prendre en compte tous les critères positifs et négatifs des différents types d'entretiens (directif, semi-directif, et non directif), afin de choisir la forme la plus adaptée à mes attentes, et celle qui me permettrait de mener au mieux mes entretiens et d'en tirer profit au maximum.

Je me suis rapidement rendu compte que réaliser un entretien directif me fermerait à la discussion avec mon interlocuteur, et de ce fait risquerait de me faire passer à côté d'informations importantes. De plus, je craignais que cette forme d'outil d'enquête ne soit perçue, par mes interlocuteurs, comme un questionnaire (voire un interrogatoire), et ne leur donne pas envie de s'intéresser à mon sujet. A contrario, une enquête sous forme d'entretien non directif aurait été trop compliquée à analyser. En effet, le sujet traité dans ce travail étant relativement vaste, j'appréhendais que les professionnels avec qui je m'entretenais répondent hors sujet ou digressent trop.

J'ai donc fait le choix d'opter pour un entretien semi-directif. Ce type d'entretien m'est apparu comme le plus judicieux pour m'aider dans la réalisation de ce mémoire. En effet, le fait de poser des questions ouvertes mais précises donne suffisamment de champs libre à l'interlocuteur, sans pour autant risquer de faire du hors sujet.

J'ai également décidé de rencontrer physiquement mes interlocuteurs, plutôt que de leur laisser répondre seuls aux questions sur un papier. En effet, la communication verbale est un outil précieux lorsque l'on cherche à recueillir des informations.

Au-delà du fait d'être enrichissante, elle permet de faire passer les émotions et les ressentis, et de recueillir fidèlement les propos énoncés (les écrits, eux, peuvent être mal interprétés si ils ne sont pas recueillis sur l'instant). L'autre avantage de réaliser les entretiens en face à face, est de pouvoir analyser le non verbal, qui souvent est plus évocateur que les mots eux même.

Une fois l'outil d'enquête choisi, j'ai commencé à travailler sur l'élaboration de mon entretien. Toute la difficulté de ce travail a reposé sur le fait de choisir des questions suffisamment claires et précises, pour que la compréhension de l'interlocuteur soit facilitée. De plus je voulais réaliser un entretien avec un maximum de 10 questions, pour éviter de mobiliser trop longtemps les professionnels de santé (en effet, ils ont tous pris sur leur temps de travail pour répondre à mes questions) : j'ai donc dû construire un questionnaire qui balaye l'ensemble des points importants de mon travail, et ceux avec les contraintes que je m'étais fixées au préalable¹¹. J'ai ensuite élaboré cet outil de façon à avoir une logique dans le déroulé de l'entretien, et que chaque question en appelle une autre.

3.2. Choix des lieux et de la population

Concernant les lieux où se sont déroulés mes entretiens, ils ne sont pas le fruit du hasard, mais un choix délibéré de ma part. Je souhaitais pouvoir recueillir, avec un recul suffisamment nécessaire en termes de temps, la vision des professionnels de santé avec qui j'avais travaillé. J'ai donc fait le choix d'effectuer mes entretiens dans les deux hôpitaux de jour où j'ai effectué mes stages. Cela m'a permis de mieux comprendre la prise en charge des patients que je connaissais déjà, mais également, d'avoir un regard plus critique sur les pratiques.

Concernant les entretiens, j'ai choisi de les effectuer avec les infirmiers qui m'ont accompagné sur les ateliers de musicothérapie, lors de mes stages. J'ai donc réalisé mon enquête auprès d'un infirmier et deux infirmières. Ce choix a été également réfléchi, car je voulais pouvoir me sentir à l'aise lors de ces entretiens. L'autre critère de choix, c'est porté sur le diplôme de mes interlocuteurs : l'infirmier que j'ai interrogé est titulaire l'ancienne spécialité en psychiatrie, et les deux autres infirmières possèdent le diplôme d'état en soins généraux.

¹¹ Questionnaire en annexe

3.3. Les limites de l'enquête

Concernant les entretiens que j'ai réalisés avec les deux infirmières, ils se sont relativement bien passés, et je n'ai pas eu de soucis particuliers, si ce n'est au niveau de la prise de notes. En effet, je n'ai pas eu la possibilité d'enregistrer les entretiens, ce qui m'a obligé à rédiger : de ce fait, l'entretien n'a pas eu la fluidité que j'attendais. J'ai dû, à plusieurs reprises, m'arrêter pour finir de noter. En revanche, nous avons eu la possibilité de nous mettre dans une pièce isolée et sans passage, ce qui fait que nous n'avons pas été dérangés une seule fois : la concentration et l'attention de mes interlocutrices étaient totales.

Par contre, même si il a été très enrichissant sur le fond, l'entretien avec l'infirmier a été plus compliqué sur la forme et la mise en place. En effet, à mon arrivée, nous avons passé dix minutes à trouver une salle, que finalement nous n'avons pas eue. Nous avons donc réalisé l'entretien dans le salon de la structure, où passaient régulièrement, patients et soignants. Nous avons été dérangés assez souvent par les patients qui souhaitaient voir l'infirmier, mais aussi par le téléphone professionnel de mon interlocuteur qui a sonné très régulièrement. A chaque appel, l'infirmier devait interrompre notre entretien et se rendre dans le bureau infirmier pour respecter le secret professionnel. Au final, nous avons réussi, tout de même, à répondre à l'ensemble des questions et l'entretien a été mené jusqu'à son terme.

3.4. Analyse des données recueillies

Pour m'aider dans la réalisation de cette analyse, j'ai conçu un tableau de synthèse¹² qui reprend les grandes idées qui ont été évoquées par chacun de mes interlocuteurs lors des entretiens¹³. L'anonymat des professionnels devant être respecté, nous dirons que :

- Infirmier 1 = l'infirmier possédant le diplôme infirmier spécialisé en psychiatrie
- Infirmière 2 = une infirmière possédant le diplôme d'État en soins généraux
- Infirmière 3 = une infirmière possédant le diplôme d'État en soins généraux

¹² Tableau en annexe

¹³ Grille d'entretien en annexe

➤ ***L'ancienneté en hôpital de jour***

Poser cette question avant de débiter l'entretien me paraissait essentiel. En effet, l'apprentissage du comportement d'un malade psychiatrique, et notamment d'un psychotique, se fait sur du long terme. Cela demande une expérience suffisamment importante pour arriver à anticiper les comportements et repérer les éventuels signes d'une décompensation. Etablir une relation individualisée avec chaque patient et obtenir leur confiance demande également du temps. On note que pour les trois infirmiers concernés par cette étude, l'expérience en hôpital de jour dépasse les 5ans, et même les 10 ans pour l'infirmier 1 et l'infirmière 3.

➤ ***Rôle de l'infirmier dans les ateliers de musicothérapie***

En posant cette question, mon but était de savoir si le rôle des infirmiers dans les ateliers de musicothérapie était clairement défini. J'ai également voulu savoir si, par rapport aux autres ateliers, leur fonction était différente.

Les infirmières 2 et 3 définissent clairement leur rôle comme de la co-animation et de l'observation. Elles précisent également, qu'elles n'interviennent, ni dans les exercices proposés, ni dans les temps de paroles. Ce qui est récurrent, dans les explications des trois infirmiers, est leur rôle d'encadrement et de référent en tant que professionnel en psychopathologie. En ce sens, l'infirmier 1 explique qu'il « (...) *sert de lien entre les patients et l'intervenant* ». Cela vient appuyer les dires de l'infirmière 2 qui précise que son « (...) *rôle est de régler les éventuels soucis d'ordre psychopathologique* ». La notion de « lien » est également perçue par ces professionnels : l'infirmière 3 argumente en notant qu'elle « (...) *réexplique les consignes si elles ne sont pas comprises* ».

Si on synthétise, les principales idées dégagées dans cette question, on peut dire que l'infirmier en musicothérapie est un professionnel dont le rôle principal est de faire le lien entre l'intervenant et les patients. Il est principalement positionné en tant qu'observateur, mais aussi, parfois, en tant que co-animateur. Sa vision principale, au sein de ces ateliers, doit être de repérer tous les problèmes d'ordre psychopathologique qui pourraient survenir.

On voit bien ici, si l'on fait le rapprochement avec le rôle de l'infirmier dans les activités thérapeutiques¹⁴, qu'au sein des activités de musicothérapie, il a le même rôle que dans les autres médiations. On peut donc conclure que, l'infirmier en hôpital de jour, à la même fonction, quel que soit l'atelier qu'il anime.

➤ ***Les ateliers de musicothérapie doivent-ils être encadrés exclusivement par des musicothérapeutes diplômés ?***

Poser cette question me paraissait essentiel, dans le sens où elle permet de poser un cadre dans ces ateliers. En effet, je cherchais à savoir si ce type de médiation pouvait fonctionner avec seulement des infirmiers, et quels en étaient les risques dans ce cas.

A cette question, et à l'unanimité, la réponse a été que la présence d'un musicothérapeute est essentielle pour animer ces ateliers. L'infirmière 3, apporte une précision en expliquant qu'au minimum « *la formation en musicothérapie est indispensable* » et « (...) *qu'il existe cependant des formations en musicothérapie pour les infirmiers* ». L'infirmière 2 souligne que « *le musicothérapeute a la double compétence musique et soins* », ce qui laisse sous-entendre que ces deux critères sont indissociables dans cette médiation. Comme le précisent, également, l'infirmier 1 et l'infirmière 3, la technique est la compétence qui fait qu'un musicothérapeute est la personne la plus à même pour animer ces médiations.

On remarque que pour les infirmiers interrogés, la présence d'un professionnel en musicothérapie est indispensable de par la technique qu'il utilise. Selon eux, la double compétence soin et technique musicale est primordiale. Cependant, on peut noter que la musicothérapie n'implique pas forcément d'avoir un diplôme de musicothérapeute. Comme le souligne, l'infirmière 3, les soignants ont la possibilité de suivre des formations sur les médiations à orientation musicale. Ces formations leur donnent les techniques essentielles pour pouvoir animer les ateliers musique/chant. En revanche, il serait plus délicat d'animer ce type de séance sans avoir eu de formation au préalable. En effet, chaque exercice proposé à un but thérapeutique qui ne peut être travaillé que si l'on a la technique pour le faire.

¹⁴ Paragraphe 2.4.2. , rôle de l'infirmier dans les activités thérapeutiques, page 11

➤ **Psychoses et névroses pathologiques, le même niveau d'exigence ?**

Cette question me paraît être l'une des plus importantes de mes entretiens. En effet, à travers elle, je voulais tenter de comprendre, comment le patient psychotique trouve sa place au sein de ces ateliers où plusieurs pathologies sont représentées, et où les capacités cognitives de chacun sont assez disparates. Je cherchais également à comprendre comment les infirmiers gèrent les différences de niveau au sein de ces ateliers.

Encore une fois, l'avis des différents professionnels interrogés est unanime : le niveau d'exigence au sein de ces ateliers de musicothérapie doit être le même, et aucune différence entre les patients ne doit être faite. Toutefois, en ce qui concerne la gestion d'un patient en difficultés, les visions et les pratiques divergent. Les infirmières 2 et 3, considèrent que c'est à l'infirmier de venir en aide aux patients en reformulant les consignes, et en les accompagnant dans la survenue de problèmes. En ce sens, l'infirmière 2 affirme qu'il « *suffit de s'adapter au niveau de chacun et d'accompagner si des difficultés se présentent* ». En revanche, l'infirmier 1 considère qu'il est essentiel de former des groupes de niveaux où les patients les plus « *forts* » aideront les patients les plus « *faibles* ».

Quand je confronte les résultats de ces entretiens aux expériences que j'ai vécues en stage, je me conforte dans l'idée que le niveau d'exigence ne doit pas être adapté en fonction des pathologies. Le patient atteint d'une névrose pathologique est en capacité de comprendre une variation du niveau d'exigence au sein d'un groupe. Son rapport à la réalité n'étant pas tronqué, il peut verbaliser, par lui-même, s'il rencontre des difficultés. En revanche, le psychotique, comme on a pu le constater précédemment¹⁵, possède une personnalité rigide qui peut le rendre intolérant à la frustration. Si le niveau d'exigence venait à être abaissé, pour l'un de ces patients, il pourrait, s'il s'en aperçoit, se sentir exclu du reste du groupe et avoir une réaction inappropriée. Parallèlement à cela, le psychotique vit dans une réalité distordue qui fait que sa vision des choses est parfois différente de la réalité. Par exemple, un patient va être convaincu qu'il est un grand joueur de guitare, alors qu'il aura une guitare en main deux fois dans sa vie. C'est en ce sens qu'il faut également savoir recadrer le patient entre ce qu'il est en capacité de faire, et ce qu'il pense savoir faire : cela doit aussi passer par une uniformisation du niveau d'exigence.

¹⁵ Chapitre 2.2.4.1, la psychose, page 8

➤ **Mise en échec d'un patient psychotique : existe-il des techniques pour éviter cela ?**

La mise en échec, et surtout les conséquences qui peuvent en découler, sont des critères que les soignants redoutent. En effet, elle peut mettre à mal tout le travail réalisé en amont sur une prise en charge, et être catastrophique pour l'équilibre mental du patient. La médiation par la musique est un atelier relativement compliqué pour les patients, car ils se livrent beaucoup et sont soumis au regard de l'ensemble du groupe : la mise en échec est un paramètre que le soignant doit prendre en compte et savoir anticiper.

Les professionnels de terrain interrogés considèrent que la mise en échec n'est pas possible si le travail en amont et pendant la séance est mené correctement. C'est ce que mettent en avant, notamment, les infirmières 2 et 3 : « *Il n'y a pas de mise en échec si le soignant soutient le patient dans les moments difficiles* ». En ce qui concerne l'infirmier 1, il argumente en expliquant que le psychotique ne peut pas se sentir en échec si les règles sont fixées dès le début de la séance : « (...) *pas de moquerie, ni de jugements (...)* », et que partant de là, il osera tous les exercices proposés.

De par les médiations auxquelles j'ai pu assister, je n'ai jamais constaté de patient en échec. Cependant, il est nécessaire de répéter les consignes de façon régulière, et d'être attentif au comportement de chaque participant. En effet, j'ai pu remarquer, à plusieurs reprises, qu'un patient en difficulté (et cela est vraiment visible chez le patient atteint de psychose), ne verbalisera pas son problème, et se mettra en retrait du groupe en arrêtant l'activité. Cependant, pour l'avoir expérimenté, dès que l'on va vers le patient et qu'on lui réexplique l'exercice, il va spontanément rejoindre le groupe et poursuivre l'activité. Je n'ai jamais constaté, jusque-là, de patient qui refuse de reprendre la médiation. Je modérerai, toutefois, en mettant en avant le fait qu'il est important, pour éviter la mise en échec, que le patient soit, dans de bonnes dispositions avant de démarrer l'activité. Si le patient semble, avant même de commencer les exercices, ne pas vouloir participer activement à l'atelier, mieux vaut le mettre en retrait : il est important pour cela, de prendre un temps de parole, pour que chaque patient donne son humeur du jour, avant de commencer (cette technique est valable dans les autres médiations thérapeutiques).

➤ **Sur quels symptômes du patient psychotique, la musicothérapie est – elle la plus utile ?**

Lorsque l'on a abordé la théorie, on a pu se rendre compte que le patient psychotique (et notamment le schizophrène) a des symptômes qui sont nombreux et qui peuvent varier d'un sujet à l'autre. Le seul critère commun est ce rapport à la réalité qui est tronqué. De manière générale, on retrouve aussi, une gestion des émotions qui est différente par rapport à un individu non psychotique. Si l'on prend l'exemple de l'individu atteint de schizophrénie, on remarque souvent la présence d'une dissociation, où affect, pensée, et langage ne sont plus cohérents : Le patient peut être vide d'émotion. La présence d'hallucination, et notamment auditive (le patient dira « j'entends des voix ») est aussi un symptôme relativement présent dans cette pathologie.

En me questionnant sur ce critère, j'ai voulu savoir si la musique avait un impact sur des symptômes bien particuliers, ou si elle n'agissait que de manière générale sur le bien-être du patient. Il était important pour moi aussi, d'avoir une vision au long cours, et de savoir si elle n'agissait qu'en post séance immédiate ou si elle avait des bienfaits sur le comportement à long terme.

Lors de mes entretiens, j'ai remarqué que chaque professionnel avait une vision différente de l'apport de la musique sur le versant symptomatique. L'infirmier 1 y voit un intérêt immédiat. Pour lui la musicothérapie agit sur l'apaisement et limite les accès de violence chez les patients. Le temps de la séance « (...) *elle fait oublier le quotidien* (...) ». Il précise que parfois, elle peut abolir les hallucinations auditives le temps de la médiation, mais que ce n'est pas l'axe de travail principal, même si cela est souligné par les patients. L'infirmière 2 note qu'elle remarque un effet sur le plus long terme : le travail sur les émotions par la musique peut, selon elle, avoir un impact positif sur l'affect. Pour l'infirmière 3, la musique dans le soin joue un rôle important sur le processus de resocialisation dans son ensemble, mais n'a pas d'impact sur un symptôme précis.

Ce que je retiens de l'analyse de ce critère, c'est que la musique est une thérapie qui intervient sur un ensemble de symptômes. On ne peut affirmer catégoriquement qu'elle agit sur tel ou tel point. Selon certains patients, les hallucinations auditives disparaîtraient durant la médiation musicale : n'est-ce pas tout simplement lié au fait que leur esprit est occupé ailleurs ? Ou doit-on y voir un réel pouvoir de la musique sur ce symptôme ? Cela paraît très difficile à mettre en évidence. A ce jour, aucune étude ne prouve que la musique ait un lien direct avec l'abolition des hallucinations auditives.

Ce qui ressort encore de cette question, c'est que la musique a un réel pouvoir d'apaisement sur les patients. Lorsque l'on sait que la gestion de la violence est un problème quasi quotidien en psychiatrie (entendons par violence, la violence verbale et/ou physique), on peut se demander si l'on ne tient pas, au travers de la médiation par la musique, un outil performant pour gérer cette agressivité : l'expression « La musique adoucit les mœurs » prend ici tout son sens. Enfin, on note que le travail sur les émotions (dissociation au niveau de l'affect), ainsi que celui sur la resocialisation sont deux objectifs sur du moyen/long terme. La musique, a ce pouvoir de transmettre des émotions accessibles à tous, et de faire remonter les souvenirs les plus enfouis (qui n'a jamais eu la gorge nouée, en entendant une chanson, qui nous rappelle un être cher ?) : chez le psychotique, ce travail est d'autant plus important que l'on sait qu'il souffre souvent d'absence ou d'ambivalence au niveau émotionnel.

Je conclurai en disant que l'on ne peut pas faire de liste exhaustive des symptômes sur lesquels la musique agit. Cependant, que l'on raisonne à très court terme ou à moyen/long terme, la musique (si elle est utilisée à bon escient) influe de façon positive sur le comportement du patient.

➤ ***Infirmier dans les médiations musicales : une place importante ?***

Même si cette question ressemble de près à celle sur le rôle des infirmiers dans les ateliers de musicothérapie, il m'a semblé important de la poser car elle aborde la nécessité de sa présence. En effet, je voulais comprendre en quoi, l'infirmier, dans une séance de musicothérapie qu'il n'anime pas directement, est indispensable. Je voulais connaître les répercussions que cela pouvait avoir sur le déroulé de l'atelier si l'infirmier n'était pas présent.

A cela, les réponses ont été assez similaires : la prise en charge globale du patient est ce qui justifie, en premier lieu, la présence des infirmiers sur ces médiations. C'est d'ailleurs l'argument principal avancé par les infirmières 2 et 3 : « *L'infirmier observe dans un objectif de prise en charge globale du patient, ce que n'a pas le musicothérapeute* », « *Il observe au niveau clinique et comportemental dans un but de prise en charge globale* ». Pour elles, l'infirmier raisonne dans ce souci permanent de prise en charge, tant la personnalité psychotique est complexe. Le musicothérapeute, seul, ne peut avoir cette vision élargie. S'il observe une évolution du patient (qu'elle soit positive ou négative), ce ne pourra être qu'à l'intérieur de son atelier.

Je pense, que l'infirmier a une place prépondérante au sein des ateliers de musicothérapie, tout comme dans les autres médiations. Même si le musicothérapeute représente l'expertise et la technique, il ne possède pas la vision clinique et médicale que peut avoir l'infirmier. L'observation du non verbal est aussi un élément essentiel dans la prise en charge du patient psychotique. Seul un infirmier, avec de l'expérience, est capable d'anticiper les réactions à la simple analyse de ce critère. De plus, très souvent, les musicothérapeutes n'interviennent que très ponctuellement, et ne sont pas auprès des patients au quotidien ; ceci sous-entend qu'ils ne peuvent pas avoir une connaissance du patient, de ses comportements normaux ou anormaux, et de ses habitudes de vie, comme peut l'avoir un infirmier. A ce jour, il me semble peu probable qu'un musicothérapeute puisse travailler seul au sein d'un atelier, en hôpital de jour, sans être accompagné d'un infirmier.

➤ ***Etre musicien peut-il être un avantage pour prendre en charge ce type d'art thérapie ?***

Les musicothérapeutes, avant de devenir des professionnels du soin par la musique, sont avant tout des musiciens accomplis et chevronnés. Ils maîtrisent cet art et en connaissent les rudiments.

En abordant cette question, je ne pensais donc pas aux musicothérapeutes, mais plutôt aux infirmiers. En effet, comme on a pu le voir précédemment, l'infirmier, s'il le souhaite, peut suivre une formation pour animer des ateliers musicaux en hôpital de jour. Mais cette formation n'est pas aussi complète que peut l'être celle des musicothérapeutes.

C'est pour cela que je me suis demandé si, être musicien, peut être un plus dans l'animation de cette médiation.

Les trois professionnels interrogés ont eu des avis partagés. Deux d'entre eux considèrent que cela peut être un avantage, alors que le troisième ne voit pas ce critère comme essentiel. L'infirmier 1 y voit un aspect positif pour le patient psychotique, et surtout un côté ludique. Il précise que « *le fait de voir un musicien jouer, lui donne un côté admiratif et le projette vers un objectif* ». L'infirmière 2, quant à elle, y voit un avantage dans la transmission des émotions et la « *sensibilité musicale* », mais tempère toutefois ses propos, en indiquant que l'infirmier doit avant tout rester un soignant et ne pas perdre de vue ses objectifs thérapeutiques. L'infirmière 3, n'en voit pas l'intérêt et considère que la musicothérapie reste un soin avant d'être un art, mais qu'un minimum de formation est toutefois indispensable.

Musicien à titre personnel, et ce depuis de nombreuses années, mon avis abonde, bien évidemment, en faveur de cette théorie. Sans remettre en cause l'importance d'être soignant, avant d'être musicien, dans cet art-thérapie qu'est la musique, je pense qu'il est important de savoir en tirer profit. En effet, les musiciens développent, au fil des années, une sensibilité qui leur est propre, et sont capables, avec le temps, de véhiculer toute sorte d'émotions par leur musique. Cette émotion et cette sensibilité ne peuvent pas s'acquérir par le biais de formation, mais seulement par la pratique régulière de la musique. Je pense que pouvoir transmettre sa musique et la faire comprendre aux malades est déjà une entrée dans la pratique de l'art thérapie musicale. Pour illustrer cela, je prendrai pour exemple une de mes expériences personnelles, vécues lors d'un stage. Encore étudiant, en début de troisième année, les soignants m'ont laissé l'opportunité de co-animer un de ces ateliers, et de mettre au profit des patients, mon expérience en matière de musique. Pour cela, je n'ai pu m'appuyer que sur les connaissances que j'avais sur le sujet et n'ai pas abordé la séance sur un versant médical. J'ai pu observer, malgré cela, qu'au bout de plusieurs semaines, certains comportements avaient évolué : l'investissement grandissait, et la participation était de plus en plus active. Toutefois, si l'on raisonne de point de vue purement médical et de prise en charge du patient psychotique, une formation me paraît indispensable pour pouvoir animer ce type de médiation. En revanche, le pré requis est d'avoir un minimum d'appétence pour la discipline.

Conclusion

Au travers de ce travail j'ai cherché à comprendre en quoi, la musique utilisée comme médiateur thérapeutique, avait un rôle à jouer dans la prise en charge globale du patient psychotique. Pour cela, j'ai abordé le sujet en faisant différentes recherches et en me posant plusieurs questions. Tout cela m'a permis de renforcer mes acquis, mais surtout de découvrir ce qu'était réellement la musicothérapie et l'utilisation qui en était faite en psychiatrie.

La musique, même si elle est avant tout un art, est de plus en plus utilisée comme un levier thérapeutique. Son utilisation en milieu psychiatrique, et surtout dans les hôpitaux de jour, est ancrée dans les pratiques soignantes. En tant qu'art thérapie, elle est en passe de devenir un des piliers majeurs des activités à médiation.

En ce qui concerne le patient psychotique, on peut se rendre compte, à la lecture de ce travail, que la musique agit de façon positive sur sa prise en charge. Qu'elle intervienne de manière générale dans le processus de resocialisation (atelier en groupe), ou qu'elle ait un impact direct sur certains symptômes (travail sur la dissociation affect, pensée, parole), on observe que son utilisation a un intérêt sur le court, moyen et long terme.

Mais ce type d'atelier n'a de sens que s'il s'inscrit dans une démarche de prise en charge globale du patient. C'est en ce sens que l'infirmier, en hôpital de jour, a un réel rôle à jouer dans cette thérapie, mais surtout a un place à prendre. Même si au final il ne possèdera pas toute la technicité d'un musicothérapeute, je pense que chaque infirmier qui décide de s'investir dans cette activité, doit suivre un minimum de formation afin d'acquérir une double compétence d'animateur et de soignant.

La thérapie par la musique est promise à un bel avenir. Cependant à ce jour bien des questions, sur les effets précis qu'elle suscite chez les patients, et notamment chez le psychotique, restent en suspens. Je pense particulièrement à ses effets sur les symptômes hallucinatoires. Cela m'emmène à me demander :

Par quel mécanisme la musique a-t-elle un effet direct sur le syndrome hallucinatoire du patient psychotique ?

Bibliographie

La musicothérapie, Edith Lecourt, Edition EYROLLES, Troisième tirage 2011

LE SOIN GRÂCE À LA MUSIQUE, La triangularité en musicothérapie et la place du musicothérapeute, Dominique Perrouault, édition l' Harmattan

MUSICOTHÉRAPIE NOUVELLES VOIES, La psychose : une musique pour s'assourdir, Jean-Michel Vives, professeur de psychopathologie, Clinique Université de Nice Sophia-Antipolis, ART & THERAPIE N° 108/109, Novembre 2011

1000 mots pour la santé mentale, vocabulaire de la psychiatrie, Édition de santé, 1993

Ateliers en psychiatrie, Médiations thérapeutiques, édition MASSON, I. Aubard, E. Dignonnet, A-M. Leyreloup

DICTIONNAIRE MÉDICAL MANUILA, 10^{ème} édition, édition MASSON, A. Manuila, L. Manuila, P. Lewalle, M. Nicoulin, T. Papo

DICTIONNAIRE MALOINE DE L'INFIRMIÈRE, 6^{ème} édition, édition Maloine, Jacques DELAMARE

Site de l'Organisation Mondiale de la Santé, La santé mentale : renforcer notre action, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

Plan psychiatrie et Santé mentale 2011-2015, <http://www.sante.gouv.fr/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015.html>

« Mais en quoi le cheval peut devenir un médiateur thérapeutique ? », I. Aubard, <http://serpsy.org>

Cours de psychopathologies, Institut de formation en soins infirmiers de Sète, S.Bernasseau, S.Bagnols

Annexes

Annexe 1 : Synthèse du Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

Synthèse du Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

Inscrit dans le cadre du Pacte européen, le plan, psychiatrie et santé mentale 2011-2015 (PPSM) est le **premier plan de santé publique postérieur à la réforme de l'organisation territoriale des politiques de santé portée par la loi HPST du 21 juillet 2009**. Il s'agit **d'un plan de nouvelle génération qui pose un cadre stratégique** afin notamment de servir de référence à tous les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale ; **la déclinaison opérationnelle sera réalisée au niveau régional, pilotée et formalisée par les ARS, qui ont un rôle central au sein de ce PPSM**.

Ce plan comprend 3 parties : la première concerne l'exposé des motifs, la seconde traite des objectifs collectifs : « prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques » et la troisième précise le mode opératoire du plan et la traduction des objectifs collectifs en des changements concrets.

Le PPSM définit une stratégie à la fois :

- * **nationale** : les administrations centrales et opérateurs nationaux feront connaître la contribution de chacune de leurs feuilles de routes aux objectifs du plan avant juillet 2012.
- * **régionale** : les ARS déclineront les orientations nationales du plan dans un plan régional opérationnel qu'elles feront remonter à la DGS avant juillet 2012 (en tenant compte du calendrier d'adoption des PRS).

↳ **Partie 1 : Préambule – exposé des motifs**

⊙ Ce plan d'orientations stratégiques sur la psychiatrie et la santé mentale est réalisé au motif :

- qu'il s'agit d'un enjeu de société et de santé publique majeur,
- qu'il existe encore trop souvent des inégalités d'accès aux soins,
- que les maladies mentales peuvent troubler la capacité à demander de l'aide, à consentir et à s'engager durablement dans des soins,
- que les personnes souffrent encore trop souvent de stigmatisation et de discrimination, aggravant leur vulnérabilité.

⊙ Ce plan vise les patients vivant avec la maladie, leur entourage, les professionnels quel que soit leur champ d'intervention et l'ensemble de la population dans la mesure où toute action tend à préserver ou à restaurer une bonne santé bénéficiant à l'ensemble des individus.

⊙ Définition de certains termes tels que :

- **La santé mentale** qui comporte 3 dimensions :
 - La santé mentale (qui s'intéresse à l'ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel)
 - La détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles
 - Les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants
- **La psychiatrie** qui est une discipline médicale prenant en charge les affections psychiatriques caractérisées et les aspects pathologiques de la souffrance psychique. Elle comprend des spécificités lorsqu'elle s'adresse à certains âges de la vie (ex. : psychiatrie infanto-juvénile). Elle s'inscrit dans une dimension globale du soin, incluant la prévention, le repérage des troubles et l'insertion, en partenariat étroit de l'ensemble des personnels intervenant dans le soin (personnels soignants, socio-éducatifs, psychologues,...) avec les

professionnels intervenant dans le champ social, médico-social et des collectivités locales. La psychiatrie développe des axes de recherche dans plusieurs domaines impliquant de nombreuses collaborations soit avec d'autres spécialités médicales (neurologie, imagerie,...) ou d'autres disciplines par exemple les sciences humaines et sociales, soit avec les acteurs sociaux et médico-sociaux.

⊙ Le PPSM précise que, grâce à la loi HPST, la logique territoriale est confirmée dans l'ensemble du champ sanitaire, pour mieux adapter les réponses aux spécificités et aux besoins locaux, améliorer la répartition territoriale de l'offre et lutter contre les inégalités de santé. Dans cette perspective, le PPSM rappelle que la loi crée une gouvernance régionale (ARS), le projet régional de santé, et a renforcé les outils de pilotage (SROS, SROSM, SRP, CPOM). Il indique que les missions de service public ont également été réalisées dans cette même logique de couverture territoriale des besoins et indique **qu'il est souhaitable que la psychiatrie bénéficie d'une deuxième mission de service public à définir dans le Code de la santé publique par une mesure législative.**

⊙ Les territoires d'action compétents en psychiatrie peuvent être schématisés de la manière suivante :

- **L'unité de base : le territoire de proximité** comprend l'ensemble des acteurs hospitaliers et libéraux, médico-sociaux et sociaux. Au sein de ce territoire de proximité, le secteur définit une responsabilité institutionnelle et clinique claire associant soins, prévention. Celle-ci est articulée avec les autres acteurs sanitaires, et les dispositifs d'accompagnement social et médico-social.

- **Le territoire de santé et l'organisation départementale** : le territoire de santé est défini par les ARS. A ce jour, 54 territoires de santé recouvrent précisément un département. Pour les autres, le territoire de santé est infra ou supra départemental

- **Le niveau régional** : qui est à la fois un niveau de planification et un niveau de définition des politiques. Il correspond à un territoire pertinent d'évaluation des besoins de santé et, le cas échéant, de rééquilibrage de l'offre, mais également utile pour mettre en œuvre certaines ressources spécialisées de soins et d'accompagnement, des services médico-psychologiques régionaux (SMPR), des structures de recherche en santé mentale en partenariat avec les services universitaires des CHRU, mais aussi des structures de formation.

- **Le niveau inter-régional** correspond notamment à des dispositifs très spécialisés comme les Unités pour Malades Difficiles (UMD), les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA).

⊙ En fonction de ces éléments, chaque établissement définit la structuration interne qui lui est la plus adaptée, en fonction de ses choix et de ses projets, en conformité avec la loi HPST.

↳ **Partie 2 : Les objectifs collectifs : « prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques »**

Dans cette perspective, le PPSM se décline autour de quatre « axes stratégiques » à savoir :

⊙ **Axe 1 : la prévention et la réduction des risques au cours de la vie de la personne** en :

- en poursuivant et en développant des programmes en faveur de la santé mentale : cet objectif peut être mis en œuvre grâce à des actions de promotion de santé mentale via des programmes notamment (ex : programme de soutien à la parentalité ou programme de réduction de l'isolement chez les personnes âgées).

- en améliorant l'accès des personnes aux soins psychiatriques et somatiques et en renforçant la continuité des soins crise/post crise : en ce sens, les acteurs doivent élaborer des organisations sur le repérage, la réponse à une demande de soins programmés ou programmable, la réponse aux appels et situations d'urgence et la réponse aux besoins de soins somatiques.
- en améliorant la continuité des soins et l'accompagnement aux différents âges de la vie de la personne : à chaque niveau, il convient de développer des mesures qui visent à éviter pour les patients des ruptures de prises en charge aux âges de transition.
- en développant le partenariat avec les aidants, en identifiant une modalité de réponse repérable à leur intention
- en développant l'accès et le maintien au logement par une offre de logement accompagné, adaptée et diversifiée :
- en améliorant la prise en charge des addictions
- en améliorant la qualité de vie des personnes, la participation sociale et l'exercice professionnel
- en améliorant l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques aux droits et ce, quel que soit leur mode de soin et d'accompagnement y compris en cas de soins libres : il s'agit également d'assurer un suivi et une évaluation de la loi du 5 juillet 2011, en lien avec les professionnels et les associations, afin de fluidifier les procédures et améliorer la cohérence du dispositif

© **Axe 2 : la prévention et la réduction des ruptures selon les publics et les territoires afin de garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité et à un accompagnement social et médico-social en :**

- en faisant évoluer **le secteur** et en organisant une offre assurant la responsabilité et la continuité des soins : **il doit devenir un outil au service d'un territoire**
- en rééquilibrant l'intensité et la variété de l'offre de soin et l'accompagnement sur chaque territoire, et en allouant les ressources en fonction des besoins de la population (par l'intermédiaire notamment de **mesures et de dispositifs incitatifs encourageant l'exercice dans des zones sous-denses**)
- en structurant sur chaque territoire les coopérations et les complémentarités entre l'ensemble des professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations (grâce notamment aux conventions prévues par la loi HPST) : **le PPSM indique qu'il sera proposé une évolution législative permettant à un établissement de santé d'être membre de 2 communautés hospitalières de territoire** (une CHT psychiatrique et une CHT MCO). **Les offres sanitaires et médico-sociales seront ainsi à articuler notamment par des coopérations structurées, des réseaux, des regroupements de coopération.**
- en procédant sur chaque territoire à des expérimentations destinées à compléter l'offre de soins en ville
- en encourageant les démarches qualité grâce au déploiement du développement professionnel continu (DPC) notamment
- en faisant disparaître les conditions inacceptables d'hospitalisation en psychiatrie

- en améliorant l'accès à l'information pour tous et la lisibilité des dispositifs et ce par le renforcement de la gouvernance locale de la santé mentale
- en rendant plus accessibles les soins aux populations qui rencontrent des obstacles supplémentaires pour se faire aider

⊙ **Axe 3 : la prévention et la réduction des ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal :**

- en augmentant la culture générale sur la santé mentale, les soins et les dispositifs psychiatriques, lutter contre les images négatives véhiculées sur et par la psychiatrie
- en luttant contre les discriminations, en renforçant l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap psychique
- en prévoyant des espaces et des temps de dialogue et de réflexion entre la société et le système de soins psychiatriques
- en luttant contre la surmédicalisation du mal-être et des difficultés d'ordre social et mieux adapter notamment la consommation des psychotropes
- en repensant la sécurité en psychiatrie, à travers le fil conducteur de la bientraitance

⊙ **Axe 4 : la prévention et la réduction des ruptures entre les savoirs**

- en encourageant, en recueillant et en faisant connaître les travaux de recherche et les expériences réussies, à l'étranger et sur notre territoire, en poursuivant le développement de recommandations de bonnes pratiques
- en améliorant la formation de certains professionnels clé.
- en adaptant les pratiques de gestion des ressources humaines aux spécificités de l'exercice en psychiatrie
- en encourageant la formation pluridisciplinaire, l'évaluation des pratiques tout au long de la vie, y compris sur la question des passages à l'acte et des droits, et le développement des pratiques avancées
- en entretenant les réseaux de professionnels et en consolidant les dispositifs d'appui aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux
- en améliorant la formation des usagers et de leur entourage

↳ **Partie 3 : Le mode opératoire du plan et la traduction des objectifs collectifs en des changements concrets**

En résumé, les ARS doivent s'assurer du fonctionnement de trois échelons :

- **une commission régionale**, de concertation avec les usagers, les professionnels et les élus pour le suivi des politiques de psychiatrie et de santé mentale ;
- **un échelon spécifique départemental** en lien avec les conférences de territoire ;

- un échelon de proximité basé sur la sectorisation.

Ce plan confie aux ARS le soin de traduire ces orientations en mesures opérationnelles dans les 26 Projets régionaux de santé (PRS) en cours d'élaboration. Le pilotage national est confié à la Direction Général de la santé » (DGS) afin de s'assurer de sa bonne mise en œuvre par les administrations et les ARS et de la définition des indicateurs de suivi.

Une conférence de suivi de la mise en œuvre de ce plan sera organisée annuellement et présidée par le ministre de la santé et le ministre chargé des solidarités. Un bilan est également annoncé en 2015 à partir d'une liste restreinte d'indicateurs en cours de finalisation.

Annexe 2 : Enquête de terrain

Le soin par la musique chez le patient psychotique

Enquête de terrain : questionnaire

Votre année de diplôme :

Votre ancienneté dans la structure :

1. Quel est votre rôle dans les ateliers de musicothérapie?
2. D'après-vous, les ateliers de musicothérapie doivent-ils être exclusivement encadrés par des musicothérapeutes diplômés ? Pourquoi ?
3. Dans les ateliers de musicothérapie où, patients psychotiques et névrosés pathologiques, sont mélangés, le niveau d'exigence doit-il être le même pour l'ensemble du groupe ?
4. Existe-il des techniques particulières pour éviter la mise en échec d'un patient psychotique lors des exercices proposés ?
5. D'après vous, sur quel symptôme principal, la musicothérapie est-elle la plus utile chez un patient psychotique ?
6. En quoi, d'après vous, l'infirmier a-t-il sa place au sein d'un tel atelier, et pourquoi ?
7. Être musicien peut-il être un avantage pour prendre en charge ce type de médiation thérapeutique ?

<u>Annexe 3 : synthèse des entretiens</u>	Infirmier 1	Infirmière 2	Infirmière 3
Année de diplôme	1978	1989	1992
Ancienneté en structure hôpital de jour	11 ans	6 ans	10 ans
Quel est votre rôle dans les ateliers de musicothérapie?	Encadrement et sert de lien entre les patients et l'intervenant (musicothérapeute, psychomotricienne,...)	Co-animation. Je participe comme les patients, mais ne propose pas d'exercice et n'intervient pas dans la phase de verbalisation. Mon rôle est de régler les éventuels soucis d'ordre psychopathologiques	Co-animation et observation, mais sans intervenir sur les exercices proposés et les temps de paroles. Je réexplique les consignes si elles ne sont pas comprises
D'après-vous, les ateliers de musicothérapie doivent-ils être exclusivement encadrés par des musicothérapeutes diplômés ? Pourquoi ?	La présence du musicothérapeute est importante pour l'apport de la technique, mais la présence de l'infirmier est incontournable pour le côté connaissance des pathologies et réaction des patients	Oui car le musicothérapeute a la double compétence musique et soins. Un musicien sans aucune compétence médicale ne peut pas animer ce type d'atelier	La formation en musicothérapie est indispensable par les techniques utilisées qu'elle enseigne. Il existe cependant des formations en musicothérapie pour les infirmiers
Dans les ateliers de musicothérapie où, patients psychotiques et névrosés pathologiques, sont mélangés, le niveau d'exigence doit-il être le même pour l'ensemble du groupe ?	Oui, mais il faut structurer en groupe de niveau où les plus « fort » aident les plus « faibles ». En revanche pas de structuration par rapport aux pathologies.	Oui, il suffit de s'adapter au niveau de chacun et d'accompagner si des difficultés apparaissent	Oui car le cadre est le même. Il suffit juste de réexpliquer si certains ne comprennent pas

Existe-il des techniques particulières pour éviter la mise en échec d'un patient lors des exercices proposés ?	Non. Le psychotique ose tout et ne sens pas en échec si dès le début de séance le cadre est posé (pas de moquerie, ni de jugements)	Il faut individualiser la relation pour aider à l'intégration du groupe	Il n'y pas de mise en échec si le soignant soutient le patient dans les moments difficiles. Si le patient est réfractaire, on peut le mettre en retrait
D'après vous, sur quel symptôme principal, la musicothérapie est-elle la plus utile chez un patient psychotique ?	La musicothérapie joue principalement sur l'apaisement et la réduction de la violence. Elle fait oublier le quotidien. Joue parfois sur le symptôme hallucinatoire auditif	L'émotion : on travaille beaucoup sur l'affect ; on entre en relation avec l'autre	On travaille le lien entre les patients. Il n'y pas de symptômes précis, mais on travaille la resocialisation à travers la musique
En quoi, d'après vous, l'infirmier a sa place au sein d'un tel atelier, et pourquoi ?	Il permet de faire lien entre les patients et l'intervenant, mais aussi entre les patients eux-mêmes	Ces ateliers sont riches d'enseignement pour le soignant. L'infirmier observe dans un objectif de prise en charge globale du patient, ce que ne fait pas le musicothérapeute.	Il observe au niveau clinique et comportemental dans un but de prise en charge globale. C'est un enrichissement clinique.
Être musicien peut-il être un avantage pour prendre en charge ce type de médiation thérapeutique ?	Oui, car le psychotique a un côté enfant, et le fait de voir un musicien jouer, lui donne un côté admiratif et le projette vers un objectif	Oui par rapport à la sensibilité musicale et l'émotion transmise. Mais il faut qu'il soit soignant avant tout.	Il n'est pas essentiel d'être musicien dans le cadre du soin par la musique. Cependant il faut avoir un minimum d'affinité pour la discipline et aussi un minimum de formation



Institut de Formation en Soins Infirmiers
Avenue Camille Blanc
34200 SETE



Travail de Fin d'Etude

Jérémy JOUETTE

**Psychose,
Quand la musique devient un soin**

MOTS CLEFS

Psychose - Musicothérapie
Prise en charge globale
Rôle infirmier – Hôpital de jour

KEYWORDS

Psychosis – Music therapy
Comprehensive care
Nurse's Role – Day hospital

RESUME

En plein essor depuis le milieu du XXème siècle, la musicothérapie est aujourd'hui présente dans beaucoup de structures, et notamment les hôpitaux de jour psychiatriques. Cette médiation, qui se sert de la musique et des sons comme outil de soin, est très souvent utilisée dans le processus de prise en charge globale du patient atteint de psychose. Au fil des expériences et des témoignages, on s'aperçoit que cette forme d'art thérapie a un réel impact positif chez le patient psychotique. Ce travail met en lumière les différents points qui font que la musicothérapie est, à ce jour, un véritable levier thérapeutique.

ABSTRACT

Thriving since the middle of the 20th century, music therapy is today present in many structures, and notably the psychiatric day hospitals. This mediation, which uses music and sounds as a tool for care, is very often used in the process of comprehensive care of the patient with psychosis. Wire experiences and testimonies, one realizes that this form of art therapy has a real positive impact in psychotic patients. This work highlights the different points that make that music therapy is, to date, a real therapeutic leverage.

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Avenue Camille Blanc
34200 SETE

