

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Étienne BALLY**

le 21 Septembre 2015

**EFFETS ET MÉCANISMES D'ACTION D'UNE UNIQUE SESSION  
DE THÉRAPIE PAR L'IMPROVISATION MUSICALE CHEZ DES  
PATIENTS SCHIZOPHRÈNES HOSPITALISÉS : L'HYPOTHÈSE  
DE LA COHÉRENCE NARRATIVE**

Directeur de thèse : Dr Clara LETAMENDIA

**JURY**

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS  
Monsieur le Professeur Philippe BIRMES  
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT  
Monsieur le Docteur François GRANIER  
Madame le Docteur Clara LETAMENDIA  
Madame le Docteur Marie CHARRAS  
Monsieur le Docteur Pascal MARIE

Président  
Assesseur  
Assesseur  
Assesseur  
Suppléant  
Membre invité  
Membre invité





**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier  
au 1<sup>er</sup> septembre 2014

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B.	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE J.L.
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY J.J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

**Professeurs Émérites**

Professeur LARROUY	Professeur J.L. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANEL'FÉ	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

<b>P.U. - P.H.</b> Classes Exceptionnelles et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ADDIE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme SEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ATTAL M. (C.E.)	Hématologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul.
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie, transfusion	M. BUREAU Ch.	Hépatogastro-Entéro
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CALVAS P.	Génétique
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BROUSSET P. (C.E.)	Anatomie pathologique	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict.
M. BUGAT R. (C.E.)	Cancérologie	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt. Fonct.
M. CHAP H. (C.E.)	Biochimie	M. FOURNIÉ B.	Rhumatologie
M. CHALVÉAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E.)	Neurologie	M. GAME X.	Urologie
M. CLANET M. (C.E.)	Neurologie	M. GEBRAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation crit.
M. DAHAN M. (C.E.)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DEGRUNE G.	O. R. L.	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. FERRIERS J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. LEBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FOURCADE D.	Anesthésiologie	M. MAZERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E.)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E.)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT J-M.	Neurologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. LANG T.	Biochimie Informatique Médicale	M. PARENTE J.	Neurologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LAUQUE G. (C.E.)	Médecine Interne	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LBLAU R. (C.E.)	Immunologie	M. PAYOLUX P.	Biophysique
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MALAVALD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. PERON J.M.	Hépatogastro-Entérologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E.)	Pharmacologie	Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme MOYAL E.	Cancérologie	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme NOURHACHEM F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E.)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARRAUD J.	Sci. Du Déveco. et de la Retrod.		
M. PERRET B. (C.E.)	Biochimie		
M. PRADERE B. (C.E.)	Chirurgie générale		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RECHER Ch.	Hématologie		
M. RISCHMANN P. (C.E.)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E.)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E.)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E.)	Hépatogastro-Entérologie		
		<b>P.U.</b>	
		M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY L.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. BUSCAS L.	Hépatogastro-Entérologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. DELONCEL P.	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOLHANICK B.	Thérapeutique
Mme COURTADE-SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. COURSON	Biophysique
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme DELUSLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cardiologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GROLLEAU RADUX J.L.	Chirurgie plastique
M. GOURDY P.	Endocrinologie	Mme GUMBAUD R.	Cardiologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention	M. HUYGHE E.	Urologie
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. KAMAR N.	Néphrologie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. LARRIUE V.	Neurologie	M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. LEVADE T.	Biochimie	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophtalmologie	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. PLANTE P.	Urologie	M. ROLLAND Y.	Généralie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. RITZ P.	Nutrition	M. SALLER L.	Médecine Interne
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROSTANG L. (C.E)	Néphrologie	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUDE D. (C.E)	Médecine Légale	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. VERGEZ S.	D.R.L.
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	D. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Généralie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOU P. A.	Immunologie	Mme ABRAVANEI F.	Bactériologie - Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. BIETH E.	Génétiq	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIE S.	Nutrition	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CONGY N.	Immunologie	M. CHASSAING N.	Génétiq
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	M. EDQUARD T.	Pédiatrie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du Travail
M. GAHET P.	Biophysique	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GÉNÉRO I.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. HAMDJ S.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRANT X.	Parasitologie et mycologie	Mme GUIBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. JALBERT F.	Stomac et Maxillo Faciale	Mme GUYONNET S.	Nutrition
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ D.	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNER A.	Médecine du Travail	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. MONTDIA R.	Physiologie	Mme MALPAS F.	Biochimie
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. MEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. PILLARD F.	Physiologie	Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRIERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. RIMALHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
M. SILVA BIFONTES S.	Réanimation	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
		Mme ROUGE-SUGAT ME	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.  
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M.  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

À mon grand-père Bernard,  
A mes grands-parents

**Monsieur le Professeur Christophe ARBUS**

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous avons apprécié la qualité de vos enseignements durant notre parcours d'interne, ainsi que l'intérêt que vous portez pour la musicothérapie.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de juger ce travail.

**Monsieur le Professeur Philippe BIRMES**

Nous avons apprécié la qualité de votre enseignement et vos qualités de chercheur.

Vous avez prêté attention à ce travail, et nous avez permis de le réaliser en acceptant sa réalisation au sein de votre unité.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de juger ce travail.



**Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT**

Nous avons particulièrement apprécié votre ouverture d'esprit, votre engagement pédagogique, et les riches discussions auxquelles vous nous avez permis de prendre part tout au long de notre internat, notamment celles sur la musicothérapie.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de juger ce travail.

**Monsieur le Docteur François GRANIER**

Nous avons eu la chance de bénéficier de la richesse de votre enseignement sur les psychothérapies médiatisées, ainsi que celui que vous nous avez transmis auprès des patients.

Vous avez favorisé le bon déroulement de ce travail en nous procurant de bonnes conditions matérielles et en acceptant sa réalisation au sein de votre unité.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de juger ce travail.

**Madame le Docteur Clara LETAMENDIA,**

Si la réalisation de cette de thèse fut enrichissante et agréable à poursuivre c'est en grande partie grâce à toi et ton encadrement très profitable.

Merci pour ta disponibilité, pour avoir insufflé dans ce travail ta rigueur et ton expérience tout en me permettant de préserver son intention initiale.

**Madame le Docteur Marie CHARRAS,**

Merci pour les échanges plaisants et variés que nous avons pu avoir pendant ces quelques années (Brad, Mouvement perpétuel, James, encore Brad...). En prenant le temps d'enrichir subtilement mes réflexions initiales, autour d'une de ces salades de carottes au sel de guérande, tu as été précieuse au déclenchement de ce travail et dans des moments importants de sa réalisation, merci.

**Monsieur le Docteur Pascal MARIE,**

Merci pour ton accueil au sein du Secteur 8, tes éclairages théoriques et cliniques attractifs, et pour les conseils dans l'aboutissement de ce travail. Je me réjouis de pouvoir continuer à apprendre à tes côtés durant ces deux prochaines années.

À mes parents, à Arnaud&Adèle&(…) , à Caro, à Nico. Vous m’avez accompagné, supporté durant ces intenses années d’études ! dans l’effort et le sabbatique, les turbulences du doute, le plaisir ou l’endurance de l’apprentissage, les joies de la réussite... Merci.

Merci à l’ensemble des équipes au contact desquelles j’ai pu apprendre tout au long de ces années d’internat : les urgences psychiatrique, le CMP de la Grave, l’UF2, la liaison de l’HDE, le CAPAS de la Réunion, le secteur 5, l’USA.  
Merci à toute l’équipe du Secteur 8 pour votre confiance et votre accueil.

Aux rencontres durant cet internat :

Mes bons 1ers co-internes, Marie et P.Aï Bini.

Julien et Rémi, cette thèse n’est que la prolongation de notre 1er travail sur l’impro !

Amélie, Aude, Julie et Pascal, la jolie team de l’UF2

Raymond et toute la belle équipe du CAPAS, Adil, Christine et Thierry, pour ma 1ère expérience de musicothérapie avec les ados réunionnais !

À William le Doudingue.

À Nico et Tom les parfaits copains de la cantoche !

A Olivier, il fera bon te retrouver sur un sommet enneigé.

À mes amitiés de l’externat, en particulier Adil, et Camille pour qui je roulerais des centaines de kilomètres à vélo bronzé détendu en sifflant les mains dans le dos.

À mes amis de toujours, à Mathieu, à ma bande de loubards de Saint-Cham’.

À ceux grâce à qui les horizons musicaux sont toujours ouverts, Marco, Xav, Guillaume.

Merci aux musiciens du Milareva project qui je l’espère continuera de sonner ces prochaines années.

Au Pr Paul Lysaker de l’Université d’Indiana, au Pr Stéphane Raffard de l’Université Paul Valéry et au Pr Lilian Eyre de la Temple University : merci à vous 3 pour les échanges par e-mail qui ont nourri ce travail, vos conseils ont été essentiels et vos encouragements salutaires.

A Elena pour ton soutien et tes réflexions avisées tout au long de la rédaction, pour la chance de te connaître.

*« Ces deux gros là, quand ils sont sur scène, ils portent une responsabilité écrasante: ils ne font rien moins que le temps. On est très loin de l'expression sadique et minutieuse qui dit que l'on tient la mesure. Non, eux, ils font le Temps. »*

Laurent de Wilde, *Monk*.

## TABLE DES MATIÈRES

### Introduction

#### 1. Revue de la littérature

##### 1.1. La cohérence narrative et la schizophrénie

###### 1.1.1. Schizophrénie

###### 1.1.2. Narrativité ou création de sens

###### 1.1.3. La cohérence narrative chez les patients schizophrènes

###### 1.1.4. L'amélioration de la cohérence narrative comme objectif thérapeutique pour les patients schizophrènes

##### 1.2 La musicothérapie improvisée et la schizophrénie

###### 1.2.1. Généralités

###### 1.2.2. Une thérapie médiatisée génératrice de sens

###### 1.2.3. Données actuelles de la littérature sur la musicothérapie

###### 1.2.3.1. Musicothérapie active versus passive

###### 1.2.3.2. Musicothérapie et schizophrénie

###### 1.2.3.3. Musicothérapie pour les patients hospitalisés en psychiatrie

###### 1.2.3.4. Prises en charges très brèves en musicothérapie

###### 1.2.4. L'improvisation en musicothérapie

###### 1.2.4.1. Généralités

###### 1.2.4.2. Évolutions théoriques et méthodes

###### 1.2.4.3. L'improvisation musicale, une application thérapeutique du concept de *formes de vitalité*

###### 1.2.4.4. Improvisation et schizophrénie

###### 1.2.5. Réflexion globale sur les dispositifs de soins pour les patients schizophrènes hospitalisés dans les pays anglo-saxons.

###### 1.2.6. Mécanismes d'action de la thérapie par l'improvisation musicale chez des patients schizophrènes hospitalisés : l'hypothèse de la cohérence narrative



1.2.6.1. Quels mécanismes d'action pour l'improvisation en musicothérapie ?

1.2.6.2. Justification des liens entre improvisation musicale et cohérence narrative

1.2.6.2.1. Intersubjectivité, expression de soi et des émotions

1.2.6.2.2. Problématique : la musique n'est pas sémantique

1.2.6.2.3. Mais elle est logique...

1.2.6.2.4. L'investissement subjectif du temps

1.2.6.2.4.1. L'enveloppe prénarrative (Daniel N. Stern)

1.2.6.2.4.2. L'identité narrative (Paul Ricoeur)

1.3. Intérêt clinique

1.4. Conclusion

2. Étude empirique

2.1. Méthode

2.1.1. Design de l'étude

2.1.2. Objectifs

2.1.3. Participants

2.1.4. Critères de jugement

2.1.5. Méthodologie de la recherche

2.1.5.1. Mesures, investigateur

2.1.5.1.1. Les caractéristiques démographiques et cliniques

2.1.5.1.2. Les instruments de mesure

2.1.5.1.3. L'investigateur

2.1.5.2. Procédure

2.1.5.2.1. À T0.

2.1.5.2.2. À T1 (à 48h de T0)

2.1.5.2.2.1. La session de musicothérapie

2.1.5.2.2.2. Méthodes thérapeutiques de base

#### 2.1.5.2.2.3. Déroulement type d'une session

#### 2.1.6. Analyse statistique des données

### 2.2. Résultats

#### 2.2.1. Participants

#### 2.2.2. Analyse qualitative de la session de musicothérapie

#### 2.2.3. Résultats

##### 2.2.3.1. Analyse descriptive

##### 2.2.3.4. Analyses de corrélation

### 2.3. Discussion

#### 2.3.1. Recueil qualitatif

#### 2.3.2. Efficacité sur le critère principal d'évaluation : les échelle de la PANSS et de la TLC

#### 2.3.3. Efficacité sur les critères secondaires d'évaluation : la NCRS

#### 2.3.4. Efficacité sur les critères secondaires d'évaluation: l'association entre la NCRS et les mesures symptomatiques

#### 2.3.5. Implications cliniques

#### 2.3.6. Limitations de l'étude

### Conclusion

## Introduction

« *I guess it's making sense, resolving a thought*<sup>1</sup> ».

Ces mots du saxophoniste new-yorkais Sonny Rollins à propos de l'improvisation musicale suggèrent que sa pratique génère l'expression d'un sens global en dépit du fait qu'elle n'est pas une activité représentative. Grâce à l'évolution de ses paramètres dynamiques à travers le temps, l'improvisation créerait ainsi une sorte de trame narrative.

La littérature suggère d'ailleurs que l'improvisation musicale pourrait avoir sa place dans le traitement des patients schizophrènes pour lesquels la perte de sens est au coeur de l'ensemble des symptômes, notamment les troubles de la pensée et du langage. De fait elle est assez largement utilisée dans les soins proposés à ces patients. Ainsi il apparaît important qu'à l'avenir la recherche scientifique s'attache à préciser la nature de son efficacité, la forme sous laquelle elle pourrait être dispensée en hospitalisation, ainsi que ses mécanismes d'action.

La musicothérapie improvisée a-t-elle une efficacité chez les patients schizophrènes ? Si oui sur quels symptômes ? A-t-elle sa place pour soigner ces patients à l'hôpital ? Sous quelle forme ? Doit-elle l'efficacité qu'on lui prête à la façon dont elle génère du sens ? Et si oui est-il possible d'envisager cela à travers le concept de cohérence narrative ? Ces questions constituent l'essence de ce travail.

---

<sup>1</sup> « J'imagine que ça crée du sens, que ça formule une pensée »

# 1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

## 1.1. La cohérence narrative et la schizophrénie

### 1.1.1. Schizophrénie

La schizophrénie est une maladie psychique sévère, chronique et invalidante, qui affecte environ 0,7% de la population mondiale, et a toujours un retentissement important sur les malades, leurs familles et la société malgré des décennies de recherche (Krebs, 2014). Ses symptômes sont très hétérogènes d'un patient à l'autre et évoluent souvent au cours de la maladie. Les cliniciens les classent en trois groupes (Ibid, 2014):

-Les symptômes positifs, qui concernent les idées délirantes, ainsi que les hallucinations sensorielles, le plus souvent acoustico-verbales.

-Les symptômes négatifs, correspondant à un appauvrissement affectif, avec une mise en retrait par rapport à la famille et la société.

-Il existe une troisième dimension importante, les symptômes dissociatifs, qui concernent une désorganisation des émotions, du comportement, de la pensée et du discours.

En plaçant la dissociation au centre de la maladie, Bleuler l'a érigée en modèle psychopathologique (Kapsambelis, 2014). Son néologisme de schizophrénie (du grec *schizein* : séparer) témoigne à lui seul de l'importance de cette dimension pour appréhender cette pathologie. La dissociation est responsable des troubles de la pensée qui se traduisent dans les troubles caractéristiques du langage des schizophrènes. Des outils d'évaluation psychiatrique fournissent des critères pour analyser globalement ces

troubles, notamment l'échelle d'évaluation de la pensée, du langage, de la communication (*Scale for Assessment of Thought Language and Communication, TLC*, Andreasen, 1986). Ses critères comprennent des caractéristiques telles que la perte des associations, dans laquelle la personne peut sauter d'un sujet à un autre sans transitions logiques évidentes (ex: « J'apprécie mon saumon bien cuit... mais je ferais attention s'il pleut, je mettrai un ciré jaune ») ou l'incohérence qui se caractérise par un discours totalement incompréhensible (ex : « Nico la lubie te tricote en toute quiétude déboulinnée, les arbres étaient bien moins possibles avant la croute sismique »).

Ainsi, les troubles de la pensée sont reflétés dans les discours des patients. L'une des difficultés du langage que l'on retrouve chez les schizophrènes concerne leur incapacité à créer un récit cohérent (Lysaker, 2002), et dans ce sens des études récentes suggèrent que les troubles de la pensée et du langage sont à mettre en lien avec le concept de cohérence narrative<sup>2</sup>. Nous nous pencherons sur ce concept tout au long de ce travail. Avant de le développer, nous aborderons celui plus général de narrativité.

### 1.1.2. Narrativité ou création de sens

Issue d'horizons épistémologiques variés, la narrativité est un concept en plein essor. S'il n'existe pas de définition consensuelle sur ce qu'est la narrativité, on peut avant tout définir le récit comme « une histoire racontée à propos d'un événement, configurée sous la forme d'une intrigue, et qui se déroule dans le temps » (Polkinghorne, 1995). Sluzki (1992) le définit quant à lui comme un système sémantique qui

---

<sup>2</sup> Raffard (2010), par exemple, suggère d'utiliser conjointement une échelle spécifique des troubles de la pensée (la TLC) avec une échelle de cohérence narrative (la NCRS) pour faire le lien entre ces deux champs.

contient du sens, « une intention globale ». Pour France & Uhlin (2006), la construction du récit personnel est un acte créatif qui donne du sens à nos vies. « En façonnant un récit, nous sommes en mesure de lier notre passé à notre futur, de lier nos affects à nos cognitions, d'intégrer l'image de soi ».

Ainsi, un nombre important de chercheurs soutiennent que les récits que nous racontons sur nous-mêmes sont des instruments essentiels, offrant du sens à notre expérience quotidienne et une cohérence à notre identité (Lysaker, 2010).

En outre, dans une perspective de soins, le film « Barberousse » de A. Kurosawa (1965) raconte à quel point les récits de vie des patients sont une médiation indispensable à la rencontre avec les patients. Dans ce film, ils permettent au personnage principal (un interne en médecine dans l'apprentissage de son exercice) d'éviter une confrontation brutale à la folie, de « passer de l'immédiateté de l'émotion, ou de son refoulement par la science médicale, à des relations de sujets », des relations de confiance qui fondent le soin (Lefève, 2012).

La narrativité désigne la façon dont nous produisons ces récits. La cohérence narrative désigne tout ce qui a trait à la forme de ces récits (et non son contenu). Elle peut s'évaluer à l'aide d'échelles, dont l'une est spécifique à la schizophrénie, la *Narrative Coherence Rating Scale* (NCRS). Il s'agit d'un questionnaire d'hétéro-évaluation qui évalue les récits à partir de trois dimensions : la logique et l'organisation temporelle, la richesse des détails phénoménologiques et descriptifs, et la plausibilité.

Ce travail s'attachera spécifiquement à la cohérence narrative. D'une part parce qu'une étude de cas qui s'est déroulée sur 32 mois a pu mettre en avant que la cohérence du discours s'améliore plus rapidement que son contenu (Lysaker, 2005). Mais surtout parce que nous faisons l'hypothèse que la cohérence narrative a des liens plus

étroits avec la dimension des troubles de la pensée que nous souhaitons aussi évaluer, ainsi qu'avec les formes d'expression non-verbales comme l'improvisation musicale, nous verrons pourquoi.

### 1.1.3. La Cohérence Narrative chez les patients Schizophrènes

Dans certaines études qualitatives ayant examiné les récits personnels transcrits des personnes atteintes de schizophrénie, on constate que les patients schizophrènes présentent des difficultés à organiser le récit de leurs vécus psychotiques en une séquence temporelle cohérente. Les caractéristiques temporelles de l'intrigue (la manière dont les expériences de vie sont intégrées dans une séquence de temps qui puisse leur apporter un ordre et du sens) sont perdues (Lovell, 1997). En conséquence, les récits peuvent manquer de logique, de direction et de cohésion, ce qui laisse le patient « piégé dans un présent chaotique et déstructuré », ce dernier ne pouvant alors s'engager pleinement dans le présent ou envisager l'avenir (Holma & Aaltonen, 1998).

D'autre part certains auteurs, principalement Lysaker et al., ont mené des études de recherche quantitative. Le but de ces études était de développer une méthode d'évaluation spécifiquement narrative, ainsi qu'une méthode thérapeutique (Lysaker et al. 2003; Lysaker et al. 2005). Elles soulignent que les perturbations de la cohérence narrative sont souvent particulièrement profondes chez les patients schizophrènes (Lysaker et al., 2003). Les récits personnels des patients schizophrènes sont moins cohérents que ceux des sujets sains : ils sont moins organisés chronologiquement et moins situés



dans le temps, ils manquent de sens et sont moins compréhensibles, plausibles et acceptables pour les autres (Raffard, 2010). De ces perturbations dépendraient certains symptômes importants, par exemple la sévérité des symptômes négatifs qui grèvent si fortement le pronostic de ces malades (Lysaker, 2012).

#### 1.1.4. Améliorer la cohérence narrative, une thérapie pour les patients schizophrènes

Pour Michael White (1995), la thérapie par la narrativité (dont il est l'inventeur) a pour objectif de générer du changement en modifiant le sens et la cohérence que les patients donnent à leurs vies à travers leurs récits. L'amélioration de la cohérence narrative aurait alors un impact important sur la vie des patients :

-Dans un contexte aigu, la guérison de l'accès dépendrait en partie de la capacité des patients à mettre en récit leur expérience récente (Holma & Aaltonen, 1998).

-Plus globalement, l'amélioration de la cohérence narrative pourrait être un moyen de favoriser l'amélioration clinique des patients schizophrènes et non un corollaire de celle-ci. Les chercheurs lui confèrent une fonction centrale dans le processus de rétablissement des troubles mentaux graves (Lysaker et al. , 2010).

Les études indiquent que plusieurs leviers thérapeutiques permettent aux patients schizophrènes d'améliorer significativement la cohésion de leurs récits : les thérapies

ayant une approche spécifiquement narrative (Lysaker 2005, 2010), les soins psychiatriques courants (Saavedra, 2009a&b ; Saavedra, 2010), ainsi que la musicothérapie active par l'improvisation (Eyre, 2008). Au cours de ce travail, ce sont les effets de la musicothérapie active sur la cohérence narrative que nous tenterons de mettre en évidence, nous justifierons pourquoi.

## **1.2. La musicothérapie improvisée et la schizophrénie**

### 1.2.1. Généralités.

La musique accompagne le quotidien de tous, chacun en a une expérience personnelle. Dans certaines cultures, elle est considérée comme thérapeutique (ex : *ragas* en Inde), l'idée de musicothérapie étant universelle et très ancienne : on retrouve de nombreux écrits ayant traités aux vertus thérapeutiques de la musique depuis l'antiquité, principalement cathartiques ou apaisantes. Les Grecs pensaient par exemple que la musique connecte nos âmes à l'« harmonie céleste » (Lecourt, 2005).

Elle fut introduite dans les asiles psychiatriques Parisiens au début du 19<sup>ème</sup> siècle :

« L'ordre et la mesure que la musique symbolise doivent permettre de rétablir, chez le fou, l'ordre moral et un comportement socialement adapté. La musique est

alors considérée comme un moyen de calmer les agités, de stimuler les apathiques, de chasser les idées morbides. » (*Ibid*, 2005).

A la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, on préférera les nouveaux horizons entrevus grâce aux avancées de la psychiatrie et de la psychanalyse. Mais la musicothérapie connaîtra un renouveau dans les années 1950 où elle va commencer à s'organiser, avec notamment la création de la première association américaine de musicothérapie. Son développement se fera au sein de différents pays, et l'internationalisation des travaux va permettre des échanges et une structuration de sa pratique. Ses bases théoriques sont influencées dans chaque pays par les divers courants psychothérapeutiques en vogue. Elle apparaît en France dans les années 1960 et s'organise dans les années 1980. Actuellement elle s'y développe assez largement, dans les secteurs de la santé et de l'éducatif.

Selon la définition canadienne, la musicothérapie est l'« utilisation efficace de la musique et des éléments musicaux par un(e) musicothérapeute diplômé(e) pour promouvoir, maintenir, restaurer la santé mentale, physique, émotionnelle et spirituelle. La musique a des qualités non-verbales, créatives, émotionnelles et structurelles. Ces qualités sont utilisées dans la relation thérapeutique pour faciliter le contact, les interactions, la conscience de soi, l'apprentissage, l'expression de ses émotions, la communication et le développement personnel. » (Canadian Association for Music therapy, 1994).

La musicothérapie partage un certain nombre de points communs avec les autres formes de psychothérapies (Notions de théorie, méthodes, lieu, thérapeute, patient, relation). Comme toute technique d'art-thérapie, elle doit être intégrée dans un projet thérapeutique cohérent qui doit préciser le cadre, les techniques choisies, le contenu des séances, et doit se situer par rapport au reste de la prise en charge. Elle se pratique

en groupe ou en individuel, et utilise des techniques actives ou passives. Les thérapies actives impliquent de chanter ou de jouer des instruments de musique et comprennent l'improvisation, l'interprétation et la composition. Les techniques passives reposent sur l'écoute d'extraits sonores.

La musicothérapie permet par ailleurs de favoriser les soins ayant peu d'effets secondaires et à coût faible (Mc Donald, 2014). Ses applications sont très larges, en voici quelques exemples : en santé mentale (nous développerons celles-ci au cours de ce travail), pour les traumatismes neurologiques (Aigen 2009), dans l'accompagnement de patients atteints de cancer (Pothoulaki et al 2012), en soins palliatifs (Hartley, 2000), pour la maladie d'Alzheimer (Guetin et al., 2013).

### 1.2.2. Une thérapie médiatisée génératrice de sens

- Médiation, relation.

Les premières théorisations sur la musicothérapie se sont faites à partir des expériences cliniques. Petit à petit, une distance épistémologique avec les formes de pratiques historiques a eu lieu à mesure que des réflexions se sont tenues sur le cadre à mettre en place pour que se développe un processus thérapeutique. Les réflexions théoriques ont pu évoluer grâce aux concepts de *médiation*, *d'aire transitionnelle* transmis par D.W. Winnicott. Comme le résume R. Kaës (2002), chez l'enfant « l'avènement de l'espace transitionnel permet l'exploration par le jeu des objets, des autres et de la culture, dans l'entre-deux où s'établissent les limites entre le dedans et le dehors, le moi et le non-moi ». Ainsi, les psychothérapies médiatisées permettent de re-

jouer les vécus infantiles grâce à la possibilité d'évoluer dans cet espace intermédiaire. Elle crée une opportunité pour changer sa relation aux autres et à soi-même grâce à l'exploration d'un objet transitionnel par le jeu (D.W. Winnicott, 1975).

En musicothérapie il s'agit de jouer à l'aide de la musique. Mais comme l'énonce clairement Perrouault (2013), « ça n'est pas la musique qui agit directement sur l'individu qui l'écoute, comme dans l'approche magique par exemple, mais ses effets sont à comprendre et intégrer dans une forme trinaire, et non plus binaire, liée à la situation : il y a en effet un patient, un thérapeute et la musique. On ne soigne donc pas par la musique, mais avec elle et grâce à elle, la musique seule ne guérit pas, elle n'est pas un médicament ».

C'est la relation qui est censée agir dans l'effet thérapeutique, « l'effet de croissance psychique », au moyen de l'objet de la médiation (R. Kaës, 2002).

- Le travail du sens.

La musique a donc « une place à prendre dans cette catégorie de l'intermédiaire, avec cette singularité de non représentativité directe, de non signification » (Perrouault, 2013).

Car effectivement, la musique fait sens, mais sans signifier précisément. « La musique est réputée être un facilitateur de la communication puisqu'elle permet l'expression d'un sens global, associé à la dynamique d'un mouvement, et n'implique pas de signification immédiate » (Perrouault, 2013).

Dans ce travail, nous tâcherons précisément de faire le lien entre le sens contenu dans le domaine du non-verbal, l'improvisation musicale , et celui contenu dans le domaine verbal, le récit des patients. Pour ce faire nous intégrerons la pratique de la musicothérapie, et le concept de cohérence narrative.

### 1.2.3. Données actuelles de la littérature sur la musicothérapie

#### 1.2.3.1. Musicothérapie active versus passive

Chaque méthode peut être utilisée dans le traitement des personnes souffrant de schizophrénie (Bruscia, 1998). Mais le nombre de patients schizophrènes acceptant de participer à des séances de musicothérapie active est supérieur au nombre de patients acceptant de participer à des séances de musicothérapie passive (Silverman, 2012). Par ailleurs, on observe une supériorité de la musicothérapie active en ce qui concerne leur capacité à tenir sur une séance entière (ibid, 2012). Nous utiliserons ainsi dans notre étude la musicothérapie active.

#### 1.2.3.2. Musicothérapie et schizophrénie

Les preuves scientifiques montrant l'efficacité globale de la musicothérapie sont limitées. Silverman (2010a) a publié une méta-analyse sur la musicothérapie fondée sur

les preuves. Seuls trois des 52 documents analysés ont été retenus. La majorité des documents avaient été exclus en raison du manque d'essais contrôlés randomisés et de leur faible qualité.

A ce jour, à notre connaissance, 3 méta-analyses se sont intéressées spécifiquement aux effets de la musicothérapie chez les patients schizophrènes :

- En 2003, Silverman a publié une méta-analyse sur 19 études quantitatives pour évaluer l'influence de la musicothérapie chez ces patients. Les résultats ont indiqué que les deux méthodes (active et réceptive) de musicothérapie étaient efficaces dans la lutte contre les symptômes psychotiques.

- En 2006, Gold et al. ont procédé à une nouvelle méta-analyse. Cette revue a été incluse dans la Cochrane Library. Gold et al. ont retenu 4 études fiables sur 34 sélectionnées. Ces quatre études ont montré qu'une utilisation de la musicothérapie chez des patients schizophrènes, combinée avec des soins courants, pouvait améliorer l'ensemble des symptômes négatifs, ainsi que le fonctionnement social des patients.

- En 2011 (a) , Mössler et al. ont publié une autre revue Cochrane. Ils ont examiné 85 documents (y compris les documents qui ont été examinés par Gold et al.), et ont retenu huit études fiables. Ils ont mis en évidence que la prescription de la musicothérapie, associée aux traitements standards, était plus efficace qu'un traitement standard simple pour atténuer les symptômes négatifs, la dépression et l'anxiété, et pour l'amélioration de l'état mental global et du fonctionnement social. Certains aspects du fonctionnement cognitif et du comportement semblaient être améliorés dans certains cas.

Ainsi, nous voyons petit à petit apparaître des études sur la musicothérapie pour les personnes atteintes de schizophrénie. Si la plupart de ces études manquent de fiabilité scientifique, certaines ont pu mettre en évidence des effets significatifs de la musicothérapie sur certains symptômes psychiatriques majeurs du spectre de la schizophrénie.

#### 1.2.3.3. Musicothérapie pour les patients hospitalisés en psychiatrie.

En 2014, une méta-analyse a été consacrée à la musicothérapie pour les patients hospitalisés en psychiatrie (Carr et al., 2014). 96 études ont été sélectionnées, dont 57 ne concernaient que la prise en charge aiguë des patients, les autres intégraient aussi les prises en charge qui suivaient l'hospitalisation.

La plupart des interventions faisait appel à la musicothérapie active, principalement l'improvisation libre qui concernait 50 articles. Les échanges au cours des sessions étaient souvent orientés par les patients, mais structurés par le thérapeute au début et à la fin des sessions. Un temps d'échange verbal avait très souvent lieu, il était présent dans 63 des 96 études sélectionnées. 17 études concernaient des prises en charges individuelles uniquement, pour lesquelles les sessions duraient alors entre 10 et 60 minutes, et étaient dispensées de 1 à 6 fois par semaine (45 articles évoquaient des prises en charges groupales, et 29 concernaient les 2).

Nous constatons que les objectifs relatifs à la diminution des symptômes spécifiques n'étaient pas les plus fréquents puisqu'il ne concernaient que 20 études. Le cas échéant, ils concernaient principalement les symptômes psychotiques et la réduction



de la dépression et de l'anxiété. Certains auteurs avancent que c'est plutôt le travail sur les ressources des patients qui peut les aider à faire face à leur situation (Solli 2003).

Cependant, parmi les 35 travaux de recherche identifiés dans cette étude, 10 avaient des objectifs cliniques. Parmi ceux-ci, 8 étaient des études randomisées et contrôlées (Cassity 1976, Odell-Miller et al. 2006, Talwar et al. 2006, Ulrich et al. 2007, Silverman 2009, Morgan et al. 2011, Silverman 2011a,b). Elles concernaient toutes la prise en charge de patients schizophrènes. De 4 à 12 séances étaient dispensées sur 2 semaines à 3 mois, la taille des échantillons étant comprise entre 12 et 81 patients. Il s'agissait alors à chaque fois de musicothérapie active improvisée avec un certain degré de structure, mais les méthodes utilisées étaient variables. Une réduction significative des symptômes globaux (Talwar et al. 2006), positifs ou négatifs (Morgan 2011, Ulrich et al. 2007), ainsi qu'une amélioration du fonctionnement interpersonnel (Ulrich et al. 2007) était observée chez les patients bénéficiant d'une prise en charge musicothérapeutique par rapport aux témoins.

Ces résultats encourageants nous ont conforté dans l'idée de réaliser notre recrutement sur l'hôpital de psychiatrie du CHU de Toulouse.

#### 1.2.3.4. Prises en charge très brèves en musicothérapie

Il existe 14 publications ayant trait à des sessions uniques de musicothérapie. Si des effets positifs y ont été observés, aucune n'évaluait l'existence d'un impact significatif sur les symptômes de la schizophrénie à l'aide d'échelles standardisées (Murphy, 1992; Arnason, 1993; Davies & Richards, 1998; Hara, 1999; Shultis, 1999; Solli, 2003,

2006; Silverman et Marcionneti, 2004; Thomas, 2007; Leite, 2008; Silverman, 2009a,b, 2010b, 2011a,b).

#### 1.2.4. L'improvisation en musicothérapie.

##### 1.2.4.1. Généralités

- L'improvisation musicale

L'improvisation musicale est la création en temps réel d'une combinaison de sons, d'une mélodie ou d'un rythme, à l'aide d'instruments ou du chant, dans une structure ayant un début et une fin (Bruscia, 1998). Elle est universelle, une longue histoire de l'improvisation musicale existant dans quasiment toutes les cultures à des niveaux de présence variables (elle est notamment le genre dominant dans les cultures musicales d'Asie et d'Afrique).

- L'improvisation en musicothérapie

Elle peut se définir comme « l'utilisation de l'improvisation musicale dans un environnement de confiance et de soutien établi pour rencontrer les besoins du patient. »

(Bruscia, 1998) . Elle est l'une des méthodes principales utilisées en musicothérapie, et « en représente l'essence même » (ibid, 1998).

- Tous des improvisateurs !

Dans une optique développementale, les concepts de l'improvisation se retrouvent dès la petite enfance. Selon Trevarthen (2002), dans les interactions mère-enfant qui précèdent la naissance du langage (et même après tout au long de la vie), la communication se fait à travers l'évolution de paramètres dynamiques comme le rythme, l'intensité ou la durée. On parle alors d'une *communication musicale* (« communicative musicality »). Ainsi, il existe un lien étroit entre la communication mère-nourrisson et la façon dont un duo de jazz improvise, en termes d'aspect temporel et de qualités dynamique (Gratier, 2009).

Depuis les premiers jours donc, sans qu'on s'en rende compte, chacun se livre à une forme d'improvisation musicale dans les interactions humaines. Cette accessibilité de l'improvisation signifie qu'elle est potentiellement applicable comme moyen d'intervention auprès de tout type de patients, contrairement aux autres pratiques musicales actives où les compétences et les connaissances techniques spécifiques sont requises pour participer.

#### 1.2.4.2. Évolutions théorique et méthode

- Evolution théorique.

L'improvisation a été intégrée dans la musicothérapie il y a une quarantaine d'années aux Etats-Unis et en Angleterre, juste après sa professionnalisation. Dans les années 60 à New-York, Paul Nordoff et Clive Robbins réalisaient les premières expériences d'improvisation auprès d'enfants handicapés. Plus tard, ils clarifièrent leur premier modèle théorique, la *Creative Music Therapy*. Au même moment, Juliette Alvin développait à Londres une façon de travailler auprès d'enfants autistes par le biais de l'improvisation musicale, à travers la *Free Improvisation Therapy*. Mary Priestley fut quant à elle la première thérapeute à étudier l'utilisation de l'improvisation auprès d'adultes capables d'utiliser le langage et développa au fil des années son propre modèle, l'*Analytical Music Therapy*. Ces trois modèles se développèrent de façon indépendante les uns des autres, proposant chacun des objectifs et des façons de travailler différents. Depuis les années 1980 jusqu'à ce jour, ces modèles se sont largement répandus, et de nouvelles approches sont apparues.

- Méthode Wigram

Dans un livre sans précédent intitulé *Improvisational Models of Music Therapy* (1987), Kenneth Bruscia a détaillé et comparé 25 modèles d'improvisation en musicothérapie, ce qui lui a permis d'abstraire quelques principes généraux. Il présenta alors une description de 64 techniques cliniques d'improvisation musicale fondamentales. En 2004, dans *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*, Tony Wigram s'est inspiré des modèles originaux pour proposer aux thérapeutes une nouvelle catégorisation de référence des techniques d'improvisation en musicothérapie. Elle concerne tous les instruments de musique, et s'applique à des dispositifs individuels ou groupaux. Cette méthode est actuellement largement

diffusée comme technique de référence de musicothérapie active dans les pays nordiques ou anglo-saxons, c'est celle que nous utiliserons dans notre protocole d'étude car elle est recommandée pour des dispositifs individuels (Mc Donald, 2014).

On y apprend que le thérapeute doit s'adapter au patient en choisissant avec flexibilité les techniques les plus appropriées à sa façon de jouer, à l'estimation de ses besoins. Dans la partie empirique, nous décrirons les « Méthodes thérapeutiques de base » qu'il propose, puisque comme nous le verrons, elles s'adapteront plus aisément à des patients schizophrènes.

1.2.4.3. L'improvisation musicale selon Wigram, une application thérapeutique du concept de *formes de vitalité*

Les dispositifs de soins anglo-saxons en musicothérapie évoluent. Les thérapeutes qui travaillent sur des approches psychodynamiques ont adapté leurs modèles pour se concentrer davantage sur les processus interpersonnels immédiats, influencés par les travaux de Daniel Stern (Carr et al., 2014). Pour Stern (2010), « l'élément le plus transformateur en psychothérapie est l'expérience de la relation thérapeutique ». Il créa le concept de *formes de vitalité* pour décrire la dynamique, « le comment, le style d'une expérience et non le quoi, ou le pourquoi », précise qu'elles sont « davantage forme que contenu », et composées de cinq événements dynamiques : le mouvement, la force, le temps, l'espace, l'intention / la directionnalité, intégrés en un même tout. D'après lui, « différentes choses sont partagées dans l'intersubjectivité : le contenu des communications linguistiques, les émotions, et les *formes de vitalité* », mais « c'est

sans doute le partage de cette dernière qui est la voie d'accès la plus directe à l'expérience subjective d'autrui. » Ainsi, l'expérience fondamentale, le facteur le plus important dans l'interaction n'est pas l'évènement en lui-même, mais comment l'interaction procède.

L'interaction improvisée entre deux musiciens est étroitement liée au partage des *formes de vitalité*. Dans l'improvisation, la communication progresse dans le temps à travers des paramètres dynamiques (le rythme, l'intensité, le volume, la durée...) et « c'est la combinaison de ces éléments qui détermine la qualité d'une improvisation » (Wigram, 2004). Ainsi pour Stern « le rôle des formes de vitalité dans l'intersubjectivité fait naître un nouvel intérêt dans le champs des thérapies médiatisées, et la thérapie par l'improvisation musicale en est un des meilleurs exemples. ». Il n'hésite pas à penser que les techniques de Wigram, que nous avons évoquées et que nous utiliserons dans cette étude, sont directement liées au domaine des *formes de vitalités*, il avance même qu'elles en seraient le champ d'application le plus évident (2010).

#### 1.2.4.3. Improvisation et schizophrénie

L'improvisation en musicothérapie est largement utilisée dans le traitement de la schizophrénie (Bruscia, 1998).

- Études de cas

Parmi les descriptions de cas cliniques on relève : une amélioration de la communication et de la socialisation (Stephens, 1983), une amélioration de l'estime de soi , un renforcement du Moi, de l'identité (Trondalen, 2001), un plus grand accès à ses émotions (Priestley, 1994), et une capacité accrue à travailler à partir d'elles (Odel-Miller, 1995), une amélioration de l'intimité dans les relations (John, 1995).

- Études quantitatives

Plusieurs études randomisées ont mis en évidence des changements dans la mesure des symptômes de la schizophrénie grâce à l'utilisation de l'improvisation en musicothérapie. Une réduction significative des symptômes globaux (Talwar et al. 2006), positifs ou négatifs (Morgan 2011, Ulrich et al. 2007), ainsi qu'une amélioration du fonctionnement interpersonnel (Ulrich et al. 2007) était observée chez les patients bénéficiant d'une prise en charge musicothérapeutique par rapport aux témoins.

- Manière d'improviser des schizophrènes, spécificité des difficultés : quelles méthodes thérapeutiques pour ces patients ?

Steinberg et al. (1985, 1991) ont observé que l'expression musicale improvisée changeait en fonction de la nature et du degré de la maladie mentale. Les patients schizophrènes en pleine décompensation avaient des performances instrumentales altérées pour ce qui est de la dimension de la logique musicale et de l'ordre, par rapport à des patients maniaques et dépressifs.

Pavlicevic et Trevarthen (1994) quant à eux ont conçu l'échelle *Musical Improvisation Rating* (MIR), qui définit « six niveaux de contact musical et émotionnel » entre le thérapeute et le patient (les critères de ces niveaux étant basés sur des éléments musicaux tels que le rythme, le tempo et la mélodie). Ils observèrent des scores significativement différents entre patients schizophrènes, dépressifs et sujets sains. La capacité à organiser une expression musicale improvisée au contact d'une autre personne était grandement diminuée pour le groupe des schizophrènes, mais ces derniers pouvaient améliorer de façon significative leur niveau d'interaction musicale avec le thérapeute (plus que les sujets témoins qui ont montré une petite amélioration non significative).

Ceci nous encourage à utiliser des méthodes thérapeutiques d'improvisation assez basiques avec les patients schizophrènes.

1.2.5. Réflexion globale sur les dispositifs de soins pour les patients schizophrènes hospitalisés dans les pays anglo-saxons.

Actuellement il existe une grande variété d'approches de la musicothérapie dans les milieux psychiatriques hospitaliers pour adultes, et il n'existe pas de modèle de pratique clinique clairement défini pour répondre aux défis actuels des soins en santé mentale à l'hôpital.

« Le développement de modèles comprenant des concepts théoriques, une pratique clinique avec des objectifs cohérents, est nécessaire pour pouvoir tester via des essais cliniques la faisabilité et l'efficacité de la musicothérapie pour les patients de psychiatrie hospitalisés » (Carr et al., 2014).



Les modèles de soins courants actuels aboutissent à la nécessité de modifier ceux existants pour la musicothérapie, à se concentrer sur les objectifs immédiats et à court terme. Car si l'amélioration clinique des patients schizophrènes dépend classiquement de 20 séances ou plus de musicothérapie (Gold et al. 2006), au vu de l'amélioration observée après quelques séances on peut toujours questionner l'intérêt d'un dispositif avec un faible nombre de séances voire une session unique pour des patients hospitalisés, d'autant plus que les patients ont des difficultés à rester en lien avec les ateliers thérapeutiques après l'hospitalisation (Talwar et al, 2006).

Par ailleurs, dans les pays anglo-saxons, si les dispositifs de thérapie de groupe ont beaucoup influencé les années 1980 (Yalom 1983, 2005), dans les services d'admission les prises en charge collectives en musicothérapie ont eu tendance à diminuer en nombre au profit de modèles de soins individuels (Grandison 1991 et Odell-Miller 1986, 1992). Les musicothérapeutes qui travaillaient sur des approches psychanalytiques et psychodynamiques ont adapté leurs modèles pour se concentrer davantage sur les processus interpersonnels immédiats que sur l'interprétation de la dynamique du transfert, influencés en cela par les travaux de Daniel Stern (Carr et al., 2014), que nous aborderons plus loin. Dans ce sens, certains auteurs comme De Backer (2006), Jensen (2002) et Solli & Rolvsjord (2009) recommandent de nouvelles façons de pratiquer la musicothérapie avec les patients schizophrènes décompensés, certains allant jusqu'à contre-indiquer les groupes mixtes élargis pour ces patients, les dispositifs de sessions individuelles ou les groupes spécifiques semblant plus adaptés.

D'autres auteurs estiment qu'un travail sur les ressources des patients doit primer sur l'élimination complète des symptômes, étant donné les délais limités de prise en

charge en hospitalisation (Solli 2003). En Norvège, où la musicothérapie est assez largement utilisée, le concept de *ressource orientation* dans les soins de santé mentale est en plein développement (Mossler et al. 2011b, Solli 2006).

Ainsi, au vu des travaux de recherche que nous avons évoqués et des réflexions sur les dispositifs de soins, nous pourrions proposer un modèle d'intervention de musicothérapie active par l'improvisation libre, au cours d'une session unique et individuelle. Nous évaluerions les symptômes de la schizophrénie à l'aide d'échelles standardisées. Afin de conserver des objectifs cliniques réalistes, nous pourrions miser sur le renforcement des ressources des patients en s'emparant du concept de cohérence narrative qui nous permettra par ailleurs d'avancer notre hypothèse sur les mécanismes d'action de l'improvisation.

1.2.6. Mécanismes d'action de la thérapie par l'improvisation musicale chez des patients schizophrènes hospitalisés : l'hypothèse de la cohérence narrative.

1.2.6.1. Quels mécanismes d'action pour l'improvisation en musicothérapie ?

Si beaucoup d'études se sont penchées sur l'improvisation en tant qu'activité esthétique, sa fonction dans les soins reste à explorer. Jusqu'à présent l'accent a plutôt été mis sur la démonstration de l'efficacité de l'intervention dans son ensemble (Mc Donald et al., 2014). Mais la reconnaissance des composantes efficaces spécifiques d'interventions complexes est un objectif central dans toute recherche médicale, et ré-

cemment a été évoqué le besoin d'une compréhension plus précise de l'efficacité des interventions en musicothérapie (Kamioka et al 2014; Mössler et al. 2012). Il est donc important de développer une théorie expliquant pourquoi l'improvisation aurait des effets spécifiques sur des symptômes spécifiques.

À ce jour, les principaux mécanismes supposés de l'improvisation peuvent être classés comme suit:

- Le *flow*, la créativité (Csikszentmihalyi, 1991) : l'interaction improvisée plonge le patient dans un état de conscience modifié, le *flow*, un état de vigilance qui favorise une attention aux variations de l'environnement. (Ex: effort créatif pour les patients autistes sujets à des stéréotypies motrices, fonction de diversion pour patients douloureux..., Pothoulaki et al. 2012).

- L'interaction sociale : pour les personnes ayant des difficultés à s'engager dans les relations sociales, improviser permet d'accéder à une communication sans impliquer d'échange verbal (Pavlicevic et al, 1994) et renforce les capacités interactives (Gold et al. 2013).

- L'expression émotionnelle : au sein d'un cadre sécurisant, l'improvisation permet d'extérioriser spontanément des émotions de façon non verbale (Bruscia,1998). En outre, une récente revue de la littérature des effets de l'improvisation sur la régulation des émotions a trouvé quatre études mettant en évidence des changements d'activité au niveau de l'amygdale, du cortex cingulaire antérieur et du cortex préfrontal latéral (Moore 2013).

- L'activation du cortex préfrontal médian (expression de soi, autobiographie) : à l'IRMf (imagerie par résonance magnétique fonctionnelle), des images représentant

l'activité du cerveau de musiciens de jazz au cours d'une improvisation en groupe ont pu mettre en évidence une activation du cortex préfrontal médian (CPFM), associé à l'expression de soi, l'expression autobiographique (Limb et Braun, 2008).

#### 1.2.6.2. Justification des liens entre Improvisation et Cohérence narrative

##### 1.2.6.2.1. Intersubjectivité, expression de soi et des émotions

L'activation du CPFM au cours d'une improvisation musicale nous permet de faire un premier lien entre le phénomène de l'improvisation musicale et l'acte de raconter son histoire personnelle. Par ailleurs, ces deux modes d'expression sont comparables par le fait qu'ils impliquent un lien à l'autre, se déploient dans l'intersubjectivité, et qu'ils mettent en jeu l'expression des émotions.

##### 1.2.6.2.2. Problématique : la musique n'est pas sémantique

Mais peut-on réellement comparer l'improvisation musicale à la mise en forme d'un récit ? La musique est souvent décrite comme un langage. Mais d'après E. Ruud (1998), « pour être un véritable langage verbal elle nécessiterait une structure symbolique plus claire, reconnaissable ». Contrairement au récit, la musique ne se réfère pas à quelque chose d'extérieur à elle, et globalement, une interprétation littérale du sens de ce qu'on pourrait appeler le récit musical pose problème. Lorsque le pianiste suédois Bengt Hallberg fut qualifié de « conteur » par l'*American jazz magazine* dans les années 60, il resta sceptique (Bjerstedt, 2014):

« On peut dire qu'on joue comme si on racontait une histoire, mais je ne crois pas que ce qu'on raconte puisse se traduire par des mots ».

Le récit musical n'est pas sémantique. D'ailleurs les neurosciences l'attestent à leur façon, puisque l'analyse à l'IRM fonctionnelle d'une improvisation musicale entre deux personnes est caractérisée par une désactivation des structures cérébrales directement impliquées dans le traitement sémantique du langage (Donnay, 2014).

#### 1.2.6.2.3. Mais elle est « logique »...

L'étude citée précédemment a pu mettre en évidence une activation des aires du langage péri-sylviennes, liées au traitement des éléments syntaxiques du langage, lors d'une improvisation musicale. Il existerait donc des régions cérébrales impliquées dans le traitement syntaxique de toute forme de communication, y compris une forme de communication non-verbale comme l'improvisation (Donnay, 2014)

Cette observation épouse l'idée qu'improviser c'est « créer la musique à partir d'une structure logique » (Hallberg cité par Berjstedt, 2014). L'improvisation musicale renvoie donc à une forme de cohérence et au fait « que la musique mène quelque part. (...). Qu'il y a un désir de suivre le cours du temps d'une façon qui a du sens, d'une façon musicale. » (ibid.)

C'est donc la logique, la cohérence (et non le contenu sémantique) de l'improvisation qui serait le plus en mesure de justifier son caractère narratif.

L'une des trois dimensions de l'échelle de cohérence narrative que nous utilisons concerne l'organisation temporelle, et comme nous allons le voir dans le prochain paragraphe, l'axe temporel nous semble être un point de ralliement supplémentaire assez essentiel pour justifier notre comparaison.

#### 1.2.6.2.4. L'investissement subjectif du temps

##### 1.2.6.2.4.1. L'enveloppe prénarrative (Daniel N. Stern)

Comme nous l'avons évoqué, en improvisation musicale comme dans la communication mère-bébé, l'interaction est ajustée par les formes de vitalité, par des changements dynamiques qui composent une alternance successive de tensions et de détente, « une ligne de tension, une trajectoire dramatique » proche du scénario. Ces changements dynamiques génèrent une organisation temporelle, composent des contours temporels dont la combinaison forme une « unité de base de la réalité psychique » que Stern nomme l'enveloppe prénarrative. Celle-ci comporte dans son déploiement les éléments d'un processus narratif qui organise de façon cohérente les cognitions, les émotions, les comportements.

L'interaction par l'improvisation musicale acquiert alors du sens non pas grâce à son contenu, mais dans sa manière de se déployer dans le temps. C'est donc une trame temporelle qui va structurer et conférer du sens à l'expérience pré-verbale.

#### 1.2.6.2.4.2. L'identité narrative (Paul Ricoeur)

La notion d'identité narrative rend compte elle aussi de la façon dont nous appri-voisons le temps. Ricoeur (1983-1985) a décrit comment la fonction organisatrice du récit favorise au fil du temps la synthèse de notre expérience. Missonnier (2008), en reliant les travaux de Stern et de Ricoeur, affirme que « pour l'un comme pour l'autre, habiter subjectivement le temps est l'expérience humaine fondatrice ». Pour Ricoeur, cet investissement du temps est essentiel à l'humain, puisqu'il affirme que « la souffrance apparaît comme une rupture du fil narratif » (2004).

Ainsi, la structure d'une improvisation est comparable à la structure et la cohérence du récit par le fait qu'elle n'existe qu'à travers le passage du temps (« time-based arts ») et l'organisation temporelle des événements (Stern, 2008).

« C'est peut-être ça l'art de raconter. (...). Ca devient l'art d'organiser le temps.», (Hallberg cité par Berjstedt, 2014).

### **1.3. Intérêts cliniques**

- Pour les patients :

Nous comptons sur les effets psychiques positifs immédiats d'une session unique de musicothérapie par l'improvisation dans le cadre de soins aigus.

- Pour la société :

La musicothérapie doit s'adapter aux modèles de soins institutionnels actuels, et ses objectifs à court terme. Il n'existe pas actuellement de modèle clairement défini pour envisager la musicothérapie dans le cadre de soins aigus. Cette étude permettra d'évaluer la possibilité d'envisager des interventions uniques, tout en conservant des objectifs cliniques atteignables car ciblés sur les ressources des patients. La musicothérapie permet par ailleurs de favoriser les soins ayant peu d'effets secondaires, et à cout faible (Mc Donald, 2014).

#### 1.4. Conclusion

Ainsi, au vu des bénéfices supposés de la musicothérapie en aigu, nous étudierons l'efficacité d'un dispositif intra-hospitalier sur les symptômes de la schizophrénie, les troubles de la pensée et du langage, et la cohérence narrative.

Nous ferons appel à une méthode de thérapie active par l'improvisation, dont les méthodes thérapeutiques de base sont accessibles et potentiellement applicables comme moyen d'intervention auprès de patients schizophrènes. Au vu du manque de données dans la littérature concernant les prises en charges brèves, nous dispenserons des sessions uniques pour évaluer la possibilité d'obtenir des objectifs immédiats au cours d'une hospitalisation. Nous pourrions alors éprouver la faisabilité d'un dispositif



individuel qui serait potentiellement plus adapté à ce type de patients en pleine dé-compensation.

En intégrant la pratique de l'improvisation musicale au concept de cohérence narrative, ce travail nous permettra d'essayer de faire le lien entre le sens que renferme le domaine du non-verbal et celui contenu dans le domaine verbal. S'intéresser aux récits des patients permettra de cibler un objectif réaliste en misant sur l'optimisation de leurs ressources. Ce dispositif permettra par ailleurs de proposer une hypothèse sur les mécanismes d'action de l'improvisation en musicothérapie, puisque nous vérifierons si la mesure de l'impact sur cohérence narrative est associée à une éventuelle amélioration clinique.

## 2. ÉTUDE EMPIRIQUE

## 2.1. Méthode

### 2.1.1. Design de l'étude.

Nous avons réalisé une étude prospective longitudinale, qui comprenait deux temps d'évaluation chez des patients schizophrènes hospitalisés.

### 2.1.2. Objectifs

L'objectif principal était d'examiner l'évolution de la mesure des différents symptômes de la schizophrénie avant et après la session de musicothérapie. Nous nous attendions alors à observer qu'une séance d'improvisation en musicothérapie entraînerait une amélioration des symptômes positifs, négatifs et généraux, ainsi qu'une amélioration des troubles de la pensée et du langage de la schizophrénie.

Nous avons choisi 2 objectifs secondaires :

-L'un consistait à examiner l'évolution de la mesure de la cohérence narrative avant et après la session de musicothérapie. Nous nous attendions à retrouver une amélioration de la cohérence narrative du discours.

-Pour l'autre il s'agissait d'examiner la relation entre la cohérence narrative et les symptômes positifs, négatifs, généraux, ainsi qu'entre la cohérence narrative et les troubles de la pensée. Nous avons pensé que la sévérité des symptômes et la profondeur de l'altération de la cohérence narrative évolueraient dans le même sens.

### 2.1.3. Participants

Nous avons recrutés 19 patients hospitalisés au CHU de Toulouse hospitalisés depuis 8,74 jours (ET= 10,5) en moyenne. Ils avaient comme diagnostic principal une schizophrénie. Nous avons vérifié que les patients parlaient français, étaient majeur, qu'ils ne présentaient pas de toxicomanie active, et qu'ils n'étaient pas sous tutelle. Nous avons par ailleurs exclu de l'étude les patients ayant une pratique collective actuelle de la musique.

Une fois les critères d'inclusion et de non inclusion vérifiés nous avons remis au patient une note d'information, les renseignant sur le déroulement de l'étude.

Cette étude a reçu l'aval du comité d'éthique de la recherche (CER) (projet N° 06 615), une déclaration à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ayant été effectuée (N° 1871891 v 0)

#### 2.1.4. Critères de jugement

Nous avons défini le critère de jugement principal suivant:

-Différence significative entre les scores aux échelles d'intensité symptomatique de la schizophrénie avant et après l'intervention de musicothérapie (PANNS, TLC).

Nous avons par ailleurs délimité deux critères de jugement secondaires :

-Différence significative entre le score global de la cohérence narrative (NCRS) avant et après l'intervention de musicothérapie.

-Association significative entre le score à l'échelle de cohérence narrative et les scores (global et sous- scores) de la PANSS, et de la TLC.

#### 2.1.5. Méthodologie de la recherche

##### 2.1.5.1. Mesures. Investigateur.

##### 2.1.5.1.1. Les caractéristiques démographiques et cliniques

Nous avons recueilli le genre, l'âge, la durée d'hospitalisation en jours, la durée d'évolution de la maladie en années, la modalité d'hospitalisation (libre ou sous contrainte), les traitements, l'évaluation par le psychiatre hospitalier référent de la sévérité symptomatique à l'inclusion et l'évaluation de l'amélioration symptomatique juste avant la session de musicothérapie.

#### 2.1.5.1.2. Les instruments de mesure

- *l'Indiana Psychiatric Illness Interview (IPII)* est un entretien semi-structuré. Il s'agit d'une approche narrative développée par Lysaker et ses collaborateurs (2002). Lors de sa passation, il est simplement demandé au patient de raconter sa vie depuis sa naissance jusqu'au jour de l'entretien, d'expliquer comment il perçoit sa maladie, et d'exprimer la façon dont il envisage le futur. Le thérapeute pose peu de questions, et c'est prioritairement le patient qui parle, qui oriente l'entretien selon les sujets qu'il souhaite détailler.

- *La Narrative Coherence Rating Scale (NCRS, Lysaker et al. 2002)*. Il s'agit d'un questionnaire d'hétéro-évaluation spécifique de la schizophrénie, qui permet d'évaluer la cohérence du discours à partir d'un entretien narratif IPII. Elle comprends trois sous-scores correspondant à trois dimensions, au sein desquelles sont additionnées la cotation des parties du récit liés au passé (sur 3) et celles concernant le futur et le présent (sur 3) Chaque sous-score est donc côté de 0 à 6 (0: Incohérence extrême , 6:

Normalité), on obtient donc un total maximal de 18 points. La première dimension évalue l'organisation temporelle et les liens logiques du discours. La deuxième évalue la richesse des détails phénoménologiques et descriptifs présents dans le récit des patients. Enfin la dernière évalue la plausibilité du récit.

- La *Scale for Assessment of Thought Language and Communication*, (TLC, Andreasen, 1986), traduite en Français (Échelle d'évaluation de la pensée, du langage, de la communication, Bazin et Coll, 2002), nous permettra d'évaluer plus spécifiquement les troubles de la pensée et du langage. Il s'agit d'une hétéro-évaluation pouvant être faite à partir d'un entretien psychiatrique de soins courants. Elle contient 18 items, retenus d'après 18 différents types de "troubles formels de la pensée" et cotés de 0 à 3-4 (0: normalité, 3-4: anormalité extrême). Le score global varie de 0 à 63.

- La *Positive And Negative Syndrome Scale*, (PANSS, Kay et al., 1987), traduite en Français (Échelle d'évaluation des symptômes positifs et négatifs, Lépine, 1991) : Il s'agit d'une échelle d'hétéroévaluation de 30 items, cotés de 1 (absent, normalité) à 7 (anormalité extrême), qui évalue les symptômes psychopathologiques observés chez des patients schizophrènes. En plus du score total (entre 30 et 210), elle permet de calculer les scores de trois dimensions : symptômes positifs (7 items, 49 points), symptômes négatifs (7 items, 49 points) et psychopathologie générale (16 items, 112 points). L'échelle PANSS est actuellement très diffusée dans le monde. Elle est complétée par l'intervenant à la suite de l'entretien, à l'aide de l'observation du patient et des éléments mentionnés par l'équipe soignante, la famille ou les proches.

- L' *Impression Clinique Globale* (CGI) : Il s'agit d'une échelle constituée de trois sous-échelles dont nous n'avons utilisé que les deux premières dimensions : la sévéri-

té (CGI-S) et l'amélioration (CGI-A). L'évaluation est réalisée par le clinicien selon son expérience. Chaque dimension est cotée de 0 à 7 (0 : non évalué ; 7 : parmi les patients les plus malades pour la dimension sévérité et 7 : très fortement aggravé pour la dimension amélioration) (Guy & NIMH, 1976).

#### 2.1.5.1.3. L'investigateur

L'investigateur faisait passer les entretiens narratifs, remplissait les échelles, et dispensait les sessions de musicothérapie. Il était interne en médecine, en spécialité Psychiatrie. Auparavant, il avait pu effectuer plusieurs stages au contact de patients schizophrènes, notamment dans des unités du CHU spécialisées en art-thérapie où se pratique couramment la musicothérapie. Il s'est formé aux psychothérapies médiatisées à travers un diplôme universitaire (Toulouse III - Université Paul Sabatier, dirigé par le Dr Granier), et plus spécifiquement à la musicothérapie, puisqu'il est actuellement inscrit en Master de musicothérapie (Université Paris-Descartes, dirigé par le Pr Lecourt). Il possède par ailleurs une formation musicale très liée à l'improvisation, ayant suivi plusieurs années de classe piano jazz au conservatoire de Saint-Etienne, et étant actuellement membre d'un groupe actif pratiquant l'improvisation collective.



## 2.1.5.2. Procédure

### 2.1.5.2.1. À T0.

Les patients étaient proposés à l'investigateur de l'étude par les médecins de chacune des unités d'hospitalisation, que nous avons rencontrés au préalable. Les critères d'inclusion et de non inclusion étaient alors vérifiés à partir du dossier médical du patient. La gravité symptomatique du patient était évaluée grâce à la CGI auprès du médecin responsable du patient. Nous recueillions ensuite le traitement prescrit, ainsi que les variables socio-démographiques.

Puis nous rencontrions le patient et lui remettions une note d'information sur l'étude. S'il acceptait, l'entretien narratif *Indiana Psychiatric Illness Interview* (IPII) avait lieu à ce moment.

A la fin de l'entretien, le thérapeute posait des questions lui permettant de compléter la PANSS, en fonction des informations qu'il n'avait pu trouver dans le dossier ou auprès des médecins, et qui n'avaient pas été obtenues au cours de l'entretien narratif. La NCRS et la TLC pouvaient être cotées après le départ du patient, à l'aide des notes prises durant l'entretien (transcription intégrale du récit du patient).

### 2.1.5.2.2. À T1 (à 48h de T0)

L'évolution symptomatique du patient était évaluée grâce à la CGI-A auprès du médecin responsable du patient. Puis nous recueillions à nouveau son traitement.

#### 2.1.5.2.2.1. La session de musicothérapie

Nous proposons ensuite une session individuelle d'improvisation libre. Pour la réaliser nous avons utilisé deux pianos installés dans une salle du CHU de Toulouse dédiée à cette étude tout le temps de sa réalisation. Nous avons utilisé la méthode Wigram, méthode courante de musicothérapie active détaillée dans *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students* (2004). Cette méthode est reconnue et utilisée dans les pays anglo-saxons et nordiques. Nous décrivons succinctement les « Méthodes thérapeutiques de base », puisque comme nous l'avons vu, elles s'adapteront plus aisément à des patients schizophrènes.

#### 2.1.5.2.2.2. Méthodes thérapeutiques de base

- La reproduction en miroir (*mirroring*) : le thérapeute joue exactement ce que le patient vient de jouer, en même temps que lui (rythme, mélodie, langage du corps...). Elle est souvent utilisée comme technique d'empathie, et nécessite que la musique du patient soit suffisamment simple.

•La syntonisation (*matching*) : Il s'agit d'une imitation partielle et sélective. Les éléments dynamiques de ce qu'a fait le patient sont conservés, mais d'autres éléments sont modifiés. Thérapeute et patient sont congruents, mais avec des différences individuelles qui indiquent une séparation émergente. En essence, c'est une mise en pratique à travers la musique d'un concept essentiel des travaux de Stern pour décrire les mouvements intersubjectifs entre une mère et son nourrisson, celui d'*accordage affectif*<sup>3</sup> (Stern, 2010)

•Le cadrage rythmique et harmonique (*grounding*) : le thérapeute crée un « ancrage musical » stable qui donne un cadre dans lequel peut avoir lieu l'improvisation. On l'utilise pour les patients qui ont une façon instable et très aléatoire de jouer, afin de limiter la potentielle complexité chaotique des échanges (exemples : fortes octaves à la basse du piano, forts accords de nature tonale stable...).

•Les dialogues « à tour de rôle » (*turn-taking dialogues*) : comme au cours d'un discours verbal, l'interlocuteur est sensé écouter la production musicale de son partenaire et y réagir lorsque celui marque une pause qui lui laisse l'espace pour s'exprimer. Thérapeute et patient peuvent se donner signe (musicalement ou gestuellement) à l'un et à l'autre de prendre le relais.

---

<sup>3</sup>Dans l'*accordage affectif*, il y a une « concordance d'états émotionnels internes, et non de comportements manifestes ». Par exemple, une mère répond à un sourire de son bébé par un son qu'elle lui communique tout en conservant fidèlement les traits dynamiques originaux du phénomène : la modalité d'interaction n'est plus la même, mais la dynamique est conservée. Elle procède à une « imitation sélective » pour partager l'expérience subjective du bébé, ce qui permet de créer un plus haut degré d'intersubjectivité que l'imitation fidèle. « Il n'y a alors pas imitation des comportements mais correspondance transmodale (sourire de l'enfant / expression vocale de la mère), tout comme les musiciens n'ont pas à s'imiter, mais plutôt à jouer chacun sa partie, dans une complémentarité harmonieuse. » (Stern, 2010)

- L'accompagnement : le thérapeute offre un accompagnement rythmique, harmonique, ou mélodique à la musique du patient, en restant « dynamiquement en dessous de sa musique », lui donnant un rôle de soliste. Le but est de lui permettre de prendre le lead en lui proposant une musique soutenante et stable. L'accompagnement doit être simple et répétitif, continu, en dépit des changements du côté du patient, auxquels le thérapeute doit rester sensible.

#### 2.1.5.2.2.3. Déroulement type d'une session

Chaque session était structurée de la même façon. Une présentation de l'instrument était faite au patient, qui pouvait se familiariser avec lui le temps qui lui était nécessaire. Il avait la possibilité de choisir le son qu'il préférait. Le thérapeute s'installait alors à son clavier, les 2 claviers (et donc patient et thérapeute) se faisant face-à-face. Avant tout échange musical le thérapeute disait la même chose :

« Peu importe si vous ne savez pas jouer et que vous avez l'impression de jouer des fausses notes, c'est même mieux. L'important est que vous puissiez vous exprimer de façon très spontanée, et que nous arrivions à communiquer avec la musique. Nous allons jouer pendant 20 minutes, mais vous avez la possibilité de mettre un terme avant à la session si vous le désirez. Nous allons commencer par un dialogue, au cours duquel nous jouerons chacun à notre tour en s'écoutant l'un et l'autre, vous pouvez commencer ».

Nous démarrions par la technique du dialogue puisqu'elle est la seule technique requérant une explication, les autres méthodes thérapeutiques de base pouvant s'inté-

grer de façon flexible et adaptée au jeu du patient au cours de la session. (Exemple : dialogue -> syntonisation -> imitation -> accompagnement)

Tout de suite après le terme de la session d'improvisation, nous posons au patient les questions suivantes :

- « Avez-vous quelque chose à dire au sujet de cette session ? ». Si le patient n'évoquait pas spontanément la tonalité affective de l'expérience nous ajoutions : « Avez-vous trouvé cela agréable ou plutôt désagréable? »

- « Avez-vous eu l'impression que nous avons réussi à jouer ensemble ? »

Puis nous proposons à nouveau l'Indiana Psychiatric Illness Interview (IPII), comme à T0, en spécifiant : « nous ferons comme si c'était la première fois que nous réalisions cet entretien »

A la fin de l'entretien, le thérapeute reposait les questions lui permettant de compléter la PANSS. La NCRS et la TLC étaient cotées après le départ du patient, à l'aide de la transcription de l'entretien.

#### 2.1.6. Analyse statistique des données

Nous avons effectué la saisie des données ainsi que le traitement statistique de celles-ci. Les analyses se sont faites à l'aide du logiciel SPSS version 23 avec un seuil de significativité fixé à  $p < 0,05$  (bilatéral). Nous avons réalisé des statistiques descrip-

tives et devant la petite taille de notre échantillon nous avons privilégié des tests non paramétriques (Tests de Wilcoxon et corrélations de Spearman).

## **2.2. Résultats**

### 2.2.1. Participants

Les résultats sont résumés dans les tableaux 1 et 2.

Pour les analyses statistiques, nous avons créé une variable dichotomique telle que, par exemple : 1 représente « hospitalisation sous contrainte », 2 représente « hospitalisation libre ».

Notre échantillon de 19 patients était constitué de 13 hommes (68,4 %) et de 6 femmes (31,6 %). La moyenne d'âge était de 36,7 ans (Ecart Type (ET) =11,88). Les patients avaient tous reçu un diagnostic de schizophrénie depuis 13,8 ans en moyenne (ET=9,4). La moyenne de durée d'hospitalisation était de 8,74 jours (ET= 10,5) au moment de l'inclusion. 9 patients étaient hospitalisés sous contrainte (47,4%) et les 10 autres en hospitalisation libre. Tous les patients étaient sous neuroleptiques, seulement 4 avaient des antidépresseurs, et 7 étaient sous benzodiazépines. Concernant les classes de médicaments comprises dans les prescriptions, il n'y a eu de modifications pour aucun des patients entre les deux temps de l'évaluation.

D'après la CGI sévérité, trois patients étaient « modérément malade » à T0 (score de 4 sur 7), et trois autres « gravement malade » (score de 6 sur 7). Les 13 autres étaient « manifestement malades » (score de 5 sur 7). D'après la CGI amélioration effectuée à T1, la grande majorité des patients (n=18 ; 95 %) avaient un état clinique inchangé, un seul étant considéré comme déjà « légèrement amélioré » avant la session.

Tableau 1 : Statistiques descriptives des participants.

	Moyenne	Ecart-type
Age	36,74	11,88
Durée de la maladie	13,8	9,41
Durée du séjour	8,74	10,5
CGI T0	5	0,57
CGI T1	3,95	0,23



Tableau 2 : Table de fréquences

	N	%
Homme	13	68,4
Femme	6	31,6
Hospitalisation sous contrainte	9	47,4
Hospitalisation libre	10	52,6
Neuroleptiques à T0	19	100
Neuroleptiques à T1	19	100
Antidépresseurs à T0	4	21,1
Antidépresseurs à T1	4	21,1
Benzodiazépines à T0	7	36,8
Benzodiazépines à T1	7	36,8
Antiépileptiques à T0	1	5,3
Antiépileptiques à T1	1	5,3
Thymorégulateurs à T0	2	10,7
Thymorégulateurs à T1	2	10,7

### 2.2.2. Analyse qualitative de la session de musicothérapie

Sur les 19 participants, 15 patients disaient avoir eu une expérience positive de la session (« ça sort du quotidien », « ça fait penser à autre chose », « je suis plus serein », « expérience émotionnelle », « plaisir », « c'est plus simple de parler »), deux exprimaient un sentiment assez neutre (« ça ne m'a rien fait », « j'aurai préféré avoir un cours de piano »), et un patient en avait eu une expérience négative (« difficultés à suivre, je me suis mis de la pression »). Un patient verbalisait avoir eu une recrudescence de ses hallucinations pendant qu'il jouait, mais ce phénomène avait disparu avec l'arrêt de la session, donc au moment de la cotation des échelles. Seuls deux patients eurent quelques difficultés à respecter les consignes et nécessitèrent des rappels sur le bon déroulement de la session.

11 patients avaient eu l'impression de prendre part à une expérience partagée, dont quatre l'exprimaient spontanément. La plupart alléguaient cependant des limitations dans leur façon de jouer (« manque de capacités rythmiques ») mais ceci ne les empêchait pas de participer aux échanges.

Au cours de la session, certaines techniques ont paru plus simples à mettre en oeuvre, et nous avons l'impression subjective que les patients étaient plus à leur aise lors de leur application. Il s'agissait des techniques de dialogue et de syntonisation (*matching*), lors desquelles le patient n'a pas à se soucier d'une cadence imposée. La technique du cadrage rythmique (*grounding*) s'est révélée plus difficilement applicable que prévu.

Nous observons que les patients réagissaient souvent à la valorisation durant la session (augmentation de la durée des temps de jeu). Nous constatons par ailleurs un sentiment subjectif d'intimité plus important après la session.

13 patients ont refusé de participer à l'étude, dont 4 femmes, et 4 sujets hospitalisés sous contrainte. Ces 13 patients avaient une moyenne d'âge de 37,15 ans. Leur durée moyenne d'hospitalisation était de 7,13 jours.

### 2.2.3. Résultats

#### 2.2.3.1. Analyse descriptive.

Les résultats sont résumés dans la tableau 3.

La PANSS Totale était cotée en moyenne à 63,21 à T0 (ET=14,42), puis 58,79 à T1 (ET=12,53) et allait dans le sens d'une amélioration.

Le score moyen de la PANSS positive était de 20,68 à T0 (ET=8,34), et 19,32 à T1 (ET=7,21) et allait aussi dans le sens d'une amélioration.

Le score moyen de la PANSS négative était de 14,63 à T0 (ET=6,59), et 13,95 à T1 (ET=6,44), tandis que celui de la PANSS de psychopathologie générale était de 28,42 à T0 (ET=6,28) et 25,58 à T1 (ET=6,2). L'évolution de ces deux sous-échelles allait dans le sens d'une amélioration entre T0 et T1.

Le score moyen de l'échantillon sur l'échelle NCRS était de 9 sur 18 à T0 (ET= 5,92), puis de 10,32 à T1 (ET=5,16) et allait dans le sens d'une amélioration, tout comme la TLC qui était cotée en moyenne à 14,32 à T0 (ET=12,53), et diminuée à 11,05 à T1 (ET=9,68).

Les scores moyen des sous-échelles de la NCRS étaient de 3,21 à T0 (ET = 2,35) et 3,74 à T1 (ET=2,13) pour la logique / l'organisation temporelle. Il étaient de 2,63 à T0 (ET = 2,09) et 3,00 à T1 (ET = 1,8) pour les détails historiques. Pour la plausibilité les scores étaient de 3,16 à T0 (ET = 2,09) et 3,58 à T1 (ET= 2,17).

A l'aide du test de Wilcoxon, nous avons retrouvé que les différences étaient significatives pour : la NCRS ( $p<0,05$ ), la NCRS sous-score logique / organisation temporelle ( $p<0,05$ ), la TLC ( $p<0,05$ ), la PANSS score total ( $p<0,01$ ), la PANSS sous-scores symptômes négatifs ( $p<0,05$ ) et psychopathologie générale ( $p<0,05$ ).

Par contre nous ne retrouvions pas de différence significative pour la sous-échelle PANSS positive avant et après la session de musicothérapie.

Tableau 3 : Statistiques .

	T0 : moyenne (écart-type)	T1 : moyenne (écart-type)	p value
PANSS total	63,21 (14,42)	58,79 (12,53)	<0,01
PANSS symptômes positifs	20,68 (8,34)	19,32 (7,21)	non significatif
PANSS symptômes négatifs	14,63 (6,59)	13,95 (6,44)	<0,05
PANSS symptômes généraux	28,42 (6,28)	25,58 (6,2)	<0,05
TLC	14,32 (12,53)	11,05 (9,68)	<0,05
NCRS	9 (5,92)	10,32 (5,16)	<0,05
NCRS sous-total organisation temporelle	3,21 (2,35)	3,74 (2,13)	<0,05
NCRS sous-total détails	2,63 (2,09)	3,00 (1,8)	non significatif
NCRS sous-total plausibilité	3,16 (2,09)	3,58 (2,17)	non significatif

p value déterminé par le test de Wilcoxon

#### 2.2.3.4. Analyses de corrélation (cf Tableaux 2 et 3)

Les résultats sont résumés dans les tableaux 4 et 5.

Nous avons retrouvé une corrélation significative entre le score de la NCRS et celui de la TLC à T0 ( $r = -0,764$ ,  $p < 0,01$ ), ainsi qu'à T1 ( $r = -0,776$ ,  $p < 0,01$ ).

En revanche, les associations entre NCRS et les scores et sous-scores de la PANSS étaient fluctuantes : La corrélation était significative avec les scores de la PANSS totale ( $r = -0,613$ ,  $p < 0,01$ ), et la sous-catégorie symptômes négatifs de la PANSS ( $r = -0,536$ ,  $p < 0,05$ ) à T0 mais pas à T1 :  $p = 0,075$  et  $p = 0,139$  respectivement.

Concernant la PANSS positive, nous retrouvons une tendance à la corrélation à T0 ( $r = -0,455$  ;  $p = 0,05$ ) et une corrélation significative à T1 ( $r = -0,584$  ;  $p < 0,01$ )

L'association avec la sous-catégorie psychopathologie générale n'était significative ni à T0 ( $r = 0,083$ ,  $p = 0,735$ ), ni à T1 ( $r = -0,297$ ,  $p = 0,216$ ).

Tableau 4 : Corrélations de Spearman à T0 (p \* <0,05 ; \*\* <0,01)

	NCRS total	TLC	PANSS total	PANSS positif	PANSS négatif	PANSS général
NCRS total	1,000	-0,764**	-0,613**	-0,455	-0,536*	-0,083

Tableau 5 : Corrélations de Spearman à T1 (p \* <0,05 ; \*\* <0,01)

	NCRS total	TLC	PANSS total	PANSS positif	PANSS négatif	PANSS général
NCRS total	1,000	-0,776**	-0,428	-0,584**	-0,352	-0,297



## 2.3. Discussion

### 2.3.1. Recueil qualitatif

Cette étude a pu mettre en perspective une très bonne faisabilité pour la pratique de la musicothérapie active individuelle avec des patients schizophrènes hospitalisés. Les quelques patients ayant eu des difficultés à respecter les consignes de prime abord ont pu être efficacement recadrés afin d'obtenir un déroulement satisfaisant de la session. Cette constatation va dans le sens des recommandations de certains auteurs au sujet de nouvelles pratiques à mettre en oeuvre pour la musicothérapie avec les patients schizophrènes décompensés (De Backer, 2006 ; Jensen, 2002 ; Solli & Rolvsjord, 2009).

Nous avons pu voir que les recherches futures devront explorer la façon dont différentes pratiques d'improvisation pourraient avoir des effets spécifiques sur les patients, en considérant par exemple l'effet des différentes techniques catégorisées par Wigram (Mc Donald, 2014). À l'issue de notre revue de la littérature et de notre expérience avec les patients, la technique de la syntonisation (*matching*) semble prendre une place particulière, au vu de l'aisance de son application et des liens étroits qu'elle entretient avec les théories de Stern sur l'intersubjectivité.

13 patients ont refusé de participer. La gravité de leur état n'a pas été évaluée, mais la plupart de ces patients alléguaient le fait qu'ils n'étaient pas malades, et que par conséquent ils n'avaient pas besoin de musicothérapie, certains précisant que le

fait d'écouter de la musique seul leur convenait mieux. Nous pouvons donc penser que le fait d'accepter une session de musicothérapie est une marque d'engagement dans les soins, signe d'une ouverture au changement.

### 2.3.2. Efficacité sur le critère principal d'évaluation : les échelle de la PANSS et de la TLC

Notre étude a mis en évidence une différence significative des mesures du score de la PANSS totale, des sous-scores PANSS négative et PANSS psychopathologie générale avant et après la session.

Quelques études se sont penchées spécifiquement sur l'évaluation des symptômes positifs et négatifs en aigu, à l'aide d'échelles différentes de la nôtre telles que la *Brief Psychiatric Rated Scale* (Morgan 2011), et la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (Ulrich 2007). Nos résultats sont en accord avec ces travaux qui décrivent une efficacité de la pratique de la musicothérapie sur l'état mental général des patients schizophrènes, les symptômes négatifs, et d'autres symptômes compris dans la sous-échelle psychopathologie générale de la PANSS tels que anxiété, dépression et fonctionnement relationnel (Gold, 2013).

A ce jour, à notre connaissance, une seule étude randomisée a étudié l'effet de la musicothérapie dans un contexte en aigu à l'aide du score de la PANSS. Il s'agit de l'étude de Talwar et al. (2006), pour laquelle le nombre moyen de sessions dispensées était de 7, certains patients n'ayant participé qu'à une seule session. Celle-ci durait 45

minutes, et hormis la reprise verbale qui était centrée sur le contenu de la session, le déroulement s'apparentait à notre étude (improvisation, adaptations du thérapeute au patient). Une amélioration significative a été mise en évidence pour le score total ( $p < 0,05$ ). Une simple tendance d'amélioration était alors observée pour tous les sous-scores, mais les résultats n'étaient pas significatifs ( $0,1 > p > 0,05$ ).

En ce qui concerne notre étude, nous avons retrouvé une amélioration significative sur le score total de la PANSS, sur le sous-score des symptômes négatifs, et celui de la psychopathologie générale, mais pas celui des symptômes positifs. La significativité de l'effet de notre dispositif sur ces scores peut s'expliquer par le caractère immédiat de notre évaluation, tandis que celle de l'étude de Talwar s'effectuait à l'issue de la période d'inclusion, mais en dehors des séances de musicothérapie. On peut donc penser que l'effet immédiat d'une session ne dépend pas du nombre de séances proposées antérieurement, qu'une seule session suffit à produire un effet, mais ceci ne présage bien entendu pas de l'effet à plus long terme.

Pour ce qui est de la non-significativité du dispositif sur le sous-score des symptômes positifs, nous pouvons penser que la musicothérapie est moins efficace sur ceux-ci que sur les autres types de symptômes rencontrés dans la schizophrénie. Ceci rejoint les données de la littérature, qui insiste avant tout sur l'impact de la musicothérapie sur les autres symptômes («la musicothérapie est reliée à l'émotion, l'interaction, et s'adresse plus spécifiquement au traitement des symptômes négatifs.», Gold, 2013). Mais ceci peut aussi s'expliquer par le pouvoir statistique limité d'une étude avec un échantillon de cette taille. Et bien entendu, le fait de dispenser une séance unique a pu limiter l'effet sur cette dimension de symptômes.

Le score à l'échelle TLC était améliorée de façon significative à l'issue de la session . Nous n'avons retrouvé aucune étude ayant utilisé cette échelle dans le cadre de la musicothérapie. Ce résultat suggère que les processus à l'oeuvre en musicothérapie ont un impact sur les processus de pensée, que la cohérence à l'oeuvre au sein d'une expérience non-verbale pourrait avoir la capacité d'infléchir les troubles de la pensée et du langage des patients schizophrènes. Comment expliquer alors que l'efficacité ne se retrouve pas sur la sous-catégorie des symptômes positifs de la PANSS (qui comprend d'ailleurs l'item désorganisation), à laquelle nous aurions classiquement tendance à associer les symptômes évalués dans la TLC ? Il est probable que la TLC, avec ses 18 items, permette une approche plus sensible des troubles de la pensée et du langage.

### 2.3.3. Efficacité sur les critères secondaires d'évaluation : la NCRS

Une amélioration significative a été retrouvée sur la mesure de la NCRS après la session, ainsi que celle du sous-score logique / organisation temporelle.

A notre connaissance, notre étude est le deuxième travail à étudier les effets de la musicothérapie sur la cohérence narrative. A l'issue de son travail de thèse (2008), L. Eyre avait déjà pu évoquer l'intérêt de l'improvisation musicale pour améliorer la cohérence narrative des patients schizophrènes à l'aide de la même échelle, la NCRS. Elle mettait en évidence une amélioration de l'organisation temporelle, ainsi que de la plausibilité du discours. Mais son dispositif était alors différent : les récits spontanés de 8 patients étaient aussi comparés avec les récits de ces mêmes patients lorsqu'ils

étaient précédés d'une improvisation musicale, mais ces récits et sessions d'improvisation devaient être exécutées en pensant à la thématique d'un sujet choisit au préalable. Quant à nous, nous cherchions à mettre en évidence une amélioration sur la cohérence globale du discours et non un discours à propos d'un champs thématique abordé au préalable à travers la musique. Pour ce faire, un entretien narratif nous a paru plus adapté, d'autant plus que la NCRS est construite pour être évaluée à partir de l'entretien narratif semi-directif IPII.

Nos résultats ont pu montrer une amélioration significative de la cohérence narrative à l'issue d'une session de musicothérapie par l'improvisation. Ceci nous conforte dans notre idée qu'une expérience partagée non-verbale pourrait avoir un impact sur l'évocation verbale d'une histoire personnelle.

Le fait d'observer une amélioration du sous-score de l'organisation temporelle nous autorise à puiser dans les théories de Stern (2010) et Ricoeur (1983) pour pouvoir faire le lien entre les expériences verbales (langage, narration) et non-verbales (improvisation), en se référant à leur structuration temporelle. Car comme nous l'avons déjà évoqué, pour Stern comme pour Ricoeur, dans ces deux types d'expression, « habiter subjectivement le temps est l'expérience humaine fondatrice » (Missonier, 2008).

Les psychiatres phénoménologues accordent eux aussi une structure temporelle à la vie mentale. Cette structure aurait une fonction synthétique qui permettrait d'intégrer les moments contingents du passé, du présent et du futur, en un « arc intentionnel » qui donnerait du sens à nos comportements (Fuchs, 2007). La fragmentation de cet arc in-

tentionnel pourrait être la cause de divers symptômes des schizophrènes, dont les troubles de la pensée (Fuchs, 2007) et l'incohérence de leurs récits.

Dans le même sens Stern (2008) pense que pour chacun de nos comportements il existe un *schéma d'intention* qu'on peut définir comme un « processus mental fondamental qui va découper en intentions nos comportements », et ce schéma aurait une structure temporelle. C'est cette intention primordiale qui « permet à l'expérience implicite, au langage et à la narrativité d'être mutuellement compréhensibles les uns aux autres », et d'« assurer une certaine continuité de sens d'un niveau à l'autre ». Ainsi, « dans la transformation en narrativité, l'existence d'un schéma d'intention fondamental rend ce saut plus facile ». À travers une dynamique temporelle, le *schéma d'intention* permettrait le déploiement structurel des intentions qui sous-tendent la cohérence de tous les comportements humains, de « l'éphémère de l'expérience implicite du moment présent (improvisation musicale), en passant par le déroulement d'une phrase et jusqu'au déploiement d'un récit ». Le non-verbal et le verbal seraient donc potentiellement reliés par la dynamique temporelle qui les anime.

2.3.4. Efficacité sur les critères secondaires d'évaluation: l'association entre la NCRS et les mesures symptomatiques.

Nous retrouvons lors de notre étude que le score NCRS et le score TLC étaient associés à T0 et T1.

Ainsi, l'amélioration de la cohérence narrative chez les patients schizophrènes serait effectivement associée à la diminution des troubles de la pensée et du langage. C'est ce que présentaient Raffard et al. à l'issue d'une étude sur l'identité narrative des

patients schizophrènes (2010). Ils suggéraient alors, pour des études futures, de faire passer conjointement les échelles NCRS et TLC, toutes deux spécifiques de la schizophrénie, afin de relier ces deux champs. Il est intéressant d'avoir pu relier les champs de la cohérence narrative et des troubles de la pensée et du langage. Car étant donné l'importance et la gravité de cette dimension symptomatique chez les patients schizophrènes, il paraîtrait légitime de maintenir notre intérêt pour la cohérence narrative comme stratégie d'amélioration des ressources des patients schizophrènes.

En revanche dans notre étude, les associations entre la NCRS et les score et sous-scores de la PANSS étaient hasardeuses aux temps T0 et T1. Ceci pourrait bien entendu s'expliquer par le manque de puissance de notre étude. Mais dans leur étude, Raffard et al. n'avaient également pas pu mettre en évidence de relation entre la sous-échelle PANSS désorganisation et les différents aspects de la cohérence des récits évaluée au moyen de la NaCC (*Narrative coherence coding scheme*, Baker-Ward et al., 2007).

Ceci ne nous permet donc pas d'étayer notre hypothèse émise quand à un possible mécanisme d'action de l'improvisation musicale sur les symptômes de la schizophrénie par l'intermédiaire de l'amélioration de la cohérence narrative.

Cependant, pour Lysaker (2015), ces résultats que nous lui avons soumis ne sont pas surprenants, car dans l'analyse de l'évolution des thérapies narratives il avait pu observer que les échelles NCRS s'améliorent en premier et que ce progrès prépare le terrain à une amélioration symptomatique future (2005). En d'autres termes, la relation entre la cohérence narrative et les symptômes psychopathologiques existerait, mais elle ne serait pas immédiate. Nous pouvons penser avec Lysaker (2015) que c'est par l'intermédiaire de la consolidation d'un *sens de soi* plus cohérent (« more coherent sense of

self ») que les patients parviennent à mieux endurer les expériences de stress qui surgissent dans leurs vies quotidiennes, ce qui pourrait permettre de limiter l'apparition de symptômes. Ceci nous conduirait à relier le champs expressif de la cohérence narrative à un niveau intermédiaire, plus expérientiel, pré-réflexif, en utilisant un outil d'évaluation phénoménologique spécifique de la schizophrénie qui puisse évaluer le *sens de soi*, la subjectivité. C'est en tout cas l'idée de Gallagher (2011), qui suggère l'utilisation conjointe de l'EASE (*Examination of Anomalous Self-Experience*, Parnas et al., 2005) et de la NCRS.

#### 2.3.5. Implications cliniques

Le bon déroulement de cette étude a pu mettre en évidence une bonne faisabilité de la prise en charge individuelle en musicothérapie adressée à des schizophrènes décompensés. Ce cadre sécurisant et plus adapté à leur état clinique pourrait donc être prescrit à l'avenir pour ces patients, et ce dès leur arrivée à l'hôpital.

A l'issue de cette étude, nous pouvons penser que l'effet immédiat positif d'une session ne dépend pas du nombre de séances proposées antérieurement. Si l'effet ne présage bien entendu pas de l'effet à plus long terme, une session unique pourrait suffire à produire un effet à court terme, ce qui pourrait aider à favoriser le bon déroulement de l'hospitalisation.



Il est intéressant de noter que l'effet produit par notre dispositif concerne des symptômes différents de ceux ciblés par les psychotropes habituellement prescrits (neuroleptiques), qui sont plus incisifs sur les symptômes positifs. L'approche par la musicothérapie serait ainsi complémentaire du traitement pharmacologique. L'amélioration de ces symptômes sont par ailleurs de bons révélateurs de la qualité de vie des patients (volition, anxiété, affects dépressif, interactions sociales...), ce qui peut expliquer la représentation positive que se font les patients de la musicothérapie, qui s'affirme donc comme un outil valable pour optimiser l'alliance avec ces patients.

Par ailleurs, si notre dispositif de musicothérapie favorise l'organisation des processus de pensée et la mise en récit biographique de nos patients, nous serions en droit d'imaginer son utilisation de façon plus diffuse en complément des soins courants, dans l'optique de préparer le terrain à des entretiens verbaux souvent difficiles à mener lorsque les patients arrivent dans le cadre d'une décompensation psychotique. Ceci favoriserait la rencontre avec les patients, à travers la médiation du récit, porte d'entrée dans leur individualité (Lefevre, 2012).

#### 2.3.6. Limitations de l'étude

La puissance de notre étude était limitée par la taille de notre échantillon (n=19). A l'avenir il serait donc intéressant de renouveler cette expérience sur une population plus importante.

Nous nous sommes également confronté à des biais de sélection.

-En effet, notre étude était monocentrique (CHU de Toulouse), mais le recueil s'est fait sur 4 unités ayant chacune des modalités de prise en charge différentes.

-Nous n'avons pas évalué la gravité symptomatique des patients ayant refusé l'étude. En imaginant que ce sont les patients dont l'état clinique était le moins précaire qui ont accepté de participer à l'étude, l'échantillon ne serait alors pas représentatif.

Nous retrouvons des biais d'évaluation :

-Si l'évaluateur était familier de la musicothérapie et qu'il a pu acquérir des compétences pour la prise en charge des patients schizophrènes en tant qu'interne, il n'est pas musicothérapeute professionnel, n'a pas reçu de formation spécifique pour la pratique des techniques d'improvisation utilisées. Il n'a pas suivi de formation pour la passation des échelles utilisées, qui étaient cotées de façon très subjectives et pas en aveugle. Par ailleurs, il était à la fois évaluateur et investigateur de l'étude.

-L'efficacité de notre dispositif s'évaluait à un instant qui suivait immédiatement la fin de notre session. Cette efficacité mériterait bien entendu une nouvelle évaluation à distance de la session, ce qui pourrait se faire dans des travaux futurs.

-L'entretien narratif était effectué à deux reprises en 48h. On peut penser que le deuxième entretien a pu être influencé par l'existence du premier (réactivation de souvenirs par l'effet du 1er entretien, ou bien refus de raconter à nouveau ce qui a déjà été dit...). Cependant dans cette étude nous nous intéressions à la forme du discours et non son contenu.

## 3. CONCLUSION

Notre étude semble avoir mis en évidence la possibilité d'entrevoir des objectifs cliniques à court terme pour des patients schizophrènes grâce à une session individuelle et unique d'improvisation en musicothérapie. Cette efficacité serait complémentaire des soins courants dispensés en hospitalisation dans le cadre de soins aigus. Elle a aussi pu souligner la bonne faisabilité d'une prise en charge individuelle, dont le déroulement pourrait être plus sécurisant pour ces patients.

Les résultats ont par ailleurs décrit une amélioration significative de la cohérence du discours ainsi qu'une amélioration des processus de pensée par le biais d'une session de musicothérapie. Ceci laisse supposer que l'utilisation de l'expression non-verbale dans le soin pourrait avoir la capacité d'optimiser l'expression verbale de nos patients, les deux domaines étant potentiellement liés par la dynamique des *schémas d'intention* qui les sous-tendent, et grâce auxquels « un large degré de continuité de signification est maintenu tout au long des niveaux implicites, explicites et narratifs » (Stern, 2008).

Par ailleurs, la cohérence narrative apparaît comme une stratégie d'amélioration des ressources assez utile pour les patients schizophrènes, puisque son amélioration serait associée à une diminution des troubles de la pensée et du langage.

Notre réflexion a pu aller dans le sens d'une compréhension plus précise des mécanismes de l'improvisation en musicothérapie. Si notre dispositif n'a pas permis d'étayer notre hypothèse d'un mécanisme d'action de l'improvisation musicale sur les symptômes de la schizophrénie par l'intermédiaire de l'amélioration de la cohérence narrative, nous supposons que cette amélioration favorise la consolidation du *sens de soi*, ce qui pourrait permettre de limiter l'apparition ultérieure de symptômes (Lysaker, 2005, 2015). Pour aller dans le sens de cette supposition, notre échelle de cohérence narrative pourrait être utilisée en parallèle à un outil d'évaluation phénoménologique spécifique de la schizophrénie (Gallagher, 2011).

À l'avenir, il semble utile de renouveler l'évaluation de l'efficacité de dispositifs de prises en charge brefs en musicothérapie, afin de justifier leur place à l'hôpital. Les études devront être contrôlées et l'évaluation devrait être effectuée par un autre investigateur que le musicothérapeute, sur un échantillon plus large de patients.

À l'issue de cette expérimentation, les thérapies se concentrant sur les processus interpersonnels immédiats et inspirées des travaux de D.N. Stern sur l'intersubjectivité, nous apparaissent comme un modèle à développer. En musicothérapie, la méthode Wigram que nous avons utilisée s'en inspire déjà ouvertement, et des études futures devraient pouvoir la mettre à nouveau en pratique. Plus globalement, nous pourrions imaginer comme Garfield (2009) une application concrète de ce type d'interactions en pratique courante avec les patients schizophrènes, adhérant à l'affirmation que « le niveau le plus profond des événements psychodynamiques est le niveau des interactions entre les personnes, ce qu'elles font avec leur corps, le ton de leur voix, l'expression de leur visage » (Stern & Gallese, 2015). Les neurosciences admettent que cette

composante essentielle du changement serait rendue possible par les mécanismes neurophysiologiques des neurones-miroirs (*ibid*, 2015).

## 4. BIBLIOGRAPHIE

Aigen, K. (2009). Verticality and containment in song and improvisation: an application of schema theory to Nordoff-Robbins music therapy. *Journal of Music Therapy*, 46(3), 238–267.

Andreasen, N. (1986). Scale for Assessment of Thought Language and Communication, TLC. *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 473-482.

Arnason, C. (1993). Music therapy group work in an in-patient psychiatric unit. *Canadian Journal of Music Therapy*, 1, 77–91.

Bjerstedt, S. (2014). *Storytelling in Jazz Improvisation: Implications of a Rich Intermedial Metaphor*. Faculty of Fine and Performing Arts, Lund University (Doctoral Dissertation) (Studies in Music and Music Education, 17.)

Bruscia, K. (1998). *Defining music therapy*. (2nd ed.). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Canadian Association for Music therapy, <http://www.musictherapy.ca/fr/information/musicotherapie.html>

Carr, C., Odell-Miller, H., Priebe, S. (2013). A Systematic Review of Music Therapy Practice and Outcomes with Acute Adult Psychiatric In-Patients. *PLoS ONE* 8(8): e70252. doi:10.1371/journal.pone.0070252



Cassity, M. D. (1976). The influence of a music therapy activity upon peer acceptance, group cohesiveness, and interpersonal relationships of adult psychiatric patients. *Journal of Music Therapy*, 13(2), 66-76.

Csikszentmihalyi, M. (1991). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper & Row, Publishers.

Davies, A. Richards, E. (1998). Music therapy in acute psychiatry: our experience of working as co-therapists with a group for patients from two neighbouring wards. *British Journal of Music Therapy*, 12, 53–59.

De Backer, J. (2006). The transition from sensorial impression to a musical form by psychotic patients in a music therapeutic process. Thesis, Philosophy, Aalborg, Aalborg University.

Donnay, G.F., Rankin, S.K., Lopez-Gonzalez, M., Jiradejvong, P., Limb, C.J. (2014). Neural Substrates of Interactive Musical Improvisation: An fMRI Study of 'Trading Fours' in Jazz. *PLoS ONE* 9(2): e88665. doi:10.1371/journal.pone.0088665

Eyre, L (2008). Musically-prepared and non musically-prepared narratives by persons living with schizophrenia. Thesis, Philosophy, Philadelphia, Temple University.

France, C. & Uhlin, B. (2006). Narrative as an outcome domain in psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 53-67.

Fuchs, T. (2007). The temporal structure of intentionality and its disturbance in schizophrenia. *Psychopathology*, 40, 229-235.

Gallagher, S., Cole, J. (2011). Dissociation in self-narrative. *Consciousness and Cognition*. 20,149-155.

Garfield, D. (2009). Unbearable affect. A guide to the psychotherapy of psychosis. (2nd Ed). Karnac. 72-74.

Gold, C., Dahle, T., Heldal, T., & Wigram, T. (2006). Music therapy for people with schizophrenia or other psychoses: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Music Therapy*, 20(2), 100-108.

Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., & al. (2013). Individual music therapy for mental health care clients with Low therapy motivation: multicentre randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(5), 319–331.

Grandison, S (1991) Arts therapies service evaluation/research project. Unpublished report Cambridge: Fulbourne Hospital.

Gratier, M. & Trevarthen, C. (2008). Musical narrative and motives for culture in mother-infant vocal interaction. *Journal of Consciousness Studies*, 15(10-11).

Gratier, M. (2009). Du rythme expressif à la narrativité dans l'échange-vocal mère-bébé. *Champ psy* 54.

Guétin, S., Charras, K. , Bérard, A., Arbus, C., & al. (2013). An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer's disease: a report of a French expert group. *Dementia*, 12(5) 619–634. DOI:10.1177/1471301212438290

Hara, G. (1999). Coming together: The healing process of music therapy groups. In: Music therapy, a global mosaic- many voices, one song. Proceedings of the 9th World Congress for Music Therapy. Washington DC: World Federation for Music Therapy. 17–22.

Hartley, N.A. (2000). On a personal note: a music therapist's reflections on working with those who are living with a terminal illness. *Journal of Palliative Care*, 17(3), 135–141.

Holma, J. & Aaltonen, J. (1998). The experience of time in acute psychosis and schizophrenia. *Contemporary Family Therapy*, 20(3), 265-276.

Jensen, B. (2000). Group music therapy with psychiatric patients. *Musikterapi I Psykiatrien*, 2, 129–140.

Kapsambelis, (2012). Manuel de psychiatrie clinique et de psychopathologie de l'adulte. Paris : Puf.

Kaes, R. (2002). in Les processus psychiques de la médiation. B. Chouvier et al. Pages 11-28. Dunod.

Kamioka, H., Tsutani, K., Yamada, M., & al. (2014). Effectiveness of music therapy: a summary of systematic reviews based on randomized controlled trials of music interventions. *Patient Preference and Adherence*, 8, 727–754.

Krebs, M.O. (2014). <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie>

Lecourt, E. (2005). La musicothérapie. Paris, eds. Eyrolles. p. 19-37.

Lefève, C. (2012). Devenir médecin. Paris : Presses universitaires françaises. p. 18-19.

Leite, T. (2008) Psychodynamic group music therapy with acute psychiatric patients. In: Aldridge D, di Franco G, Ruud E, Wigram T, editors. Musicoterapia in Europa. Rome: ISMEZ. 89–102.

Limb, C.J. & Braun, A.R. (2008). Neural substrates of spontaneous musical performance: an fMRI study of jazz improvisation. *Plos One*, 3(2), e1679.

Lovell, A. (1997). "The city is my mother": Narratives of schizophrenia and homelessness. *American Anthropologist*, 99(2), 355-368.

Lysaker, P.H., Clements, C., Plascak-Hallberg, C., Knipscheer, S., & Wright, D. (2002). Insight and personal narratives of schizophrenia. *Psychiatry*, 65(3), 197-206.

Lysaker, P.H., Wickett, A., Wilke, N., & Lysaker, J. (2003). Narrative incoherence in schizophrenia: The absent agent-protagonist and the collapse of internal dialogue. *American Journal of Psychotherapy*, 57(2), 153-166.

Lysaker, P. H., Davis, L., Eckert, G., Strasburger, A., Hunter, L., & Buck, K. (2005). Changes in narrative structure and content in schizophrenia in long term individual psychotherapy: A single case study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 406-416.

Lysaker, P., Glynn, S., Wilkiss, S., and Silverstein, S. (2010). Psychotherapy and recovery from schizophrenia: A review of potential applications and need for future study. *Psychological Services*, Vol 7(2), 75-91.

Lysaker, P., Erikson, Molly, M.A. (2012). Development of Personal Narratives as a Mediator of the Impact of Deficits in Social Cognition and Social Withdrawal on Negative Symptoms in Schizophrenia. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 200(4), 290–295. doi: 10.1097/NMD.0b013e31824cb0f4.

Lysaker, P. (2015). Thesis about narrative coherence [courrier électronique]. Destinataire : Etienne BALLY. Communication personnelle.

Malloch, S. and Trevarthen, C. (2008). *Communicative Musicality: Exploring the Basis of Human Companionship*. Oxford: Oxford University Press.

MacDonald, R. and Wilson, G. (2014). Musical improvisation and health: a review. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 4, 20.

Missonnier, S. (2008). Paul Ricoeur, Daniel Stern, Rosemary's baby : de « l'identité narrative » à « l'enveloppe prénarrative », in Bernard Golse et al., *Récit, attachement et psychanalyse*. ERES, « La vie de l'enfant ». 47-66.

Moore, K. (2013). A Systematic Review on the Neural Effects of Music on Emotion Regulation: Implications for Music Therapy Practice. *Journal of Music Therapy*, 50(3), 2013, 198–242

Morgan, K., Bartrop, R., Telfer, J., Tennant, C. (2011). A controlled trial investigating the effect of music therapy during an acute psychotic episode. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 363–71. doi:10.1111/j.1600–0447.2011.01739.x.

Mössler, K., Chen, X., Heldal, T. O. and Gold, C. (2011a). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders (Review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD004025.

Mössler, K., Fuchs, K., Heldal, T.O., Karterud, I.M., Kenner, J., et al. (2011b). The clinical application and relevance of resource-oriented principles in music therapy within an international multicentre study in psychiatry. *British Journal of Music Therapy*, 13, 72–91.

Mössler, K., Assmus, J., Heldal, T.O., Fuchs, K., & Gold, C., (2012). Music therapy techniques as predictors of change in mental health care. *The Arts in Psychotherapy*, 39(4), 333–341. doi:10.1016/j.aip.2012.05.002.

Murphy, ME. (1992). Coping in the short term: The impact of acute care on music therapy practice. *Music Therapy, 11*, 99–119.

Odell-Miller, H. (1986). Music therapy and mental health – notes for parliamentary sub-group. Unpublished paper.

Odell-Miller, H. (1992). Music therapy- Changing models in a mental health service. Unpublished presentation.

Odell-Miller, H. (1995). Why provide music therapy in the community for adults with mental health problems? *British Journal of Music Therapy, 9*(1), 4-10.

Odell-Miller, H., Hughes, P., Westacott, M., (2006). An investigation into the effectiveness of the arts therapies for adults with continuing mental health problems. *Psychotherapy Research, 16*, 122–139. doi:10.1080/10503300500268342.

Parnas J., Moller P., Kircher T., et al (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology, 38*, 236-258.

Pavlicevic, M., Trevarthen, C., & Duncan, J. (1994). Improvisational music therapy and the rehabilitation of persons suffering from chronic schizophrenia. *Journal of Music Therapy, 31*(2), 86-104.

Perrouault, D., (2013). Le soin grâce à la musique: La triangularité en musicothérapie et la place du musicothérapeute. Paris: L'Harmattan.

Polkinghorne, D. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. In J. Hatch & R. Wisniewski, *Life history and narrative*. London: The Falmer Press.

Pothoulaki, M, MacDonald, R.A.R., & Flowers, P. (2012). An interpretative phenomenological analysis of an improvisational music therapy program for cancer patients. *Journal of Music Therapy*, 49(1), 45–67.

Priestley, M. (1994). Analytical music therapy and "the detour through phantasy." In *Essays on analytical music therapy*. Phoenixville, PA: Barcelona Publishers.

Raffard, S., D'Argembeau, A., Lardi, C., & al. (2010). Narrative identity in schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 19, 328-340. IF: 2.179.

Ricoeur, P. (1983-1985). *Temps et récit*. Paris, Le Seuil.

Ricoeur, P. (1994). « La souffrance n'est pas la douleur », *Souffrances, Corps et âme, épreuves partagées*, Éditions Autrement, série « Mutations », n° 142, 58-69

Ruud, E. (1998). *Music therapy : Improvisation, communication and culture*. Barcelona Publishers. p. 69-83.

Saavedra, J., Cubero, M., Crawford, P., (2009a). Incomprehensibility in the narratives of individuals with a diagnosis of schizophrenia. *Quality Health Research*, 19 (11), 1548–1558.



Saavedra, J. (2009b). Schizophrenia, narrative and change: Andalusian care homes as novel sociocultural context. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 33, 163–184.

Saavedra, J. (2010). Quantitative Criteria of Narrative Coherence and Complexity in Persons With Paranoid Schizophrenia. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 198 (5), 349-55.

Sears, M. (Ed). (2007). Music: The Therapeutic Edge: Readings from William W. Sears. Gilsum: NH: Barcelona Publishers.

Shultis, C.L. (1999). Music therapy for in-patient psychiatric care in the 1990s. *Psychiatric Times*, 16: 46–48.

Silverman, M. J. (2003). The influence of music on the symptoms of psychosis: A meta- analysis. *Journal of Music Therapy*, 40(1), 27-40.

Silverman, M.J., Marcionetti, M.J. (2004). Immediate effects of a single music therapy intervention with persons who are severely mentally ill. *The Arts in Psychotherapy* 31, 291–301. doi:10.1016/j.aip.2004.06.008.

Silverman, M.J. & Leonard, J.M. (2012). Effects of active music therapy interventions on attendance in people with severe mental illnesses: Two pilot studies. *Arts in Psychotherapy*, 39, 390-396.

Silverman, M.J. (2009a) The effect of single-session psychoeducational music therapy on verbalizations and perceptions in psychiatric patients. *Journal of Music Therapy*, 46, 105–131.

Silverman, M.J. (2009b). Implementing a music therapy program at a new 72-hour acute psychiatric admissions unit: A case study of a patient who was malingering. *Journal of Creativity in Mental Health*, 4, 17–31. doi:10.1080/15401380802672518.

Silverman, M.J. (2010a), Applying levels of evidence to the psychiatric music therapy literature base, *Arts in Psychotherapy*, 37, 1–7.

Silverman, M.J. (2010b). Perceptions of music therapy interventions from inpatients with severe mental illness: A mixed methods approach. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 264–8. doi:10.1016/j.aip.2010.05.002.

Silverman MJ (2011a). The effect of songwriting on knowledge of coping skills and working alliance in psychiatric patients: A randomised clinical effectiveness study. *Journal of Music Therapy*, 48, 103–22.

Silverman, M.J. (2011b) Effects of music therapy on psychiatric patients' proactive coping skills: Two pilot studies. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 125–9. doi:10.1016/j.aip.2011.02.004.

Sluzki, C. E. (1992). Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31, 217–230.

Smorti, A., Risalaliti, F., Pananti, B., Cipriani, V. (2008). Autobiography as a tool for self construction: A study of patients with mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 196, 531–537.

Solli, H.P., (2003). "Twist and Shout". Improvisation in Group music therapy in a psychiatric hospital. *Musikkterapi*, 2, 10–19.

Solli, H.P., (2006). Music in Psychiatric Practice: Music groups in psychiatric institutions. In: Aasgaard T, editor. *Musikk og Helse*. Oslo: Cappelen. 113– 121.

Solli, H.P., Rolvsjord, R. (2009). Music therapy as a treatment for patients with psychosis. *Musikkterapi*, 3, 8–16.

Steinberg, R., Raith, L., Rossnagl, G., Eben, E. (1985) Music psychopathology. *Psychopathology*, 18, 254-285.

Steinberg R., Kimming V., Raith L., Gunther W., Bogner, J. & Timmermann, T. (1991). Music psychopathology IV: The course of musical expression during music therapy with psychiatric inpatients. *Psychopathology*, 24, 121.

Stephens, G. (1983). The use of improvisation for developing relatedness in the adult client. *Music Therapy*, 3(1), 29-42.

Stern, D.N. (2008). Intersubjectivité. A propos des liens entre expériences, mots et narrations. *Carnet psy/Eres*. Bébé-ados : à corps et à cri.

Stern, D.N. (2010). *Forms of Vitality: Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy, and Development*. New York: Oxford University Press.

Stern, D.N. (2011) The issue of vitality. *Nordic Journal of Music Therapy*, 19, 88–102. doi:10.1080/08098131.2010.497634.

Stern, D.N., Gallese, V., Onnis, L. (2015). In *Psychothérapies et neurosciences : une nouvelle alliance. De l'intersubjectivité aux neurones-miroirs*. Dialogue entre D.N. Stern et V. Gallese. Eds Fabert.

Talwar N., Crawford, M. J. , Maratos, A., Nur, U., McDermott, O. and Procter S (2006). Music therapy for in- patients with schizophrenia: Exploratory randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 405–409.

Tang, W., Yao, X. & Zheng, Z. (1994). Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A one-month randomised controlled trial in Shanghai. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 24, 38-44.

Thomas, C (2007). Music Therapy and Acute Care Psychiatric Treatment. In : *Music therapy for Children, Adolescents and Adults with Mental Disorders*. Silver Spring: American Music Therapy Association. Pages 125–132.

Trevarthen, C. (2002). Origins of musical identity: Evidence from infancy for musical social awareness. In R. MacDonald, *Musical Identities*, pages 21–38. Oxford University Press.

Trondalen, G. (2001). Visible through an Audible Voice. *British Journal of Music Therapy*, 15(2), 61-68.

Ulrich, G., Houtmans, T. and Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: A randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 362–370.

Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.

White, M. (1995). Psychotic experience and discourse. In *Re-authoring lives : Interviews & Essays*. Pages 112-154. Dulwich Centre Publications.

Winnicott, D.W. (1971), *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris: Gallimard, éd 1975.

Yalom, I.D. (1983) *In-patient group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Yalom I.D. (2005) *The theory and practice of group psychotherapy*, 5th Edition. New York: Basic Books.

*Ce document contient un total de 109 références.*

## 5. ANNEXES

## 5.1. Impression clinique globale

### 5.1.1. Impression clinique globale, gravité (CGI-G)

En fonction de votre expérience clinique totale avec ce type de patient, quel est le niveau de gravité de l'état clinique du patient ?

- 0 : Non évalué.
- 1 : Normal, pas du tout malade.
- 2 : A la limite.
- 3 : Légèrement malade.
- 4 : Modérément malade.
- 5 : Manifestement malade.
- 6 : Gravement malade.
- 7 : Parmi les patients les plus malades.

### 5.1.2. Impression clinique globale, amélioration (CGI-A)

Comparé à son état au début du traitement, de quelle façon le patient a-t-il changé ?

- 0 Non évalué.
- 1 Très fortement amélioré.
- 2 Fortement amélioré.
- 3 Légèrement amélioré.
- 4 Pas de changement.
- 5 Légèrement aggravé.
- 6 Fortement aggravé.
- 7 Très fortement aggravé.

## 5.2. Échelles des symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie (PANSS)

### **Echelle positive**

**P 1** Idées délirantes. 1 2 3 4 5 6 7

**P 2** Désorganisation conceptuelle. 1 2 3 4 5 6 7

**P 3** Activité hallucinatoire. 1 2 3 4 5 6 7

**P 4** Excitation. 1 2 3 4 5 6 7

**P 5** Idées de grandeur. 1 2 3 4 5 6 7

**P 6** Méfiance/Persécution. 1 2 3 4 5 6 7

**P 7** Hostilité. 1 2 3 4 5 6 7

### **Echelle négative**

**N 1** Emoussement de l'expression des émotions 1 2 3 4 5 6 7

**N 2** Retrait affectif. 1 2 3 4 5 6 7

**N 3** Mauvais contact. 1 2 3 4 5 6 7

**N 4** Repli social passif/apathique. 1 2 3 4 5 6 7

**N 5** Difficultés d'abstraction. 1 2 3 4 5 6 7

**N 6** Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation. 1 2 3 4 5 6 7

**N 7** Pensée stéréotypée. 1 2 3 4 5 6 7

### **Echelle psychopathologique générale**

**G 1** Préoccupations somatiques. 1 2 3 4 5 6 7

**G 2** Anxiété 1 2 3 4 5 6 7

**G 3** Sentiments de culpabilité. 1 2 3 4 5 6 7

**G 4** Tension 1 2 3 4 5 6 7

**G 5** Maniérisme et troubles de la posture. 1 2 3 4 5 6 7

**G 6** Dépression. 1 2 3 4 5 6 7

**G 7** Ralentissement psychomoteur. 1 2 3 4 5 6 7

**G 8** Manque de coopération. 1 2 3 4 5 6 7



**G 9** Contenu inhabituel de la pensée. 1 2 3 4 5 6 7

**G 10** Désorientation. 1 2 3 4 5 6 7

**G 11** Manque d'attention. 1 2 3 4 5 6 7

**G 12** Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie. 1 2 3 4 5 6 7

**G 13** Trouble de la volition. 1 2 3 4 5 6 7

**G 14** Mauvais contrôle pulsionnel. 1 2 3 4 5 6 7

**G 15** Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques). 1 2 3 4 5 6 7

**G 16** Evitement social actif. 1 2 3 4 5 6

### 5.3. Échelle d'évaluation de la pensée, du langage, de la communication (TLC)

#### 1. Pauvreté du discours (discours laconique, pauvreté de la pensée)

0 pas de pauvreté du discours. les réponses sont substantielles et appropriées.

1 léger. occasionnellement les réponses ne comportent pas d'informations élaborées mais elles restent appropriées.

2 moyen. certaines réponses ne comportent pas une information élaborée de façon appropriée et de nombreuses réponses sont monosyllabiques ou très brèves ("oui" "non" "peut-être" "je ne sais pas" "la semaine dernière")

3 sévère. les réponses font rarement plus de quelques mots. certaines questions peuvent rester sans réponses.

4 extrême. le patient est essentiellement mutique.

#### 2. Pauvreté du contenu du discours (alogie, vergibération, trouble négatif de la pensée formelle).

0 pas de pauvreté du contenu du discours.

1 léger. certaines réponses sont trop vagues pour être claires ou pourraient être largement réduites.

2 moyen. les réponses vagues ou qui pourraient être largement réduites représentent au moins un quart de l'entretien.

3 sévère. la moitié au moins du discours est composée de réponses vagues ou incompréhensibles.

4 extrême. l'ensemble du discours est vague, incompréhensible ou pourrait être considérablement réduit.

#### 3. Logorrhée

0 pas de logorrhée.

1 léger. légère augmentation du débit, de la cadence et de la tonalité du discours.

2 moyen. le sujet met quelques minutes pour répondre à des questions simples, peut parler quand personne ne l'écoute et/ou parle vite et fort.

3 sévère. fréquemment le sujet met plus de trois minutes pour répondre à des questions simples, quelquefois il se met à parler en dehors de toute stimulation externe et/ou il est difficile à interrompre.

4 extrême. le malade parle presque sans cesse et ne peut être interrompu et/ou il crie pour couvrir le discours des autres.

#### 4. Distractibilité du discours

- 0 pas de distractibilité du discours.
- 1 léger. est distrait une fois pendant l'entretien.
- 2 moyen. est distrait deux à quatre fois au cours de l'entretien.
- 3 sévère. est distrait entre cinq et dix fois au cours de l'entretien.
- 4 extrême. est distrait plus dix fois au cours de l'entretien.

#### 5. Tangentialité

- 0 aucune tangentialité.
- 1 léger. une réponse éloignée au cours de l'entretien.
- 2 moyen. deux à quatre réponses éloignées au cours de l'entretien.
- 3 sévère. cinq à dix réponses éloignées au cours de l'entretien.
- 4 extrême. plus de dix réponses éloignées au cours de l'entretien ou si fréquemment que l'entretien devient incompréhensible.

#### 6. Déraillement (relâchement des associations, fuites des idées)

- 0 aucun relâchement des associations.
- 1 léger. un exemple de relâchement des associations au cours de l'entretien.
- 2 moyen. deux à quatre exemples de relâchement des associations au cours de l'entretien.
- 3 sévère. cinq à dix exemples de relâchement des associations au cours de l'entretien.
- 4 extrême. plus de dix exemples de relâchement des associations au cours de l'entretien ou si souvent que l'entretien devient incompréhensible.

#### 7. Incohérence (salades de mots, schizophasie, jargonaphasie)

- 0 pas d'incohérence.
- 1 léger. survient une fois au cours de l'entretien.
- 2 moyen. survient deux à quatre fois au cours de l'entretien.
- 3 sévère. survient cinq à dix fois au cours de l'entretien.
- 4 extrême. survient plus de dix fois au cours de l'entretien ou si souvent que l'entretien est incompréhensible.

#### 8. Pensée illogique

- 0 aucun exemple de pensée illogique.
- 1 léger. un exemple de pensée illogique au cours de l'entretien.
- 2 moyen. deux à quatre exemples de pensée illogique au cours de l'entretien.
- 3 sévère. cinq à dix exemples de pensée illogique au cours de l'entretien.

4 extrême. plus de dix exemples de pensée illogique au cours de l'entretien ou si fréquemment que l'entretien est incompréhensible.

#### 9. Association par assonances

0 aucune association par assonances.

1 léger. une fois au cours de l'entretien.

2 moyen. entre deux et quatre fois au cours de l'entretien.

3 sévère. entre cinq et dix fois au cours de l'entretien.

4 extrême. plus de dix fois au cours de l'entretien ou si souvent que l'entretien devient incompréhensible.

#### 10. Néologisme

0 absent..

1 léger. un néologisme au cours de l'entretien.

2 moyen. entre deux et quatre néologismes au cours de l'entretien.

3 sévère. plus de cinq néologismes au cours de l'entretien.

#### 11. Approximation de mots

0 absent.

1 léger. une approximations de mots au cours de l'entretien.

2 moyen. entre deux et quatre approximations de mots au cours de l'entretien.

3 sévère. plus de cinq approximations de mots au cours de l'entretien.

#### 12. Discours circonlocutoire

0 pas de discours circonlocutoire.

1 léger. exemples occasionnels, mais si on interrompt le patient en lui demandant d'arriver à l'essentiel il peut le faire rapidement.

2 moyen. plusieurs exemples, ou une seule réponse qui dure plus de cinq minutes, ou le patient continue parfois a répondre de façon circonlocutoire malgré les interruptions de l'examineur.

3 sévère. fréquents exemples de pensée circonlocutoire, ou une seule réponse digressive d'une durée supérieure à 15 minutes, où le patient continue presque systématiquement a utiliser un discours digressif malgré les interruptions de l'interlocuteur.

#### 13. Perte du but

0 pas de perte du but.

1 léger. une seule fois le patient n'a pu poursuivre un sujet jusqu'à sa conclusion naturelle au cours de l'entretien.

2 moyen. de deux à quatre fois au cours de l'entretien le patient n'a pu poursuivre un sujet jusqu'à sa conclusion naturelle.

3 sévère. cinq fois ou plus au cours de l'entretien le patient n'a pu poursuivre un sujet jusqu'à sa conclusion naturelle.

#### 14. Persévération

0 pas de persévération

1 léger. répétition persistante d'une série de mots ou d'idées.

2 moyen. répétition persistante de deux ou trois séries de mots ou d'idées.

3 sévère. répétition persistante de quatre ou plus de quatre séries de mots ou d'idées.

#### 15. Écholalie

0 absent.

1 léger. écho de mots ou de phrases une seule fois au cours de l'entretien.

2 moyen. écho de mots ou de phrases deux à quatre fois au cours de l'entretien.

3 sévère. écho de mots ou de phrases cinq fois ou plus au cours de l'entretien.

#### 16. Barrages

0 absent.

1 léger. un seul barrage au cours de l'entretien.

2 moyen. deux à quatre barrages au cours de l'entretien.

3 sévère. cinq fois ou plus au cours de l'entretien.

#### 17. Discours emphatique

0 absent.

1 léger. un ou deux exemples de discours emphatique au cours de l'entretien.

2 moyen. fréquents exemples de discours emphatique au cours de l'entretien.

3 sévère. la plupart du discours spontané ou en réponse aux questions est emphatique.

#### 18 - Discours auto-référentiel

0 absent.

1 léger. une fois au cours d'une conversation de 15 minutes sur des sujets neutres.

2 moyen. deux à quatre fois au cours d'une conversation de 15 minutes sur des sujets neutres.

3 sévère. cinq fois ou plus au cours d'une conversation de 15 minutes sur des sujets neutres.

#### 5.4. Narrative coherence rating scale (NCRS)

*Rating Criteria for the Narrative Coherence Rating Scale*

NCRS Scale	0	1	2	3
Logical connections	Many major instances of no logical connections	Some major or many minor instances of no logical connections	Some minor instances of no logical connections	Not missing logical connections
Historical details	Missing many major details	Missing some major or many minor details	Missing some minor details	No details missing
Plausibility	Many major moments lacking realism	Some major or many minor moments lacking realism	Some minor moments lacking realism	Not lacking realism

## 5.5. Note d'information remise au patient

Etude sur la musicothérapie

Information écrite remise aux patients

Madame, Monsieur,

Vous avez récemment été admis(e) à l'hôpital pour une décompensation de vos troubles psychiques. Dans le cadre d'un travail de thèse, nous effectuons une enquête visant à démontrer l'intérêt d'utiliser la musicothérapie dans la prise en charge des patients hospitalisés.

Si vous participez à cette enquête il vous sera demandé de participer à 2 séances de 30 minutes et 50 minutes environ, contenant chacune un entretien. La seconde contiendra une session de musicothérapie individuelle de 20 minutes, utilisant une méthode d'improvisation pratiquée en face-à-face au piano avec l'investigateur. Ces 2 sessions se dérouleront au sein du CHU, dans le service d'art-thérapie de l'UF2.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Si vous décidez de ne pas y participer, vous n'avez pas besoin de donner une raison particulière. Votre décision de ne pas participer ne vous sera en aucun cas préjudiciable, ni dans la considération et le dévouement de votre médecin, ni bien sûr pour les traitements ultérieurs qui pourraient s'avérer nécessaires. Si vous acceptez de participer à cette étude, vous pourrez à tout moment décider de quitter cette étude. Vous n'aurez pas à expliquer vos raisons et votre décision ne vous sera pas préjudiciable.

Les données obtenues resteront confidentielles et seront consignées dans le dossier médical de chaque patient. Elles seront également anonymisées afin de me permettre de réaliser un mémoire sur ce sujet.

Etienne Bally (investigateur de l'étude)



## 5.7. Avis du comité d'éthique de la recherche



### COMITE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE

Toulouse,  
Le 31 juillet 2015

A l'attention de

Monsieur le Dr Etienne BALLY  
Monsieur le Professeur BIRMES  
Monsieur le Docteur LETAMENDIA

Lors de la séance du 25/06/ 2015, le comité d'éthique de la recherche des Hôpitaux de Toulouse a examiné le projet (n° 06-615) – "Effets et mécanismes d'action d'une unique session de thérapie par l'improvisation musicale chez des patients schizophrènes hospitalisés : l'hypothèse de la narrativité. » que vous lui avez soumis en tant qu'investigateur.

Etaient présents: : Dr. JM CONIL – Dr. N. NASR – Dr M. GOMAR – Mme. MC. VALLEJO - Mme. Ch. LAURENS – Dr. S. CLAEYSSSENS – Mme. D. ARAVIT –

**Après examen du dossier le comité émet un avis favorable à la mise en œuvre de cette recherche.**

Je vous prie d'agréer Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

**Dr Nathalie Nasr, MD, PhD,**

*MCU-PH de Neurologie – UNV - Pôle Neurosciences*

*Présidente du Comité d'Éthique de la Recherche*

*CHU de Toulouse*

*Tel direct: 05 61 77 56 02*

*Secrétariat: 05 61 77 94 57*

*Mail: nasr.n@chu-toulouse.fr*

---

BALLY Étienne

2015 TOU3 1569

Effects and mechanisms of action of a unique session of improvisational music therapy for schizophrenic in-patients: the narrative coherence hypothesis.

Toulouse, septembre 21th 2011.

---

#### ABSTRACT

19 hospitalized schizophrenic patients were assessed by the *Positive and Negative Symptoms Scale* (PANSS), the *Narrative Coherence Rating Scale* (NCRS) and the *Thought, Language, and Communication scale* (TLC), from life stories collected through a narrative interview, the *Indiana Psychiatric Illness Interview* (IPII). The evaluation was done at T0 and T1 (= 2 days after T0), just after a single session of improvisational music therapy. The measures were in line with a significant improvement in the PANSS total score (-4.42;  $p < 0.01$ ), the sub-scores PANSS Negative symptom (-0.68,  $p < 0.05$ ) and and General Psychopathology (-2.84;  $p < 0.05$ ), the NCRS (+ 1.32,  $p < 0.05$ ) and the TLC (-3.27;  $p < 0.05$ ). We found a significant correlation between the score of the NCRS and that of TLC at T0 ( $r = -0.764$ ,  $p < 0.01$ ), as well as T1 ( $r = -0.776$ ,  $p < 0.01$ ) but not with the score and sub scores of the PANSS.

---

Effects and mechanisms of action of a unique session of improvisational music therapy for schizophrenic in-patients: the narrative coherence hypothesis

---

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Thesis research supervisor : Dr Clara Letamendia

EFFETS ET MÉCANISMES D'ACTION D'UNE UNIQUE SESSION DE THÉRAPIE PAR L'IMPROVISATION MUSICALE CHEZ DES PATIENTS SCHIZOPHRÈNES HOSPITALISÉS: L'HYPOTHÈSE DE LA COHÉRENCE NARRATIVE

Toulouse le 21 septembre 2015

---

RÉSUMÉ

19 patients schizophrènes hospitalisés ont été soumis à une hétéroévaluation par l'échelle des symptômes positifs et négatifs (PANSS), la Narrative Coherence Rating Scale (NCRS), et l'échelle d'évaluation de la pensée, du langage, et de la communication (TLC), à partir de récits de vie recueillis à l'aide d'un entretien narratif, l'Indiana Psychiatric Illness Interview (IPII). Cette évaluation a été faite à T0 puis à T1 (= 2 jours après T0) juste après une session individuelle de musicothérapie par l'improvisation. Les mesures allaient dans le sens d'une amélioration significative pour la PANSS score total (-4,42 ;  $p < 0,01$ ), la PANSS sous-scores symptômes négatifs (-0,68 ;  $p < 0,05$ ) et psychopathologie générale (-2,84 ;  $p < 0,05$ ) la NCRS (+ 1,32 ;  $p < 0,05$ ) et la TLC (-3,27 ;  $p < 0,05$ ). Nous avons retrouvé une corrélation significative entre le score de la NCRS et celui de la TLC à T0 ( $r = -0,764$ ,  $p < 0,01$ ), ainsi qu'à T1 ( $r = -0,776$ ,  $p < 0,01$ ), mais pas avec les score et sous-scores de la PANSS.

---

TITRE : Effects and mechanisms of action of a unique session of improvisational music therapy for schizophrenic in-patients: the narrative coherence hypothesis.

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

---

MOTS-CLÉS : Musicothérapie, Improvisation, Cohérence narrative, Schizophrénie, Hospitalisation, Formes de vitalité, Enveloppe pré-narrative.

---

INTITULÉ OU ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Directeur de thèse : Dr Clara LETAMENDIA