

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2018

2018 TOU3 1513

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement

par

Laureen GRAND

le 03 avril 2018

**L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE DANS LA SCHIZOPHRENIE, PLACE
DE L'ART-THERAPIE : REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE ET
ILLUSTRATION CLINIQUE.**

Directeur de thèse : Dr Clara LETAMENDIA

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Président

Monsieur le Professeur Philippe BIRMES

Assesseur

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Assesseur

Madame le Docteur Clara LETAMENDIA

Assesseur

Monsieur le Docteur Axel BOURCIER

Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

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

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane Médecine Générale

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre Médecine Générale

P.A Médecine générale

POUTRAIN Jean-Christophe Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIÈRE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDY Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Médecine Générale
Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Bien que ce ne soit pas l'objet de mon travail, l'art-thérapie a toute sa place dans les unités géro-
psychiatriques et je vous y suis sensible. J'ai beaucoup apprécié la qualité de vos enseignements
durant mon parcours d'interne et votre bienveillance.

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail.

Monsieur le Professeur Philippe BIRMES

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

Votre enseignement m'a été précieux et vos qualités de chercheurs m'ont permis de mieux appréhender ce métier passionnant de la recherche.

Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordé pour la mise en place de l'atelier graffiti au sein d'une unité de votre service ainsi que pour avoir soutenu la rédaction de ce travail clinique au sein des exigences d'un travail de thèse.

Je vous suis très reconnaissante de nous apporter vos connaissances et votre avis à la critique de ce travail.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail.

Vous avez eu une place déterminante dans mon orientation professionnelle à travers les cours que vous nous avez dispensé durant l'externat et cela dès la première année de médecine.

J'ai également pris beaucoup de plaisir à travailler dans vos services et lors des enseignements des DU de Pédopsychiatrie qui ont enrichi mes connaissances et mon expérience clinique.

La pratique de la pédopsychiatrie m'a beaucoup apporté et reste très ancrée dans mon travail clinique.

Madame le Docteur Clara LETAMENDIA

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse, pour ton encadrement rigoureux et ton soutien bienveillant. Je t'exprime ma plus sincère reconnaissance.

J'ai eu le privilège de t'avoir connu interne et de t'avoir vu démarrer à la tête du service de l'UF2. J'ai été impressionnée par tes compétences professionnelles et scientifiques.

Je garde un souvenir ému de ce passage à l'UF2, de tes enseignements, de ton sens clinique, des prises en charge communes et du plaisir partagé d'avoir participé à la mise en place d'une des expositions d'Art-thérapie, ainsi que de nos échanges quotidiens, souvent teintés d'humour.

Monsieur le Docteur Axel BOURCIER

Je te remercie de m'avoir accordé ta confiance pour mettre en place ce projet d'atelier graffiti et de m'avoir soutenu tout au long de cette aventure humaine et clinique.

J'ai beaucoup apprécié travailler à tes côtés et j'ai beaucoup appris. Merci pour ta disponibilité, ton accessibilité, ta bienveillance et ton sourire à toute épreuve.

Je tiens également à exprimer ma vive reconnaissance auprès des médecins et autres collègues que j'ai eu la chance de côtoyer au cours de ces 8 semestres.

Merci au **Dr Michel VIGNES**. Le stage au sein de votre unité pendant mon externat a été décisif dans mon choix de spécialité. J'en garde un souvenir inoubliable.

Merci à **Mme Kati Varga** de nous avoir initié à une approche novatrice et très originale de l'accompagnement des adolescents, de nous avoir fait partager votre expérience clinique et découvrir des fondements théoriques au travers de lectures très enrichissantes.

Merci au **Dr Pascal BOURJAC** pour avoir très spontanément accepté de me recevoir et pour ces échanges passionnants autour de l'alliance thérapeutique.

Je remercie le **Dr Nicole BEYDON** et l'équipe de l'USIP pour m'avoir accompagné dans mes premiers pas à la découverte de ce métier passionnant.

Merci au **Dr François GRANIER** de nous avoir fait voguer dans « votre barque », au cœur de l'art-thérapie et du psychodrame.

Merci au **Dr Marie CHARRAS** pour ces six mois de complicité. De très bons souvenirs.

Merci au **Dr Laure MESQUIDA** pour les échanges cliniques passionnants et très formateurs pour mieux appréhender les pathologies adolescentes et accompagner avec bienveillance ces jeunes.

Merci au **Dr Katia JOURNOT** pour sa sympathie, son écoute et sa bonté professionnelles et personnelles.

Merci au **Dr Laurence CARPENTIER** qui m'a accompagné dans la découverte de l'autisme auprès de jeunes enfants et enrichi ma pratique au travers des groupes de mamans.

Je remercie également **Mr Daniel METGE** et **Mme Marina PIBOUL** pour ce semestre de partage dans l'univers de la périnatalité.

Merci au **Dr Julien BILLARD** d'avoir également soutenu ce projet d'atelier, ainsi que pour son enseignement clinique, sa bienveillance et ses qualités humaines. J'ai beaucoup apprécié travailler un an à vos côtés.

Merci au **Dr Karine FAURE** qui m'a permis de participer à toute une session du groupe Profamille, une expérience très humaine et enrichissante auprès de parents souvent démunis face aux difficultés de leurs proches. Cette sensibilisation sur l'attention portée aux proches aidants reste pour moi une préoccupation essentielle dans le travail auprès des patients psychotiques.

Merci au **Dr Martine GIRARD** pour ce temps partagé autour de la psychothérapie institutionnelle. Vous m'avez donné envie d'en apprendre davantage.

Je remercie également chaleureusement le **Dr Perrine HELIAS**, le **Dr Elodie ICHER** et toute l'équipe de l'hôpital de jour MGEN pour leur profond soutien pendant la fin de ce travail de thèse. Merci également de m'avoir aussi vite intégré à votre équipe dynamique et investie.

A toutes les équipes rencontrées au cours de mon parcours d'interne :

Merci pour votre accueil, votre gentillesse et votre sympathie à mon égard. Merci d'avoir accueilli mon enthousiasme et ma passion pour ce métier, que certains ont également partagé. Merci d'avoir participé à mon enseignement et forgé mon regard clinique. Merci pour les échanges cliniques qui font notre quotidien de soignant. Merci pour vos sensibilités et votre humanité. Merci d'avoir rêvé avec moi à d'autres projets.

Merci de m'avoir fait adorer travailler en équipe et conforter mon souhait de poursuivre longtemps ce travail pluridisciplinaire.

Je remercie tout particulièrement **Mme Aurore POUPEAU** et **Mr William GARAUDET**, les deux soignants référents de l'atelier sans qui ce projet n'aurait probablement pas vu le jour et n'aurait pas été pérenne. Merci d'y avoir cru, d'y avoir consacré du temps, de l'énergie et de la créativité. Merci de l'avoir porté avec moi auprès des patients. Et merci pour tous les échanges cliniques qui en ont découlé et ont enrichi nos observations.

A tous mes co-internes :

A Samuel P. et à nos débuts ariégeois.

A Sarah H. et nos aventures albigeoises, partagées avec nos colocataires, Laetitia D., Vincent A. et Sara F.

A Nico N., Samuel P. et le bonhomme de neige. A ce semestre riche en émotions et en découverte, notamment celle de l'art-thérapie qui m'a totalement séduite.

A Florent A., pour son humour, nos fous-rires et nos échanges dans cet univers adolescent.

A Sylvie L., ma collègue de bureau, pour les bons moments partagés au CMP.

A Laetitia D., Tiffany G. et David G. Notre « team » soudée nous a permis de traverser sereinement ce semestre mouvementé et tellement inoubliable. Aux dreadlocks, au basket, au ping-pong et au graff.

De grands moments !

Et à Lucia G., ma première n-1, que je suis ravie d'avoir auprès de moi ce semestre.

A tous les internes de ma promo et à tous ceux qui ont croisé ma route : Grégoire B., Damien G., Gabrielle R., Yolaine M., Tudi G., Simon T., Alexis R., Damien P., Mélissa B., Cécile O., Chloé G-L., Jeanne V., Rémi E., Emilie R., Elisa B., Aurélie G., Julie C., Maxime V., Gwendi S., ...

A toutes ces belles rencontres et ces amitiés naissantes.

Et bien sûr à ma famille :

A mon grand-père, que j'aurais voulu présent. Buxy, tu me manques tellement...

A ma grand-mère, ma Nel, que j'aime de tout mon cœur dans les bons comme les mauvais moments. Continue longtemps à incarner le Théâtre, à chanter et à nous éblouir tous les jours lorsque tes yeux s'étincellent et que tu cries ta joie de vivre. « Et demain ! ».

A mon père, qui m'a transmis ce grain de folie, folie de croire en mes rêves et la fougue de m'investir à fond dans ma passion. Merci pour ton soutien très précieux.

A ma chère maman, qui m'a encouragée et soutenue par toutes ses attentions et sa présence pendant les turbulences de chacune des étapes finales cruciales de ce parcours universitaire.

A mon frère, qu'il me tarde de retrouver dans les montagnes pyrénéennes et qui a toute ma fierté. Merci pour ton écoute et merci d'être celui que tu es.

A Lilou, qui a su redonner la joie de vivre à mon papou. Merci pour ta gaieté, ton entrain, ton courage et ton écoute. Vivement le retour du dur labeur agricole saisonnier.

A Soso, dont j'espère voir le bout de chou adorable très bientôt. Tu sais que tu pourras toujours compter sur moi.

A Pasco, le frère de cœur de mon père. Loin des yeux ne veut pas dire loin du cœur.

A Martine, « pilier » durant mon externat, notre « Cendrille » étoilée et ma voisine de cœur pour toujours. « La dolce vita » reste gravée dans nos cœurs.

A Fanchounette, fidèle au poste depuis 48 ans. Bientôt l'âge de la sagesse, qu'on te fêtera dignement.

A tous mes proches, un grand Merci.

TABLE DES MATIERES

I. Introduction

II. Méthodologie et résultats : revue critique de la littérature

II.1. Schizophrénie et désengagement

II.1.1. Généralités sur la schizophrénie

- a) Données épidémiologiques et prévalence concernant la schizophrénie
- b) Bref historique de la schizophrénie
- c) Classifications internationale et nationale : DSM5 et CIM10
- d) Sémiologie clinique de la schizophrénie

II.1.2. Problème de désengagement dans la schizophrénie

- a) Rechutes
- b) Prise en charge thérapeutique
- c) Engagement et de désengagement
 - a. Conceptualisation
 - b. Définitions
 - c. Désengagement : préoccupation centrale dans la schizophrénie

II.2. L'alliance thérapeutique

II.2.1. Concept d'alliance thérapeutique

- a) Les fondations du concept
 - a. Approche psychanalytique
 - b. Thérapie d'Approche Centrée sur la Personne
 - c. Thérapie Cognitive et Comportementale
 - d. Modèle systémique
 - e. Courant phénoménologique
 - f. Théorie de l'attachement
 - g. Alliance de groupe

- b) Elaboration des définitions de l'alliance thérapeutique dans le champ de la recherche

II.2.2. Présentation des instruments de mesure de l'alliance thérapeutique

II.2.3. Difficultés et particularités de l'alliance thérapeutique dans la recherche scientifique

- a) Diversités conceptuelles
- b) Les échelles et les fluctuations temporelles de l'alliance
 - a. Hétérogénéité des échelles
 - b. Alliance thérapeutique : un processus complexe et dynamique
- c) Complexité du phénomène : incidence dans la recherche
 - a. Limites
 - b. Divergences entre les évaluations patients-thérapeutes

II.2.4. Alliance thérapeutique : variables et champs d'action

II.2.4.1. Efficacité de la qualité de l'alliance thérapeutique

- a) En psychothérapie
- b) En psychiatrie
 - a. Pour l'ensemble des troubles mentaux
 - b. Dans la schizophrénie :
 - L'alliance thérapeutique participe à l'amélioration des résultats cliniques et psychosociaux
 - L'alliance thérapeutique participe aussi à un meilleur vécu des soins
 - L'alliance thérapeutique, associée aux effets des traitements
 - L'alliance thérapeutique a une valeur pronostique
 - L'alliance thérapeutique et l'engagement

II.2.4.2. Facteurs associés à l'alliance thérapeutique dans la schizophrénie

II.2.4.2.1. Facteurs dépendants des patients

- a) Facteurs socio-démographiques
- b) Antécédents et comorbidités
- c) Symptomatologie
- d) Mécanismes de défense

II.2.4.2.2. Facteurs dépendants de l'interaction entre patient et soignants : facteurs interpersonnels

- a) Styles d'attachement des patients
- b) Styles d'attachement des thérapeutes
- c) Interaction entre les styles d'attachement des patients et des thérapeutes

II.2.4.2.3. Facteurs dépendants du thérapeute, des soignants et de la thérapie (type et condition)

- a) Attitudes et perceptions des soignants
- b) Différentes étapes de la prise en charge
 - a. Les urgences
 - b. Les périodes d'hospitalisation
 - c. Les conditions d'hospitalisation et notamment d'hospitalisation sous contrainte : le vécu de coercition
- c) Différentes modalités thérapeutiques
 - a. La réadaptation
 - b. Les thérapies de groupe : mesure de l'alliance de groupe

II.2.4.2.4. Autres facteurs

- a) Satisfaction des patients à l'égard des services de soins
- b) Entourage et précarité

II.2.4.3. Particularités de la phase précoce de la schizophrénie

II.2.4.4. Préconisations

- a) Modulation de la relation au cours de la prise en charge
- b) Formations et supervisions

II.2.5. Recommandations concernant l'alliance thérapeutique dans la prise en charge de la schizophrénie

II.3. L'art-thérapie

II.3.1. Généralités sur l'Art-thérapie

- a) Etymologie et quelques définitions
- b) Historique et diversité socio-culturelle
- c) Apports théoriques

II.3.2. Efficacité de l'art thérapie dans la prise en charge de patients atteints de schizophrénie

II.3.2.1. Les théories au service des pratiques cliniques et de la recherche scientifique

- a) Mécanismes d'action hypothétiques
- b) Preuves scientifiques de l'efficacité de l'art-thérapie

II.3.2.2. Les pratiques ciblées des thérapies médiatisées par l'art

- a) Musico-thérapie
- b) Danse-thérapie
- c) Drama-thérapie

II.3.2.3. Les thérapies médiatisées artistiques en milieu hospitalier ?

II.3.3. Limites des études sur l'art-thérapie

II.3.4. Recommandations : l'art-thérapie dans prise en charge de patients atteints de schizophrénie

III. Discussion : Pourquoi serait-il pertinent de s'intéresser au lien entre alliance thérapeutique et art-thérapie dans la prise en charge de patients atteints de schizophrénie ?

IV. Un atelier expérimental en unité d'admission sectorisée auprès de patients psychotiques en rupture de soins

IV.1. Origine et mise en place du projet « Loc'Art »

- a) Genèse
- b) Choix du média

IV. 2. Méthodes

- a) Cadre proposé
- b) Sélection des patients
- c) Objectifs à visée thérapeutique
- d) Aspects organisationnels

IV.3. Procédure : Déroulement des séances

IV.4. Analyse

IV.4.1. Vécu des patients

- a) Participation
- b) Hostilité
- c) Observations et réflexions autour des « actions-réactions » des patients
- d) Réalisations des patients
- e) Dynamique de groupe et interactions sociales

IV.4.2. Vécu de l'« équipe atelier »

- a) Investissement et engagement mutuel
- b) Respect et intérêt perçu du cadre posé
- c) Observations cliniques et évolution des symptômes
- d) Relation patient- soignant(s) de l'« équipe atelier » côté soignants
- e) Relation patient-équipe de soins de l'unité

IV.4.3. Difficultés rencontrées et pistes d'amélioration

- a) Intervenant extérieur
- b) Sorties inattendues des patients
- c) Défaut de méta-cadre
- d) Défaut d'élaboration psychique commune
- e) Limites administratives

V. Conclusion

VI. Bibliographie

VII. Annexes

I. INTRODUCTION

Malgré l'évolution de la médecine, les progrès de la pharmacologie psychiatrique demeurent limités. Ces derniers, bien qu'ayant grandement amélioré les prises en charge proposées aux patients n'ont permis qu'une faible amélioration des soins si l'on tient compte des expériences vécues et rapportées par les usagers des services de santé, notamment lorsqu'ils souffrent de pathologies psychotiques (Olié, 2008 ; Ruddy & Milnes, 2008 ; Franck & Waintraub, 2012 ; Lutgens, 2017). En effet, en plus d'être encore stigmatisés et marginalisés dans les sociétés occidentales (et dans d'autres contrées), les personnes présentant des troubles psychiques graves tels qu'une schizophrénie se voient confrontées à des troubles multiples, handicapant leur quotidien, leurs relations aux autres et leur place dans la société (Kreyenbuhl, 2009 ; O'Brien, 2009 ; Thomas, 2013). Les soins qui leur sont proposés, comprennent pour la plupart des périodes d'hospitalisation sans leur consentement où ils peuvent être confrontés à l'isolement et/ou la contention ainsi qu'à des prescriptions de médicaments comportant des effets secondaires et qui n'ont qu'une efficacité limitée sur une partie de la symptomatologie.

Pourtant, il a été démontré l'importance de la continuité des soins dans les troubles mentaux sévères et notamment la schizophrénie, continuité qui nécessite de la part du patient son adhésion, sa participation active, en d'autres termes son engagement. Or en accord avec l'expérience clinique, des études ont également conclu qu'environ un tiers des patients interrompent les soins avec des conséquences dévastatrices pour eux-mêmes (isolement, repli, rechutes, ré-hospitalisations, mises en danger pouvant aller jusqu'au suicide) et un impact sur le pronostic de leur maladie (O'Brien, 2009 ; Kreyenbuhl, 2009 ; Doyle, 2014 ; Tindall, 2015 ; Casey, 2016).

En psychothérapie, établir et maintenir l'alliance thérapeutique est garant de bons résultats et de l'engagement du patient. Qu'en est-il en psychiatrie courante et plus particulièrement concernant les patients atteints de schizophrénie ?

Et comment améliorer ces relations thérapeutiques ? Comment accrocher, faire adhérer aux soins des patients atteints de troubles psychotiques, d'autant plus lorsqu'ils se trouvent contraints en unité d'hospitalisation ? Comment rendre cette rencontre avec ces patients en crise favorable à l'élaboration d'une relation de confiance durable ?

II. METHODES ET RESULTATS : REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE

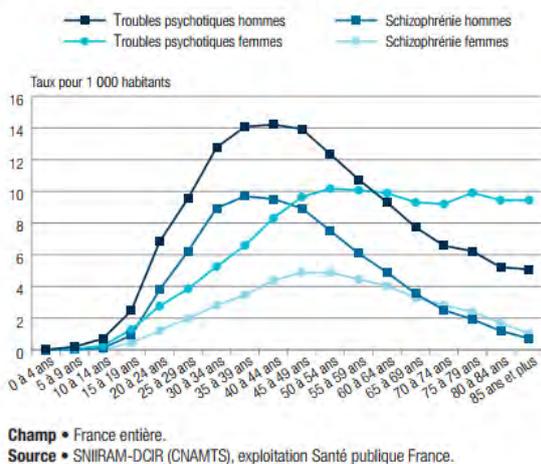
II.1. Schizophrénie et désengagement

II. 1.1. Généralités sur la schizophrénie

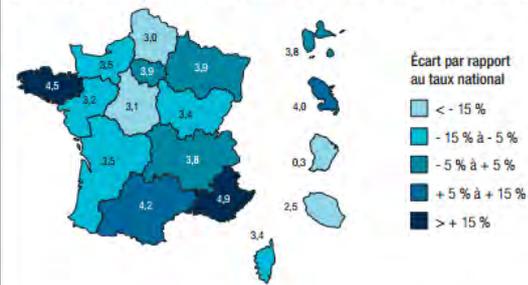
a) Données épidémiologiques et prévalence concernant la schizophrénie

Considérée par l'OMS comme l'une des pathologies les plus préoccupantes du XXI^e siècle, la schizophrénie toucherait environ 0,7% de la population mondiale, toute culture et classe sociale confondue (Organisation mondiale de la santé, 2013). La HAS relève en 2013 une incidence annuelle du trouble schizophrénique de l'ordre de 0,1 pour 1000 habitants et une prévalence d'environ 1 % dans la population générale française (soit, compte tenu de la classe d'âge concernée par cette pathologie, environ 400 000 sujets malades et 10 000 nouveaux cas par an) (Haute Autorité de Santé, 2013). On constate une prévalence plus élevée en zone urbaine et dans les populations migrantes (Krebs, 2014).

GRAPHIQUE 1
Taux de personnes souffrant de troubles psychotiques ou de schizophrénie prises en charge par le système de soins, selon l'âge et le sexe, en 2014 (pour 1000)



CARTES 2
Taux régionaux de personnes souffrant de schizophrénie prises en charge par le système de soins, en 2014 (pour 1000)



*Taux national : 3,8 pour 1000 habitants ; taux standardisés sur l'âge selon la population Eurostat UE + EFTA 2011.

Champ • France entière.

Source • SNIRAM-DCIR (CNAMTS), exploitation Santé publique France.

D'après le rapport 2017 de Santé Publique de la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), en 2014, en France, 7,4 personnes pour 1 000 habitants ont été identifiées comme présentant des troubles psychotiques, avec un diagnostic de schizophrénie pour la moitié. Le sexe ratio était égal à 1 (DREES, 2017). Cependant les premières manifestations du trouble sont observées plus précocement chez l'homme (entre 15 et 25 ans) que chez la femme (Haute Autorité de Santé, 2013).

Ces troubles sévères se caractérisent par un début souvent précoce et bruyant (dans 35-40% des cas d'après un dossier de l'INSERM, publié en 2014), à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte,

un risque de désinsertion familiale, professionnelle et sociale, un risque suicidaire important en l'absence d'une prise en charge adaptée, et des comorbidités somatiques, iatrogènes ou associées à des conduites addictives. Ils sont sources d'incapacité, de souffrance et d'exclusion et contribuent largement à la morbidité ainsi qu'à la mortalité prématurée (DREES 2017) : environ la moitié des patients souffrant de schizophrénie font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie avec un taux de 10% de suicides (Krebs, 2014).

Contrairement aux représentations sociétales (relayés par les médias et autres productions télévisées et cinématographiques), la dangerosité de ces patients ne concerne qu'une minorité. Dans les rares cas d'accès de violence au cours d'épisode de décompensation, cette agressivité est la plupart du temps dirigée contre eux-mêmes (Gourevitch, 2006 ; HAS, 2013 ; Krebs, 2014).

Le pronostic est réservé, bien qu'actuellement on estime une rémission durable chez un tiers des patients bénéficiant d'une prise en charge adaptée pendant plusieurs années. Ces patients reprennent une vie sociale, professionnelle et affective. (Krebs, 2014).

Les coûts socio-économiques sont énormes, la schizophrénie constituant la principale cause de longs séjours dans des établissements de soins psychiatriques (Chevreul, 2014 ; IRDES, 2015 ; HAS 2007).

b) Bref historique de la schizophrénie

Les premières descriptions de manifestations comportementales apparentées à la schizophrénie sont attribuées à Philippe Pinel au début du 19^{ème} siècle, sans que ce dernier les regroupe sous une même entité (Rioux, 2011).

Il faut attendre 1852 et les Etudes Clinique de B.A. Morel pour voir apparaître le terme de « démence précoce », mais ce dernier l'emploie comme synonyme de « type d'imbécillité consécutive » en se basant sur la théorie de la dégénérescence (Haustgen & Sinzelle, 2010).

Ce terme est repris quelques années plus tard par Emil Kraepelin qui, avec la collaboration de psychiatres allemands et prussiens, s'attaque aux critères de classifications des maladies mentales. Dans la 5^{ème} édition d'un traité publié en 1896, « Dementia praecox » désigne une psychose débutant à l'adolescence et évoluant vers l'affaiblissement psychique. Kraepelin considère le critère évolutif comme essentiel. Dans de nouvelles éditions, Kraepelin complète ces observations et distingue des « troubles fondamentaux bien spécifiques et plus nets en fin d'évolution » (dont la démence), associés à des « signes secondaires accompagnant (et masquant) la maladie » (idées délirantes, hallucinations, impulsions et troubles de l'humeur). La prédominance de certains troubles permet de subdiviser cette affection en 3 formes : « paranoïde, hébéphrénique et catatonique » (Haustgen & Sinzelle, 2010 ; Bottéro, 2010 ; Rioux, 2011).

En 1911, Eugène Bleuler applique la psychanalyse naissante à la démence précoce qu'il nomme désormais « schizophrénie », usant de racines grecques (« schizein » : fendre, séparer ; « phrên » : esprit) pour mieux signifier la Spaltung (scission des facultés psychiques, dissociation intrapsychique qu'il considère comme un trouble fondamental de la pensée schizophrénique) et publie une monographie des démences précoces, considérée comme acte de naissance du concept de la schizophrénie moderne. En 1914, Sigmund Freud interprète la schizophrénie sous l'angle des concepts psychanalytiques et en 1930, Sullivan intègre la dimension interpersonnelle à la compréhension de cette pathologie mentale (Rioux, 2011).

Depuis quelques années, on décèle une certaine convergence entre les hypothèses analytiques et certaines théories cognitivistes. On peut citer « The Cognitive neuropsychology of schizophrenia » ouvrage de Frith publié en 1992, dans lequel il explique les symptômes schizophréniques par un dysfonctionnement global des fonctions cognitives (Rioux, 2011).

Plus spécifiquement, le modèle cognitivo-comportemental de la schizophrénie est ancré dans le concept de vulnérabilité-stress (présenté ci-dessous) qui identifie des facteurs de vulnérabilité (génétique, infectieux ou encore traumatiques), des facteurs de stress et des troubles cognitifs dans le déclenchement des symptômes, et l'importance des facteurs de protection pour prévenir des rechutes (Bottéro, 2010 ; Tindall, 2015).

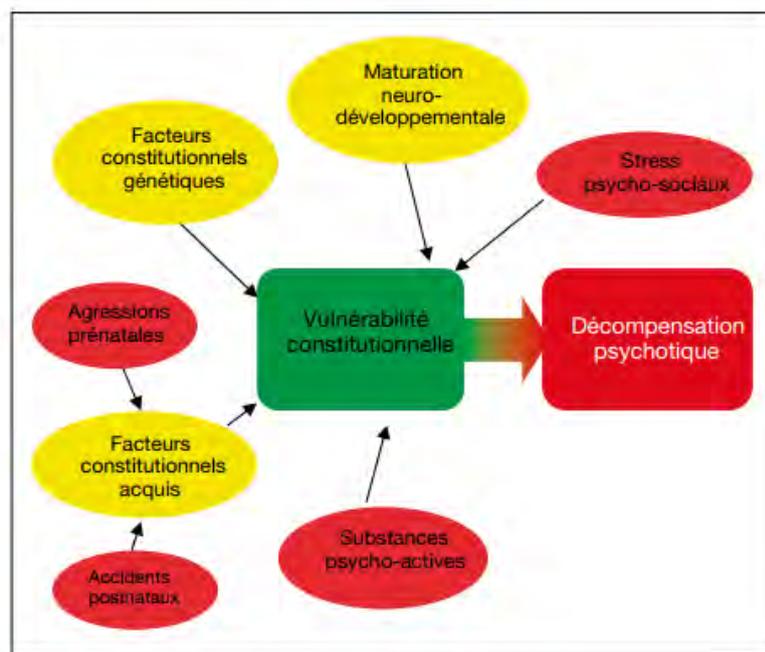


Figure 1. Le modèle « vulnérabilité-stress » des schizophrénies.

Source : Bottéro, 2010

c) Classifications internationale et nationale : DSM 5 et CIM 10

Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » 5^{ème} édition DSM V (American Psychiatric Association, 2013)

- A. Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3.
 1. Idées délirantes
 2. Hallucinations
 3. Discours désorganisé (c'est-à-dire coq à l'âne fréquents ou incohérence)
 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
 5. Symptômes négatifs (réduction de l'expression émotionnelle, aboulie)
- B. Pendant une partie significative du temps depuis la survenue du trouble, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la

perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou dans l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).

- C. Des signes permanents de la perturbation pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c-à-d symptômes de la phase active), et peut comprendre des périodes prodromiques ou résiduelles. Pendant ces périodes prodromiques et résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurants dans le critère 1 présents sous une forme atténuée (par exemple, croyances bizarres, perceptions inhabituelles).
- D. Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit 1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active, soit 2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, ils ne l'ont été que pour une faible proportion de la durée des périodes actives et résiduelles.
- E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c-à-d une drogue donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale.
- F. En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

Critères diagnostiques de la Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision CIM 10 de la schizophrénie, codée F20 (CIM 10, 2008) :

Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont : l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs.

L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète. On ne doit pas faire un diagnostic de schizophrénie quand le tableau clinique comporte des symptômes dépressifs ou maniaques importants, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles affectifs. Par ailleurs, on ne doit pas porter un diagnostic de schizophrénie quand il existe une atteinte cérébrale manifeste ou une intoxication par une drogue ou un sevrage à une drogue. Des troubles semblables apparaissant au cours d'une épilepsie ou d'une autre affection cérébrale, sont à coder en F06.2, ceux induits par des substances psychoactives étant à classer en F10-F19.

7 sous-types sont décrits : schizophrénies paranoïde, hétéroforme, catatonique, indifférenciée, dépression post-schizophrénique, schizophrénies résiduelle, simple et autres formes.

d) Sémiologie clinique de la schizophrénie

Selon Coleman, Butcher et Carson (1984), la schizophrénie se manifeste sous différentes formes, consécutives à des désordres psychotiques caractérisées par une lourde distorsion de la réalité, un retrait de l'interaction sociale et une fragmentation de la pensée et des émotions. En 2016, l'OMS définit la schizophrénie comme une maladie mentale qui « se caractérise par des distorsions de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement ».

Il existe une extrême diversité dans les manifestations symptomatiques de la schizophrénie d'un individu à un autre, mais également chez un même sujet à différents moments de sa vie, selon sa culture et l'époque, mais également des modalités évolutives très variables. « Les connaissances les plus récentes conduisent à concevoir la schizophrénie comme un trouble ayant une expression phénotypique variable. ». (Franck & Waintraub, 2012)

Actuellement la majorité des symptômes de la schizophrénie sont décrits à travers 3 dimensions essentielles (trépied syndromique), qui se retrouvent chez la plupart des patients, à des degrés divers : la dimension psychotique, la désorganisation et la dimension dite négative. On parle également de « symptômes positifs » pour qualifier des « expériences intérieures ou des comportements pathologiques », qui regroupent en partie symptômes psychotiques et de désorganisation. A contrario, les symptômes négatifs désignent des « expériences intérieures ou des comportements normaux qui sont défailants ou absents ». (Franck & Waintraub, 2012)

➤ Dimension psychotique

La dimension psychotique est présente dans environ 60% des cas et se manifeste par des idées délirantes de différents mécanismes (hallucinatoire, interprétatif, intuitif et imaginaire) et thématiques (persécution ou de référence pour la plupart, mais aussi mégalomanie, mysticisme). Il peut y avoir un vécu de dépersonnalisation (sentiment de perte de l'intégrité psychique et physique, de morcellement corporel à l'origine d'une angoisse intense de néantisation) ou de déréalisation. Ces idées généralement floues, non systématisées, bizarres sont souvent associées à une adhésion partielle ou totale (critique ou non des idées), une participation affective et des troubles anxieux (Gray, 2006 ; Morandi, 2011 ; Franck & Waintraub, 2012).

Les signes productifs comprennent aussi des hallucinations psychosensorielles : les plus fréquentes sont auditives (74% des patients), acoustico-verbale ou intrapsychique sous la forme d'une ou plusieurs voix plus ou moins familières, dont les propos peuvent être péjoratifs, dévalorisants, voire menaçants ou terrifiants. Le sujet peut parfois avoir la sensation que ses pensées sont commentées ou volées, que des actes ou des pensées lui sont imposées, ces manifestations sont regroupées sous l'appellation d'automatisme mental (défini par De Clérambault). Il existe également des hallucinations visuelles, cenesthésiques, olfactives, tactiles et gustatives (les 3 dernières sont beaucoup plus rares). Elles peuvent occasionner chez le sujet des comportements étranges : suspension de la parole, attitude d'écoute, expression de peur ou d'amusement, soliloque, ou encore des attitudes d'évitement des voix (écoute musicale par exemple) (Morandi, 2011 ; Franck & Waintraub, 2012).

Ces idées délirantes peuvent s'accompagner de passages à l'acte hétéro-agressifs qui peuvent participer à l'altération des relations patients-soignants. De même, le vécu paranoïde parasite dans la capacité du patient à faire confiance, et les idées mégalomaniaques peuvent entraîner des difficultés à reconnaître les bénéfices d'une aide extérieure. (Morandi, 2011)

➤ **Désorganisation**

La dimension de désorganisation décrit comme une perte de l'unité psychique, comprend des troubles du cours et du contenu de la pensée, du langage, des émotions et des comportements. Ces signes peuvent être discrets ou manifestes. On parle de diffluence pour décrire un relâchement des associations, des digressions accompagnées de détails inutiles ou inappropriés, des réponses à côté, un rationalisme morbide (hors de propos), pouvant aller jusqu'à un discours totalement incompréhensible, incohérent, ponctué de néologismes ou de schizophasies, ou même inintelligible dans le cas de vergéberation. Le contact est perçu par le clinicien comme bizarre et/ou froid, l'expression émotionnelle est sans rapport avec la situation et l'affect paraît inapproprié. On peut constater une discordance idéo-affective (émission d'affects qui ne sont pas concordants avec la situation ou la pensée qui est émise) ou la présence simultanée de sentiments contraires (ambivalence affective). Sur le plan du comportement, il ne semble pas dirigé vers un but compréhensible, n'obéit pas aux normes sociales. On peut relever des troubles psychomoteurs tels qu'un maniérisme étrange (postures et gestes amplifiés ou inadaptés), des rituels stéréotypiques, une instabilité motrice (incapacité à rester en place), voire dans certains cas, un négativisme ou une catalepsie lors de décompensation. La présentation peut être également altérée avec une incurie, ou inadaptée à la saison, insolite, extravagante (Franck & Waintraub, 2012).

➤ **Etat déficitaire**

Les symptômes dits négatifs ou déficitaires réunissent l'ensemble des signes qui traduisent un appauvrissement de la vie psychique : désinvestissement de la réalité, repli progressif de la personne, mise en retrait par rapport à son entourage et à la société, diminution des capacités de penser, de parler et d'agir qu'elle avait avant d'être malade, diminution des réactions et expressions émotionnelles (émoussement affectif), perte d'intérêt et de motivation, difficulté à entreprendre des actions, à planifier des tâches même simples (courses, toilette, hygiène, travail). Au niveau des soins, ces symptômes participent aux retards ou aux absences des patients aux rendez-vous, donc au maintien des soins, aux oublis des prises médicamenteuses mais également influencent leur compliance (Franck & Waintraub, 2012).

Généralement, cette dimension déficitaire prédomine avec la chronicisation de la pathologie et a des répercussions dans les relations sociales, le sujet manifestant peu d'affection pour ses proches malgré une grande dépendance, apparaissant indifférent, détaché, et ne recherchant pas le contact d'autrui. Ces difficultés relationnelles entravent aussi au niveau des relations thérapeutiques.

➤ **Troubles neurocognitifs**

On peut associer à cette dimension des troubles cognitifs qui se manifestent dans les domaines de l'attention, la résolution de problèmes, la vitesse de traitement de l'information, des capacités mnésiques (mémoire épisodique et mémoire de travail) et la cognition sociale. Le discours est souvent pauvre. Les réponses sont parfois retardées, peu informatives. On peut retrouver des barrages (interruption brusque du langage) ou du fading (ralentissement du débit verbal), traduisant une suspension inexplicable et imprévisible de la pensée. Il existe une mauvaise compréhension de la part implicite du langage avec une difficulté d'abstraction et pas d'accès à la symbolisation. Il est fréquemment décrit un apragmatisme, tableau clinique correspondant à une réduction marquée de l'activité, l'absence d'initiative motrice, une indécision tant psychique que motrice, la négligence de son apparence, son hygiène, mais aussi l'hygiène de son lieu de vie (parfois insalubre). Ces symptômes comprennent également un défaut d'engagement sur une activité surtout sur du long

terme, constat commun retrouvé pour les soins psychiques proposés (Potvin, 2017). Ils influent sur une mauvaise auto-évaluation de la qualité de vie des patients (Aghababian, 2006, Franck, 2010).

70 à 75% des patients atteints de schizophrénie souffriraient de déficits neurocognitifs, lesquels sont des bons prédicteurs de leur fonctionnement social (Potvin, 2017).

A noter toutefois, la participation d'autres facteurs à cette symptomatologie déficitaire : effets secondaires de traitements médicamenteux (neuroleptiques) et institutionnalisation prolongée. De même que certains signes comme le repli, peuvent être entraînés ou accentués par les symptômes positifs comme des idées délirantes de persécution ou encore d'autres symptômes (dépression, anxiété).

➤ **Autres symptômes**

A noter également l'anosognosie associée, déni total ou partiel des troubles souvent résistant au traitement et contribuant au défaut d'insight et aux difficultés d'acceptation de la maladie par le patient.

- Défaut d'insight

Le terme anglais « insight » n'a pas de véritable traduction française, bien qu'il se rapproche de la notion de « conscience morbide » (Morandi, 2011). La notion d'insight se réfère à la conscience que la personne a de son trouble ou de sa maladie (Vianin, 2013).

La schizophrénie est la maladie mentale où la conscience du trouble est la plus altérée (Vianin, 2013), ce qui s'explique en partie selon certaines théories par une défaillance du processus de réflexivité (capacité à se sentir et se penser soi-même) qui aboutit à une confusion identitaire empêchant le sujet de distinguer soi/non soi (Bouroubi, 2016).

Ce fréquent défaut d'insight chez les personnes atteintes de schizophrénie peut être à l'origine de mauvaises compréhension et attribution de leurs troubles entraînant fréquemment une mauvaise observance médicamenteuse (Lecomte, 2008 ; O'Brien, 2009 ; Bottéro, 2010 ; Paillot, 2011 ; Tindall, 2015), des difficultés à accepter la pathologie mentale à l'origine de rupture de soins (Priebe, 2005), de banalisation et de déni des troubles entravant leur engagement auprès des services de soins (O'Brien, 2009).

- Stigmatisation et auto-stigmatisation

On peut définir la stigmatisation comme ensemble de préjugés négatifs, une marque de disgrâce, de désapprobation conduisant à éviter ou rejeter un individu du fait de sa différence. La stigmatisation accompagne toutes les formes de maladie mentale, mais elle est en général d'autant plus marquée que le comportement de l'individu diffère davantage de ce qui est commun, ce qui est le cas dans la schizophrénie et peut conduire à considérer les personnes qui en souffrent comme dangereuses.

L'auto-stigmatisation se produit lorsque les personnes atteintes de maladie mentale intériorisent les attitudes négatives à leur égard qu'elles soient individuelles, groupales, familiales ou sociétales. Cela peut aboutir à un processus d'adaptation dysfonctionnel appelé « coping » « pour éviter d'être confronté aux conséquences négatives de la maladie et de la stigmatisation ». Ce style de rétablissement est associé à la peur d'être rejeté et aux difficultés relationnelles (Morandi, 2011 ; Korver-Nieberg, 2014 ; Bouvet, 2015).

Il en découle une faible estime de soi, un sentiment de honte, des symptômes dépressifs qui conduisent fréquemment au repli et à l'isolement social par crainte du rejet ou de risquer d'être confronté à l'incompréhension. Le recours aux soins et le maintien de leur continuité en sont également entravés (Morandi, 2011 ; Bouvet, 2015).

➤ Comorbidités

D'autres symptômes sont souvent associés au syndrome schizophrénique : des troubles thymiques (dépression post-psychotique retrouvée chez 25% des patients, « syndrome de démoralisation », hypomanie ou manie posant le diagnostic différentiel de trouble schizo-affectif), des symptômes anxieux divers et multiples, des troubles du sommeil et des troubles alimentaires atypiques (en lien avec des convictions délirantes ou iatrogènes).

On retrouve fréquemment chez ces patients un tabagisme actif et des consommations pathologiques d'alcool ou autres toxiques (notamment le cannabis), toxiques principalement utilisés à visée anxiolytique mais qui participent à la recrudescence de symptômes productifs et donc souvent impliqués dans l'émergence d'une décompensation psychotique et la chronicisation du trouble.

II.1.2. Problème de désengagement dans la schizophrénie

a) Rechutes

Il n'existe pas de définition claire des rechutes, étant donné qu'il en existe une grande diversité pouvant aller d'une simple crise à un état nécessitant un placement sous contrainte. Le critère le plus souvent évalué pour les quantifier est le taux de réhospitalisation. D'après les données recueillies, le taux de rechute (probablement sous-estimé) s'élèverait jusqu'à 82-84% dans deux études menées sur 13 et 20 ans (Thomas, 2013), et il atteindrait de 4 à 7 patients sur 10 au cours des 2 premières années consécutives au premier épisode psychotique alors que 2 seulement seraient atteints lorsque le suivi est maintenu (Passerieux, 2009 ; O'Brien, 2009 ; Morandi, 2011 ; Thomas, 2013).

D'après la Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} version (CIM 10, 2008), la schizophrénie est une pathologie chronique dont « l'évolution peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporter un ou plusieurs épisodes aigus suivis d'une rémission complète ou incomplète ».

La fréquence, la nature et l'intensité des rechutes détiennent une nette valeur pronostique dans la pathologie schizophrénique, dès le premier épisode (Koenig, 2011). En effet, chaque nouvelle rechute entraîne une détérioration progressive et marquée du cours évolutif de la pathologie : la fréquence des récurrences ultérieures augmente et les capacités de fonctionnement global du patient diminuent. Il est également signifié un risque accru de toxicité neurobiologique en lien direct avec la rechute, une réduction significative de la réponse au traitement, ainsi que la chronicisation de symptômes dits résiduels ou résistants (chez 17% à 35% des patients après chaque rechute) (Sheperd, 1989 ; Szymanski, 1995 ; Kane, 2007 ; Emsley, 2013 ; Thomas, 2013). De plus, les rechutes sont à risque de passages à l'acte auto- et hétéro-agressifs. Des auteurs font le constat d'une augmentation du taux de morbi-mortalité avec une plus forte incidence du risque suicidaire (Besnier, 2009 ; Thomas, 2013). Le retour au fonctionnement antérieur « stabilisé » est souvent plus long à chaque nouvelle rechute. Le patient éprouve fréquemment une moins bonne estime de soi, une accentuation de l'auto-stigmatisation renforçant l'isolement et le repli (Thomas, 2013). Parfois, la

rechute peut avoir un caractère traumatisant mais aussi entraîner une régression du patient avec une diminution de son autonomie antérieure. Au-delà des conséquences multiples et dévastatrices pour le patient, il est à signaler l'impact douloureux, déstabilisant et parfois traumatique sur l'entourage du patient (Kreyenbuhl, 2009 ; O'Brien, 2009 ; Thomas, 2013 ; Addington, 2013). Enfin, comme nous l'avons rapporté précédemment, les coûts en Santé Publique sont considérablement augmentés par ces rechutes du fait notamment de ré-hospitalisations.

Nous comprenons aisément pourquoi la prévention des rechutes est devenue l'un des enjeux majeurs de toute prise en charge à court (dès le 1^{er} épisode (Thomas, 2013)) et long terme dans la schizophrénie (Koenig, 2011).

b) Prise en charge thérapeutique

Globalement, la prise en charge des patients atteints de schizophrénie comporte 3 volets : biologique, psychothérapeutique et social. Dans cette partie, nous développeront la part biologique (médicamenteuse), nous évoquerons succinctement les soins psychologiques et la part sociale.

➤ Traitement médicamenteux

Le grand tournant de ce siècle de la schizophrénie reste l'introduction des psychotropes. La « révolution neuroleptique » a permis dans un premier temps, d'en finir avec les dogmes de l'impénétrable et de l'incurabilité, pour permettre d'établir un contact avec les patients et dans un second temps, de mieux appréhender la schizophrénie au-delà des symptômes positifs bruyants (Bottéro, 2010).

Actuellement, un des piliers du traitement de la schizophrénie, les traitements antipsychotiques ont démontré leur efficacité sur la prévention de la survenue de rechutes dès le premier épisode psychotique à travers de nombreuses études pharmaco-cliniques (Franck & Waintraub, 2012 ; Thomas, 2013). Ces médicaments permettent principalement la diminution de la symptomatologie productive et ont peu d'impact sur les symptômes déficitaires (léger impact des antipsychotiques dits atypiques non reconnu unanimement ; Olié, 2008 ; Franck & Waintraub, 2012). Cependant l'efficacité de ces molécules est variable d'une personne à l'autre et d'après certains articles, 5 à 15% des patients continueraient à éprouver des symptômes malgré un traitement médicamenteux adapté (Johnstone, 1998 ; Ruddy & Milnes, 2008 ; Lutgens, 2017). Les symptômes peuvent aussi devenir résistants (dans 20 à 30 % des cas selon les données de l'INSERM en 2014). On ne peut pas non plus négliger les effets indésirables notoires des neuroleptiques (extrapyramidaux, métaboliques, sédatifs pour ne citer que les principaux), qui sont souvent évoqués par les patients pour justifier leur décision d'interrompre le traitement (prise de poids, sédation, dysfonction sexuelle).

Le défaut d'observance est l'un des principaux problèmes affectant l'efficacité du traitement dans la schizophrénie. Le taux de non compliance s'élèverait aux environs de 40% la première année consécutive à un premier épisode psychotique aigu, pour atteindre jusqu'à 70% la seconde (Villeneuve, 2010 ; Morandi, 2011). Il est d'ailleurs conseillé d'avoir recours aux antipsychotiques atypiques d'action prolongée dès le début des troubles schizophréniques. Cette forme de traitement présente une meilleure tolérance et semble limiter les rechutes causées par un défaut d'observance (Palazzolo, 2009 ; Lehman, 2010 ; Azorin, 2013). Malgré cette alternative, dans la littérature, le défaut d'observance est identifié comme un des principaux facteurs de rechute et d'hospitalisations avec des conséquences cliniques et socio-économiques accrues (Kreyenbuhl, 2009 ; Passerieux, 2009 ; Palazzolo, 2009 ; Lehman, 2010 ; Koenig, 2011 ; Misdrahi, 2012 ; Thomas, 2013).

➤ **Traitement psychothérapeutique**

Historiquement, la psychanalyse a adapté le cadre psychothérapeutique de la cure analytique aux patients psychotiques et repensé les questions autour de la possibilité de transfert avec ces patients (De Luca, 2009). De nos jours, les prises en charge analytiques ont laissé leurs places aux thérapies psychodynamiques (Franck & Waintraub, 2012), qui s'appuient sur des références théoriques communes. Elles restent un outil précieux de compréhension mais aussi thérapeutique : « les psychothérapies individuelles, le psychodrame analytique et les psychothérapies de groupe permettent un renforcement narcissique identitaire et subjectal indispensable à l'établissement de relations objectales de bonne qualité » (De Luca, 2009). Ainsi, l'approche psychodynamique replace la dimension subjective au cœur du dispositif thérapeutique. On s'adresse à un individu en lui proposant de réfléchir sur la singularité de son parcours dans lequel la maladie occupe une place importante mais pas exclusive (De Luca, 2009).

Les thérapies cognitivo-comportementales ont démontré leur efficacité dans la littérature scientifique et sont l'orientation psychothérapeutique préférentielle dans de nombreux pays (Europe et Etats-Unis). Les outils fournis par ce modèle facilitent l'évaluation objective et rationnelle du fonctionnement du patient. La prise en charge s'adapte à leurs troubles cognitifs et vise à compenser les handicaps. La mise en place de soins planifiés avec la collaboration du patient potentialise son retour à une vie sociale satisfaisante. Au-delà de la prise en charge comportementale, l'apprentissage de la résolution des problèmes interpersonnels et de l'affirmation de soi facilite la progression vers une démarche psychothérapeutique (Simonet & Brazo, 2005). Ce modèle comprend la psychoéducation, qui s'est beaucoup développée ces dernières années. Cette dernière contribue à donner une place plus active au patient atteint de schizophrénie à travers une meilleure connaissance et compréhension de ses troubles et des traitements médicamenteux dont il bénéficie, dans le souci de favoriser son autonomie.

Le concept de réadaptation y est également associé. Ce modèle apporte une approche de la schizophrénie pluridisciplinaire et non stigmatisée, sans être pour autant démedicalisée. Dans les années 70, Boisvert et Trudel ont utilisé le milieu de vie comme facteur de renforcement pour contribuer aux modifications des comportements psychotiques. D'autres cliniciens, comme Ullmann et Krasner, mettent en lumière la nécessité d'installer un climat de confiance entre le thérapeute et le patient. En se basant sur les travaux de Liberman (1998), Legeron axe les soins des patients atteints de schizophrénie vers le développement de leur compétence sociale, rappelant que les neuroleptiques, bien qu'indispensables, sont peu efficaces à la réinsertion socio-professionnelle des patients, qui nécessite l'adjonction d'actions psychosociales et/ou psychothérapeutiques. Il précise que le « handicap majeur que sont les importants déficits du fonctionnement social du patient a longtemps été considéré comme la conséquence de la maladie et négligé comme cible d'interventions thérapeutiques spécifiques » (Simonet & Brazo, 2005 ; Blondeau, 2006).

D'autres approches comme les thérapies familiales systémiques tentent de comprendre les symptômes psychotiques au travers de la dynamique familiale (De Luca, 2009). De plus, sous diverses orientations et formes, les thérapies familiales peuvent également apporter un soutien à l'entourage des patients, souvent éprouvé et démuné.

➤ **Traitement social**

La prise en charge sociale repose en partie sur l'ensemble des mesures d'assistance financière (allocation adulte handicapé, pension d'invalidité) ou d'aide à l'insertion professionnelle (centres de formation spécialisés, poste adapté ou dans un milieu protégé, comme les Etablissements de Santé d'Aide par le Travail). Cela peut aussi concerner des mesures de protection de biens selon l'état du

patient ou ses capacités de gestions de revenu (Franck & Waintraub, 2012).

L'essor des médicaments et la diversité des techniques psychothérapeutiques ont conduit à une nécessaire coordination des soins pour aller d'une psychothérapie exclusive centrée sur un type de traitement vers une psychothérapie intégrative (De Luca, 2009).

c) Engagement et désengagement

a. Conceptualisation

La naissance de services cliniquement ciblés sur des prises en charge précoces des patients tels que « Assertive Community Treatment » ACT dans lesquels l'établissement d'une relation durable est une condition préalable essentielle à la fourniture de traitements effectifs et d'intervention de réadaptation (Stein & Test, 1980), a contribué à préciser la notion d'engagement (Bale, 2006).

Les premières initiatives communautaires en matière de santé mentale dans la période de désinstitutionalisation ont souligné l'importance centrale de la coordination des soins et de l'engagement proactif des patients (Intagliata, 1982 ; Bale, 2006).

Le terme « engagement » est défini à plus d'un titre dans la littérature. A la base, il est utilisé pour indiquer que les patients sont en contact avec un service (Bale, 2006).

D'après la définition de Dixon (1995), la « phase d'engagement » implique « le développement d'une relation de confiance entre l'équipe traitante et le patient » (Dixon et al., 1995). A ce stade, on peut déjà souligner le rapprochement palpable entre concepts d'engagement et d'alliance thérapeutique.

Le besoin des services de santé mentale pour maintenir le contact avec les patients atteints de maladie mentale grave et durable a été souligné dans le cadre de service national pour la santé mentale (Ministère de la Santé, 1999 ; Bale, 2006).

L'un des objectifs clés des services de psychiatrie est d'engager le patient et de développer une relation continue afin de fournir des traitements efficaces et d'éviter des complications parfois fatales pour les patients (Bale, 2006).

b. Définitions

D'après un bon nombre d'auteurs, nous pouvons définir à ce jour l'engagement comme un processus multifactoriel dynamique (Tindall, 2015).

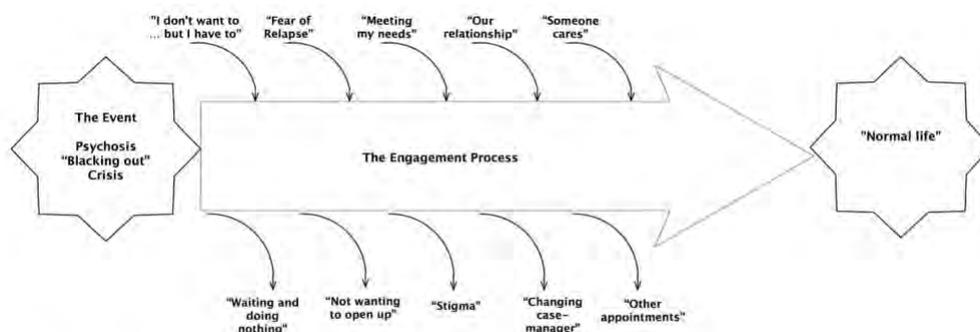


FIG. 1: The engagement process.

Source : Tindall, 2015

Les recherches qui décrivent l'engagement au fil du temps ont largement été théoriques et ne reposaient pas sur l'évaluation des patients (Wright, 2011). L'engagement continue à être considéré dans la pratique clinique comme une cible à atteindre, plutôt qu'un processus fluctuant et néglige donc de se préoccuper de son maintien (O'Brien, 2009 ; Tindall, 2015). Ce concept recèle deux dimensions : l'une « comportementale » inclue principalement l'observance médicamenteuse, et l'autre « représentative » implique l'adhésion aux soins, l'acceptation du traitement (médicamenteux et autres), le maintien de contact entre patient et services de soins et l'instauration d'une relation thérapeutique collaborative pour atteindre l'objectif commun d'un rétablissement clinique et fonctionnel optimal (O'Brien, 2009 ; Bottai, 2010 ; Conus, 2010 ; Wright, 2011 ; MacBeth, 2013 ; Tindall, 2015). Les taux de participation sont souvent utilisés comme mesures d'engagement (Doyle, 2014).

Dans son étude, O'Brien et ses collaborateurs suggèrent que l'engagement devrait être perçu comme un phénomène complexe qui englobe des facteurs tels que « l'acceptation d'un besoin d'aide, la formation de l'alliance thérapeutique avec des professionnels, la satisfaction de l'aide reçue et une acceptation mutuelle d'un travail vers des objectifs communs » (O'Brien, 2009).

En ce sens, d'autres auteurs se sont interrogés sur la division de ce concept d'engagement en deux entités : le sens littéral de la présence des patients aux soins et l'engagement thérapeutique (Doyle, 2014).

Le désengagement quant à lui, se caractérise par une forme de « dés-adhésion ». Certains auteurs le définissent comme « un refus actif de tout contact avec les soins » ; d'autres parlent de « décrochage » au bout d'1 à 3 mois d'absence (aucun lien téléphonique ni rendez-vous) selon les études, et incluent une notion de durée (Stowkowy, 2012 ; Doyle, 2014). Il existe différentes formes de désengagement : rendez-vous manqués, absence de reprise de suivi au sortir d'une hospitalisation, qui peut aller jusqu'à une rupture totale de contact avec les services de soins (Kreyenbuhl, 2009). A noter, une importante différence entre le refus d'accès aux soins au stade initial de la maladie, parfois en lien à de fausses croyances ou à la sévérité des symptômes, et le désengagement à des stades ultérieurs, plutôt lié à l'alliance thérapeutique, la satisfaction du patient vis-à-vis du service et/ou des soins et au besoin perçu d'aide apportée. Bien entendu, ce dernier peut également refléter des variations de la symptomatologie, amélioration ou rechute (Doyle, 2014).

Le tableau ci-après mentionne des études rapportant des taux de perte de contact avec les services de soins de patients psychiatriques atteints de troubles mentaux sévères, principalement de schizophrénie.

Table 1 Summary of studies reporting rates of loss of contact with services

Study	Setting	Definition of disengagement	% disengaged
Kendrick et al. [61]	Primary care patients with psychotic illness	Whether still in contact with secondary care at 2 years	30% out of contact
Johnstone et al. [56]	Patients with schizophrenia	Whether still in contact over 5–9 years after an admission	27% out of contact
McCreadie et al. [75]	Patients with schizophrenia in urban and rural areas	Use of services at 1 year	In rural area 11% out of contact, 32% in urban area
Tyrer et al. [131]	Patients with severe mental illness randomised to close monitoring or standard care	Contacts with professionals over 18 months	30% of standard care group had disengaged (19% of close monitoring group)
Tehrani et al. [130]	First admission patients	Contacts with professionals over 1 year	26% disengagement
Garety et al. [41]	First and second episode psychosis	Contact with professionals at 1 year	40% disengagement
Morgan et al. [88]	Patients with schizophrenia in Ireland	Drop-out rate over 7 years	4% dropout
Percudani et al. [98]	Patients in first contact with community mental health centre in Italy	Drop-out at 1-year	46% dropout
Rossi et al. [105]	Patients in contact with community psychiatric service, Italy	Drop-out at 2 years. (defined as no contact for 365 days)	17% dropout
Ruggeri et al. [106]	Patients in contact with community psychiatric service, Italy	Drop-out at 2 years and 6 years (defined as no contact for 6 months)	21% dropout at 2 years, 6 years or both
Edlund et al. [36]	Survey respondents in USA and Canada who received mental health treatment in preceding 1 year	Those no longer in treatment who did not report symptom improvement as reason for termination	19% dropout USA, 17% dropout Canada
Wang [132]	Survey respondents in Canada who had seen or talked to professional about mental health in preceding 1 year	Has stopped contact and did not report "felt better" or "completed recommended treatment"	22% dropout
Schimmelman et al. [110]	Adolescents with first episode psychosis admitted, Australia	Disengagement within 18 months. Defined as refusing any contact or not traceable	23% dropout
Svedberg et al. [123]	First episode psychosis patients in Stockholm	Disappeared or terminated contact at 5 years.	11% dropout

Source : O'Brien, 2009

c. Désengagement : préoccupation centrale dans la schizophrénie

Le désengagement est une préoccupation majeure en psychiatrie puisqu'il touche près d'un tiers des patients souffrant de schizophrénie. Il compromet l'efficacité des soins (Kreyenbuhl, 2009 ; O'Brien, 2009) et est directement corrélé à de mauvais résultats cliniques, sociaux et cognitifs (Cuesta, 2012 ; Tindall, 2015) avec des conséquences dévastatrices pour les patients (O'Brien, 2009 ; Kreyenbuhl, 2009 ; Doyle, 2014 ; Tindall, 2015).

L'engagement permet la continuité des soins, condition nécessaire voire indispensable dans toutes les formes de traitements psychiatriques auprès des patients psychotiques, notamment dans la prévention des rechutes (O'Brien, 2009 ; Morandi, 2011 ; Couroupis, 2016). L'engagement détermine également l'observance médicamenteuse, les résultats cliniques, le développement de la maladie et la qualité de vie des patients (Morandi, 2011).

II.2. L'alliance thérapeutique

II.2.1. Concept d'alliance thérapeutique

La première moitié du 20^{ème} siècle voit l'apparition de la notion de relation puis d'alliance thérapeutique à travers différents courants de pensée tels que la psychanalyse, l'approche centrée sur la personne, les courants humanistes comme la gestalt-thérapie, la phénoménologie, les thérapies cognitivo-comportementalistes ainsi que la systémie qui lui reconnaissent tous une place centrale.

a) Les fondations du concept

a. Approche psychanalytique

o Freud, transfert et contre-transfert

Freud semble être le premier à parler de l'alliance thérapeutique sans néanmoins utiliser ce terme : il évoque le « besoin d'avoir la collaboration du patient », correspondant à la capacité du patient à s'engager dans le processus thérapeutique. Dans ses écrits sur « la dynamique du transfert » de 1912, il développe ensuite la notion de transfert (et de contre-transfert) permettant de conceptualiser la relation entre le patient et le thérapeute. Le transfert dans la relation thérapeutique est un cas particulier de déplacement de l'affect d'une personne à une autre. Il souligne l'existence d'une dimension non objectivable du transfert, correspondant à la motivation nécessaire du patient à cette collaboration avec l'analyste (part consciente et inconsciente), mais précise l'existence d'une dimension non objectivable du transfert, correspondant à la motivation nécessaire du patient pour collaborer avec l'analyste (Bioy & Bachelart, 2010 ; Bioy, 2012).

Le contre-transfert, dans la cure psychanalytique désigne le sentiment inconscient qu'éprouve l'analyste en réaction aux sentiments inconscients ressentis par l'analysé. Les sentiments de contre-transfert sont une aide pour l'analyste dans la compréhension de la nature du conflit intrapsychique vécu par l'analysé, et son interprétation.

Dans la perspective freudienne, l'alliance est considérée comme une forme de transfert positif, l'attachement à la personne du thérapeute qui apparaît comme un préalable à tout travail thérapeutique : « Le premier but de l'analyse est donc d'attacher l'analysé à son traitement et à la personne du praticien », comme le souligne Freud (Despland, 2000 ; Bioy, 2012).

Ferenczi a mis en lumière la place centrale des interactions entre analysé et analyste, soit la relation thérapeutique et l'importance de l'attitude de l'analyste fondée sur l'empathie et l'observation attentive afin que ce dernier s'ajuste au mieux au patient et évite des réactions thérapeutiques « négatives » (Bioy, 2012).

Richard Sterba, influencée par les théories dissociatives de Janet, décrit le concept d'ego alliance comme « l'importance à susciter chez le patient une coupure thérapeutique du Moi » entre les fonctions observante et participante, permettant d'établir une relation positive entre les parts du Moi centrés sur la réalité, le « Moi raisonnable du patient » et le « Moi analysant du thérapeute » (Sterba, 1934 et 1940 ; Despland, 2000 ; Baillargeon, 2005a ; Bioy & Bachelart, 2010).

- Naissance du terme « alliance thérapeutique »

C'est à Elisabeth Zetzel que l'on doit l'apparition en 1956 du terme de « therapeutic alliance », au sujet de « la relation positive du patient avec le thérapeute et son identification à lui ». Selon elle, l'alliance est un premier lien qui doit se constituer afin de permettre l'amorce puis la poursuite de la thérapie analytique (Gadeau, 2002 ; Baillargeon, 2005a ; Meissner, 2007). Ce lien découle de la capacité fondamentale à former une relation de confiance stable, capacité enracinée dans les relations précoces entre la figure maternelle et le bébé (Bioy & Bachelart, 2010), ce qui n'est pas sans évoquer la « mère suffisamment bonne » de Winnicott mais aussi la théorie de l'attachement de Bowlby. Elle juge important de repérer la présence de carences affectives précoces afin que le thérapeute s'adapte aux modalités relationnelles du patient. C'est la première à suggérer que l'alliance thérapeutique est essentielle à l'efficacité de toute intervention thérapeutique (Bioy, 2012).

Dans cette même perspective, Greenacre, Sandler et Friedman (1968-1969) adoptent un « modèle maternel » de l'alliance, perçu alors comme la forme de travail engagée entre patient et analyste, préalable à la réalisation de l'analyse (Bioy, 2012).

- L'alliance dite de travail

S'appuyant sur les travaux de ces auteurs, Ralph Greenson renomme en 1965 l'alliance thérapeutique « working alliance », alliance de travail dont le noyau essentiel est la « vraie relation », qui implique un lien authentique et un respect mutuel (Bioy, 2012). Il l'oppose à la névrose de transfert et la définit comme un « rapport non névrotique, rationnel, raisonnable qu'a le patient avec son analyste et qui lui permet de travailler dans la situation analytique dans un but réfléchi » (J. Godfrind, 2007). C'est l'habileté du patient et du thérapeute à travailler dans le sens de l'objectif de traitement dans lequel ils se sont engagés (Bioy, 2012).

Pré-requis ou élément complémentaire du travail transférentiel, l'alliance thérapeutique est-elle une notion « soluble dans le transfert » ou totalement indépendante ? (Bioy, 2012).

b. Thérapie d'Approche Centrée sur la Personne

Le psychologue humaniste américain Carl Rogers développe à la fin du 20^{ème} siècle l'Approche Centrée sur la Personne dont l'hypothèse centrale repose sur le fait que :

« L'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ses ressources. » (Rogers, 1962). Ainsi, ce qu'il nomme « relation d'aide » est la relation offerte par le thérapeute comme condition nécessaire et suffisante pour aider le patient à résoudre ses problèmes (Baillargeon, 2005a ; Bozarth, 2011).

D'après cette approche, trois conditions sont requises du côté du thérapeute pour instaurer ce climat de confiance, nécessaire au changement du patient : l'authenticité (la transparence), le regard positif inconditionnel (l'acceptation) et la compréhension empathique (Kabuth, 2003 ; Baillargeon, 2005a ; Farrelly & Lester, 2014).

c. Thérapie Cognitive et Comportementale

Les premiers travaux des thérapies comportementales cognitives (TCC) ont vu le jour dans les pays anglo-saxons vers la fin des années 50 et apparaissent en France dans les années 70, avec Pierre Janet comme le précurseur le plus marquant. Fondées sur les théories de l'apprentissage puis sur les théories cognitives du fonctionnement psychologique dont notamment le traitement de l'information, « ce type de thérapie s'établit à partir d'une relation thérapeutique aux composantes non spécifiques (chaleur, empathie, authenticité, professionnalisme, confiance mutuelle, acceptation du patient) qui concourent à établir une « alliance thérapeutique » positive. Pour établir cette relation thérapeutique dite « relation de collaboration empirique », le clinicien sélectionne avec le patient les difficultés concrètes à résoudre puis ils testent des hypothèses thérapeutiques établies ensemble pour atteindre une stratégie thérapeutique adaptée » (Krebs, 2014).

Alford et Beck ont défini la relation thérapeutique en thérapie cognitive comme une relation de collaboration empirique qui serait comparable à celle de deux savants travaillant ensemble sur un problème. Cette perception se distingue de la précédente en considérant la relation thérapeutique comme condition nécessaire mais non suffisante au changement du sujet, en partie dû également à ses propres capacités (Cottraux, 1993).

d. Modèle systémique

Dans une perspective intégrative, Pinsof développe dans les années 90 le modèle systémique de l'alliance thérapeutique qu'il conçoit comme se composant des « aspects relationnels entre et au sein des systèmes du patient et du thérapeute qui entretiennent leurs capacités à un investissement mutuel et à une collaboration aux moyens et aux buts de la thérapie ». (Pinsof & Catherall, 1986). Il distingue deux dimensions à l'alliance : interpersonnelle (qui fait référence aux différents niveaux et lieux de l'alliance dans et entre chaque système du patient et du thérapeute) et du contenu (inspiré par les travaux de Bordin (1979)) (Baillargeon, 2005b ; Rouel-Brax, 2001).

Cette conception de la thérapie comme une interaction entre les systèmes du patient et du thérapeute, indépendamment du contexte de soins, ouvre une perspective vers « l'alliance partagée » (Baillargeon, 2005b).

e. Courant phénoménologique

La phénoménologie psychiatrique est une approche qui laisse l'autre exister dans la relation, une relation dite « compréhensive » qui se comprend comme « un abord non analytique centré sur l'idée que nous faisons toujours une expérience de totalité de ce qui s'éprouve et aussi une expérience de qualité fondamentale ». La résonance de ces éléments en nous et le regard réflexif (interne) constitue cette attitude compréhensive (Martin, 2011).

D'après Pringuey (2014), toute relation de soin nécessite une phénoménologie de la relation, condition nécessaire à un « ajustement interpersonnel créatif ». Bruno Giordana évoque une « co-constitution d'un « nous » étoyant les notions d'alliance. « La rencontre porte en elle la dynamique de la puissance vitale seule capable de s'opposer aux forces de destruction, de soutenir l'échange et la parole, d'accompagner le souci et de promouvoir le rétablissement ». « Tout procédé thérapeutique tient dans ce qu'il permet du travail relationnel qui inscrit l'hospitalisation dans l'ordre

de l'hospitalité » (Pringuey, 2014).

f. Théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement développée par John Bowlby (1988) offre un cadre intéressant dans lequel explorer l'alliance thérapeutique. Bowlby conceptualise les comportements d'attachement comme un système inné qui vise au rapprochement du petit à sa mère et à sa protection. L'enfant humain vient au monde avec une prédisposition à participer aux interactions sociales. Le bébé a besoin d'un lien d'attachement précoce et continu car il naît immature et dépendant, et la recherche de proximité maternelle est un besoin primaire. Mary Ainsworth (1969) décrit la mère comme une figure d'attachement, « base de sécurité » qui permet à l'enfant d'explorer le monde et d'y trouver refuge lors de phases de détresse. Selon cette théorie, les individus adultes ont développé des représentations mentales du soi en relation avec d'autres et de la façon dont les autres se comportent dans les relations sociales. Trois différents modèles d'attachement (sécure, insécure évitant et insécure désorganisé) sont identifiés, se rapportant à ces représentations internalisées et aux stratégies adaptatives pour faire face à des situations de stress et permettre de développer un comportement autonome. (Pillet, 2007 ; Degnan, 2016)

g. Alliance de groupe

L'alliance thérapeutique peut être divisée en deux dimensions lorsqu'elle est discutée dans le contexte de la thérapie de groupe (Gillaspy, Wright, Campbell, Stokes et Adinoff, 2002). La première dimension est la relation spécifique patient-thérapeute pour chaque membre du groupe, appelée "alliance individuelle". Cette dimension est la dimension la plus fréquemment discutée de l'alliance dans les groupes. La deuxième dimension est l'« alliance de groupe », ou la relation d'un individu avec le groupe entier. Une seule étude a mesuré l'alliance de groupe en tant que construction unique (Budman et al., 1989). Cette dimension peut être particulièrement importante dans la mesure où les patients de la thérapie de groupe évaluent les facteurs interpersonnels, tels que le climat des relations, comme plus importants pour eux que pour les patients en thérapie individuelle (Holmes & Kivlighan, 2000). Ces facteurs sont donc susceptibles d'être plus importants dans un groupe vis-à-vis d'une modalité thérapeutique individuelle. Lorsque de nombreux membres du groupe reconnaissent leurs jugements erronés, cela peut conduire à des sentiments de proximité en partageant des expériences communes. Yalom (1995) a désigné l'universalité comme l'un des facteurs thérapeutiques uniques à la thérapie de groupe et qui a été jugé important pour les patients atteints de maladies mentales graves (Crouch, Bloch et Wanlass, 1994) (Johnson, 2008).

b) Elaboration des définitions de l'alliance thérapeutique dans le champ de la recherche

Bien que l'alliance thérapeutique soit maintenant considérée comme une construction unique, un concept trans-théorique, comme nous venons de le voir, elle s'est développée à partir de diverses compréhensions de la relation entre le thérapeute et le patient. En effet, alors que certains ont conceptualisé l'alliance comme représentant seulement une construction (par exemple, Sterba, 1934, Zetzel, 1956), d'autres ont émis l'hypothèse que l'alliance comporte plusieurs dimensions indépendantes (par exemple, Bordin, 1979). En outre, les théoriciens et les praticiens ont utilisé divers termes pour décrire différents aspects de la relation entre un thérapeute et un patient, tels que l'alliance thérapeutique, l'alliance de travail, le lien thérapeutique et l'alliance aidante (Martin, 2000).

A partir des années 70, en même temps que l'intérêt scientifique se porte sur l'évaluation des pratiques et que se développent les approches intégratives, le développement de la recherche dans le champ des psychothérapies a conduit à un renouvellement de la notion d'alliance thérapeutique en rapport avec le développement d'instruments destinés à l'évaluer. C'est ainsi qu'ont émergé de nouvelles définitions de l'alliance (Despland, 2000).

La plus reconnue d'entre elles est celle de Bordin (Baillargeon, 2005a), en 1979 puis en 1994. Il se base sur différentes théories psychothérapeutiques (psychanalyse, approche centrée sur la personne, thérapies cognitivo-comportementales) pour établir un concept unique dépassant ces théories et permettant de comprendre le processus thérapeutique de changement (Cournede, 2015).

Facteur commun à toutes psychothérapies et garant de leur succès, l'alliance thérapeutique est définie par Bordin comme un mouvement émotionnel multidimensionnel, dynamique et complexe entre au moins deux protagonistes, fondé sur 3 composantes interdépendantes :

- Les « goals » ou buts : en lien avec la demande ;
- Les « tasks » ou tâches : à effectuer pour atteindre les buts fixés ;
- Le « bond » ou lien : relation entre patient et thérapeute (la façon dont le patient se sent compris, respecté, estimé).

« La compatibilité entre les partenaires est exprimée et ressentie en termes de confiance, de respect, l'un pour l'autre et un engagement commun, une compréhension partagée dans l'activité. La nature spécifique de la relation affective varie en tant que fonction de l'activité partagée. » (Bordin, 1994).

Gaston (1990) propose une approche multidimensionnelle construite sur 4 facteurs indépendants :

- L'alliance de travail, capacité du patient à s'engager dans la thérapie ;
- L'alliance thérapeutique, lien affectif unissant patient et thérapeute ;
- La compréhension et l'implication empathique du thérapeute à l'égard du patient ;
- L'entente partagée entre le patient et le thérapeute concernant les tâches spécifiques et les buts du suivi.

(Despland, 2000 ; Salamin, 2009).

Didier Houzel, dans ses travaux consacrés à l'alliance thérapeutique auprès d'enfants, en donne sa propre définition : « adhésion à une expérience d'un type nouveau, qui inclut des aspects émotionnels, imaginaires et symboliques, et qui permet d'entrevoir un autre mode de fonctionnement psychique que celui auquel on était habitué et de découvrir la possibilité, l'espoir de donner un sens aux symptômes et à la souffrance psychique » (Houzel, 2003 ; Frederick-Libon, 2011).

Pour Safran et Muran, l'alliance thérapeutique est à voir en termes de négociation plutôt que de collaboration, de processus interpersonnel, dynamique qui dépend de la relation thérapeutique. Pour eux, c'est un processus de négociation à plusieurs niveaux, conscient et inconscient (Safran et Muran, 1994, 2006 et 2011).

II.2.2. Présentation des instruments de mesure de l'alliance thérapeutique

Les chercheurs ont tenté de créer des échelles qui mesurent l'alliance en fonction des diverses interprétations théoriques du concept. Bien que certaines échelles aient été créées pour des projets de recherche spécifiques, d'autres devaient être utilisées de manière plus générale. Les chercheurs ont créé les premières échelles d'alliance afin de pouvoir mesurer l'alliance dans le cadre de psychothérapie individuelle adulte. Ces échelles ont été évaluées par des juges cliniques formés ou par des observateurs indépendants. Pour éviter les limites de l'utilisation de mesures d'alliance

évaluées uniquement du point de vue d'un observateur, les chercheurs ont adapté la plupart des premières échelles afin que les patients et les thérapeutes puissent également évaluer l'alliance. Bien que les échelles de l'alliance aient été développées par plusieurs groupes de recherche indépendants, il a été démontré que les échelles étaient fortement corrélées entre elles (par exemple, Hatcher & Barends, 1996, Safran & Wallner, 1991, Tichenor et Hill, 1989). Les échelles de l'alliance sont basées sur des compréhensions théoriques quelque peu différentes de l'alliance (Martin, 2000), ce qui permet aux chercheurs et cliniciens d'intégrer l'alliance dans leur propre conception du processus thérapeutique et de pouvoir l'utiliser, mais ce qui entraîne l'élaboration d'un grand nombre d'échelles d'évaluation (Horvath) (Elvins & Green, 2008).

Nous vous présentons ci-après l'arbre généalogique des échelles à partir des références conceptuelles.²

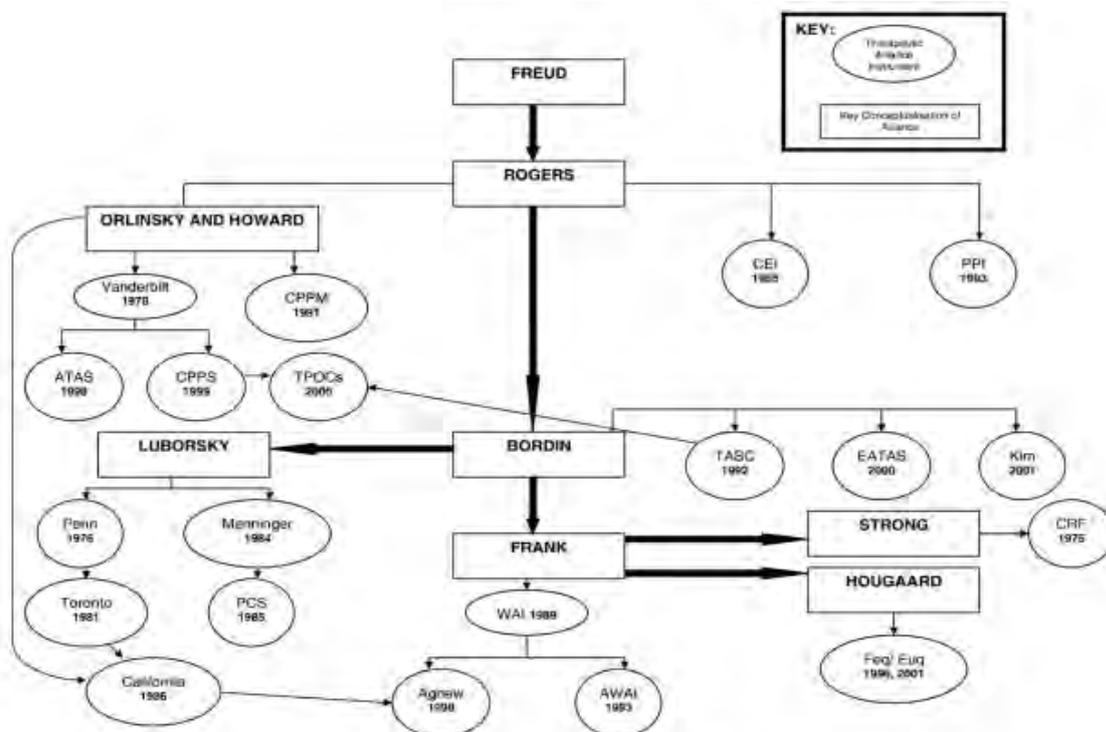


Fig. 1. Genealogy of alliance concepts and scales. See Table 1 for expansion of scale acronyms.

Source : Elvins & Green, 2008

A travers la littérature scientifique, on retrouve trois échelles de mesure de l'alliance thérapeutique développée dans le cadre de l'évaluation des psychothérapies (répertoriées dans le tableau ci-dessous) :

- Issue de la Pennsylvania Scale et également développée par Luborsky et ses collègues (Martin, 2000), la Helping Alliance Questionnaire HAQ est l'une des premières mesures d'auto-évaluation (Luborsky, 1996). Sa 2^{ème} version élaborée en 1996 se compose de 19 items et dispose d'une bonne fiabilité et d'une excellente cohérence interne (Kapp, 2014).

- La California Psychotherapy Alliance Scale CALPAS, conçue à partir d'autres échelles en 1986, et révisée par Marmar, Gaston, Gallagher et Thompson en 1989. Sa structure repose sur les 4 aspects de l'alliance de la définition de Gaston (1990) et comporte 24 items. Chaque item s'échelonne de 1 à 7 points (1= pas du tout ; 7= tout à fait). Le score total est de 168 (Martin, 2000 ; Delsignore, 2014).
- Et la Working Alliance Inventory WAI, développée en 1989, récemment revue dans des versions plus courtes WAI-S et WAI-SR, elles sont les plus fréquemment utilisées dans la recherche scientifique (Paap & Dijkstra, 2017).

Tableau 1 Échelles de mesure de l'alliance traduites en français.

Auteurs	Traduction	Nom	Construction et recueil
Alexander et Luborsky [2]	Gérin et al. [21]	Helping alliance questionnaire method (HAQ-I)	Auto questionnaire (patient ou thérapeute ou observateur) Deux sous-échelles respectivement de 8 (soutien) et trois items (collaboration) ; chaque item est noté de -3 à +3
Luborsky et al. [35]	Le Bloc'h et al. [34]	Helping alliance questionnaire method II (HAQ-II)	Auto questionnaire thérapeute et patient 19 items (retrait de six items du HAQ-I reflétant une amélioration précoce et ajout de 14 nouveaux items autour de la collaboration thérapeutique et de la perception du soignant par le patient) ; chaque item est noté de 1 à 6
Horvath et Greenberg, [28]	Guédéney et al. [23]	Working alliance inventory (WAI)	3 versions : patient, thérapeute et observateur 36 items sur le lien, l'accord sur les buts et l'accord sur les tâches (version courte 12 items) ; chaque item est coté de 1 à 7
Gaston et Marmar, [20]	Bachelor et al. [3], Marmar et Gaston [39]	California psychotherapy alliance scales (CALPAS)	3 versions : patient, thérapeute et observateur 24 items sur l'alliance thérapeutique et de travail, la contribution du thérapeute à l'alliance, l'accord du patient et du thérapeute sur les buts et les tâches ; chaque item est coté de 1 à 7.

Source : Rodgers, 2010

Nous allons détailler cette échelle et ses variantes ci-après, sachant que chacune des échelles citées dispose de plusieurs versions adressées aux patients, thérapeutes et parfois observateurs extérieurs.

La WAI se structure entièrement sur la définition de Bordin de l'alliance thérapeutique, soit en 3 domaines : accord entre patient et thérapeute sur les objectifs (« Goal ») ; accord entre patient et thérapeute sur les tâches à accomplir pour atteindre ces objectifs (« Task ») ; qualité du lien entre patient et thérapeute (« Bond »). Avec un total de 36 items, chacun est noté de 1 à 7 (1= jamais ; 7 = toujours) (Martin, 2000). Le score s'étale donc de 36 à 252 (Bale, 2006). Cette échelle a montré qu'elle fait preuve des meilleures propriétés psychométriques avec une excellente fiabilité et une bonne validité ainsi qu'une bonne corrélation avec les échelles CALPAS et HAQ, (Horvath et Greenberg 1989 ; Martin, 2000 ; Falkenström, Hatcher & Holmqvist, 2015 ; Paap & Dijkstra, 2017) bien que l'HAQ soit plus simple et facile à administrer (Bale, 2006). Dans sa version la plus courte, la

WAI-SR est en 12 items et présente aussi une grande fiabilité et une bonne cohérence interne (Munder, 2009 ; Paap & Dijkstra, 2017).

La traduction française est disponible dans l'**annexe 1**, avec sa grille de cotation.

- L'échelle d'alliance de groupe

Nous avons décelé une autre variante, la Group Working Alliance Inventory WAI-G qui semble être la seule échelle permettant au patient de mesurer l'alliance de groupe. Les items au nombre de 36 sont conçus sur le même modèle mais davantage orientés autour de la relation du patient au groupe (par exemple, «je sens que le groupe m'apprécie», «je suis confiant dans la capacité du groupe », « le groupe ne comprend pas ce que j'essaie d'accomplir en thérapie ») par opposition au seul thérapeute. Sa fiabilité a également été démontrée auprès de patients atteints de schizophrénie, et les évaluations de cette mesure paraissent prometteuses pour prédire qui mettra fin au traitement prématurément (Johnson, 2008), en d'autres termes elle semble être une échelle prédictive du désengagement des patients des thérapies groupales.

- Les échelles du futur

Bien qu'ayant été révisées, ces échelles datent et aucune ne fait véritablement office de gold standard en psychiatrie. Certaines études récentes commencent à notifier leurs défauts (exemple pour la WAI : la séparation entre les facteurs « Goal » et « Task ») (Falkenström, 2015 ; Mallinckrodt & Tekie, 2016). Parallèlement, de nouvelles échelles voient le jour toujours dans le domaine psychothérapique (Session Alliance Inventory SAI (2015), Briefing Alliance Inventory BAI (2016)) mais d'autres commencent à se développer plus spécifiquement dans le champ psychiatrique (Alliance in Action AiA (Owen, 2013).

Ainsi, ces dernières années, des études ont été réalisées pour valider de nouveaux instruments de mesure de l'alliance ciblés sur les patients atteints de schizophrénie ou de troubles psychotiques et adaptés à des évaluations en psychiatrie courante (ambulatoire et milieu hospitalier) : 4-Point ordinal Alliance Self report (Misdrahi, 2009), Briefing Alliance Inventory BAI en 16 items (Mallinckrodt & Tekie 2016), Brief Questionary Therapeutic Alliance BQTA en 5 items, plus adaptée aux patients chroniques (Widschwendter, 2016).

II.2.3. Difficultés et particularités de l'alliance thérapeutique dans la recherche scientifique

a) Diversités conceptuelles

Comme nous l'avons vu, la plupart des concepts et méthodes utilisés pour étudier l'alliance thérapeutique ont été importés de la psychothérapie. Il est à noter l'existence de différences significatives entre les pratiques psychothérapiques et psychiatriques conventionnelles (l'absence de demande de soins, fréquente chez les patients souffrant de psychose, le cadre, le contexte et la multiplicité des intervenants). Bien qu'il existe des similitudes dans les thèmes abordés à travers la plupart des définitions de l'alliance (nature collaborative de la relation, lien affectif entre patient et thérapeute et capacité du thérapeute à s'entendre avec les patients sur les objectifs et les tâches du traitement) (Bordin, 1979, Gaston, 1990, Horvath et Symonds, 1991, Saunders, Howard et Orlinsky,

1989 ; Martin, 2000), un travail conceptuel notamment autour d'une définition de l'alliance thérapeutique satisfaisante, plus adaptée au domaine de la psychiatrie courante, et des recherches méthodologiques spécifiques et rigoureuses paraissent nécessaires pour développer une meilleure compréhension des relations thérapeutiques en psychiatrie communautaire (Priebe, Mc Cabe, 2006 et 2008 ; Priebe, 2011 ; Salamin, 2009).

b) Les échelles et les fluctuations temporelles de l'alliance

a. Hétérogénéité des échelles

De ces diversités conceptuelles découle une grande hétérogénéité des instruments de mesure de l'alliance thérapeutique. Ces 10 dernières années, les chercheurs tentent d'élaborer des modèles appropriés et pertinents au milieu psychiatrique en essayant de prendre en compte les particularités des patients souffrant de troubles psychotiques.

b. Alliance thérapeutique : un processus complexe et dynamique

Décrite comme « entité dynamique » par Luborsky en 1976, ce dernier accompagné d'Horvath et d'autres, décrivent en 1993 deux phases critiques (existant sous forme d'un continuum) dans l'évolution de l'alliance en psychothérapie : la phase initiale (de type 1) de forme plus passive pour le patient, qui dépend beaucoup de l'attitude du thérapeute et a un « pouvoir prédictif » sur l'évolution de l'alliance ; et la seconde phase (type 2), forme active pour le patient en place de quasi co-thérapeute, qui « découle de l'investissement et la croyance du patient dans le processus thérapeutique » (Meissner, 2007 ; Bachelart, 2012).

Safran et Muran (1990, 1996, 2001) ont aussi étudié l'aspect dynamique de l'alliance et rapporté que les actions du psychothérapeute confirmant la structure dysfonctionnelle du patient, entraîneraient des ruptures de l'alliance, d'autant plus néfastes si elles interviennent à une phase précoce de la psychothérapie (Baillargeon, 2005a).

Pourtant, l'alliance était mesurée en début et en fin de prise en charge, ce qui limitait les conclusions, mais certains auteurs ont souligné qu'il ne faut pas tomber dans le piège de l'explication causale unidirectionnelle consistant à dire qu'une bonne alliance serait directement responsable de la baisse de la symptomatologie. Un patient peut développer une bonne alliance parce que son état est meilleur, ce qui lui permet d'entrer dans une collaboration plus fructueuse. La recherche dans ce domaine a pris un nouveau souffle, notamment à travers les recherches américaines (Bachelor & Salamé, 2000 ; Ackerman & Hilsenorth, 2003 ; Safran, 2002 et 2011) et suisses (Despland, 2000) qui conçoivent l'alliance comme un processus constamment en mouvement et qui se constitue de moments de ruptures et de réparations. Les ruptures sont les moments de tension ou de cassure dans la relation patient-thérapeute. Cette formulation de processus de formation de l'alliance ouvre la perspective d'obtenir de meilleurs résultats, plus fins et surtout personnalisés (Roten, 2005 ; Bachelart, 2012).

Dans le traitement des patients atteints de maladie psychotique, de multiples raisons expliquent que l'alliance thérapeutique soit particulièrement vulnérable aux ruptures, en partie du fait de la compréhension délirante du contexte ou d'une mauvaise compréhension des troubles et/ou des soins, plus fréquentes dans ces groupes de patients (Wittorf, 2010).

c) Complexité du phénomène : incidence dans la recherche

a. Limites

Dans la plupart des articles étudiés, la qualité de l'alliance thérapeutique est explorée dans des contextes de traitements spécifiques, notamment les psychothérapies cognitivo-comportementales (TCC) (Davis, 2004 ; Hewitt & Coffey, 2005 ; Johnson, 2008 ; Wittorf, 2009 ; Wittorf, 2010 ; Barrowclough, 2010 ; Davis, 2011 ; Lysaker, 2011 ; Lecomte, 2012 ; Jung, 2014 ; Jung, 2015 ; Berry, 2015 ; Goldsmith, 2015), ce qui nous empêche d'avoir une vision plus globale et plus approfondie de ce phénomène.

Concernant le lieu de soin, à notre connaissance, peu d'études se sont penchées sur l'influence de l'alliance thérapeutique lors des prises en charge hospitalières de patients atteints de schizophrénie (Salamin, 2009). Ce domaine nécessite donc des recherches plus approfondies.

b. Divergences entre les évaluations patients-thérapeutes

▪ Constat

Nous retrouvons dans la littérature scientifique une différence notable de perceptions de l'alliance thérapeutique entre patients et thérapeutes avec une sous-cotation significative de son évaluation par les thérapeutes (Shick Tryon, 2007 ; Hartmann, 2014).

Concernant plus spécifiquement les patients atteints de troubles psychotiques, les évaluations des alliances thérapeutiques entre patients et thérapeutes ne sont également pas significativement corrélées : les évaluations des patients sont significativement plus élevées par rapport à celles des thérapeutes dans la plupart des études (Wittorf, 2009 ; Barrowclough, 2010 ; Lysaker, 2011 ; Ruchlewska, 2016). Certains décrivent plutôt une corrélation faible (Couture, 2006 / Mc Cabe, 2012) à modérée (Theodoridou, 2012 / Lecomte, 2012 / Johansen, 2013a), voire aucune association (Höfer, 2015).

▪ Intérêt scientifique

Nous pouvons en déduire qu'en raison du manque de réalité partagée, les facteurs associés à ces divergences de perspectives du patient et du thérapeute sur l'alliance thérapeutique sont à prendre en compte dans le travail thérapeutique avec des patients souffrant de psychose. Ainsi, les résultats des analyses bivariées de concordance entre les perceptions du patient et du thérapeute de l'alliance thérapeutique indiquent que les patients et les thérapeutes peuvent percevoir différemment les aspects interpersonnels du traitement ou être affectés différemment par les événements vécus dans le cadre coopératif de l'alliance thérapeutique (Johansen, 2013a).

Au total, l'ensemble des données s'accordent sur la complexité du phénomène d'alliance thérapeutique, de sa mesure et des interprétations de ses évaluations.

II.2.4. Alliance thérapeutique : variables et champs d'action

Dans un premier temps, nous vous ferons part des articles retrouvés démontrant que la qualité de l'alliance thérapeutique reflète l'efficacité de n'importe quelle thérapie en mettant l'accent sur ceux portant sur les patients atteints de schizophrénie, quel que soit le type de prise en charge, la période et le lieu de suivi (hospitalisation ou ambulatoire). Puis nous tenterons de repérer en quoi la qualité de cette relation influe sur la prise en charge psychiatrique.

Dans un second temps, nous aborderons les facteurs susceptibles d'influencer l'émergence et le maintien de cette alliance thérapeutique en repérant ceux qui ont également un impact sur l'engagement des patients, notion fortement intriquée. Nous constaterons que bien souvent l'alliance thérapeutique et les facteurs appréhendés sont interdépendants.

II.2.4.1. Efficacité de la qualité de l'alliance thérapeutique

Le **Tableau 1** en annexe répertorie la majorité des études utilisées.

a) En psychothérapie

De même que Luborsky et son équipe en 1975, nombreux chercheurs ont établi l'efficacité des diverses orientations psychothérapeutiques (Lambert & Bergin, 1994 ; Martin, 2000 ; Lambert & Ogles, 2004 ; Castonguay & Holtforth, 2005, Craighead, Bjornsson et Amarson, 2005). DeRubeis, Brotman & Gibbons, 2005 ; Kazdin, 2005 ; Wampold, 2005 ; Baldwin, 2007), mais ils n'ont pas pu établir de supériorité systématique d'un type de psychothérapie par rapport aux autres (Smith, Glass & Miller 1980 ; Martin, 2000).

En 2000, Despland et coll. répertorient différentes études menées entre 1970 et 2000, qui démontrent que « l'alliance thérapeutique est le facteur prédictif le plus important de l'efficacité de nombreuses formes de traitement », telles que les psychothérapies analytiques, cognitivo-comportementales, mais aussi les psychothérapies de groupe (Despland, 2000).

A travers nombres d'études, la qualité de l'alliance thérapeutique est reconnue « prédicteur cohérent des résultats positifs psychothérapeutiques » (Hartley 1985 ; Gaston 1990 ; Horvath & Symonds 1991 ; Martin, 2000 ; Horvath & Bedi, 2002 ; Baldwin, 2007 ; Priebe, 2011 ; Thompson, 2016), un facteur d'évolution clinique (Rodgers, 2010), au-delà du type même de psychothérapie (Safran & Muran, 1995), s'imposant comme un facteur fondamental de la thérapie et qualifiée par certains de « variable intégrative quintessentielle » (Wolfe & Goldfried 1988 ; Martin, 2000).

La principale raison pour laquelle l'alliance a pris de l'importance est la conclusion constante que la qualité de l'alliance est liée aux résultats thérapeutiques ultérieurs. En effet, bien que les chercheurs de plusieurs orientations théoriques aient évalué l'alliance de diverses façons en utilisant un assortiment de mesures, ils ont toujours trouvé que l'alliance était liée au résultat thérapeutique (Horvath et Symonds, 1991). Une autre raison pour laquelle l'intérêt pour l'alliance a augmenté au cours des 30 dernières années est l'incapacité des chercheurs à trouver une différence cohérente dans l'efficacité de la psychothérapie à travers les orientations (Martin, 2000).

L'idée que les méthodes thérapeutiques ne sont pas directement efficaces du fait de leurs propres outils, mais plutôt à travers un jeu subtil d'ajustement entre le thérapeute et son patient est corroboré par d'autres études, trop peu fréquemment publiées dans des revues scientifiques reconnues (Bioy & Bachelart, 2010).

b) En psychiatrie

a. Pour l'ensemble des troubles mentaux

Bien qu'il existe davantage de preuves pour les différentes formes de psychothérapie, nous retrouvons dans la littérature quantité d'études s'accordant sur le fait que dans les soins en santé mentale, la qualité de la relation thérapeutique entre patient et thérapeute (psychiatre ou autre soignant) est essentielle au traitement, prédicteur fiable direct et indirect du succès ou de l'échec thérapeutique quel que soit le diagnostic, la période, le contexte ou le type de soin dispensé (y compris les thérapies de groupe), mais aussi indépendamment des variables modératrices comme l'instrument de mesure utilisé, le type d'évaluateur, la conception de l'étude ou le statut de publication (Martin, 2000 ; Priebe & McCabe 2006 et 2008 ; Johnson, 2008 ; Wittorf, 2009 ; Barrowclough, 2010 ; Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, Horvath, Flückiger, & Symonds, 2011 ; Salamin, 2011 ; Priebe, 2011; Theodoridou, 2012 ; Johansen, 2013a ; Roche, 2014 ; Jung, 2015 ; Weck, 2015 ; Degnan, 2016 ; Ruchlewska, 2016 ; Shattock, 2017).

Plusieurs études méta-analytiques retrouvent une association modérée et constante entre alliance et résultats thérapeutiques comprises entre 0,22 et 0,39 (Horvath, Del Re, Flückiger et Symonds, 2011 ; Garske, & Davis, 2000 ; Salamin, 2011 ; Degnan, 2016).

Il existe des preuves à travers des études longitudinales démontrant que l'alliance thérapeutique est une condition préalable à la mise en œuvre adhérente et compétente des techniques thérapeutiques (Weck, 2015).

b. Dans la schizophrénie :

- **L'alliance thérapeutique participe à l'amélioration des résultats cliniques et psychosociaux**

- Symptômes généraux

La qualité des études sur alliance et schizophrénie est très variable, mais nous avons décelé de nombreux articles apportant des preuves préliminaires et probantes sur l'intérêt d'établir une alliance thérapeutique de qualité auprès des patients atteints de schizophrénie, indicateur du succès de la prise en charge psychiatrique (Franck & Gunderson, 1990 ; Svensson & Hansson, 1999 ; Martin, 2000 ; Davis & Lysaker 2004 et 2007 ; Priebe, 2011, Theodoridou, 2012, Johansen, 2013a, Roche, 2014, Jung, 2015, Friederike, 2015, Ruchlewska, 2016, Shattock, 2017).

En effet, une meilleure relation thérapeutique semble prédire de meilleurs résultats cliniques (réduction des symptômes dans leur globalité et plus spécifiquement des symptômes négatifs) et inversement (Davis, 2011 ; Lecomte, 2012 ; McCabe, 2012), quelles que soient les modalités thérapeutiques (traitement standard, psychothérapie individuelle ou de groupe) (Despland, 2000 ; Morandi, 2011). Les évaluations des patients de l'alliance thérapeutique sont davantage associées à ces résultats cliniques, que celles des thérapeutes (Lecomte, 2012).

A ce jour, aucune étude n'a retrouvé de liens entre les variations de l'alliance thérapeutique dans le temps et celles des symptômes positifs (Dunn, 2006 ; Lecomte, 2012).

De même, très peu d'articles (études transversales) ont exploré un lien entre les variations de l'alliance thérapeutique et la symptomatologie dans la psychose (Dunn, 2006 ; Evans-Jones, 2009).

Par contre, une tendance suggérait que les patients sujets à plus de fluctuations de l'alliance au cours de la thérapie présentaient davantage de symptômes négatifs que ceux avec une alliance plus stable (Dunn, 2006 ; Evans-Jones, 2009 ; Lecomte, 2012). Nous pourrions en déduire que les symptômes négatifs rendent plus difficile le maintien d'une alliance stable et forte avec les thérapeutes (Lecomte, 2012).

Les variations de l'alliance pourraient donc refléter les ruptures et réparations de l'alliance qui pourraient découler des symptômes, du sentiment d'insécurité et/ou de l'insatisfaction des patients à l'égard des soins et des relations avec leurs thérapeutes (Castonguay et al., 2006 dans Lecomte, 2012).

- Fonctionnement social

Une bonne qualité d'alliance a démontré avoir des effets positifs sur le fonctionnement social des patients psychotiques chroniques (De Leeuw, 2012), permettant aux patients de nouer plus facilement des relations interpersonnelles.

- Agressivité

La force de l'alliance thérapeutique entre soignants et patients est un facteur protecteur important qui peut limiter les passages à l'acte hétéro-agressifs dans des contextes de décompensation (Cockson, 2012).

- Estime de soi

Peu d'études se sont intéressées à une relation entre alliance et estime de soi. Elles suggèrent qu'une bonne alliance favoriserait une meilleure estime de soi (Lecomte, 2012 ; Shattock, 2017). Etant donné que l'estime de soi dépend d'évaluations internes et externes du soi (Lecomte et al., 1999) et qu'elle peut varier chez les individus (Thewissen et al., 2006), il n'est pas si étonnant qu'une bonne relation thérapeutique puisse contribuer à améliorer l'estime de soi (Lecomte, 2012).

- L'alliance thérapeutique participe aussi à un meilleur vécu

Plusieurs études attestent une association positive entre alliance et satisfaction des patients à l'égard des soins et des services psychiatriques (Lecomte, 2012 ; Roche, 2014). De même, les temps d'hospitalisations sont mieux vécus par les patients lorsque les relations thérapeutiques sont favorables alors qu'ils perçoivent les soins comme plus coercitifs lorsqu'elles ne le sont pas, même dans des situations d'hospitalisations libres (Sheehan, 2011).

De plus, la notion d'alliance thérapeutique a été reconnue comme fondamentale dans l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de schizophrénie (Koenig, 2011).

- L'alliance thérapeutique, associée aux effets des traitements

- Traitement médicamenteux : efficacité, observance et compliance

L'alliance thérapeutique est un facteur prédictif positivement corrélé à l'efficacité pharmacologique des traitements médicamenteux (Morandi, 2011). De nombreux auteurs retrouvent aussi que la qualité de l'alliance thérapeutique est un des meilleurs facteurs prédictifs de l'observance, de la

compliance et de l'adhésion au traitement médicamenteux chez les patients atteints de troubles psychotiques (Weiss, 2002 ; Davis & Lysaker, 2004 et 2007 ; Barrowclough, 2010 ; Morandi, 2011 ; Koenig, 2011 ; Misdrahi, 2012 ; McCabe, 2012 ; Thompson & McCabe, 2012 ; Roche, 2014 ; Shattock, 2017), résultats confortés par l'étude multicentrique européenne de Mc Cabe et collaborateurs en 2012 et la revue de la littérature de Shattock en 2017.

Une bonne alliance thérapeutique participe donc à maintenir sur du plus long terme ce traitement chez des patients présentant des troubles psychotiques chroniques (Weiss, 2002), limitant la fréquence des rechutes.

- Traitement social

Nous disposons de données très limitées et portant uniquement sur le rétablissement. Ces données suggèrent qu'une bonne qualité d'alliance thérapeutique favorise la réinsertion socio-professionnelle des patients et de meilleures performances professionnelles (Davis & Lysaker, 2007).

- Traitement psychothérapeutique de groupe

La participation aux groupes de psychothérapies TCC ou de psychoéducation semble être directement prédite par la qualité de l'alliance thérapeutique selon l'évaluation des patients et des thérapeutes (Johnson, 2008 ; Morandi, 2011 ; Lecomte, 2012).

Svensson et Hansson (1999) ont constaté que l'alliance thérapeutique en situation de groupes offrait des avantages similaires à ceux que l'on trouve dans la thérapie individuelle lorsqu'on travaille avec des personnes atteintes de schizophrénie. Ils ont repéré que l'alliance thérapeutique, mesurée par le thérapeute, pendant les phases initiales de la thérapie, prédit le fonctionnement global du patient à la fin de la thérapie (Svensson & Hansson, 1999). D'autres études attribuent plutôt cette association aux mesures des patients (Bentall, 2002).

- **L'alliance thérapeutique a une valeur pronostique**

Dans la prise en charge des patients atteints de schizophrénie, une faible alliance thérapeutique a des effets délétères sur le pronostic, la mortalité, la morbidité et le coût en santé publique (Charpentier, 2009).

L'étude de Fakhoury de 2007 comparait 150 « nouveaux » patients présentant des troubles mentaux sévères (pris en charge depuis moins de 3 mois) à 332 patients « chroniques ». La majorité des patients de l'étude (73,6%) avaient un diagnostic de schizophrénie. Des relations thérapeutiques de meilleure qualité pouvaient prédire une réduction du nombre d'hospitalisations seulement chez les « nouveaux » patients sur une durée de suivi de 9 mois, même après contrôle des facteurs prédictifs connus. (Fakhoury, 2007).

De la même manière, la revue de la littérature de Shattock de 2017 nous apporte des résultats préliminaires sur le rôle pronostique que pourrait avoir l'alliance thérapeutique, probablement en lien avec un désengagement accru en période de post-hospitalisation (Kreyenbuhl, 2009). En effet, une alliance de bonne qualité permettrait de réduire le taux de ré-hospitalisation des patients souffrant de schizophrénie (Shattock, 2017).

- L'alliance thérapeutique et l'engagement

La recherche qualitative retrouve un rôle majeur des relations thérapeutiques dans l'engagement des patients atteints d'une maladie mentale grave auprès des services de soins (Priebe, 2011). Nous pouvons en déduire que la qualité de l'alliance thérapeutique est positivement associée à l'engagement dans la schizophrénie (Johansen, 2011, 2013a).

La littérature suggère que les variables spécifiques de désengagement ou de la mauvaise observance sont liés à mauvaise collaboration avec le thérapeute (Lecomte, 2008), et que la force de l'alliance thérapeutique est décrite comme un facteur modérément à fortement prédictif du résultat de l'engagement à court et long terme, quelle que soit l'approche thérapeutique et réciproquement. (Catty, 2004 ; O'Brien, 2009 ; Kreyenbuhl, 2009 ; Tindall, 2015 ; Couroupis, 2016).

La relation thérapeutique joue donc un rôle essentiel dans l'engagement. En effet, la relation entre le patient et le thérapeute sert de soutien pour comprendre et donner du sens à l'expérience de la psychose. Maintenir le contact, établir un dialogue et une compréhension partagée font partie intégrante de l'établissement et du maintien de l'engagement avec le service de santé mentale. (Wright, 2011 ; Tindall, 2015).

Autant d'arguments qui relient alliance thérapeutique et engagement. L'intrication de ces 2 concepts est évidente, ce qui rend leur différenciation d'autant plus délicate.

Ces données confortent l'importance de l'alliance thérapeutique dans la schizophrénie et démontre la possibilité d'établir et développer une alliance solide avec ces patients (Lecomte, 2012), ce qui participent fortement à l'efficacité du traitement pour toutes les raisons évoquées.

Cependant, à notre connaissance, il n'y a aucune donnée basée sur des preuves scientifiques sur la façon d'améliorer ces relations thérapeutiques dans la psychose (McCabe, 2012). C'est pourquoi la recherche s'est plus récemment concentrée sur l'identification de facteurs qui améliorent ou affaiblissent l'alliance thérapeutique au cours du traitement de patients atteints de schizophrénie (Degnan, 2016). Les preuves suggèrent que les caractéristiques des patients et des thérapeutes influencent le développement et le maintien de l'alliance (Norcross, 2011 ; De Leeuw, 2012), bien que la recherche se soit davantage axée sur les caractéristiques des patients (Degnan, 2016). Nous avons également retrouvé des facteurs dépendant des interactions entre patients et thérapeutes et/ou thérapies.

Nous allons pouvoir constater que ces facteurs sont souvent les mêmes que les précédents, ce qui confirme leur inter corrélation avec l'alliance thérapeutique.

II.2.4.2. Facteurs associés à l'alliance thérapeutique dans la schizophrénie

Le **Tableau 2** en annexe répertorie la majorité des études utilisées.

II.2.4.2.1. Facteurs dépendants des patients

a) Variables socio-démographiques

a. Age et sexe

Dans le milieu du soin, les jeunes patients hommes sont largement perçus comme abandonnant plus fréquemment les soins (O'Brien, 2009). Beaucoup d'études vont dans ce sens (O'Brien, 2009 ; Morandi, 2011 ; Ruchlewska, 2016), d'autres non (Lazignac, 2005), mais aucune ne sont formelles. Il faut également tenir compte des facteurs de confusion concernant l'âge, tels que le stade précoce de la maladie (Haddock, 2006 ; O'Brien, 2009).

b. Fonctionnement social

Une bonne intégration et un soutien social ont été associés à l'établissement d'une alliance thérapeutique plus forte des patients (Horvath et Greenberg, 1994), comme notamment le statut matrimonial (Ruchlewska, 2016). Un faible fonctionnement social, défini par un retrait social et un défaut de compétences sociales (peu ou pas de contacts familiaux ou amicaux et même relationnels), fréquent dans la schizophrénie, est corrélé au désengagement des patients (Lecomte, 2008 ; Kreyenbuhl, 2009 ; Tindall, 2015) et semble un facteur néfaste au bon développement de l'alliance thérapeutique. En effet, il a été suggéré que le développement d'une alliance avec une personne psychotique pourrait être plus difficile, du point de vue du patient et du thérapeute, compte tenu de la méfiance ou des symptômes de persécution potentiels des patients et de la difficulté à vivre des expériences inhabituelles (Evans-Jones, 2009 ; Lecomte, 2012).

Ainsi, le fonctionnement social des patients est un prédicteur significatif de l'alliance thérapeutique, principalement selon l'évaluation des thérapeutes (Couture, 2006 ; Johansen, 2013a ; Jung, 2014, Bourdeau, 2009 ; Wittorf, 2010 ; Barrowclough, 2010).

Des études plus récentes suggèrent également une association entre des troubles relationnels moindres et une meilleure qualité d'alliance thérapeutique selon la perception des patients (Ruchlewska, 2016 ; Shattock, 2017).

c. Niveau de scolarité

Un moindre niveau de scolarité et l'absence d'activité professionnelle sont des facteurs de désengagement reconnus (O'Brien, 2009 ; Turner, 2009 ; Kreyenbuhl, 2009 ; Conus, 2010 ; Tindall, 2015). Il semblerait que le niveau de scolarité soit également lié à une moins bonne alliance thérapeutique lorsqu'il est bas (Lazignac, 2005).

b) Antécédents et comorbidités

a. Antécédents traumatiques

Les antécédents médico-légaux de traumatismes infantiles, violences physiques ou abus sexuels dans l'enfance, sont reconnus comme le facteur prédictif le plus puissant de désengagement (Lecomte, 2008 ; O'Brien, 2009 ; Tindall, 2015 ; Morandi, 2011) et participent à entraver la formation de l'alliance thérapeutique ainsi que la perception de sa qualité par les thérapeutes (Couture, 2006 ; Morandi, 2011) et par les patients (Shattock, 2017).

De plus, il est à signaler une forte prévalence de traumatismes psychiques précoces chez les patients atteints de maladie mentale grave (près de 50%), qui affectent de manière déterminante leurs modalités d'attachement (insécures). Ils entraînent des difficultés à faire confiance à autrui, à demander de l'aide ou à maintenir des relations durables (Lecomte, 2008 ; Morandi, 2011).

b. Comorbidités addictives :

A ce jour, aucune étude n'a retrouvé de lien significatif entre alliance thérapeutique et troubles addictifs dans la schizophrénie (Barrowclough, 2010). Pourtant, l'abus d'alcool et de toxiques est un facteur de désengagement établi dans cette pathologie (Lecomte, 2008 ; Kreyenbuhl, 2009 ; O'Brien, 2009 ; Stowkowy, 2012) et un facteur de risque de rechute (Thomas, 2013). Il est aussi associé à une mauvaise observance médicamenteuse (Misdrahi, 2012).

A noter, l'étude récente de Berry qui tend à démontrer qu'une diminution des consommations de substances toxiques par les patients au cours du traitement semble entraîner une meilleure perception de l'alliance par les thérapeutes (Berry, 2015).

c) Symptomatologie

a. Intensité des symptômes

A travers la littérature scientifique, une moindre intensité des symptômes positifs et des symptômes négatifs des patients atteints de schizophrénie, est associée à une meilleure évaluation de la qualité de l'alliance thérapeutique par les thérapeutes et les patients (Couture, 2006 ; Wittorf, 2009 ; Barrowclough, 2010 ; Lysaker, 2011 ; Lecomte, 2012 ; Johansen, 2013a ; Wiesjahn & Lincoln, 2014 ; Jung, 2014 ; Höfer, 2015 ; Berry, 2015 ; Shattock, 2017). Les preuves sont plus modestes concernant les symptômes de désorganisation (Couture, 2006 ; Johnson, 2008 ; Bourdeau, 2009 ; Lysaker, 2011).

Les symptômes négatifs semblent être un obstacle au développement de l'alliance (Bourdeau, 2009 ; Jung, 2014 ; Shattock, 2017). En effet, ils ont une part importante dans le désengagement (O'Brien, 2009 ; Kreyenbuhl, 2009).

Il semblerait qu'une part de la variance de l'alliance thérapeutique soit expliquée par la psychopathologie des patients atteints de schizophrénie. En 2003, Mc Cabe et Priebe l'avait évalué entre 3 et 28% chez des patients hospitalisés ($r = -0,37$, $P < 0,008$) : 12% attribué à la désorganisation et 28% à l'hostilité.

b. Symptômes de désorganisation

Les résultats d'une étude exploratoire de 2016 semblent indiquer qu'il est nécessaire de considérer les troubles de la pensée dans le traitement de la schizophrénie (et du trouble schizo-affectif) car ils peuvent interférer avec la qualité d'alliance thérapeutique des thérapeutes (Cavelti, 2016).

c. Insight

Les patients présentant des troubles psychotiques ont évalué l'alliance thérapeutique plus positivement lorsqu'ils ont ressenti un plus grand besoin de traitement (Ruchlewska, 2016) et donc présentaient une plus grande conscience de leurs troubles (Lysaker, 2011 ; Kvrjic, 2013).

L'insight est un prédicteur déterminant de l'alliance thérapeutique perçue par les patients : dans la schizophrénie, plus les patients ont un niveau élevé d'insight, plus leurs évaluations de l'alliance sont élevées (Wittorf, 2009 ; Lysaker, 2011 ; Kvrjic, 2013 ; Wiesjahn & Lincoln, 2014) et inversement (Barrowclough, 2010 ; Shattock, 2017 ; Potvin, 2017), quelles que soit les modalités de traitement (y compris groupale, Johnson, 2008) d'autant plus pour les patients hospitalisés (volontairement ou non), s'ils sont conscients de leurs difficultés psychiques dès leur admission en hospitalisation (Roche, 2014).

Dans les évaluations des thérapeutes, les scores d'alliance semblent également prédits par le niveau d'insight des patients mais les preuves sont moins tacites devant la faiblesse méthodologique des études concernées (Barrowclough, 2010 ; Misdrahi, 2012).

Quelques rares études arrivent à la conclusion opposée (Prince, 2007 ; Huddy, 2012 cité dans Johansen, 2013a). En effet, il a été suggéré qu'une augmentation de l'insight chez les individus ayant eu plusieurs hospitalisations était associée à une alliance thérapeutique plus faible (Bourdeau, 2009). Nous pouvons suggérer que la diminution de la qualité de l'alliance est peut-être dans ce cas, plus influencée par la fréquence accrue des hospitalisations, que par le niveau d'insight.

d. Troubles du comportement

Dans l'étude qualitative de Cookson et coll. menée en 2012 auprès de patients en décompensation psychotique, les résultats ont montré qu'un style interpersonnel à dominante hostile associé à des symptômes de persécution prédisaient une mauvaise alliance thérapeutique, contribuant à 1/3 (14%) de la variance dans les scores d'alliance thérapeutique (Cookson, 2012).

L'essai contrôlé randomisé de Ruchlewska en 2016, confirment que les troubles du comportement (notamment l'hétéro-agressivité) sont prédictifs d'un moins bon niveau d'alliance thérapeutique pour les patients atteints de troubles psychotiques (schizophrénie et bipolarité) (Ruchlewska, 2016).

e. Auto-stigmatisation

Egalement facteur de désengagement (Morandi, 2011), il semblerait qu'une auto-stigmatisation accrue des patients pourrait miner l'alliance thérapeutique chez des patients ambulatoires souffrant de schizophrénie (Kvrjic, 2013).

f. Déficits cognitifs

Il a été démontré que les facteurs neurocognitifs influent sur le niveau de participation au service, mais il existe peu de rapports sur leur relation avec l'alliance thérapeutique. Une petite étude (Davis, 2004) portant sur 24 patients atteints de troubles chroniques du spectre de la schizophrénie a révélé qu'une plus faible mémoire verbale était associée à une meilleure évaluation de l'alliance thérapeutique par les patients, tandis que de meilleures évaluations thérapeutiques étaient associées à un meilleur raisonnement visuo-spatial. Les auteurs ont discuté de la possibilité que les patients et les thérapeutes soient affectés de différentes manières par les capacités neurocognitives du patient (Davis, 2004). L'étude transversale de Johansen en 2013, ne retrouve aucun rapport entre alliance et neurocognition chez 42 patients présentant une schizophrénie débutante (Johansen, 2013a).

g. Métacognition

De manière très générale, on peut définir la métacognition comme la connaissance qu'un sujet a de son propre fonctionnement cognitif et de celui d'autrui, la manière dont il peut en prendre conscience et en rendre compte (Doudin et coll., 2011 ; Vianin, 2013).

Une seule étude semble avoir tenté d'identifier si la métacognition influe sur l'alliance thérapeutique, en se basant sur les capacités de maîtrise des patients atteints de schizophrénie (n=63) bénéficiant d'un programme de 6 mois de thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Les résultats suggèrent qu'une plus grande capacité de maîtrise prédit une meilleure alliance thérapeutique initiale mais ne semble pas influencer son maintien (Davis, 2011).

d) Mécanismes de défense

Il semble exister des liens entre alliance thérapeutique et mécanismes de défense : l'annulation chez les patients masculins et l'agressivité passive chez les femmes apparaissent comme potentiellement associés à une meilleure alliance, tout comme le mécanisme de défense dit « mature » retrouvé comme prédicteur significatif de l'alliance thérapeutique, alors que le mécanisme de défense de « déplacement » semble significativement lié à une mauvaise alliance thérapeutique (Laconi, 2015).

Aucune étude n'a été effectuée sur un échantillon de patients essentiellement atteints de schizophrénie.

II.2.4.2.2. Facteurs dépendants de l'interaction entre patient et soignants : facteurs interpersonnels

Dans plusieurs études, la théorie de l'attachement a été proposée comme un cadre approprié pour comprendre et explorer l'alliance thérapeutique (Berry, 2008).

a) Styles d'attachement des patients

Dans la littérature générale sur la psychothérapie, le style d'attachement des patients est prédicteur de la qualité des relations thérapeutiques (Berry, 2008 ; Korver-Nieberg, 2014 ; Pos, 2015).

En psychiatrie, de nombreuses études attestent que le style d'attachement des patients atteints de psychose affecte la formation (Lecomte, 2008) et la qualité de l'alliance thérapeutique, et donc son

évaluation par les thérapeutes (Couture, 2006) et par les patients (Berry, 2007, 2008 ; Johansen, 2013b ; Niolu, 2015). Les patients ayant un modèle d'attachement sécure développent de meilleures alliances thérapeutiques (Berry, 2007, 2008 ; Smith, 2010 ; Diener & Monroe, 2011).

Il semblerait que les patients psychotiques présentant un attachement insécure (anxieux ou évitant) éprouvent des difficultés d'engagement et de plus grandes difficultés à réguler leurs émotions, ce qui entravent les relations thérapeutiques (Berry, 2008 ; Owens, 2013 ; Korver-Nieberg, 2014).

Cependant, l'étude de Kvrjic en 2013 ne retrouve aucun lien entre la qualité de l'alliance et le style d'attachement chez les patients souffrant de schizophrénie, traités en ambulatoire (Kvrjic, 2013).

Les résultats actuels sont encore assez flous et ne nous permettent pas d'affirmer que la présence de troubles de l'attachement chez les personnes atteintes de schizophrénie impacte la qualité de la relation thérapeutique.

b) Styles d'attachement des thérapeutes

En accord avec des résultats préliminaires, la revue de la littérature de Steel, Macdonald et Schroder en 2018 suggèrent que le style d'attachement et le modèle intériorisé du thérapeute affecte la qualité de l'alliance thérapeutique évaluée par les patients : de moins bonne qualité en présence d'un contre-transfert thérapeutique négatif, d'un défaut d'empathie et de problèmes thérapeutiques (Degnan, 2016 ; Steel, 2018).

Les conclusions suggèrent qu'un style d'attachement thérapeutique moins sécure diminue le niveau d'empathie ressenti par les thérapeutes et augmente les problèmes vécus en thérapie, susceptibles d'affecter la relation thérapeutique (Steel, 2018).

Néanmoins, nous ne disposons pas des données concernant les échantillons des études répertoriés dans cette revue.

c) Interaction entre les styles d'attachement des patients et des thérapeutes

Trois études de grande qualité ont montré que les mesures de l'attachement du patient à son thérapeute étaient liées au style d'attachement du thérapeute. Les tailles d'effet n'étaient pas disponibles en raison de la nature de l'analyse utilisée. Wiseman et Tishby (2014) ont constaté que l'attachement anxieux du thérapeute était lié à un moindre attachement du patient au thérapeute. Romano et al. (2008) ont identifié une interaction significative par laquelle un attachement préférentiellement anxieux combiné avec de l'évitement chez le patient prédisait une mauvaise perception de la relation thérapeutique par le patient. Petrowski et ses collègues (2013) ont constaté que plus le style d'attachement du thérapeute était préoccupé, plus ses patients manifestaient un style d'attachement préoccupé et fusionné (préoccupation et désir d'une plus grande proximité avec le thérapeute). Ils ont également constaté que plus le style d'attachement d'un thérapeute était dédaigneux, plus les patients éprouvaient un attachement évitant-craintif à leur thérapeute (Steel, 2018).

Les résultats indiquent donc que les interactions entre les styles d'attachement du thérapeute et du patient contribuent aux résultats de l'alliance mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour clarifier comment les modèles relationnels internalisés du thérapeute et du patient interagissent et traduisent ces résultats dans la pratique clinique (Steel, 2018).

II.2.4.2.3. Facteurs dépendants du thérapeute, des soignants et de la thérapie (type et condition)

a) Attitudes et perceptions des soignants

D'après les patients atteints de troubles psychotiques interrogés dans l'étude qualitative de Johansson en 2004 : « ce qui constitue les bons soins sont la qualité de la rencontre d'aide et le sentiment du patient d'être compris par le thérapeute » (Johansson, 2004). Ils identifient dans d'autres études l'attitude des soignants comme raison majeure de leur décrochage des soins (Priebe, 2005 ; O'Brien, 2009 ; Kreyenbuhl, 2009).

Les soignants qui éprouvent la relation avec le patient atteint de schizophrénie, comme thérapeutique semblent avoir de meilleurs résultats (Hewitt & Coffey, 2005).

Face aux niveaux élevés de méfiance, aux éléments de distorsion de la réalité et aux difficultés interpersonnelles des patients atteints de schizophrénie, des études relèvent que le manque d'authenticité, de sincérité, de fiabilité, d'empathie et un regard non critique du soignant ainsi qu'un défaut de clarté dans les moyens et objectifs thérapeutiques entravent les interactions relationnelles entre patients et soignants et ont donc un impact crucial sur la mise en place et l'entretien de l'alliance thérapeutique ainsi que son évaluation par les patients (Farely & Lester, 2014 ; Jung, 2015 ; Shattock, 2017).

D'après l'étude de Thompson de 2016, les auteurs démontrent que l'utilisation de questions déclaratives peut participer au maintien d'une bonne alliance auprès des patients, tous diagnostics confondus, en facilitant l'expression de leurs expériences propres et donc une meilleure compréhension mutuelle. Les questions « wh » (pourquoi ? comment ?...) associées à des symptômes positifs accrus semblent liées à des perceptions plus négatives de la relation thérapeutique par les patients (Thompson, 2016).

b) Différentes étapes de la prise en charge

a. Les urgences

Bien qu'aucune étude retrouvée sur ce critère ne soit spécifique de la prise en charge de patients atteints de schizophrénie, l'étude épidémiologique de Lazignac souligne que le premier contact avec les soignants aux urgences psychiatriques est essentiel dans la construction de l'alliance thérapeutique, permettant d'établir un cadre thérapeutique sécurisant pour le patient (Lazignac, 2005).

b. Les périodes d'hospitalisation

Il semblerait que la fréquence et la durée des hospitalisations dans le cadre d'une schizophrénie entraînent une perception plus négative de la relation thérapeutique par les patients (McCabe & Priebe, 2003 ; Prince, 2007).

TABLE 3. Therapeutic Alliance and Illness Awareness Between Persons With Four or More Versus Fewer Prior Hospitalizations

	Total (N = 315) ^a	Four or More Admissions (N = 202)	Three or Fewer Admissions (N = 105)	Statistic
Therapeutic alliance^b				
Participates in treatment	2.60 ± 1.22	2.68 ± 1.18	2.42 ± 1.26	<i>t</i> = -1.18
Shares material	2.33 ± 0.94	2.37 ± 0.94	2.24 ± 0.94	<i>t</i> = -1.13
Expresses value in treatment	2.67 ± 1.12	2.73 ± 1.09	2.49 ± 1.14	<i>t</i> = -1.80
Interested in treatment	3.11 ± 1.20	3.12 ± 1.21	3.04 ± 1.18	<i>t</i> = -0.53
Realistic view of treatment	2.17 ± 1.06	2.30 ± 1.07	1.90 ± 0.94	<i>t</i> = -3.17**
Progresses toward goals	2.70 ± 1.16	2.77 ± 1.17	2.47 ± 1.17	<i>t</i> = -2.16*
Overall therapeutic alliance (summary score)	2.59 ± 0.88	2.66 ± 0.88	2.43 ± 0.84	<i>t</i> = -2.21*
Illness awareness				
Self-acknowledgment of mental illness (%)	71.1	75.6	65.7	$\chi^2 = 3.38$
Self-acknowledgment of emotional problems (%)	61.6	67.0	53.8	$\chi^2 = 5.03^*$
Awareness of schizophrenia diagnosis ^c (%)	63.6	69.7	49.1	$\chi^2 = 7.12^{**}$
Staff rating of patient medication knowledge ^d	2.46 ± 0.92	2.33 ± 0.87	2.70 ± 0.97	<i>t</i> = 3.35**
Staff rating of patient knowledge of mental illness ^d	2.60 ± 0.96	2.51 ± 0.97	2.76 ± 0.95	<i>t</i> = 2.21*
Staff rating: patient knows diagnosis? (% yes)	80.8	80.2	81.9	$\chi^2 = 0.11$

^a*p* < 0.05.
^b*p* < 0.01.
^cData on number of hospital admissions are missing for eight persons.
^dHigh scores indicate less alliance.
^eOnly patients who self-acknowledged presence of mental illness were selected (N = 224).
^fHigh scores on staff ratings indicate less patient knowledge of medications and mental illness.

Source : Prince, 2007

- c. Les conditions d'hospitalisation et notamment d'hospitalisation sous contrainte : le vécu de coercition

On peut citer parmi les objectifs actuels en santé mentale de favoriser l'autonomie des patients et de réduire au mieux la coercition, qui comprend les soins sous contrainte, l'isolement et la contention.

L'admission sous contrainte et l'usage de moyens coercitifs comme l'isolement ou la contention peuvent engendrer des expériences traumatiques et sont repérés comme liés au désengagement des patients atteints de troubles schizophréniques (O'Brien, 2009 ; Kreyenbuhl, 2009), de même qu'ils sont inversement corrélés à la qualité de l'alliance thérapeutique (Sheehan, 2011 ; Höfer, 2015).

En définitive, quelles que soient les modalités d'hospitalisation, il semblerait que les perceptions des patients soient liées aux expériences de leurs relations avec les professionnels de soins (Hughes, 2009) et que l'éprouvé d'un vécu de coercition soit prédictif de moins bonnes relations thérapeutiques (Theodoridou, 2012 ; Roche, 2014).

c) Différentes modalités thérapeutiques

- a. La réadaptation professionnelle

L'essai contrôlé randomisé de Davis et Lysaker mené en 2007 constate une meilleure coopérativité et une meilleure qualité de travail en présence du groupe de patients présentant un niveau d'alliance thérapeutique plus élevé, alors que le groupe avec l'alliance thérapeutique la plus faible a montré une amélioration initiale suivie d'un déclin. Ces résultats suggèrent que la formation d'une alliance thérapeutique forte peut améliorer la réadaptation professionnelle chez les personnes atteintes de schizophrénie (Davis & Lysaker, 2007), mais les preuves ne sont pas concluantes de par le très faible effet de cette étude (n= 26).

b. Thérapie de groupe : mesure de l'alliance de groupe

L'étude de Johnson et coll. en 2008 évaluent l'alliance thérapeutique de groupe auprès de patients atteints de schizophrénie. Dans cet essai, les 63 patients ambulatoires présentaient des hallucinations acoustico-verbales résistantes au traitement, et étaient assignés par hasard à des soins standards ou à des sessions de TCC en groupes (groupes différenciés préalablement par leurs niveaux d'insight) (Johnson, 2008).

En concordance avec les recherches sur l'engagement et l'alliance, l'alliance de groupe plus forte était significativement corrélée à des taux de participation plus élevés et associée à un meilleur engagement thérapeutique des patients (Johnson, 2008).

Cette découverte est potentiellement importante à la lumière de l'effet «dose-réponse» bien établi dans la recherche en psychothérapie : une durée de traitement plus longue est associée à un plus grand changement thérapeutique (Westen, Novotny et Thompson-Brenner, 2004). Or une plus grande compréhension des troubles par les patients est associée à des taux d'abandon plus faibles ; cela suggère que l'alliance de groupe pourrait servir de médiateur dans la relation entre insight et participation (Lysaker et al., 1994). Les résultats de cette étude ont des implications importantes en ce qui concerne la thérapie de groupe pour la schizophrénie.

Deuxièmement, les résultats de l'étude apportent un soutien préliminaire à l'utilisation de l'insight comme facteur clé dans la détermination de la composition du groupe. Il semble qu'un patient peut former une alliance de groupe plus forte lorsqu'il est placé dans un groupe dont les membres ont un bon niveau d'insight. Par exemple, un patient aura tendance à tisser des liens plus étroits avec d'autres qui se réfèrent eux-mêmes à des expériences inhabituelles et sont capables de corriger des jugements erronés.

Cette étude indique également que bon nombre des prédicteurs hypothétiques de l'alliance dans le traitement individuel de la schizophrénie peuvent ne pas être applicables à un format de groupe, à l'exception de l'insight et des symptômes de désorganisation. Cela peut être dû au fait que les thérapies individuelles et de groupe sont considérées par de nombreux chercheurs comme des approches thérapeutiques distinctes avec des mécanismes de changement connexes mais différents (Kivlighan, Coleman et Anderson, 2000 ; Yalom, 1995). Ceci est illustré par la conclusion de l'étude selon laquelle un fonctionnement social inférieur prédit une alliance de groupe plus forte, alors que la recherche sur la thérapie individuelle démontre un fonctionnement social plus élevé comme prédicteur d'une alliance thérapeutique plus forte (Johnson, 2008).

II.2.4.2.4. Autres facteurs

a) Satisfaction des patients à l'égard des services de soins

Selon une étude longitudinale d'une centaine de patients dont le diagnostic n'est pas précisé, il semble plus pertinent d'évaluer et d'intervenir sur les besoins non satisfaits décrits par les patients, afin de maximiser l'alliance thérapeutique perçue par les patients eux-mêmes (Junghan, 2007).

Ce que corroborent Roche et coll. en retrouvant une association entre une meilleure relation thérapeutique et des niveaux plus élevés de satisfaction des patients atteints de troubles psychotiques, à l'égard des services de soins (Roche, 2014).

De plus, il est important de signaler que dans la schizophrénie, l'insatisfaction des patients vis-à-vis des services de soins comme une des principales raisons de l'abandon des soins signifiées par ces patients (O'Brien, 2009 ; Kreyenbuhl, 2009).

b) Entourage et précarité

Il pourrait être intéressant d'envisager d'autres facteurs potentiellement modérateurs de l'alliance thérapeutique chez les patients atteints de schizophrénie, notamment la place de l'entourage du patient, qui est retrouvée centrale dans la facilitation ou non de l'engagement du patient aux soins (Morandi, 2011 ; Tindall, 2015). Les recommandations formulent d'ailleurs l'importance d'établir une alliance thérapeutique auprès des proches des patients dans la schizophrénie (Lehman, 2010).

II.2.4.3. Particularités de la phase précoce de la schizophrénie

Nous traiterons dans ce chapitre de la phase débutante de la psychose. Cette phase qui correspond à l'apparition d'une symptomatologie psychotique franche, les premiers épisodes psychotiques aigus, est à distinguer des phases prémorbide et prodromique. La phase prémorbide reflète la vulnérabilité du sujet au développement de troubles schizophréniques sans attester de l'évolution vers la pathologie. La phase prémorbide se caractérise par des symptômes aspécifiques, précédant la première décompensation schizophrénique.

A noter également l'importance cruciale de la durée de psychose non traitée (DUP) qui s'étale entre le début de la phase psychotique et l'introduction d'un traitement médicamenteux. L'allongement de ce délai est perçu comme néfaste au pronostic de la schizophrénie (Addington, 2005).

➤ Intérêt d'une alliance thérapeutique précoce

A travers la littérature, nous avons pu constater la fréquence accrue des rechutes dans les 2 premières années consécutives à un premier épisode psychotique (Passerieux, 2009 ; Addington, 2013) et comme nous le savons, ces rechutes conditionne le pronostic et l'évolution de la pathologie. De plus, les jeunes patients présentant une schizophrénie débutante sont sensiblement plus sujets au désengagement et au défaut d'observance que les patients chroniques (Doyle, 2014 ; Couroupis, 2016).

○ Période « critique »

En accord avec les recommandations de 2016 de l'Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, les études suggèrent qu'il existe une période dite « critique » durant laquelle il est essentiel d'établir une alliance thérapeutique de qualité (Couroupis, 2016). Cette période varie selon les études de 3 mois, 6 mois, 2 ans à 5 ans et conditionnerait l'engagement ultérieur des patients, les résultats cliniques, la durée de psychose non traitée (DUP), la compliance thérapeutique, l'adhésion aux soins et le pronostic des patients (Frank & Guderson, 1990 ; Addington, 2005 ; Day, 2005 ; Iacoviello, 2007 ; O'Brien, 2009 ; Kreyenbuhl, 2009 ; Charpentier, 2009 ; Bottai, 2010 ; De Leeuw, 2012 ; Cuesta, 2012 ; Addington, 2013 ; Emsley, 2013 ; MacBeth, 2013 ; Iyer & Malla, 2014 ; Conus, 2015 ; Couroupis, 2016).

De nombreux articles font part de dispositifs particuliers mis en place pour les patients présentant un premier épisode psychotique et se poursuivant généralement pendant 2 à 3 ans, avec différents

protocoles proposés selon les pays incluant des traitements plus intensifs et soutenus (McCann, 2013 ; Azorin, 2013 ; Iyer & Malla, 2014 ; Conus, 2015 ; Mueser, 2015 ; Tindall, 2015), sans toutefois mentionner directement l'alliance thérapeutique.

- Efficacité sur les résultats cliniques des traitements psychologiques :

Une étude très récente s'est penchée sur les données d'un essai contrôlé randomisé à 3 bras de 308 personnes présentant un premier ou deuxième épisode psychotique aigu. D'après cette analyse, l'alliance thérapeutique aurait un effet causal sur l'issue symptomatique d'un traitement psychologique quelle que soit l'approche thérapeutique (TCC et counseling), de patients présentant une psychose débutante : à des niveaux élevés d'alliance, la thérapie est bénéfique, améliore les résultats symptomatiques (mesurés par la PANSS) et une meilleure participation aux sessions, mais il semblerait qu'à de faibles niveaux d'alliance, la thérapie soit préjudiciable. Cliniquement, cela suggère que l'établissement d'une bonne alliance en psychothérapie dans la schizophrénie est essentiel pour qu'un patient bénéficie de la thérapie de manière efficiente (Goldsmith, 2015).

- **Facteurs influençant l'alliance dans la psychose précoce**

Les études sur l'alliance thérapeutique dans la psychose précoce sont assez limitées (Johansen, 2013a,b) et plutôt ciblées sur les caractéristiques des patients. Quelques auteurs rapportent des différences d'influence des variables qui seraient spécifiques aux phases de la maladie (Kreyenbuhl, 2009 ; O'Brien, 2009 ; Morandi, 2011 ; Johansen, 2013a,b), sans que des preuves soient véritablement établies.

Les facteurs de risque particuliers de désengagement des patients à un stade précoce incluent les antécédents médico-légaux, une moindre intensité des symptômes au départ, le fait de vivre sans famille et la persistance d'une toxicomanie (Schimmelman, 2006 ; Conus, 2010 ; Johansen, 2011 ; Doyle, 2014), mais aussi les contraintes pratiques, l'insatisfaction du traitement, le désir d'indépendance, la peur du système de santé mentale, le manque de flexibilité des services et une mauvaise alliance thérapeutique (Lecomte, 2008 ; Tindall, 2015).

A ce jour, les études ne retrouvent aucune preuve formelle d'une association directe entre alliance thérapeutique et symptômes positifs et négatifs pour cette catégorie de patients, bien qu'elles suggèrent une corrélation négative (Bourdeau, 2009 ; Johansen, 2013a).

A cette phase débutante de la schizophrénie, les conséquences des symptômes négatifs (difficultés relationnelles, repli et retrait social) semblent davantage en lien avec la qualité de l'alliance thérapeutique qu'en phase chronique. L'étude de Bourdeau retrouve que les déficiences sociales et donc un faible fonctionnement social ont un impact négatif sur la création de l'alliance thérapeutique auprès de patients présentant des premiers épisodes psychotiques (Bourdeau, 2009), comme pour les patients chroniques (Bourdeau, 2009).

La différence principale du stade de la maladie sur les variables influençant l'alliance, concerne surtout l'insight qui a une corrélation négative dans l'évaluation de l'alliance des thérapeutes (Bourdeau, 2009 ; Johansen, 2013a). Les auteurs suggèrent que les thérapeutes doivent être conscients de la façon dont cela peut brouiller leurs perceptions de la qualité de la relation thérapeutique (par rapport à celles des patients), et de l'effet du manque d'insight sur leurs expériences personnelles de la coopération et du lien avec le patient (Johansen, 2013a).

D'autres facteurs pourraient entrer en jeu dans la psychose précoce comme la participation des parents en ce qui concerne une prise de décision partagée pour faciliter l'observance du traitement (Coldham et al., 2002), mais aussi l'établissement des relations thérapeutiques et l'accord avec les tâches et objectifs des traitements proposés (Morandi, 2011). Présence et soutien familial sont essentiels (Montreuil, 2012 ; Stowkowy, 2012 ; Conus, 2015 ; Tindall, 2015 ; Couroupis, 2016).

Enfin, il est à noter que la force de la qualité de l'alliance thérapeutique semble plus élevée pour les patients, lorsqu'elle est établie dès la phase précoce (Johansen, 2013a).

II.2.4.4. Préconisations

a) Modulation de la relation au cours de la prise en charge

Certains auteurs ont fait mention de l'évolution de la relation thérapeutique d'attentionnée et protectrice à un partenariat actif dans lequel le patient dispose d'une autonomie dans la gestion de sa santé, avec des aller-retours selon les besoins lors d'épisode de rechute ou de crise (Morandi, 2011 ; Tindall, 2015), d'autant plus en présence de jeunes psychotiques (Tindall, 2015).

Il est d'ailleurs recommandé, sans preuve significative à ce jour, d'engager les patients durant les phases aiguës de faire preuve d'une « considérable flexibilité dans l'approche et le rythme du travail thérapeutique » pour établir et maintenir une alliance thérapeutique positive, d'autant plus lors de soins sans consentement (Kuipers, 2014).

b) Formations et supervisions

A ce jour, il n'existe aucune preuve scientifique sur la manière d'améliorer les relations thérapeutiques dans la psychose (Priebe & McCabe, 2006 ; McCabe, 2016). Certaines études laissent entendre que des formations et des supervisions centrées sur l'alliance thérapeutique (exemples : formation en communication sur l'amélioration de la compréhension partagée et de la relation thérapeutique ou « alliance médicamenteuse ») contribueraient à développer et maintenir de solides alliances thérapeutiques tant dans les perceptions des thérapeutes que des patients (Baldwin, 2007 ; Jung, 2015 ; McCabe, 2016 ; Shattock, 2017) et par corrélation, amélioreraient les résultats cliniques, l'observance et l'adhésion médicamenteuse (Mitchell, 2011), la compliance aux soins, la qualité des soins et notamment la satisfaction des patients tout en réduisant les taux de rechute et d'hospitalisations.

Les conséquences cliniques envisagées pour une amélioration de la qualité de la relation thérapeutique portent sur une meilleure connaissance par les thérapeutes de leurs propres styles d'attachement et de la manière dont ces styles interagissent avec les styles d'attachement de leurs patients. Les études prônent pour cela pour une formation et une supervision permettant une meilleure prise de conscience des expériences d'attachement individuel et une meilleure appréhension de comment celles-ci se déroulent dans le processus thérapeutique (Degnan, 2016).

c) Pistes cliniques

Mieux identifier les « groupes à risque » de désengagement permettrait peut-être d'adapter les soins et les conduites des thérapeutes pour construire au mieux et maintenir l'alliance thérapeutique (Kreyenbuhl, 2009). A noter que les enjeux thérapeutiques sont différents selon le stade de la maladie schizophrénique et les périodes de soins (Bottai, 2010).

II.2.5. Recommandations concernant l'alliance thérapeutique dans la prise en charge de la schizophrénie

Les recommandations de l'American Psychiatric Association (APA) sur le traitement des patients atteints de schizophrénie rappellent « l'importance primordiale d'établir une alliance thérapeutique ». Les auteurs y consacrent un chapitre dans lequel il est mentionné qu'« une alliance thérapeutique permet au psychiatre d'obtenir des informations essentielles sur le patient et permet de développer une confiance dans le psychiatre et un désir de coopérer au traitement ». L'observance est d'ailleurs fortement associée au bon développement de l'alliance thérapeutique dans ces recommandations. L'engagement de la famille et de l'entourage soutenant est mentionné comme « recommandé pour renforcer » la relation thérapeutique (Lehman, 2010).

L'Institut National de la santé et des services Excellence (NICE) a édité une nouvelle version de ces recommandations en 2014 dans laquelle il est spécifié que dans les soins dispensés à tous stades de la schizophrénie, « pour améliorer l'expérience de soins des patients (...), il faut prendre le temps d'établir des relations de soutien et d'empathie », que les auteurs qualifient comme « partie essentielle des soins » (Kuipers, 2014).

Dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), le guide des Affections Longues Durées ALD23 sur les schizophrénies, publié en 2007 annonce « l'établissement d'une relation de confiance (alliance thérapeutique) » comme un des objectifs principaux. Un sous chapitre dans la prise en charge thérapeutique du patient atteint de schizophrénie est même dédié à la « relation thérapeutique » : « L'approche psychothérapique est fondée sur une relation de confiance et nécessite continuité, écoute, disponibilité et empathie. Elle vise à restaurer les capacités de fonctionnement mental du patient et à rétablir le contact avec la réalité. Elle favorise les processus de pensée et d'expression verbale des émotions, en réduisant les réactions de rupture. Elle constitue souvent une étape initiale et peut être complétée par une psychothérapie codifiée. Elle se poursuit tout au long du suivi. » (HAS, 2007).

II.3. Art-thérapie

II.3.1. Généralités sur l'Art-thérapie

a) Etymologie et quelques définitions

- Médiation et thérapie médiatisée

La construction du terme « médiation » provient des racines latines : med- qui signifie « quelque chose d'intermédiaire, qui est au milieu » et -tor qui évoque une action. Son ou plutôt ses différents sens et domaines d'usage (théologique, politique, social, droit civique et plus récemment psychologique et même quotidien) se réfèrent davantage à son origine grecque.

L'ancien français conserve ce double axe étymologique : la médiation représente à la fois ce qui sépare et/ou ce qui relie et fait appel à la notion de tiers.

A travers différents courants psychologiques, la médiation reste basée sur l'idée de changement, instauré par un processus visant à créer ou révéler les liens unissant deux objets, événements ou personnes, et à leur donner du sens, grâce à l'intermédiaire d'un tiers, qui peut être objet, pensée ou personne. Sa fonction peut être double ou à sens unique, mais elle porte toujours sur deux points essentiels : lier et rendre signifiant. Entre séparation nécessaire à la construction d'une identité propre, et union, la médiation peut être considéré comme ce par quoi la relation devient possible (Cardinet, 1998).

René Kaës considère que la médiation permet la confrontation de l'individu à son rapport au monde et vient comme un filtre permettant les échanges entre le dedans et le dehors pour leur donner du sens. Elle permet le mouvement et l'approche compréhensive de soi à travers le regard des autres (Viard, 2014). Kaës ajoute que « toute médiation s'inscrit dans une oscillation entre créativité et destructivité : c'est de cette oscillation que témoignent de manière exemplaire les phénomènes transitionnels, (R. Kaes, Le Malêtre, p.165, 2012) décrits par Winnicott.

La définition de la thérapie médiatisée proposée par K. Eckstein est de : « rendre le lien tolérable par l'intermédiaire d'un objet médiateur entre le patient et le soignant ».

En résumé, dans les thérapies médiatisées, la médiation est donc une interface, un moyen d'expression interposé qui permet la mise en relation entre deux ou plusieurs personnes.

- Art-thérapie

La définition de l'art-thérapie utilisée par la plupart des articles scientifiques est celle de l'Association Britannique des Art-Thérapeute (BAAT) : « une forme de psychothérapie qui utilise des matériaux d'art comme principal moyen d'expression, de communication et de réflexion en présence d'art-thérapeute formé. Les patients référés à la pratique d'art-thérapie n'ont pas besoin d'avoir une expérience préalable ni une compétence dans l'art ». « L'art n'est pas utilisé comme un outil de diagnostic mais en tant que moyen d'aborder les problèmes émotionnels qui peuvent être déroutants et angoissants ». « L'objectif général est de permettre au patient d'effectuer un changement, une évolution à un niveau personnel grâce à l'utilisation du média artistique dans un

environnement sûr et facilitant » (Cochrane, 2008 ; Crawford, 2012 ; Patterson, 2015 ; Attard & Larkin, 2016 ; site : the British Association of Art Therapists BAAT).

b) Historique et diversité socio-culturelle :

Depuis la nuit des temps, la pratique artistique est utilisée à des fins thérapeutiques, comme en témoignent prières, danses et chants religieux (mantras entre autres) dès la préhistoire dans diverses contrées. A la Renaissance, on parlait du pouvoir curatif de la peinture. La maladie étant perçue de cause extérieure, parfois œuvre d'esprits maléfiques ou du malin. Les rituels artistiques faisaient office de moyens à visée de guérison (Brun, 2013).

Tradition particulièrement forte en Chine, au Japon et dans d'autres parties de l'Extrême-Orient, les matériaux d'art comme la musique ou l'écriture créative sont intégrés depuis longtemps aux soins dispensés aux patients souffrant de maladies mentales (Crawford & Patterson, 2007).

Si cette rencontre étonne notre monde scientifique d'aujourd'hui, c'est qu'il a oublié ce que l'Antiquité aurait pu nous transmettre de ses diverses pratiques « médicales », à savoir que toutes les expressions artistiques favorisent l'abréaction émotionnelle. La catharsis surgit au détour des jeux de l'imagination dans toutes les formes d'expression avec son effet de décharge fantasmatique qui apaise les tensions internes. Mais ce savoir antique sur les effets thérapeutiques de la « fantaisie » s'est trouvé englouti dans notre histoire et en particulier dans notre Moyen Age (Chemama-Steiner, 2003).

En Europe et aux États-Unis, la considération et le regard porté sur les productions artistiques de malades mentaux ont évolué entre le XVIIIe et le XIXe siècle : passant d'objets de curiosité à objets de collections, puis utilisés comme outils diagnostiques avant de s'inscrire plus clairement dans une visée thérapeutique (Dubois, 2013).

A partir du XVIIIe siècle les premiers liens entre art et thérapie sont décrits dans la littérature médicale. En France, le Docteur Philippe Pinel (1745-1826) est considéré comme le fondateur de la psychiatrie. Nommé médecin chef de l'Asile de Bicêtre, près de Paris, en 1773, il considère alors les « fous » différemment des criminels. Après la révolution, fortement influencé par Jean-Baptiste Pussin, surveillant puis gouverneur à l'asile de Bicêtre puis de la Salpêtrière, Pinel décide de libérer les malades de leurs chaînes et préconise le « traitement moral ». En 1775 il est nommé à la Salpêtrière et il traite de la même façon les aliénés comme de simples malades. Il est le premier à considérer les ateliers occupationnels comme un moyen de « diversion », un soin permettant de « distraire les insensés de leur aliénation » (Falret, 1848), un « exercice détournant l'attention des aliénés de leurs idées fixes » (Klein, 2012). Débute alors des activités artistiques au sein des hôpitaux et la reconnaissance médicale de leurs valeurs thérapeutiques. En même temps que d'autres aliénistes, Pinel s'intéresse aux productions des malades (peintures, sculptures, écrits) qui deviennent objets d'étude des manifestations de l'état pathologique au même titre que les symptômes. L'œuvre est simplement perçue comme un des véhicules du symptôme (Klein, 2012 ; Chemama-Steiner, 2003 ; Dubois, 2013). Ce sont les préceptes de la psychopathologie de l'expression.

A noter que le principe de diversion est également à l'origine de l'essor dans les années 1940-1950 de l'« occupational therapy » (venue des États-Unis), de la thérapie de réadaptation et de

l'ergothérapie, centrées davantage autour de la réinsertion socio-professionnelle, autonomie et implication sociale du sujet (Gliroy, 1995) (Ruddy & Milnes, 2008).

A partir de la fin du XIX^{ème} siècle, certains médecins constituent des collections de productions artistiques de malades leur permettant alors de les étudier et de les classer. Parmi les plus connus, on peut citer le Docteur Cesare Lombroso (1835-1909), médecin aliéniste italien spécialisé en criminologie, qui crée le premier Musée de la folie et considère les productions des aliénés et des criminels comme des « objets symptômes » de leur pathologie. Ainsi cet art marginal devient source d'études médico-légales des aliénistes pour des raisons à la fois humanistes et scientifiques. Inspiré par les travaux de ses confrères, le Docteur Auguste Marie, organise à Paris en 1905 une exposition des productions réalisées dans les asiles et les premiers hôpitaux psychiatriques. Ainsi s'amorce l'histoire de l'art psychopathologique. Au XX^{ème} siècle, en Suisse et en Allemagne, l'intérêt clinique et esthétique des médecins pour les productions artistiques des malades mentaux est également précoce et fondateur, notamment avec Hans Prinzhorn qui constitue une collection de près de 4500 pièces. En 1922, il publie l'« Expression de la folie. Dessins, peintures, sculptures d'asiles », ouvrage dont le succès s'étend dans toute l'Europe médicale et artistique. En Allemagne, le Dr Walter Morgenthaler publie en 1921 « Un aliéné artiste », en référence à son patient Adolf Wölfli qui devient un des artistes de l'« art brut » les plus connus et recherché par les collectionneurs. En France, il faut attendre 1959 pour que l'on accorde à l'art-thérapie sa renommée à l'occasion d'un Congrès International concomitant à l'inauguration de l'« Exposition internationale d'art psychopathologique. Quelques années plus tard, sous l'impulsion de J. Delay, se crée la Société Française de Psychopathologie de l'Expression (Klein, 2012 ; Dubois, 2013).

Un autre courant voit le jour au début du 20^{ème}, et sous l'impulsion de Freud et de la naissance de la psychanalyse, l'art devient une méthode d'accès à l'inconscient, similaire à l'interprétation des rêves (Ruddy & Milnes, 2005). Les œuvres deviennent objets d'investigation permettant de spéculer sur les problématiques profondes en les confrontant à la biographie de l'artiste concerné (exemple d'Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci, S. Freud, 1917). « Le travail créateur d'un artiste est en même temps une dérivation de ses désirs sexuels » (Klein, 2012 ; Brun, 2013).

De façon concomitante l'intérêt porté aux productions des malades mentaux par le monde médical et le monde artistique, de l'autre côté de l'Atlantique se développent les premières expériences d'art-thérapie. En Grande Bretagne, le courant artistique se développe avec le médecin Adrian Hill qui publie en 1945 « Art versus illness » (L'Art contre la maladie). Hill revendique la paternité du terme « art therapy ». Il institutionnalise l'art-thérapie entre 1950 et 1960 sans toutefois élaborer un travail théorique. Aux Etats-Unis, c'est le courant psychothérapeutique qui domine et Margaret Naumburg en est la figure protagoniste. Certains médecins comme Edith Kramer avec « Art as therapy with children » ou Joy Schaverien tentent de développer des approches théoriques des effets thérapeutiques de l'art-thérapie. Mais le plus souvent les art-thérapeutes les plus expérimentés ignorent pourquoi leur pratique est efficace. Ce manque de recherche théorique explique la variété des pratiques et le défaut de cohérence parfois retrouvé dans les discours sur les vertus intrinsèques de l'art-thérapie (Dubois, 2013).

Deux principales approches de la production artistique par les malades mentaux se profilent : l'une, « art psychopathologique » ou « psychopathologie de l'expression », vise l'étude et l'analyse des productions des malades afin de mieux cerner leur pathologie ; l'autre s'intéresse davantage à la

création et son devenir qu'à l'expression et son devenir, dans un approche « dynamique et prospective », utilisée comme psychothérapie et correspond à l'« art-thérapie » ou « psychothérapie à médiation artistique » (Dubois, 2013).

Dans les années 1960, les ateliers d'art-thérapie se développent dans les hôpitaux psychiatriques puis beaucoup plus récemment en ambulatoire. De façon empirique, ces ateliers s'appuient sur des modèles psychanalytiques du fait de la vulgarisation des concepts psychanalytiques à cette période.

Bien qu'influencés par la psychanalyse du fait de sa vulgarisation, les art-thérapeutes ont également été inspirés par des théories telles que les courants psychodynamiques, cognitivistes, systémiques et humanistes ou encore la théorie sur l'attachement. Ils ont développé un large éventail d'approches parfois intégratives et éclectiques. Fait important, la pratique de l'art-thérapie a évolué pour refléter la diversité culturelle et sociale des personnes qui s'y engagent. (extrait du site : the British Association of Art Therapists ; Jones, 2005 ; Rubin, 2001 et 2005 ; Patterson, 2015 ; Van Lith, 2016 ; Attard & Larkin, 2016)

Aujourd'hui, l'art-thérapie s'est aussi étendue aux champs éducatif, social et culturel.

Retracer l'histoire de l'art-thérapie nous permet de mieux appréhender l'absence d'un unique précepte fondateur de l'art-thérapie, qui est finalement issue du développement concomitant de plusieurs concepts théoriques, secondaire à l'utilisation de l'art dans la thérapie. Ces origines multiples ont engendré la grande diversité des formations et pratiques actuelles issues de ces différents courants de pensée. Pourtant le principe fondamental sous-jacent est le même pour toutes les organisations dédiées aux formations de cette pratique : le processus d'art doit avoir lieu au sein de la relation thérapeute-patient (Ruddy & Milnes, 2008).

c) Apports théoriques

L'art-thérapie est un outil de soin, une psychothérapie, qui utilise la pratique artistique comme principal moyen d'expression et de communication. Elle se différencie de la psychothérapie verbale dans laquelle le langage est le moyen privilégié de communication et de symbolisation. Intégrée aux psychothérapies médiatisées, l'art-thérapie use de la pratique artistique comme médiation dans la relation à visée psychothérapeutique. Ainsi l'utilisation du terme de « psychothérapie à médiation artistique » semble plus adaptée (Dubois, 2013).

Les thérapies médiatisées artistiques disposent d'une grande diversité de média (peinture, théâtre, danse, écriture, modelage, photographie...) dont les modalités pratiques doivent être bien définies et comprises, chaque processus étant particulier au type de pratique, pour obtenir un effet thérapeutique. Cette diversité offre aux patients un large éventail de possibilités pour découvrir, expérimenter et trouver le moyen d'expression qui leur conviennent, accompagnés ou aiguillés par les soignants.

Ce qui les différencie des autres psychothérapies médiatisées repose autour de l'engagement des patients dans le travail créatif à partir duquel les mettent en place réflexion et d'élaboration.

Ces thérapies sont comme nous l'avons exposé, fondées sur des théories multiples, souvent empruntées aux autres formes de psychothérapies (essentiellement psychodynamique, approche

préférentielle des art-thérapeutes selon les études (Patterson, 2011b ; Van Lith, 2016 ; Attard & Larkin, 2016)). Nous allons vous les exposer brièvement avant de développer des notions psychodynamiques et artistiques, à travers un certain nombre d'auteurs reconnus, autour de l'art-thérapie et survoler l'approche métapsychologique des médiations thérapeutiques (élaborée par l'Ecole dite Lyonnaise constituée par Anne Brun, Bernard Chouvier et René Roussillon, élaboration poursuivie par Thomas Rabeyron), en tentant de dégager des notions relatives à notre sujet d'étude, la relation thérapeutique.

Issues de constats, d'observations, de convictions et parfois de croyances, les psychothérapies à médiation artistique ne disposent pas de modèle théorique spécifique initial, mais de concepts venant de champs de pensée différents. Leurs particularités reposent sur les liens entre ces diverses références théoriques. Les références psychodynamiques ont notamment permis de penser et développer la mise en place du cadre. Les références artistiques sont des appuis théoriques spécifiques pour la pratique de ce type de psychothérapie. Elles font état du processus de création, issu principalement de témoignages et/ou de l'observation d'artistes opérant. La connaissance et l'aide technique, soit le « parler technique » contribue à permettre « un échange à un niveau qui n'est ni de l'ordre de l'apprentissage, ni de l'ordre d'une interprétation verbale de l'œuvre ; il est une sorte de langage métaphorique ». Les références comportementales et cognitives sont utilisées dans la pratique mais font peu l'objet de publications, hormis concernant la médiation musicale. La production artistique pourrait permettre l'étude et la modification de des cognitions erronées des patients, préalablement repérées, de manière plus facile que lors d'échanges verbaux. L'attention toute particulière portée aux comportements des patients en art-thérapie découle également de ce champ conceptuel (Dubois, 2013).

Au-delà des bases communes et invariantes, chaque pratique dispose de références théoriques propres inscrites de manière implicite, en partie liées à l'histoire de ces pratiques, à l'histoire de l'art ou plutôt de ces arts (Dubois, 2013).

- **Médiation**

La médiation est utile pour des patients pour lesquels l'usage du langage en psychothérapie traditionnelle ne paraît pas suffisant ou non adapté. C'est le cas en pédopsychiatrie pour le soin des enfants ou en psychiatrie de l'adulte notamment pour le soin de personnes présentant des troubles psychotiques, l'anti socialité et les troubles psychosomatiques ayant comme point commun une « situation limite de la subjectivité ». Pour ces personnes dont le processus de symbolisation de l'expérience subjective est en défaut, les soins sous forme de médiations seront plus adaptés. La médiation vient faire tiers dans la relation thérapeutique, celle-ci est moins directe, moins angoissante que dans un dispositif psychothérapeutique plus habituel où prévaut le face à face. Elle constitue un langage différent, à part entière, non verbal, qui favorise l'établissement d'un dialogue et qui permettra peut-être que des parties oubliées ou méconnues de la vie psychique des patients apparaissent.

Thomas Rabeyron, psychologue clinicien et maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie propose dans son article Médiations thérapeutiques et processus de symbolisation: de l'expérience du sensible à la modélisation de développer une théorie générale des médiations thérapeutiques selon une perspective psychanalytique. Il reprend les apports théoriques

de Sigmund Freud, Anna Freud, Mélanie Klein et Donald Winnicott. Il décrit la médiation comme support de projection des éléments internes non symbolisés du sujet. Le type de médiation et les caractéristiques propres du médium favorisent l'expression de certaines réalités psychiques selon une forme de résonance suffisante entre la psyché du sujet et la médiation. Les principes du transfert et de l'associativité se retrouvent au sein de la médiation. La médiation va produire un transfert de l'associativité de la vie psychique du patient vers le médium permettant un effet catalysant des processus de transformation qui peuvent émerger (Rabeyron, 2017).

Freud fait l'hypothèse que le processus créatif permet une transformation des désirs sexuels internes, ce qu'il nomme la sublimation. L'œuvre produite est une libération des pulsions et permet d'échapper à la névrose en s'inscrivant à la place du symptôme. Anna Freud et Mélanie Klein contribuent à développer la théorie des médiations grâce à leur pratique : l'utilisation du dessin dans la rencontre clinique avec l'enfant. Donald Winnicott poursuit avec l'introduction du concept d'espace transitionnel et d'intersubjectivité partagée nécessaire au processus de symbolisation. Il permet ainsi de s'attacher non plus uniquement au contenu du symbole mais aussi à son accès c'est à dire au contenant de pensées dans l'espace de la rencontre clinique.

Freud remarque dans Totem et Tabou, la tendance spontanée de la psyché à projeter ce qui l'anime dans les objets qui l'entoure. Il s'agit d'une tentative de résolution de la conflictualité interne par une projection extériorisée sur l'objet des pensées hostiles en mal d'élaboration (dès lors que les capacités de représentation sont dépassées). L'objet médiateur ou médium viendrait en quelque sorte « éponger » le processus intrapsychique en souffrance.

La première hypothèse de Rabeyron (qui se base sur les travaux de l'Ecole Lyonnaise) est que cette tendance naturelle de la psyché à projeter des éléments internes permet à tout sujet d'élaborer son expérience. Ce fonctionnement d'« identification projective » considéré principalement comme pathologique serait présent et utile à tout sujet. Ainsi « la pensée, l'activité de représentation ont besoin d'une matière plastique, malléable, pour être elles-mêmes représentées et pensées dans leur processus » (Brun, 2013). Le passage par la sensorialité permet à la psyché d'auto-représenter certains de ses processus. Il existe une interrelation entre le processus psychique initial projeté dans la matière sensible et sa représentation dans et par cette matière qui selon un effet miroir permet en retour une intégration du processus (Rabeyron, 2017).

- **Le cadre thérapeutique**

Le processus de symbolisation au travers la médiation ne peut se faire sans un cadre suffisamment contenant et rassurant qui permet à la fois de créer une « aire de jeu » et un lieu où se noue la relation thérapeutique.

Le cadre est fait de constantes à l'intérieur desquelles un processus va pouvoir avoir lieu. Il est le support limitant et structurant la relation thérapeutique. Il permet de déposer en faisant réceptacle la partie psychotique de la personnalité, c'est à dire la partie non différenciée et non résolue des liens symbiotiques primitifs (Kaës, 1979). Les soignants doivent donc être très attentifs aux éléments du cadre qui doivent être suffisamment identiques, réguliers et stables d'une séance à l'autre pour que la création puisse se dérouler dans de bonnes conditions.

Le cadre thérapeutique est tout d'abord celui du méta-cadre : l'institution, ce lieu de rencontre avec le patient, ses murs, son fonctionnement, ses règles, son histoire, le personnel soignant qui y exerce... En second lieu, le cadre de l'atelier repose sur ses repères : unité de lieu, unité de temps, unité d'action et référents soignants. Préférentiellement, l'espace du soin reste le même et aussi pensé et adapté à la nature de la médiation, afin qu'elle puisse y être pratiquée librement. La durée et la fréquence des séances sont généralement fixées en amont. L'action ou les objectifs de soin, tout comme le contenu des séances, doivent également être pensés au préalable, discutés et comprises par les patients.

« La limite, ce n'est pas ce où quelque chose cesse, mais bien ce à partir de quoi quelque chose commence à être » (Le trouble de penser, Schneider, 1982).

Le cadre est considéré par J. Bleger (1981) comme dépositaire des liens symbiotiques primitifs, qui se réfèrent à une indifférenciation entre corps-espace et corps-environnement. La fonction de ce cadre serait de permettre d'y déposer ces représentations symbiotiques, pas seulement en termes de déplacement transférentiel, mais aussi comme préconditions à la représentation dans le processus de symbolisation (Brun, 2013).

La notion de cadre (« setting »), développée par Winnicott, suggère une double fonction, notamment auprès des patients psychotiques : fonction de « holding » et fonction de « handling », portée et maintenue par un art-thérapeute présent et disponible (Winnicott, 1971, *Jeu et Réalité*, p. 204). L'accent est mis sur la part active prise par l'analyste dans "*l'aménagement*" des conditions les plus propices au déroulement du processus analytique. De la même façon, en art-thérapie, le cadre est l'espace contenant propice au processus créatif (de transformation et de symbolisation).

Le cadre permet d'offrir un « espace transitionnel », qui correspond à une « aire intermédiaire d'expérience », une « aire de jeu » (Winnicott, 1975), dans lequel peuvent s'inscrire les événements dans leur durée, sans nier les repères spatio-temporels réels, les émotions et la sphère sensori-motrice (Pivard & Sudres, 2008).

J. Bleger (1979) parle de « cadre initial de l'individu » lorsqu'il se réfère à la fusion primitive, sur et à partir de laquelle s'établit le Moi différencié. La permanence, la sécurité et la continuité du cadre apporté par la mère, sont intériorisées progressivement par l'enfant. Le cadre constituerait alors le non-Moi. Toute relation ou tout groupe est un cadre, qui définit le non-Moi et se retrouve « dépositaires de la partie psychotique de la personnalité, soit des liens symbiotiques primitifs ». (Bleger, 1981) « L'identité se structure par l'appartenance à un groupe, à une institution, à une idéologie... ». Le cadre représente un « état » à la personnalité, « un récepteur de la symbiose » (ibid), ce qui permet à la personne, comme le fait le bébé en prenant appui sur sa mère de développer son Moi.

En Art-thérapie, le cadre a pour fonction de faciliter et garantir les processus créateurs et à la symbolisation d'advenir. Il ne repose pas uniquement sur le cadre de l'atelier, mais également sur une enveloppe interne, dépendante des qualités de l'art-thérapeute et de la matrice institutionnelle « suffisamment bonne » (Pivard & Sudres, 2008).

Cette fixité d'unités de lieu, de temps, d'action et de référents soignants est une base classique des dispositifs psychothérapeutiques, une des conditions essentielles pour que puissent se développer

de façon rassurante et confortable l'exploration d'une pratique et de soi-même, la relation thérapeutique et l'alliance.

- **Place et qualités attendues de l'art-thérapeute**

L'art-thérapeute est garant du cadre. Il facilite l'entrée du patient dans ce cadre en ayant recours à une différenciation dedans-dehors (« training d'espace » d'après la dénomination de J.Broustra, 2000) en instaurant fréquemment des rituels. Ce décalage de la réalité extérieure est propice à l'expression de soi par soi et de soi par l'autre.

Il est attendu qu'il fasse preuve d'une présence bienveillante, d'une écoute paradoxalement flottante et attentive et d'un regard sécurisant non intrusif sur l'ensemble du groupe mais aussi sur chacun, reflet d'une appartenance groupale et de l'unicité de chaque individu de ce groupe. Il symbolise également une surface de projection ou un réceptacle possible des représentations et des affects conscients ou inconscients.

J. Broustra souligne la nécessité de l'engagement des référents soignants dans l'espace potentiel de l'atelier qui devraient éprouver le sentiment d'habiter un espace en résonance avec les sensibilités particulières des participants (Broustra, 1987). Cet engagement est aussi préalable à travers le choix de l'objet médiateur, qui s'inscrit dans le «travail psychique» du thérapeute (Sudres, Fourasté et Moron, 1998) et doit avoir un réel intérêt pour ce dernier, étant donné que la créativité propre du thérapeute permet la relance de la pensée et de l'imaginaire du sujet, «ouvrant le libre jeu aux flux pulsionnels et émotionnels» des patients (B. Chouvier, p.209) (Brun, 2013). «Animer un atelier suppose de veiller à toujours proposer au sujet un appareil à penser les pensées dans la rêverie partagée» (Pivard & Sudres, 2008).

Ainsi l'histoire de l'art, l'histoire de la médiation choisie n'est pas obligatoirement directement convoquée mais il est important que patients et thérapeutes aient la conscience que l'aire de jeu dans laquelle ils évoluent en est baignée. Ces repères vont aussi permettre de réguler, de poser des limites pour contenir d'éventuelles angoisses face au vide, à soi et à sa propre créativité ou face aux autres. Les relations entre patients et thérapeutes ou patients entre eux pourront s'établir avec une distance la plus adaptée : ni trop proche ni trop éloignée.

- **L'objet médiateur**

Comme nous l'avons vu, l'objet de médiation s'inscrit avant tout dans un cadre clinique. Porteur de ses propres qualités autant que des qualités abstraites de la situation, l'objet médiateur se situe dans l'aire de rencontre de la réalité intérieure et extérieure du sujet (Sudres, Fourasté & Moron, 1998) (Pivard & Sudres, 2008).

Le processus de symbolisation n'est possible que si l'objet offre une certaine consistance sensori-motrice, sinon il ne peut être introjecté et encore moins en capacité de créer un fond d'étagage pour traverser le mouvement symbolique de prendre/rendre et séparer/réparer (Chouvier, 2004; Sudres, 2005). Support projectif des vécus affectifs conscients ou inconscients, s'articulant entre le faire et le dire, l'objet médiateur suscite l'expression du monde interne mais aussi l'échange entre les sujets (Pivard & Sudres, 2008).

Proposé par le thérapeute, et déjà pensé, investi voire protocolisé dans un objectif et/ou projet thérapeutique, l'objet de médiation est également un objet de relation, « qui rend compte à travers l'usage et la fonction qu'il remplit de l'état de la relation entre les sujets » (Guérin, 1992), dans cet espace transitionnel préconstruit. L'objet médiateur, en tant que trace, permet donc d'inscrire dans une forme durable ce qui émerge dans la relation intersubjective et groupale. Il est donc le résultat d'une expérience partagée, représente une interrelation entre les sujets et détient une fonction d'interface psychique. « L'objet de la relation permet de donner une forme à la rencontre qu'il inscrit ». Il implique le partage d'une expérience sensorielle entre patient(s) et thérapeute. Il figure la relation thérapeutique, en l'externalisant (Brun, 2013).

Quel que soit l'objet médiateur, il contribue à la construction de liens qui participent à la dimension thérapeutique et renvoie à la notion de transfert.

- La co-création

Donald Winnicott développe à partir de ses observations dans sa pratique de pédopsychiatre, le concept de créativité, notion essentielle pour mieux ce qui se joue en art-thérapie. Inhérente au fait de vivre et universelle selon lui, elle est présente en chacun de nous, bébé, enfant, adolescent, adulte ou personne âgée, qui pose un regard sain sur tout ce qu'il voit ou ce qu'il fait volontairement. Le potentiel créateur prendrait naissance dans le besoin. Le nourrisson crée et recrée sans cesse le sein de sa mère. Dans son ouvrage *Jeu et réalité*, il parle de « créativité primaire » pour décrire le « jeu » de l'enfant. Il explique comment cette capacité d'être créatif revient à expérimenter la vie, se sentir en vie, se sentir exister (Winnicott, 1975). Pour Winnicott, avoir une attitude particulière face au monde extérieur, une façon créative d'appréhender la vie conditionne notre aptitude à en jouir. Vivre implique une aptitude à nouer des liens avec le monde et autrui mais aussi avec sa vie intérieure. Il décrit une aire intermédiaire ou transitionnelle qui s'instaure dans l'espace de séparation entre l'enfant et la mère puis entre le sujet et l'objet, entre le moi et le non-moi. Lieu à l'interface entre réalité interne et extérieure au sujet, cette aire permet le jeu de l'enfant et se prolonge dans l'expérience culturelle et artistique de l'adulte. La créativité est donc pour Winnicott bien au-delà de la pratique artistique et s'étend à la capacité de vivre en jouant. L'espace de l'atelier constitue ainsi cette aire de jeu transitionnelle et doit être défini et suffisamment rassurant pour que le patient puisse nouer ou renouer avec sa créativité personnelle.

La création artistique est également considérée comme une mise en relation entre le corps et le processus de symbolisation. Didier Anzieu met en évidence 5 phases du travail créateur : éprouver un état de saisissement, prendre conscience d'un représentant psychique inconscient, l'ériger en code organisateur de l'œuvre, choisir un matériau apte à doter ce corps d'un corps et composer l'œuvre dans ses détails, la produire au dehors. « Chacune de ces phases comporte sa dynamique, son économie, sa résistance spécifique » (Anzieu, *Le corps de l'œuvre*, 1981). La création résulte aussi d'un acte supposant une totale liberté, aucun apprentissage préalable n'est donc requis.

Dans *Le corps de l'œuvre* (1981), Didier Anzieu développe cette articulation entre le corps du créateur, corps pulsionnel et le « corps de l'œuvre », « composé à partir de la projection des sensations corporelles de l'auteur et construite comme un corps métaphorique ». Le « saisissement créateur », « pulsion de mise en forme » (Gestaltung), y est décrit comme une « transe corporelle », où se manifestent des éléments affectifs du sujet, sa façon de ressentir sa propre réalité (corporelle,

psychique et culturelle) dans un objectif initial de « rétablir l'articulation directe du jeu aux énergies inhibées et pulsions réprimées dont l'inhibition est source de souffrance » (Lafargue, 2002), à visée de « prise de conscience des représentations psychiques inconscientes par l'auteur, en lien avec sa réalité somato-psychique ». Le sujet extériorise une partie de lui-même dans sa réalisation, « par un déplacement hors territoire dans la matière », ainsi il n'a « plus à craindre la figure mortifère du surmoi : la crise trouve sa scène de représentation au dehors » (Pivard & Sudres, 2008 ; Brun, 2013).

Cette création a lieu comme nous l'avons décrit, dans un cadre thérapeutique, où les intersubjectivités se mêlent (patient-thérapeute et patient-patient). C'est pourquoi certains art-thérapeutes utilisent préférentiellement le terme de « co-création ».

- **La relation**

Les concepts psychanalytiques de transfert et contre-transfert peuvent être pensés et utilisés dans les psychothérapies à médiation artistique. Le thérapeute doit donc savoir être aussi à l'écoute de ce qu'il ressent dans la relation thérapeutique afin de mieux comprendre, interpréter et dépasser la situation vécue. Dans la situation thérapeutique à médiation artistique les mouvements affectifs sont plus complexes : les transferts sont multiples car en plus de la relation patient-thérapeute, il existe aussi la relation patient-médium, patient-production et aussi patient-groupe dans le cadre des thérapies groupales. De même le thérapeute interagit avec le médium, la production du patient, le groupe. Le thérapeute doit être à l'écoute de ses affects suscités par la production du patient qui est co-créée en sa présence. La reconnaissance de ces mouvements au sein de l'atelier fait partie du travail du thérapeute pour ajuster la distance établie avec le patient, ses interventions, son positionnement. Contrairement à la psychothérapie psychanalytique, les interprétations verbales du thérapeute ne sont pas un outil thérapeutique. La relation patient-thérapeute se situe principalement au cœur du processus créatif.

Ce que nous apprend Winnicott, du développement de l'enfant dans la relation à la mère « suffisamment bonne », nous éclaire sur ce qui intervient dans la relation soignant-soigné. Comme pour l'enfant dont la mère est un miroir nécessaire des réactions affectives dès le début de la vie, le patient a besoin du regard soignant pour se voir vivre.

A travers le concept de transitionnalité, Winnicott décrit la psychothérapie comme se situant « en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute (...) et là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire » (Winnicott, 1975).

En 1993, Killick identifie 3 domaines de communication au sein de la relation thérapeutique qui s'influencent les uns les autres : le champ « intrapersonnel » (le potentiel de création où le patient développe une interaction unique avec les matériaux d'art pouvant entraîner la symbolisation, potentiel soutenu par le thérapeute) ; le champ « intermédiaire » (notion qui rejoint les « phénomènes transitionnels » décrits par Winnicott) et le domaine « interpersonnel » (défini comme « la relation entre le patient et le thérapeute incluant les productions » ou les non productions) (Ruddy & Milnes, 2005, 2008).

Dans les psychothérapies médiatisées des patients souffrant de schizophrénie, « la dynamique transférentielle sur le médium provient de la réactualisation et l'élaboration du lien à l'objet

primaire » (G. Pankow, 1969, 1981), par la réactivation au sein de la « réalité psychique de groupe » (R. Kaës, 1993) et « dans la réalité matérielle de l'utilisation du médium malléable », d'expériences sensori-affectivo-motrices liés à ces objets primordiaux, expériences n'ayant pas pu être transformées en images ou mises en mots, donc jamais symbolisées (Brun, 2013).

- **Le groupe**

La dynamique groupale joue également un rôle dans le processus des psychothérapies médiatisées. Comme le souligne Didier Anzieu, « on rentre en groupe comme on rentre en rêve ». Le groupe étant une voie d'accès privilégiée à l'espace d'illusion nécessaire au processus de symbolisation. Il parle de « holding groupal » qui facilite le processus de symbolisation et de « transfert par diffraction » sur la médiation, le cadre et le groupe. Le groupe induit des mouvements de régression qui tendent à supprimer la différenciation soi-non soi (Anzieu, 1975).

Le modèle de « l'appareil psychique groupal » de René Kaës (1976) décrit que : « le groupe s'organise et se développe comme une réalité psychique spécifique du groupe à partir d'un appareillage ou d'un assemblage entre les subjectivités singulières », dont la fonction principale « consiste à établir des rapports d'accordage entre les formations intrapsychiques, inter et trans-subjectives produites par le groupe », « vectorisés par la dynamique transférentielle (...) par diffraction ». La diffraction s'apparente à la dissociation (morcellement et fragmentation de l'objet interne). Dans le cadre de la thérapie groupale, « cette multiplicité fragmentée du noyau psychotique, les éléments morcelés du monde intérieur (des patients) peut se projeter sur les autres sujets et le cadre thérapeutique et permettre éventuellement d'aboutir à une introjection, appropriation et liaison de ces éléments dissociés ». Il forme, transforme et lie la réalité psychique entre les sujets du groupe. Il s'agit d'une associativité essentiellement non verbale et d'une dynamique mimo-gesto-posturale. René Roussillon utilise le terme d'« associativité polymorphe », indissociable du transfert qui s'exprime au sein du cadre, du groupe et du médium. Les éléments non intégrés qui font alors retour dans ce contexte appartiennent souvent au registre de l'agressivité et de la haine comme l'ont décrit Mélanie Klein, Donald Winnicott et Wilfred Bion (Brun, 2013).

II.3.2. Efficacité de l'art-thérapie dans les soins pour les patients traités pour schizophrénie

II.3.2.1. Les théories au service des pratiques cliniques et de la recherche scientifique

a) Mécanismes d'action hypothétiques

- Psychothérapie de groupe et art-thérapie

o Psychothérapie de groupe

Concernant les symptômes positifs, les auteurs suggèrent que le format de groupe donnerait l'occasion d'échanges d'expériences entre patients, de réflexions sur leurs similitudes et contribuerait à restructurer leurs fausses croyances (Guaiana, 2012 ; Orfanos, 2015).

S'agissant des symptômes négatifs et de leurs conséquences notamment au niveau des déficiences relationnelles, la réduction de ces symptômes pourrait s'expliquer par l'identification des participants aux autres membres du groupe, ce qui faciliterait le développement de liens sociaux entre eux et avec le thérapeute (Orfanos, 2015 ; Lutgens, 2017).

De plus, certaines études ont confirmé l'hypothèse selon laquelle les traitements psychothérapeutiques à plus long terme sont plus efficaces que les traitements plus courts pour la schizophrénie. Des mécanismes de groupe efficaces peuvent donc avoir une association dose-réponse, où les groupes à court terme avec peu de sessions n'exploitent pas le plein potentiel de ces mécanismes (Lockwood & Conroy-Hiler, 2004 ; Orfanos, 2015).

Cette revue confirme que les mécanismes de groupe qui sous-tendent les différents traitements psychothérapeutiques de groupe peuvent être cliniquement avantageux pour les personnes atteintes de schizophrénie (Bernard, 2008 ; Orfanos, 2015) dans le traitement des symptômes négatifs et des déficits de fonctionnement social. «L'expérience du groupe lui-même» semble être cliniquement utile pour cette population qui est souvent isolée et se rattache mal aux autres (Orfanos, 2015).

Les recherches futures devraient identifier les mécanismes non spécifiques qui expliquent l'effet de la participation du groupe sur les symptômes négatifs et explorent les moyens de les renforcer afin que le bénéfice thérapeutique soit maximisé (Orfanos, 2015).

Nous pouvons ainsi supposer que ces mécanismes non spécifiques sont au moins en partie liés aux relations thérapeutiques et donc à l'alliance thérapeutique individuelle et de groupe (Lorentzen, 2012).

o Art-thérapie

D'après l'étude de Havenik et ses collaborateurs, « l'expérience de l'exploration artistique peut contribuer à la compréhension cognitive des patients psychotiques de leurs troubles », que l'on peut comprendre comme un meilleur degré d'insight, aidant ainsi les patients à développer leurs capacités d'adaptation et de résolution de problèmes, avec un sentiment de revalorisation, ce qui semble corroboré par l'avis des participants qui évoquent des changements positifs (n=5) (Havenik, 2013).

D'autres études qualitatives de méthodologie variable, concluent de manière similaire à l'amélioration de la capacité des patients à identifier, exprimer et explorer leur souffrance émotionnelle, à travers le processus d'élaboration de l'art (De Morais, 2014 ; Banks, 2012 ; Patterson, 2011a,b ; Attard & Larkin, 2016).

Les mécanismes ont été décrits comme permettant aux participants de communiquer, de maîtriser un environnement extérieur, de vivre et de gérer des sentiments autrement inaccessibles ou intolérables, de développer une conscience de soi et de progresser vers une individuation stable, optimisant la relation à soi-même et aux autres et donc la fonction psychosociale (Patterson, Crawford, and al. 2011).

Au sein de l'art-thérapie, diverses fonctions du thérapeute et de la relation thérapeutique (par exemple, mise en miroir, maintien, contenance et modélisation) ont été décrites comme contribuant à des résultats tels que de l'estime de soi et la capacité à identifier et comprendre les sentiments et le développement de liens sociaux (Patterson, 2011a).

L'étude de Montag conforte les considérations théoriques sur l'art-thérapie qui permettrait aux patients psychotiques « d'extérioriser leurs états intérieurs d'une manière physique concrète, l'œuvre d'art permettant de réfléchir, de clarifier et de ré-internaliser le sens des états internes et de développer une attitude mentalisante, l'utilisation intentionnelle de représentations symboliques étant encouragée », mais aussi « un rétablissement de la capacité de raisonner les états mentaux émotionnels de l'individu et de l'autre », plutôt par introspection et imagination que par reconnaissance des expressions faciales des émotions (Montag, 2014).

L'art-thérapie peut également participer à la lutte contre la déstigmatisation des patients souffrant de schizophrénie en leur offrant un espace où créer du lien sans risquer le jugement et à travers les expositions afin de favoriser un autre regard sur eux, qu'ils ne soient plus considérés seulement comme « malades » mais comme artistes, avec leurs qualités et leurs compétences (Potash, 2013 ; Dupin, Mallat et Rochegonde, 2014).

- L'art-thérapie et la relation thérapeutique

Nous avons vu que les thérapies médiatisées artistiques offrent aux patients des moyens de communication non verbaux, ce qui en fait une indication préférentielle de la psychose (Ruddy & Milnes, 2005 ; Crawford & Patterson, 2007 ; Odell-Miller, 2006 ; Van Lith, 2016 ; Attard & Larkin, 2016).

Il apparaît évident que l'art-thérapie repose essentiellement sur les mécanismes d'action suivants : le processus de création par l'art, la relation développée entre patient et thérapeute et probablement l'interaction complexe entre ces deux dimensions (Edwards, 2014).

Les art-thérapeutes partagent le consensus, le principe fondamental selon lequel l'art-thérapie doit avoir lieu au sein de la relation tripartite patient-medium-thérapeute. Le médium sert de « tampon » pour réduire l'intensité de la relation dans la psychose, et constitue un « porte espace » sécurisée permettant un engagement entre thérapeute et patient (Crawford & Patterson, 2007 ; Pivard & Sudres, 2008 ; Ruddy & Milnes, 2008 ; Patterson, 2011b ; Patterson, 2015). En d'autres termes, le médium facilite l'optimisation de l'engagement dans la relation.

Il est d'ailleurs reconnu à l'art-thérapie un rôle central dans la facilitation de l'engagement des patients psychotiques (Killick, 1993 ; Attard & Larkin, 2016).

De plus, certains auteurs ont identifié les relations thérapeutiques comme au cœur des processus de changement en art-thérapie (Michaelides, 2012 ; Patterson, 2011a ; Patterson, 2011b ; Attard & Larkin, 2016).

- **Positionnements des art-thérapeutes**

Généralement les art-thérapeutes adoptent une approche non directive « encourageant les patients à utiliser l'image pour exprimer leurs sentiments et réfléchir de manière concrète à une meilleure compréhension de soi » (Patterson, 2011b ; Patterson, 2015). Mais des variations sont notables dans la préférence individuelle et l'orientation des art-thérapeutes : certains se positionnent en observateur suggérant être témoin de l'expérience du processus inhérent de connaissance de soi (Allen, 2008) ; d'autres sont un peu plus interventionnistes, considérant leur rôle comme initiateur de sens en amenant de nouvelles perspectives (Karkou et Sanderson, 2006) ; d'autres valorisent une direction plus intentionnelle, permettant l'évocation des expériences de chacun, à travers des modalités sensori-motrices, perceptives, cognitives, émotionnelles, sociales et spirituelles, propres à chacun (Bruscia, 1988) ; d'autres enfin sont soucieux du soutien d'une alliance en construction (Mc Niff, 2004 ; Spaniol, 2002) (Van Lith, 2016).

b) Preuves scientifiques de l'efficacité de l'art-thérapie

- **Données encourageantes**

D'après la littérature scientifique, l'art-thérapie pratiquée en groupe auprès de patients présentant une schizophrénie, améliore de manière significative l'état mental (Crawford & Patterson, 2007) avec un impact plus important sur les symptômes négatifs (Ruddy & Milnes, 2005, 2008 ; Crawford & Patterson, 2007 ; Richardson, 2007) et les symptômes généraux, c'est-à-dire les symptômes dépressifs, le manque d'énergie et le défaut de motivation (plus particulièrement lors de pratiques de musicothérapie ou de dramathérapie d'après Crawford & Patterson, 2007). Il existe tout de même une moindre efficacité sur les symptômes dits positifs (Crawford & Patterson, 2007). Ces pratiques ont également des effets positifs sur le fonctionnement social et une meilleure qualité dans les relations interpersonnelles (Crawford & Patterson, 2007).

La participation aux séances de thérapies artistiques est retrouvée élevée dans la plupart des essais. (Crawford & Patterson, 2007), ce qui est en faveur d'un engagement favorable des patients atteints de schizophrénie à ce type de soins.

Il semblerait que pour des patients psychotiques, la pratique de thérapie médiatisée par l'art en groupe permette aux patients psychotiques, une meilleure adhésion aux soins, une meilleure estime d'eux-mêmes (Ruddy & Milnes, 2008).

En 2010, l'équipe de Slayton a passé en revue l'efficacité générale de l'art-thérapie dans les populations cliniques et non cliniques de 1999 à 2007. Ils ont conclu que l'art thérapie était efficace, mais ne précisaient pas pour quelles populations cliniques ni comment elle l'était.

- **Les résultats accablants de l'essai MATISSE et ses controverses**

L'essai MATISSE de Crawford et coll. publié en 2012, le plus grand essai contrôlé randomisé multicentrique à 3 bras, a retrouvé une efficacité équivalente entre les 3 (groupes d'art-thérapie et soins standards, groupes d'activités et soins standards, et soins standards seuls) sur le fonctionnement global et réduction des symptômes dans l'ensemble des groupes, ne démontrant aucun effet propre de la pratique de groupe d'art-thérapie avec des patients avec un diagnostic de

schizophrénie. Ces résultats n'ont donc pas corroboré les résultats des études antérieures, ont remis en question les lignes directrices préconisées et ont entraîné de nombreuses controverses qui ont conduit à la réalisation de plusieurs études vouées à analyser en détails déroulement, pratiques, vécus et résultats de cet essai multicentrique (Crawford, 2012).

L'article scientifique d'Holtum et Huet (2014), tout comme celui de Wood (2013) ont souligné l'impact probable de la méconnaissance toujours actuelle des mécanismes d'action et des principes actifs de l'art-thérapie dans la recherche scientifique ainsi que l'absence de description suffisante dans l'essai MATISSE des modalités des séances (Wood, 2013 ; Holtum & Huet, 2014).

L'étude de Patterson et collaborateurs (coll.) en 2015 a permis d'y remédier en fournissant une description plus détaillée en analysant des documents d'étude et en réalisant des témoignages de thérapeutes, superviseurs et participants de l'essai MATISSE (sous forme d'entretiens et de groupes de discussion avec les thérapeutes), tout en se basant sur une théorie fondée sur des propositions constructivistes, prenant en compte les « contextes temporels, culturels et structurels » comme le décrit Charmaz en 2006 (Patterson, 2015). Les auteurs mettent en avant hormis la position thérapeutique « non directive » de l'ensemble des art-thérapeutes, leur grande variabilité de cadres et de pratiques, décrite comme une force par ces derniers (Patterson, 2011 et 2015) mais compliquant la réalisation d'études. Les art-thérapeutes de l'étude MATISSE ont signifié des différences de pratiques au cours de l'essai par rapport à leur pratique habituelle (homogénéité de patients, durée limitée des intervention, changement de lieux, intrusions dans le groupe...). Cependant, le biais majeur identifié de cet essai à grande échelle, a été le faible taux de participation (« près de 40% des patients randomisés à l'art-thérapie n'ont participé à aucune séance »). De plus, l'échelle utilisée pour mesurer un des critères principaux, l'échelle globale de fonctionnement GAF, a été retiré de la version du DSM V en raison d'une faible validité et fiabilité (Van Lith, 2016). Les auteurs se sont également interrogés sur l'absence d'évaluation de l'ensemble des critères à court terme. En conclusion, Patterson et coll. ont souligné que malgré leurs résultats, les chercheurs de l'étude MATISSE ne prétendent pas l'absence d'intérêt de l'art-thérapie et les participants eux-mêmes ont rapporté en avoir retiré des avantages (Patterson, 2015).

- **De nouvelles recherches prometteuses**

En 2016, Van Lith et ses collègues ont passé en revue les implications des pratiques artistiques sur le rétablissement et ont conclu que ces pratiques favorisaient le rétablissement social et psychologique (Van Lith, 2016).

La revue d'Orfanos, Banks et Priebe de 2015 suggèrent que les thérapies psychothérapeutiques en groupe, indépendamment de leur approche thérapeutique, peuvent améliorer les symptômes négatifs et les déficits de fonctionnement social dans le traitement de la schizophrénie (Orfanos, 2015).

La revue de la littérature du Lancet publiée en 2016 résume toutes ces données en concluant que les articles quantitatifs de haute qualité fournissent des preuves non concluantes de l'efficacité de l'art-thérapie chez les adultes atteints de psychose, mais que les articles qualitatifs de haute qualité indiquent que les thérapeutes et les patients considèrent l'art thérapie comme une intervention bénéfique, significative et acceptable, bien que ces données se basent sur un petit nombre d'études (Attard & Larkin, 2016).

Ci-dessous le tableau résumant la qualité des articles sur l'art-thérapie.

	Truth value	Applicability	Consistency	Neutrality	Overall quality rating (average score)
Quantitative studies					
Crawford et al (2010); ²⁰	5	5	5	5	Good (5)
Crawford et al (2012) ²¹					
Leurent et al (2014) ⁴⁸	5	5	5	5	Good (5)
Montag et al (2014) ⁴⁹	4	4	6	5	Good (5)
Non-experimental study					
Caddy et al (2012) ³⁹	4	3	5	4	Moderate (4)
Patterson et al (2011) ²⁴	3	4	5	4	Moderate (4)
Mixed-methods study					
de Moraes et al (2014) ⁴⁶	1	2	2	1	Poor (2)
Qualitative studies					
de Moraes et al (2014) ⁴⁷	3	3	3	1	Moderate (3)
Colbert et al (2013) ⁴⁵	5	4	6	3	Good (5)
Teglbjaerg (2011) ⁴⁵	2	3	3	1	Poor (2)
Patterson et al (2011) ²²	6	6	5	4	Good (5)
Patterson et al (2013) ²²	6	5	4	2	Good (4)
Case studies					
Drapeau and Kronish (2007) ⁴⁴	1	2	1	1	Poor (1)
Gajic (2013) ⁴⁴	3	2	2	1	Poor (2)
Banks (2012) ⁴⁴	3	3	2	1	Poor (2)
Hung and Ku (2015) ⁴⁷	1	1	1	0	Poor (1)
Michaelides (2012) ⁴⁴	3	3	3	1	Moderate (3)
Havenik et al (2013) ³²	5	4	4	5	Good (5)

Table 2: Summary of the quality of the art therapy studies

Source : Attard & Larkin, 2016

II.3.2.2. Les pratiques ciblées des thérapies médiatisées par l'art ?

a) Musico-thérapie

La musicothérapie en complément des soins standard auprès de personnes atteintes de schizophrénie participe à améliorer leur état global et probablement aussi leur état mental et leur fonctionnement social (Gold, 2005 ; Mössler, 2011 ; Lutgens, 2017) ainsi que les symptômes cliniques (négatifs et généraux dont la dépression et l'anxiété) (Gold, 2009 ; Lu, 2013). La durée et la fréquence des sessions est essentielle pour permettre des effets plus substantiels. La revue de la littérature et méta-analyse de Gold de 2009 mentionne aussi une efficacité sur l'engagement des patients.

b) Danse-thérapie

La danse-thérapie ou thérapie par la danse et le mouvement (TDM) favorise une réduction significative des symptômes négatifs chez les participants, mais aucune différence n'est retrouvée entre les participants ayant suivi une danse-thérapie et ceux n'ayant pas suivi cette approche pour les critères de jugement tels que la satisfaction vis-à-vis des soins, l'état mental, l'abandon précoce de l'étude et la qualité de vie. Ces résultats ont une portée limitée devant la très faible taille de l'échantillon (Ren & Xia, 2013).

c) Drama-thérapie

Les études effectuées sur la dramathérapie ou thérapie par le théâtre ne retrouvent aucune donnée probante et ne permettent donc pas de définir les avantages ou inconvénients de l'utilisation de ce type de thérapie dans la schizophrénie (Ruddy & Dent-Brown, 2007).

II.3.2.3. Les thérapies médiatisées artistiques en milieu hospitalier

Tant dans la littérature anglophone que francophone, il y a une pénurie d'articles sur l'art-thérapie auprès de patients psychotiques décompensés hospitalisés (en unités temps plein) (Van Lith, 2016).

Une étude exploratoire publiée en 2001 a été menée aux Etats Unis mais l'échantillon ne ciblait pas les patients atteints de schizophrénie (Dick & Tanis, 2001).

L'étude de 2005 menée en Chine sur une population hospitalière, rapporte des effets positifs de l'art-thérapie en groupe en comparaison du traitement habituel, sur le fonctionnement social, les symptômes et le vécu des patients (Meng P, 2005 ; Montag, 2015 ; Attard & Larkin, 2016). Les données détaillées sont inaccessibles, l'étude étant publiée en chinois (Montag, 2015).

En 2012, l'étude de Caddy et coll. retrouve une amélioration de la dépression, de l'anxiété et du stress dans les groupes d'activités créatrices ainsi qu'une amélioration hautement significative sur la qualité de vie, la santé, la détresse. Bien que la population d'étude soit hospitalière, elle comprend seulement 14,1% de patients avec un diagnostic de schizophrénie (sur un total de 403 patients) (Caddy, 2012).

En 2015, Hung et Ku et ses collègues conclut leur étude par le constat d'une nette amélioration des symptômes (positifs et négatifs) et du fonctionnement social, attribuée à la motivation pour assister aux séances d'art-thérapie. Mais l'étude porte sur seulement deux patients atteints de schizophrénie, hospitalisés.

On retrouve quelques études sur la musicothérapie et une récente sur la thérapie d'expression théâtrale (Chiu, 2015) dans le contexte hospitalier, dont nous ne disposons pas des résultats.

Nous avons souhaité vous présenter plus en détails l'étude suivante : fin 2014, des psychiatres allemands ont réalisé une étude pilote sur l'efficacité des groupes d'art-thérapie dans un contexte de psychose aiguë en unité d'hospitalisation. Ils ont réalisé un essai randomisé, contrôlé par un évaluateur aveugle, et se sont penchés sur la faisabilité et l'efficacité de la pratique de groupe d'art-thérapie psychodynamique auprès de patients hospitalisés pour décompensation psychotique d'une schizophrénie, selon les critères du DSM IV (Montag, 2015).

Le recrutement s'est fait entre 2011 et 2012 sur un seul centre hospitalier de Berlin. Cinquante-huit patients correspondant aux critères d'inclusion ont été retenus dans cet essai : la moitié bénéficiait d'une pratique bihebdomadaire en groupe de thérapie d'art sur une durée totale de 6 semaines (séance de 90 minutes), associée au traitement standard alors que le groupe témoin recevait seulement le traitement standard (cf **annexe 2** : flow diagram de l'étude). Les évaluations sur les différents critères (principaux et secondaires) ont été réalisées à la fin de la 6^{ème} (fin de la pratique de thérapie médiatisée par l'art) et après la 12^{ème} semaine de suivi. À 12 semaines, 55% des patients ont été randomisés en art thérapie, et 66% des patients recevant un traitement comme d'habitude ont été examinés. Les taux d'attrition sont plus élevés que dans les études menées sur des patients suivis en externe, donc plus satisfaisants, d'autant plus compte tenu de la symptomatologie aiguë et du

désir de quitter l'hospitalisation. Les interruptions prématurées à la participation du groupe d'art-thérapie sont principalement reliées à une sortie non planifiée de l'hôpital. Aucun événement indésirable n'a été constaté dans le groupe d'art-thérapie (Montag, 2015).

Les résultats sont plutôt encourageants puisque dans l'échantillon per-protocole, la pratique d'art-thérapie de groupe semble réduire de manière significative les symptômes positifs et améliorer le fonctionnement psychosocial à 6 comme à 12 semaines de suivi, ainsi que réduire les symptômes négatifs à 12 semaines. Pour la tentative d'analyse en intention de traiter, on retrouve également une réduction significative des symptômes positifs à l'arrêt du traitement. Au niveau des critères secondaires, on note une amélioration significative des niveaux de conscience émotionnelle, et en particulier de leur capacité à réfléchir sur les états mentaux émotionnels des autres pour les patients du groupe d'art-thérapie, mais pas de différence constatée pour les symptômes dépressifs (Montag, 2015).

Ces résultats suggèrent que le recours à des thérapies médiatisées par l'art en phase aiguë chez des patients psychotiques, réduit de manière plus importante les symptômes positifs en comparaison à un groupe témoin traité par des soins standards, pourrait prévenir une augmentation secondaire des symptômes négatifs (lors de la stabilisation), et induirait un apaisement de l'anxiété en la contenant (plutôt qu'en la stimulant). Les résultats secondaires amènent à penser à des effets protecteurs de cette pratique sur l'estime de soi (résultat corrélé par d'autres études menées en ambulatoire), la conscience de soi et un sens créatif (limitant l'auto-stigmatisation). L'élévation significative sur les scores de conscience émotionnelles corroborent les considérations théoriques sur l'art-thérapie (Montag, 2015).

La littérature scientifique actuelle ne semble pas disposer de données plus récentes sur l'efficacité de l'art-thérapie en milieu hospitalier auprès de patients psychotiques, mais les résultats de cette étude sont en faveur de la faisabilité d'essais sur l'art-thérapie psychodynamique chez des patients présentant une décompensation psychotique aiguë et justifient des recherches supplémentaires pour attester de cette faisabilité et étayer les résultats préliminaires positifs concernant une amélioration de la symptomatologie psychotique (productive comme déficitaire), du fonctionnement psychosocial et de la capacité à mentaliser les émotions des autres (théorie de l'esprit).

Nous ne pouvons pas négliger que les niveaux de participation devraient être plus élevés lorsque les patients sont hospitalisés (Montag, 2015). L'impact de l'art-thérapie dispensée dans ce cadre devrait être étudiée. Pour de futures recherches, il serait intéressant de poursuivre l'intervention même après la sortie d'hospitalisation, ce qui correspond d'ailleurs aux recommandations de l'Institut National de la santé et des services Excellence (NICE).

II.3.3. Limites des études sur l'art-thérapie

L'absence de théorie unifiée en art-thérapie engendre des formes parcellisées de réflexions plutôt liées à un type de média précis et ne permettent pas de penser leur cohérence dans leur ensemble, entraînant des difficultés dans l'évaluation de l'efficacité de ces pratiques (Rabeyron, 2017).

De nombreuses faiblesses méthodologiques ont été signalés dans les revues de la littérature, telles que : l'hétérogénéité dans la population d'étude (Green, 1987) ; la petite taille de l'échantillon limitant la puissance de l'étude (Ruddy & Milnes, 2005 et 2008 ; Crawford & Patterson, 2007) ; la période de suivi trop courte, ne permettant pas d'évaluer les effets à long terme (Crawford & Patterson, 2007) ; la sélection des patients dans un seul centre d'étude avec des biais de sélection

(Ruddy & Milnes, 2005 et 2008 ; Crawford & Patterson, 2007), limitant la reproductibilité des résultats et donc la non représentativité de la population rencontrée en pratique courante ; l'hétérogénéité des interventions, notamment les pratiques, les cadres et les durées des séances et des sessions ; le biais du temps supplémentaire passé avec les soignants et les pairs lors de la pratique d'art-thérapie en groupe (Ruddy & Milnes, 2005 et 2008 ; Crawford & Patterson, 2007).

Il est aussi mentionné des différences socio-culturelles (formations et pratiques) de l'art-thérapie notamment des 2 côtés de l'Atlantique qui questionnent l'opportunité de la comparaison entre les études (Ruddy & Milnes, 2008). Ce qui peut également nous interroger concernant les pratiques françaises peu unifiées et très diverses.

Certaines revues de la littérature critiquent l'absence d'information sur les raisons ayant conduit les patients à interrompre précocement les sessions d'art-thérapie (Ruddy & Milnes, 2008), ni sur les causes de leurs refus de les intégrer (Ruddy & Milnes, 2008), ni sur leurs absences aux séances, et font remarquer plus généralement le manque de détails (Patterson, 2015 ; Van Lith, 2016).

Les auteurs se sont également interrogés sur l'origine de l'efficacité de l'art-thérapie, en se demandant si elle ne reposait pas sur un temps supplémentaire de présence soignante et/ou le sentiment de cohésion groupale. Il a donc été suggéré pour de futures recherches de constituer des groupes contrôles bénéficiant d'autres types de soins (Ruddy & Milnes, 2008).

Les limites de l'étude de Montag sont : la courte durée d'intervention (due à une brève durée d'hospitalisation moyenne et aux symptômes initiaux des patients), qui pourrait expliquer notamment l'absence d'impact sur la qualité de vie mais aussi entraîner une disparition des avantages à long terme ; une trop faible taille d'échantillon ; pas de comparaison active normalisée pour contrôler les effets non spécifiques du contact thérapeutique et de la dynamique de groupe (bien que le groupe témoin était engagé dans d'autres thérapies) ; un possible biais de sélection.

Cette étude a fourni une orientation prometteuse pour des recherches ultérieures démontrant la faisabilité des thérapies artistiques pendant les phases aiguës de psychose mais aussi un probable intérêt d'utiliser l'art-thérapie lors de ces phases pour favoriser la réduction des symptômes et la récupération de la « fonction mentalisante » (Montag, 2014).

En 2016, la revue de la littérature de Van Lith n'a pas pu réellement comparer les approches du fait d'un nombre limité d'études, de leurs diversités méthodologiques et des tailles d'échantillon trop petites. Elle ne peut pas non plus transférer leurs implications dans la pratique clinique courante en raison du manque de clarté et de détails sur les approches utilisées et de l'évolution actuelle des modèles de plus en plus « intégratifs ». Il serait nécessaire de développer davantage les fondements philosophiques de ces courants pour mieux identifier à quel niveau et de quelle façon le patient peut progresser et mieux évaluer si une approche peut être plus adaptée à un profil de patient, mais aussi d'explorer plus en détails les approches diverses de thérapie artistique, notamment en interrogeant les art-thérapeutes, afin de mieux représenter la réalité actuelle des pratiques et pour améliorer sa transférabilité dans la pratique clinique ainsi que permettre de développer une pratique basée sur des preuves réalisables. Elle souligne également qu'il serait pertinent d'y intégrer le point de vue des patients eux-mêmes pour mieux répondre à leurs besoins et attentes. (Van Lith, 2016)

Cependant des facteurs communs fondamentaux sont à signaler tels que : les objectifs et attentes de la thérapie, le niveau d'engagement du patient dans l'art-thérapie et les qualités intrinsèques du thérapeute (Montag, 2014 ; Patterson, 2011a,b ; Van Lith, 2016). En 2001, Wampold parlait déjà de

ces facteurs communs et soulignait l'importance de la transparence du thérapeute envers ses intentions afin de renforcer l'alliance thérapeutique (Van Lith, 2016).

Les auteurs mentionnent l'intérêt de combiner des méthodes de recherche qualitatives et quantitatives pour d'abord mieux explorer les mécanismes d'action sous-jacents. Le repérage des éléments de ces interventions complexes permettrait peut-être de mieux comprendre et étudier leurs impacts mais aussi d'identifier d'éventuels profils de patients psychotiques pour lesquels seraient indiqués ou non ce type de pratique. (Crawford & Patterson, 2007 ; Van Lith, 2016)

II.3.4. Recommandations : l'art-thérapie dans prise en charge de patients atteints de schizophrénie ?

D'après les recommandations de l'Institut National de la santé et des services Excellence (NICE) de 2009 et de 2014 sur la prise en charge de patients atteints de schizophrénie, il est nécessaire d'associer les traitements médicamenteux à des thérapies psychologiques, telles que les thérapies médiatisées par l'art, à tous les stades de la maladie : dès le traitement initial du premier épisode, lors des épisodes aigus de décompensation, y compris lors des séjours en milieu hospitalier et dans les phases intercurrentes ou en phase chronique à visée de prévention des rechutes et promotion du rétablissement. Il est conseillé que ce type de soins se pratiquent en groupe et supervisé par un art-thérapeute reconnu (NICE, 2014).

Ces recommandations préconisent préférentiellement les thérapies artistiques pour « réduire les symptômes négatifs » de la pathologie. Elles soulignent aussi leurs intérêts comme permettant aux patients de : « se vivre différemment et développer de nouvelles façons de communiquer avec les autres, s'exprimer et organiser leur expérience dans une forme esthétique satisfaisante, accepter et comprendre les sentiments qui ont pu émerger pendant le processus créatif à leur propre rythme » (NICE, 2009, 2014). Elles reposent sur un examen de six essais contrôlés randomisés publiés concernant l'art-thérapie (Green, 1987 ; Richardson, 2007 ; Rohricht & Stefan, 2006 ; Talwar et al., 2006 ; Ulrich, Houtmans, & Gold, 2007 ; Yang, Li, Weng, Zhang, & Ma, 1998) (Van Lith, 2016).

La directive récemment publiée sur les thérapies psychosociales dans les troubles mentaux sévères de la Société allemande de psychiatrie, de psychothérapie et de neurologie a approuvé l'art-thérapie avec une recommandation de grade B (Riedel-Heller, 2012) (Montag, 2015).

En France, la Haute Autorité de la Santé (HAS) ne spécifie pas de recommandation à la pratique de thérapies médiatisées pour les patients souffrant de troubles schizophréniques. Le guide ALD n°23 fait seulement mention des « autres interventions psychothérapeutiques » que sont les approches cognitivo-comportementales (« d'inspiration analytique, individuelle ou de groupe » ; « psychothérapie familiale » et « intervention médico-pédagogique ») (HAS, 2007).

Pour mieux comprendre, nous pouvons préciser qu'en France la profession d'art-thérapeute n'est reconnue que depuis 2011. Encore actuellement, l'obtention d'un diplôme reconnu par l'Etat ne dépend que de 3 centres de formation situés à Paris, Avignon et Tours, et beaucoup d'établissements de soins à travers leurs conventions ne reconnaissent toujours pas de poste d'art-thérapeute.

III. DISCUSSION : Pourquoi serait-il pertinent de s'intéresser au lien entre alliance thérapeutique et art-thérapie dans la prise en charge de patients atteints de schizophrénie ?

La qualité de l'alliance thérapeutique semble être un des meilleurs facteurs prédictifs de l'observance médicamenteuse, de l'adhésion et de l'engagement aux soins, chez les patients atteints de schizophrénie (Weiss, 2002 ; Davis & Lysaker, 2004 et 2007 ; Barrowclough, 2010 ; Morandi, 2011 ; Koenig, 2011 ; Misdrahi, 2012 ; McCabe, 2012 ; Thompson & McCabe, 2012 ; Roche, 2014 ; Shattock, 2017). Elle permet de limiter les rechutes, de diminuer la fréquence des réhospitalisations, de prolonger la durée de prise des traitements médicamenteux et de maintenir la continuité des soins (Franck & Gunderson, 1990 ; Svensson & Hansson, 1999 ; Martin, 2000 ; Davis & Lysaker 2004 et 2007 ; Priebe, 2011, Theodoridou, 2012, Johansen, 2013a, Roche, 2014, Jung, 2015, Friederike, 2015, Ruchlewska, 2016, Shattock, 2017).

Elle semble également jouer un rôle crucial au stade précoce de la schizophrénie. Etablir une alliance thérapeutique précocement dans la prise en charge des patients atteints de schizophrénie (pendant la « période critique » comprise entre 3 mois et 5 ans à la suite d'un premier épisode psychotique, selon les études), favorise d'une part une vision positive des soins psychiatriques par les patients, et d'autre part, améliore le pronostic de la maladie et conditionne leur parcours de soin ultérieur (Goldsmith, 2015 ; Couroupis, 2016). De même, quel que soit le stade de la maladie, la qualité des relations thérapeutiques influencent la satisfaction des soins, la participation des patients aux thérapies proposées et leur vécu, notamment en unités d'hospitalisation (Hughes, 2009 ; Theodoridou, 2012 ; Roche, 2014).

Parmi les facteurs associés à la qualité de l'alliance thérapeutique dans la schizophrénie, nous avons identifiés les symptômes psychotiques (positifs et négatifs, principalement) comme inversement corrélés, et en ce qui concerne le niveau d'insight et le fonctionnement social, l'association était directe (Couture, 2006 ; Wittorf, 2009 ; Barrowclough, 2010 ; Lysaker, 2011 ; Mössler, 2011 ; Lecomte, 2012 ; Kvirgic, 2013 ; Johansen, 2013a ; Jung, 2014 ; Roche, 2014 ; Berry, 2015 ; Shattock, 2017 ; Potvin, 2017). Quant aux symptômes négatifs, ils ont été décrits comme un obstacle au développement de l'alliance thérapeutique dans plusieurs études (Bourdeau, 2009 ; Lysaker, 2011 ; Jung, 2014 ; Shattock, 2017).

L'art-thérapie constitue un champ d'étude très intéressant, car sa pratique auprès de patients atteints de troubles psychotiques joue un rôle de longue date dans la facilitation de l'engagement, notamment en limitant l'interaction verbale directe (Killick, 1993 ; Attard & Larkin, 2016). L'art-thérapie est également reconnue efficace et recommandée sur les symptômes négatifs de la schizophrénie, symptômes sur lesquels les médicaments antipsychotiques sont peu efficaces. Les psychothérapies médiatisées par l'art en situation de groupe favorisent également l'insight des patients et le lien social (Orfanos, 2015 ; Attard & Larkin, 2016). De plus, dans le contexte hospitalier, des preuves préliminaires suggèrent une efficacité de cette forme de psychothérapie sur la réduction des symptômes positifs. Elle semble également participer à l'amélioration du vécu des soins des patients, qui contribue à la satisfaction des soins (Meng P, 2005 ; Montag, 2015 ; Attard & Larkin, 2016).

Enfin, bien que peu d'études aient permis de définir les mécanismes de l'art-thérapie, certains ont évoqué un lien entre ces mécanismes de changement et les relations thérapeutiques établies au cours des thérapies artistiques, (Patterson, 2011a,b), renforcées par la dynamique de groupe (Michaelides, 2012) (Attard & Larkin, 2016).

Il nous semble ainsi légitime d'émettre l'hypothèse que l'art thérapie permettrait d'améliorer la qualité de l'alliance thérapeutique chez les patients souffrants de schizophrénie.

A notre connaissance, il n'existe pas d'étude permettant d'évaluer le rôle de l'art-thérapie sur la qualité de l'alliance thérapeutique chez ces patients.

Par ailleurs, il est à déplorer que trop peu d'études aient examiné l'impact de l'alliance thérapeutique dans la psychothérapie de groupe (Lecomte, 2012 ; Lorentzen, 2012). Nous n'avons retrouvé qu'une seule étude explorant les prédicteurs de l'alliance thérapeutique en thérapie de groupe pour des patients présentant des troubles psychotiques (Johnson, 2008).

De même, à notre connaissance, très peu d'études se sont intéressées à la mise en place d'un dispositif d'art thérapie au sein d'une unité d'hospitalisation en psychiatrie pour les patients souffrant de schizophrénie (Meng P, 2005 ; Lehman, 2010 ; Caddy, 2012 ; Chiu, 2015 ; Montag, 2015 ; Attard & Larkin, 2016.). Il n'y a pas d'étude de ce genre dans le dispositif de soin français.

Nous nous proposons de vous présenter une expérience clinique, à travers la mise en place d'un atelier médiatisé par l'Art dans une unité d'hospitalisation sectorisée. Il s'agit pour nous d'un travail préparatoire à la réalisation ultérieure d'études quantitatives s'intéressant au rôle de l'art thérapie, dans la qualité de l'alliance thérapeutique chez des patients souffrant de schizophrénie.

IV. ILLUSTRATION CLINIQUE : un atelier expérimental en unité d'hospitalisation sectorisée auprès de patients psychotiques en rupture de soins

IV.1. Origine et mise en place du projet « Loc' Art »

a) Genèse

Ce projet émane d'une interaction patient-soignant, de ce que cet autre peut induire en nous, d'une rencontre et d'un symptôme « la graphorrhée » (impulsion irrésistible d'écrire), comme le désignait un patient, Mr H. Il a émergé des réalisations de ce patient en phase maniaque dans le cadre d'une schizophrénie, mais aussi de mon parcours professionnel et de discussions avec des patients hospitalisés sous contrainte et des échanges avec certains soignants.

Ce patient a inspiré l'idée de ce projet de manière assez évidente, il a semé la graine qui a germé et entraîné notre petite équipe. Nous avons simplement voulu y croire et nous investir autant que possible pour que ce projet ne soit pas juste un embryon, pour qu'il prenne corps et embarquer si possible ces patients sur ce bateau, que chacun saisisse une rame ou se laisse porter, chacun comme il peut, comme il veut, libre de se jeter à l'eau, de renoncer ou de partager le voyage, cette aventure humaine et créative.

Le patient en question produisait quantité de dessins, dans un style bien particulier (souvent des visages, de face ou de profil) ou la signature de son pseudo à l'aide de feutres, de marqueurs, de stylos ou de crayons à papier, partout dans le service d'hospitalisation. Il utilisait tout type de support : ses vêtements, ses chaussures, les murs de sa chambre ou du reste du service, du fumoir, la table de ping pong à l'extérieur de l'unité (dans le jardin), mais aussi ses draps et son matelas. Incapable de contrôler « sa graphorrhée », comme il la nommait, il se faisait reprendre sans cesse par l'équipe soignante face à ces détériorations, sans pouvoir rien y changer.

En chambre d'isolement, d'autres patients en décompensations psychotiques parfois associées à des troubles de l'humeur de type hypomanie ou manie, étaient aussi très productifs et semblaient trouver un soulagement à travers le dessin ou les écrits. Au grand dam de la plupart des soignants, ces productions étaient elles aussi réalisées pour la plupart sur les murs de la chambre, parfois sur les matelas. Il pouvait arriver qu'ils disposent de feuilles qu'ils remplissaient avec acharnement et avec une rapidité excessive puis passaient de nouveau au mur.

De ces faits observés, a émergé la possibilité de proposer un lieu, un espace où les patients pourraient produire avec l'hypothèse que cela puisse contenir ce trop plein qu'ils semblent devoir évacuer à tout prix, ces pensées envahissantes tout en peut-être les apaisant.

Cela semblait être un moyen de les approcher, de mieux les comprendre et d'éventuellement établir une relation différente avec eux, un espace où ils sont autorisés à, un moment où ils ont droit de créer, écrire, dessiner sans réprimande, sans jugement.

En observant et écoutant ces patients, se dégageaient de leurs propos le même sentiment d'exclusion, une recherche d'identité dans la marginalité, ce qui paraît cohérent avec la vision encore

assez stigmatisante de la maladie mentale dans notre société mais aussi à travers la médiatisation d'actes de violence, l'extrapolation de la dite « dangerosité des schizophrènes » et l'absence d'information, d'éducation sur la réalité de la maladie mentale.

Cette volonté de se démarquer, d'exister autrement, de mieux accepter leur différence, de mieux s'accepter eux-mêmes, de revendiquer leur « anormalité » paraît nécessaire. Mais comment les accompagner en évitant une accentuation de leur repli, une désocialisation totale, une autodestruction via des passages à l'acte auto agressifs, des équivalents suicidaires, un apaisement et un enfermement en dehors de la réalité en usant d'alcool ou de toxiques ou encore un risque de passage à l'acte hétéro-agressif face à une projection de l'agressivité qu'ils perçoivent des autres ? (« Je ne suis pas schizophrène, je ne suis pas un tueur », dixit l'un d'entre eux)

b) Choix du média : pourquoi le graffiti ?

Bien que ces dernières années, cet art ait beaucoup évolué, d'autant plus avec l'apparition du courant « Street Art », l'image prédominante véhiculée par l'art des rues reste celle de la marginalité.

Le graffiti n'est pas seulement de la peinture sur un mur, il revêt celui d'une philosophie de vie, d'une manière de penser « libre ». Quand on écoute des documentaires sur le graffiti ou des interviews de graffeurs, on retrouve souvent les mêmes notions, les mêmes mots « liberté », « stigmatisation », « marginalité », « révolte »... qui font écho avec les propos ou les actes de ces patients.

On peut s'interroger sur le sens de proposer à des patients n'ayant pas toujours intégré la notion de Loi, un tel art qui paraît « défier » cette Loi. Pourtant il me semble qu'au contraire, proposer de pratiquer du graffiti dans un cadre établi de soins offre une liberté « autorisée », « sous le regard du soignant », « la Loi hospitalière », du service ou de l'établissement. Il permet de remettre de la Loi symbolique dans un espace vécu libre par les patients. Il permet de mieux concevoir que Liberté et Loi ne sont pas inconciliables, qu'on peut produire en respectant, éprouver du plaisir, s'exprimer sans risquer d'être réprimander.

Pour les jeunes patients trentenaires du service, c'est aussi faire appel à des souvenirs, la culture de la rue, des expériences partagées en bande pendant leur adolescence, qu'ils nous racontent volontiers en dehors des séances et tenter de les faire éprouver à nouveau ce sentiment d'appartenance groupale, support d'une meilleure construction identitaire pour certains, favorisant le lien social pour tous.

Pouvoir graffer dans un cadre légal, exprimer leurs souffrances mais aussi leurs créativité, leurs pulsions de vie ou leur part délirante dans un contexte de contrainte, de répression, de frustration, au sein d'une structure qui leur semble hostile, nous a paru être un moyen de « modifier » leur vision des soins psychiques. Leur offrir un lieu de « liberté », de partage, un espace où ils ne sont pas jugés, pas infantilisés, pas dirigés, un espace protégé où ils peuvent expérimenter les relations entre eux, avec les soignants sans confrontation directe, sans obligation de parler, sans avoir à parler de la maladie, en se sentant acceptés tels qu'ils sont, décompensés ou stabilisés.

Le graff a aussi sa propre histoire à Toulouse, une ville où sont nés des artistes aujourd'hui reconnus sur la scène artistique internationale, mais aussi une ville qui est elle-même identifiée au niveau mondial comme un lieu central avec la mise à disposition depuis 2 ans de « murs d'expression

libres » à des artistes internationaux qui ont réalisé des fresques monumentales dans différents quartiers de Toulouse, lors d'un festival désormais annuel. Se déroule d'autres événements dont un autre festival de même envergure, une exposition grandiose dans le domaine de l'art urbain, qui s'est déroulé cette année dans un immense hangar de 11 000 m². Plus récemment, la municipalité a fait appel à une association qui œuvre sur les murs des sorties de métro ou près de la gare. Et un Graff'Park devrait bientôt voir le jour.

IV.2. Méthodes

a) Cadre proposé

Nous avons souhaité établir un cadre contenant, sécurisant mais souple et flexible notamment concernant les entrées et sorties de l'atelier des patients, dans le but de favoriser au mieux leur participation. Ce cadre a été présenté au début de la session, rappelé chaque fois que nécessaire et en présence d'un nouveau participant. En dehors de la fréquence hebdomadaire, des horaires fixes et du lieu (qui a d'ailleurs changé au cours des mois), il consistait en l'absence de jugement, d'interprétation des productions, le respect de soi et des autres y compris des réalisations, l'absence de recherche esthétique a priori. Il était également demandé d'éviter de traiter des sujets en rapport avec les décisions médicales ou les traitements médicamenteux afin de préserver cette espace de tout enjeu à ce niveau.

Au préalable, nous n'avions pas convenu de rituels à l'entrée et à la sortie du groupe et de manière spontanée, dans une initiative commune entre patients et soignants, ces rituels se sont instaurés dès les premières séances : goûter en début de séance suivi parfois de la proposition de thèmes, et échanges sur la séance et les séances à venir avant de se séparer.

Nous avons fait de ce temps un moment de partage avec un temps de goûter avant les productions et un temps hors salle puis de rangement, avant de se quitter. Ainsi les temps sont marqués et même si les participants peuvent à tout moment quitter l'atelier pour un temps ou partir, la plupart semble y tenir. Ce sont comme des temps intermédiaires entre la réalité de l'hospitalisation et ce moment de création, comme une parenthèse, un temps à part où ils ne sont plus simplement des patients mais des « graffeurs ».

Soutenu par la demande des patients, nous avons eu recours à un fond musical, musique qui a été un temps géré par un patient du groupe, puis par l'équipe soignante avec parfois des propositions d'autres patients.

Au-delà de la représentation symbolique, personnelle et identitaire portée par ce média, il nous a semblé pertinent de le proposer sur le plan psychomoteur. La station debout nous a paru approprié pour faire face à la rigidité posturale (souvent induite par les traitements neuroleptiques), développer les perceptions sensori-motrices des patients, leur permettre de se réapproprier un corps plus mobile mais aussi utiliser ce corps pour s'exprimer.

Nous avons porté la référence de cet atelier à 3 soignants (interne, infirmière diplômée d'état et aide-soignant), ce qui nous a permis d'avoir un double regard sur les patients et de partager nos ressentis. Les séances ont eu lieu la plupart du temps à 2. Elles pouvaient avoir lieu en présence d'un seul référent, si ce référent était l'interne.

b) Sélections des patients

Nous avons choisi volontairement des patients dont le parcours de soins est assez chaotique avec de multiples rechutes, interruptions de suivi et arrêts de traitement.

Six patients ont été retenus, tous des hommes entre 22 et 37 ans dont le diagnostic établi était celui de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif, pour la plupart chronique. Cinq patients étaient régulièrement hospitalisés depuis l'âge approximatif de 18 ans, en moyenne une à deux fois par an et sur de longue durée (pouvant atteindre un an). Le patient le plus jeune, Mr T, avait été diagnostiqué deux ans avant et réalisait sa 3^{ème} hospitalisation (la 1^{ère} de plusieurs mois et la 2^{ème} plus courte).

Ils étaient tous admis en hospitalisation sous contrainte : cinq en hospitalisation à la demande d'un tiers (ASPDT) et un, Mr M, en hospitalisation à la demande du représentant de l'état (ASPDRE). Un des patients, Mr R, en ASPDT a été placé en ASPDRE au cours de l'hospitalisation, avant la mise en place de l'atelier.

Trois des patients consommaient de manière abusive des toxiques (cannabis et autres substances plus occasionnellement). Les six patients étaient peu compliants aux soins et peu observants aux traitements médicamenteux oraux. Un des patients, Mr L a bénéficié d'un traitement par neuroleptique d'action prolongée au cours de l'hospitalisation.

D'autres patients avec d'autres diagnostics ont été admis au cours de la session sur indication médicale et souvent à leur demande et acceptés devant la diminution des effectifs. Nous ne nous étendrons pas sur l'observation clinique et le vécu de ces patients, hormis un patient inclus beaucoup plus tardivement (le dernier mois de la session), portant le diagnostic de schizophrénie mais placé en hospitalisation libre.

Ce dernier patient Mr C, avait moins d'antécédents d'hospitalisation mais traversait régulièrement des périodes sans contact avec les services de soins (absence aux rendez-vous principalement), ainsi que des interruptions de traitement ou mauvaise observance médicamenteuse.

Tous présentent une ambivalence voire une réticence aux soins avec pour la plupart une difficulté d'acceptation de la maladie mentale et une perception très partielle voire un déni massif de leurs troubles. Tous (6 sur 7), sauf le dernier patient précité (Mr C), présentaient des phases de tensions, de persécution et/ou d'agressivité et ont eu recours à des mesures coercitives au cours de l'hospitalisation.

c) Objectifs à visée thérapeutique :

Objectifs principaux :

L'objectif principal était d'évaluer la faisabilité de la mise en place d'un atelier de psychothérapie médiatisée par l'art dans une unité d'admission sectorisée auprès de patients réticents et opposants aux soins, portant un diagnostic de schizophrénie.

Le 2^{ème} objectif principal reposait sur l'instauration d'une relation de confiance, la co-constitution d'une alliance thérapeutique par le biais d'une médiation originale. « Accrocher » ces patients en décalant les modalités relationnelles et à travers cela, leurs perceptions des soins, de la psychiatrie et leurs vécus de l'hospitalisation.

Objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires sont énumérés ci-après et ont été pensés en amont de la mise en place de l'atelier :

- Amélioration du vécu des patients et continuité des soins : nous savons que les hospitalisations sous contrainte et le recours à la coercition peuvent être à l'origine de vécu traumatiques, syndrome de stress aigu, évoluant parfois en syndrome de stress post-traumatique, se surajoutant aux symptômes psychotiques, renforçant le sentiment de persécution à l'égard des équipes soignantes et participant à l'interruption des soins, aux ruptures de contact. Nous imaginons que la mise en place d'atelier médiatisé thérapeutique en unité d'hospitalisation sous contrainte pourrait contribuer à prévenir ou limiter ce type de symptômes et favoriser la continuité des soins en post-hospitalisation. Cette continuité est aussi renforcée par la notion d'engagement attendue et travaillée avec les patients en les incitant à prendre une part active dans leurs soins (même sous contrainte).
- Modalité d'expression (non verbale) ;
- Contribution et soutien dans le repérage, la gestion et l'expression émotionnelle ;
- Apaisement des tensions internes, des symptômes anxieux, des productions délirantes, du sentiment de persécution ;
- Réduction du risque de violence, des passages à l'acte auto et hétéro-agressifs pour plusieurs raisons : patients occupés, apaisement pendant et après l'atelier, meilleure relation avec les soignants ;
- Réduction des symptômes négatifs, lutte contre l'apragmatisme, notamment en rythmant la semaine (face au défaut de planification, d'organisation), en suscitant la créativité, en luttant contre ce « vide intérieur », ce « néant » terrifiant et figeant, mais également en sollicitant leur attention et leur concentration ;
- Lutte contre les symptômes dépressifs associés : « s'autoriser à », notions de « plaisir », de « liberté » (dans la contrainte) ;
- Les ramener à l'instant présent, les « raccrocher à la réalité » (au moins temporo-spatiale) ;
- Favoriser le lien social : en permettant la rencontre de l'autre à travers un média, en créant un espace commun, des souvenirs communs et un sentiment d'appartenance groupale, une dynamique de groupe. C'est aussi respecter l'autre et contribuer à établir des limites moins poreuses entre soi et les autres. Peut-être aussi participer à moins appréhender les relations interpersonnelles et à diminuer le sentiment d'exclusion (en partie due à la stigmatisation sociale) ;
- Les responsabiliser, les impliquer dans un projet de service dans lequel ils sont hospitalisés contre leur volonté (décorer un lieu qui peut leur sembler hostile, insécurisant ou persécuteur) ;
- Evaluation de l'évolution symptomatologique et des capacités, qui pourrait aider à mieux appréhender le projet post-hospitalisation (ex : HDJ, CPC / réhabilitation psychosociale et socioprofessionnelle) ;

- Travail autour des frustrations : accepter et respecter les limites posées, tolérer que l'attention ne porte pas sur soi, supporter que sa demande soit différée, laisser de la place à l'autre. Mais aussi supporter le regard des autres membres du groupe sur sa création.
- Amélioration de l'estime de soi : revalorisation et renforcement positif de leur confiance en eux, par les intervenants et parfois par les autres participants, renforcer l'assise narcissique et contribuer à la construction identitaire ;
- Stimuler leur créativité et visée de transformation personnelle (psychothérapie) : pouvoir se saisir, puis intégrer, intérioriser une part de ce qui s'y passe pour l'emmener hors ateliers, participer à une transformation personnelle dans les relations sociales, la participation à des activités de groupe (HDJ, GEM, milieu ordinaire...), un intérêt à produire, une curiosité pour parfaire ces connaissances sur le média ou un autre, un atelier chez soi...
- Ouverture sur l'extérieur (comme une transition) via les sorties mais aussi ouverture sur la culture artistique.

L'évaluation de ces objectifs s'est faite à partir de nos observations et d'entretiens informels non structurés, afin de recueillir le vécu subjectif des patients et des soignants.

d) Aspects organisationnels :

Au-delà des objectifs thérapeutiques, l'aboutissement du projet consistait à décorer un mur du service.

Les séances hebdomadaires d'1h30 à 2h ont eu lieu à jour fixe, dans le « salon » puis dans la cour extérieure (du petit secteur) sur une durée totale de 9 mois (d'octobre 2016 à juin 2017), 11 mois si on y inclut les sorties préalables et davantage lorsque nous avons commencé à penser et échanger autour de ce projet.

Nous avons eu recours à l'achat de livres et le visionnage de nombreuses vidéos pour mieux appréhender la technique et accompagner les patients. Les livres ont été mis à leur disposition ainsi qu'un album regroupant des photos de graffitis toulousains, de divers quartiers ou ceux des festivals et d'autres provenant de différents pays. Quelques vidéos ont été projetés aux patients désireux sur une partie de séance.

IV.3. Procédure : Déroulement des séances

« Créer une enveloppe de confiance et de conviction susceptible d'entraîner une adhésion suffisante au dispositif, c'est-à-dire prêter à la situation une attention communicative, telle que la mère est capable d'en témoigner à l'égard du bébé. » (Bion, 1970) « Tel est le coût affectif de l'alliance thérapeutique. » (Chouvier, 2013).

Au préalable, pour favoriser la participation et l'engagement, nous avons fréquemment échangé avec les patients autour de leurs expériences personnelles, les impliquer directement à la réflexion du nom du groupe, de leurs « blazes » (surnoms de graffeurs), à des suggestions. Un questionnaire leur a été délivré dans ce sens (présenté en **documents annexes de l'atelier**), interrogeant aussi leurs

attentes et leurs motivations et un bref entretien initial individuel a été organisé sur des temps informels avec deux référents. Etant donné le délai de la mise en place de cet atelier, nous avons pensé qu'il était important que ce projet vive avant même son commencement, à travers ces échanges, en les sollicitant sur le choix du mur à décorer mais aussi en leur remettant des photocopies de lettrages pour mieux appréhender le média, dans le but de construire en amont un projet commun déjà en partie investi. Nous avons également organisé des sorties mais avons été confronté à l'instabilité psychique des patients, ce qui a entraîné l'annulation d'une d'entre elles et la participation de patients non inclus dans le groupe pour les autres sorties.

Nous avons conçu des affiches afin de rendre ces sorties plus attractives (**cf affiches partagées dans les annexes**) :

- le « Graff bus tour » a consisté en une balade au cœur de Toulouse pour visualiser des fresques réalisées par des stars mondiales du graffiti à l'occasion du festival Rose Béton, ainsi que certains lieux culte de la culture urbaine. 3 patients seulement (dont 2 du groupe) ont pu y participer accompagnés de 2 soignants référents.
- la visite de l'exposition des Abattoirs a permis à 5 patients (dont 1 seul du groupe) de découvrir l'histoire du graffiti au fil des siècles ainsi que des réalisations de graffeurs très connus.
- la sortie au festival Mister Freeze avec la possibilité d'assister à la réalisation d'œuvres et de rencontrer un ou des artistes locaux n'a pas pu avoir lieu pour les raisons invoquées précédemment. Nous avons réalisé des photos de l'ensemble des graffs (y compris lors des précédentes sorties) pour que les participants puissent tout de même en profiter.

Avant le démarrage de l'atelier, les référents du projet nous sommes réunis pour présenter le projet dans sa globalité à un des médecins du service et obtenu sa validation ainsi que celle du chef de service.

Avant la 1^{ère} séance, nous avons reçu avec une des référentes du projet, chaque patient individuellement pour discuter de leur questionnaire, répondre à d'éventuelles questions et renforcer leur motivation

Pendant les 2 premiers mois, les réalisations se sont faites sur feuille à l'aide de crayons à papiers, crayons de couleurs, feutres ou marqueurs. Nous avons eu recours à des feuilles A3 puis des rouleaux CANSON de 1m50 de hauteur, scotchés sur les murs lors de l'usage des bombes (que nous avons choisi écologiques, à base d'eau, ne nécessitant pas le port d'un masque). Une fois le média de la bombe expérimenté, les patients ont été en demande de réitérer et n'ont pas souhaité repasser par l'étape papier.

IV.4. Analyse

IV.4.1. Vécu des patients et observations cliniques :

a) Participation

En moyenne on comptait 4 à 5 patients au cours des séances, leur nombre a pu alterner entre 2 et 8.

Un des patients, Mr V, n'est venu qu'à quatre séances et n'est pas revenu après sa sortie d'hospitalisation, qui a eu lieu à la fin du premier mois d'atelier.

5 patients ont été particulièrement réguliers (venus sur plusieurs mois) dont un qui n'était plus hospitalisé dans le service au début des séances. Le dernier patient a participé au groupe le dernier mois et n'a manqué aucune séance. Un des patients est venu malgré des douleurs dentaires aiguës, plusieurs autres malgré une colère intense face aux décisions médicales annoncées le jour même. Celui qui venait de son domicile, a montré un réel engagement en venant quel que soit son état (parfois il ne faisait que s'asseoir sans produire), mais aussi en appelant le service ou en se déplaçant sur l'hôpital en se trompant de jours ou en arrivant dès le matin pour ne pas rater la séance.

b) Hostilité

Le cadre en psychothérapie médiatisée par l'art permet de « contenir la violence des identifications intrusives du patient » (Killick, 1993) et donc favoriser le « développement des habiletés d'adaptation » en diminuant l'anxiété et la désorganisation et la pensée en phase aiguë psychotique (étude descriptive de 1996, cité dans le Lancet, Attard & Larkin, 2016).

Bien qu'étant en présence de patients décompensés ayant chacun pu manifester de l'hostilité envers l'équipe de soins, par des menaces verbales et/ou des passages à l'acte hétéro-agressifs, tant lors des sorties initiales qu'au cours des séances dans l'enceinte de l'hôpital, il n'y a eu aucune manifestation d'agressivité pendant les séances, nous n'avons jamais été confronté à des débordements, d'aucune sorte. Le cadre a toujours été respecté, certains patients se sont même montrés très serviables proposant leur aide pour la mise en place initiale et le rangement final du matériel.

Nous avons même pu accueillir certains patients débordés par la colère suite à une décision médicale, ils ont pu se contenir et ressentir un apaisement secondaire.

c) Observations et réflexions autour des « actions-réactions » des patients

La plupart des patients (5 sur 7) n'avait jamais pratiqué la bombe. Certains (2) ponctuellement à l'adolescence et ont pu nous faire part des souvenirs positifs autour de cet art, l'un par rapport aux rencontres et l'intégration à un groupe, l'autre sur l'aspect marginal, le côté rebel. Un seul participant avait beaucoup pratiqué avant la maladie, le dernier arrivé.

Tous les patients semblaient venir avec plaisir, manifestaient leur enthousiasme, parlant des séances comme d'un « moment et d'un espace de liberté » dans ce cadre de contrainte, un espace où ils pouvaient « se changer les idées », « se lâcher », « se défouler », un temps de « partage ». Ils sortaient toujours avec le sourire.

Certains ont apprécié le fait de ne pas se sentir « infantilisés » et d'autres semblaient éprouver une meilleure estime d'eux-mêmes en étant au fil du temps plus satisfaits de leurs réalisations.

Un autre semblait y trouver une identité. Avant les séances, il se revendiquait « punk » en référence avec le look qu'il avait quelques années auparavant, mais au final il collait souvent aux autres pendant son hospitalisation. En atelier, il a pu trouver sa place, son style et semblait en éprouver une certaine fierté. Il a également pu se prouver à lui-même qu'il était en capacité de créer même en dehors des phases hypomaniaques, dans ce cadre-là.

« L'important, c'est la mise en mouvement » (de se mettre en mouvement), m'a dit ce même patient, qui revenait toutes les semaines dans le service. Nous avons constaté que l'atelier rythmait leur semaine, pour ceux qui étaient hospitalisés et encore plus pour celui qui ne l'était plus. Pour ce dernier, cela nécessitait de se souvenir du jour, de planifier de s'y rendre, de s'organiser et de venir en respectant l'horaire fixé (désorganisation temporelle). Et bien qu'il n'y soit pas toujours parvenu, il nous semblait qu'il faisait de son mieux. Pour les autres patients du service, ils se laissaient davantage portés, pris dans une sorte d'intemporalité de l'hospitalisation. Ils repéraient tout de même que les séances avaient lieu le lundi, sauf un qui n'a pas pu signaler à l'équipe médicale que les demi-journées accordées de permissions étaient sur les temps du groupe.

La plupart des patients ont exprimé leur souhait que se poursuive cet atelier et leur regret de son interruption. Parmi les raisons invoquées par les patients à ne pas revenir après la sortie d'hospitalisation, nous avons retrouvé la distance géographique (changement de département pour deux d'entre eux et absence de véhicule personnel et/ou permis), des vécus traumatiques empêchant le patient d'imaginer revenir sur le lieu de l'hospitalisation. Les 3 autres patients n'étaient pas sortis d'hospitalisation à la fin de la session.

De nombreuses demandes nous ont été rapporté par des soignants de l'équipe, ils nous ont fait part de l'engouement de ces autres patients du service.

d) Réalisations des patients (photographies en annexe) :

L'étape papier semble avoir permis de centrer leur attention, d'éviter la dispersion et de canaliser l'instabilité psychomotrice et l'excitation de certains patients. Plus stabilisés, la proposition de peindre à la bombe en station debout a été vivement accueillie puis réclamé par les patients. Une fois passés à la bombe, ils ne souhaitaient plus repasser sur papier.

Les réalisations des patients ont évolué tout au long de la durée de l'atelier, de manière plus ou moins importante. Souvent très colorés, porteuses de messages de liberté, de prise de conscience (« be conscient » associé à un œil). Un des patients (Mr T) a eu du mal à se détacher de la copie mais à son rythme, il a fini par trouver s'approprié un style, son mode d'expression pour finalement laisser son empreinte (« dry by sense », qu'il traduisait par « assoiffer de sens »). Un autre (Mr M) a pu utiliser l'espace pour signifier des revendications à l'égard de la psychiatrie, des médicaments ou de la société mais détournées avec humour. Pour certains (Mr R, Mr H et Mr L), le travail autour du blaze était porteur comme d'une reconnaissance d'eux-mêmes, une revendication de leur existence et une manière de se démarquer des autres. Souvent les œuvres étaient très colorées. Nous avons accompagné certains patients à travers la proposition de thèmes puis dans le « lâcher prise ». Des personnages humains, imaginaires ou des animaux, ont vu le jour. Nous pouvions parfois décoder à travers certaines productions l'état émotionnel, les préoccupations délirantes, la persécution et les angoisses morbides des patients, ainsi que des éléments de leur personnalité, parfois encore le vide intérieur.

e) Dynamique de groupe et interactions sociales

Au fil du temps, chaque patient semblait détenir une place propre au sein du groupe. Parfois cette place se limitait à l'espace de création, la même chaise, le même coin de bureau puis de mur ; d'autres pouvaient envahir un peu plus l'espace, s'imposaient, sans envahir l'espace psychique des autres. La place ne se limitait pas à l'espace physique, nous l'avons observé à travers leurs réactions,

leurs interventions, leurs sollicitations et leurs créations.

Nous avons pu supposer pour certains patients (2 notamment) que leurs difficultés à accepter les soins semblaient au cœur de leurs refus initiaux de participer à l'atelier, une manière de s'opposer à toute adhésion, tout engagement dans ce lieu de soins où ils étaient par contrainte. Mr L s'y opposait totalement tout en venant voir ce qui s'y passait (avec un sourire en coin), l'air intrigué et n'a pu venir qu'avec du temps, petit à petit, par étapes et seulement lorsqu'on ne le sollicitait pas. Mr R a fait irruption dès la 2^{ème} séance comme pour saboter, distraire les autres, mais surtout tester le soignant dans la confrontation, garder la maîtrise de la relation en suscitant le rejet. Par la suite, il a été le participant le plus assidu et le plus enthousiaste.

Nous avons observé le respect de chaque participant les uns envers les autres, une dynamique positive favorable à l'expression de leur ressenti du jour, propice à leur créativité, et pour certains semblant valoriser leur estime d'eux-mêmes et pour d'autres réveiller le désir de poursuivre en dehors de l'atelier une activité artistique seul ou dans un groupe à l'extérieur. Souvent les échanges entre eux se poursuivaient en dehors du cadre de l'atelier parfois autour du graff mais aussi sur des sujets divers. Nous avons eu le sentiment que le groupe prenait plaisir à interagir entre eux et que des liens se tissaient entre eux, au-delà des séances. L'un d'entre eux a continué à faire des allusions positives sur un des patients sortis d'hospitalisation, jusqu'à la fin de la session.

Nous avons été aussi témoin d'échanges inattendus.

Un des participants (Mr C) se montrait replié, fermé, réticent auprès de l'équipe soignante hospitalière. Il a pu formuler une demande pour participer à l'atelier graffiti et dès la première séance, il s'est montré enthousiaste, respectueux du cadre, des soignants et des autres participants. Puis très vite, il était dans l'échange, dans la relation tant avec les soignants qu'avec les participants (surtout en petit groupe). Lors d'une séance, il a été jusqu'à proposer à un autre participant de faire une œuvre commune. De plus, il était le seul de tous les participants de l'atelier à avoir graffé quelques années à l'adolescence et a réalisé des œuvres en 3D avec beaucoup d'aisance. Il s'est toujours montré très humble, très concentré et soucieux des détails de sa réalisation. Il a pu suivre les conseils donnés et réalisé des croquis entre les séances. Très dynamique, enthousiaste et motivé, il n'a raté aucune séance, a pu exprimer le plaisir pris lors des séances et notamment de la dernière : la fresque murale dans la cour du petit secteur.

Un seul patient, Mr V, très adhésif, instable et en quête de valorisation a reçu des critiques sur ces « dessins enfantins », par d'autres patients, sans animosité et accompagnés de conseils. Malgré les apparences, il semble avoir été blessé sur le pan narcissique et n'a pu revenir que sur quelques séances seulement.

IV.4.2. Vécu de l'équipe « atelier »

a) Investissement et engagement mutuel

Nous avons repéré que notre propre investissement était essentiel au bon déroulement des séances et à l'impact thérapeutique. Notre intérêt pour le média a également permis de stimuler les patients et de les accompagner dans cette modalité d'expression et ouvrir sur leurs expériences psychosensorielles.

Nous avons ressenti un réel engagement des patients, à travers leurs présences, leurs enthousiasmes, leurs sourires, les échanges que nous avons pu avoir, leurs regrets de l'interruption

de l'atelier, le souhait pour la plupart de poursuivre si l'atelier avait lieu sur un autre lieu que celui de l'unité d'hospitalisation.

b) Respect et intérêt perçu du cadre posé

Le temps de la séance semblait les ancrer dans l'ici et maintenant. Malgré le cadre posé, certains participants ont cherché à nous parler de leurs difficultés personnelles, des décisions médicales, de l'hospitalisation ou des médicaments et des recadrages ont suffi à préserver l'espace et poursuivre sans difficulté.

Il nous a semblé que la souplesse du cadre a permis une meilleure participation, permis à certains de venir entrapercevoir, puis voir avant de pouvoir « s'installer » et d'oser produire (comme pour vérifier la contenance et la sécurité de l'espace proposé). L'absence d'obligation à venir, à rester pendant toute la séance a permis à certains d'arriver à leur rythme (exemple de Mr L). « Ne pas se sentir enfermé » semble leur avoir permis de supporter la durée de la séance (parfois de 2h).

c) Observation clinique et évolution des symptômes

La station debout nous a semblé intéressante pour davantage engager le corps et les sensations du patient. Les mouvements ne se limitent pas à l'avant-bras et au poignet, on observe la posture figée de certains qui prend un peu plus d'ampleur au fur et à mesure ou encore la grande amplitude d'autres qui remplissent toute la feuille couchés après couchés dans un remplissage qui s'interrompt quand la feuille craquèle puis finissent par se limiter, arrêter même quand il juge l'œuvre imparfaite.

Au cours des séances, nous avons été attentifs à la place de chacun des membres, avec le souci d'éviter l'exclusion ou qu'un d'entre eux monopolise l'attention d'un soignant.

Expression et communication font souvent défaut dans les troubles psychotiques. Souvent l'on peut être confronté à leur désorganisation ou leurs symptômes productifs dans les phases de décompensation mais aussi à leur apragmatisme, le vide intérieur. On peut penser que dans l'un et l'autre des cas, il est complexe de mener un atelier d'art-thérapie avec des patients à différents stades de la maladie. Pourtant lors des séances que nous avons animées, nous n'avons été confrontés à aucun débordement, aucun délire envahissant contaminant le groupe, de même que tous, même face au vide, ont pu regarder ou créer dans cet espace.

d) Relation patient-soignants de l'équipe atelier

L'atelier d'art-thérapie est également un lieu de rencontre où indirectement on peut s'exercer dans ses relations aux autres dans un milieu protégé, moins hostile que l'extérieur.

Nous mettons ainsi en relation par l'intermédiaire d'un média, soignés-soignants, qui semble permettre aux patients d'établir une relation plus sereine, sans les enjeux du diagnostic, des traitements, des permissions et de l'hospitalisation. Les patients semblent se sentir mieux accepter et se dévoiler plus facilement sans se sentir jugés. Il permet également au soignant de porter un autre regard sur le patient, qui donne à voir autre chose.

Les patients vont même jusqu'à proposer leur aide spontanément après avoir été plusieurs fois sollicités, même les plus récalcitrants dans le service se montrent aidants et nous étonnent.

Nous trois, référents, avons vécu cette expérience comme une aventure humaine, une possibilité de rencontrer autrement les patients, de mieux appréhender leur réalité, en prenant le risque de

dévoiler un peu de nous, de se risquer aussi à leur regard, sans se cacher derrière des techniques maîtrisées. Nous n'étions pas là pour les conseiller, les influencer mais nous étions là pour encadrer, échanger, proposer sans imposer, recevoir et accueillir ce qu'ils ont pu exprimer sur le support.

e) Relation patient-équipe de soins de l'unité

Malheureusement, nous n'avons pas pu recueillir le vécu de l'équipe soignante sur l'évolution relationnelle de ces patients à leur égard. Bien qu'il ne semble pas y avoir eu de passage à l'acte hétéro-agressif de ces patients à partir du moment de leur inscription dans le groupe.

Il est arrivé que quelques soignants extérieurs au projet et intéressés soient venus découvrir et/ou expérimenter le média ainsi qu'observer sur une séance son déroulement et la dynamique de groupe.

IV.4.3. Difficultés rencontrées et pistes d'amélioration

a) Intervenant extérieur

La participation d'un graffeur professionnel étaient prévue sur quelques séances (choix du graffeur dans un milieu non soignant pour qu'il porte un regard « naïf » sur les patients). Nous avons rencontré quelqu'un de très motivé, tolérant et avec des expériences d'interventions en milieux scolaire et pénitentiaire). Face aux multiples contraintes éthiques et administratives (délai administratif d'obtention d'une convention et d'un contrat de travail, question budgétaire).

b) Défaut de méta-cadre

Comme nous l'avons vu, un atelier ne peut être pensé qu'au sein d'une organisation institutionnelle.

Ne travaillant plus sur l'unité de soins, un manque de communication avec l'équipe de soin hospitalière et l'équipe médicale, ne nous a pas permis de se coordonner pour que les temps de permission d'un des patients n'aient pas lieu au même moment que les temps de groupe, ni d'être informé sur les premières sorties d'hospitalisation des patients inscrits au groupe, ce qui nous a empêché de marquer une séparation, de leur faire un retour de leur participation et de recueillir leurs vécus, leurs perceptions des relations thérapeutiques (équipe graff, équipe entière et psychiatre traitant). Nous n'avons pas non plus pu connaître leurs suggestions pour faire évoluer l'atelier et mieux comprendre ce qui leur a permis d'adhérer à ce projet, de mieux évaluer de leur point de vue sur les aspects positifs et les limites perçues.

De plus, malgré une information préalable et la mise à disposition du projet écrit à l'ensemble de l'équipe soignante, nous avons ressenti un manque de cohésion dans le projet de soins : l'atelier semblait être « à part » de la prise en charge. Cette absence d'intégration de l'atelier dans le projet personnalisé de soin du patient a fait défaut. Mais aussi et probablement surtout l'absence de réunion équipe entière en amont des séances nous a empêché de présenter oralement le projet, qu'il soit porté institutionnellement par les médecins du service et n'a pas permis des échanges initiaux sur les craintes, doutes, remarques ou intérêts des autres soignants. Ce défaut de prise en compte et de confrontation des points de vue nous semble avoir fortement contribué aux désagréments occasionnés des deux côtés, ainsi qu'aux perceptions et réactions parfois hostiles de

certaines soignants, y compris au sein-même du groupe. Avec du recul, il nous a semblé que l'atelier est devenu une surface de projection des attaques et difficultés rencontrées par certains soignants au sein de ce service, mais aussi peut-être le récepteur des contre-transferts à l'égard des patients accueillis dans ce groupe.

Nous imaginons qu'il aurait été possible d'y remédier en incluant dans le dossier patient une place pour la traçabilité des observations cliniques de chaque séance, mais aussi et surtout en assistant régulièrement aux réunions cliniques du service. En effet, partager avec l'équipe hospitalière, les soignants et médecins référents du patient aurait été probablement beaucoup plus enrichissant pour entrevoir les différentes facettes présentées par le patient dans les différents espaces du soin, cela aurait également pu participer à penser ensemble un projet de soins (de vie) pour l'après hospitalisation, mieux se coordonner et proposer des lieux plus appropriés aux difficultés et attentes du patient. En d'autres termes, contribuer à améliorer ou à construire l'alliance thérapeutique avec des objectifs communs et des façons de les atteindre en lien avec les besoins du patient.

La mise en place d'un atelier thérapeutique artistique nécessite la participation active de l'institut d'accueil pour que le « méta-cadre institutionnel soit en mesure d'assurer sa fonction contenante ». (Chouvier, 2013) Le respect du cadre devrait être partagé par tous avec secondairement des temps partagés consacrés à l'élaboration, aux échanges cliniques notamment. Comme le souligne Chouvier, si l'institution n'est pas partie prenante de sa fonction de méta-cadre, elle peut se manifester de manière effractive dans le cadre même du groupe.

c) Limites administratives

Lors des sorties organisées à l'avance, nous avons rencontré des difficultés d'ordre administrative étant donné qu'elles nécessitaient la réalisation de demande d'autorisation 24 à 48h à l'avance dans ce cadre d'hospitalisations SPDT ou SPDRE.

Il a également fallu pallier aux contraintes temporelles et budgétaires administratives concernant l'achat du matériel.

Au total, cette expérience nous a permis dans un premier temps de constater la faisabilité de la mise en place d'un atelier médiatisé par l'art auprès de patients psychotiques décompensés, hospitalisés, placés sous contrainte, et présentant des troubles du comportement. Cela nous permet d'envisager sa reproductibilité en service fermé.

La petite taille et l'hétérogénéité de notre échantillon ne nous permet pas d'en tirer de conclusions significatives. Le changement de cadre (modification du lieu notamment), est une autre limite de notre expérience clinique.

Cependant, nous avons perçu un réel intérêt de ce type de pratique pour établir une relation thérapeutique de bonne qualité, ce qui nous a paru favorable à la construction d'une alliance thérapeutique (partagée). En effet, l'absence de troubles du comportement, l'enthousiasme et le plaisir exprimés par les patients et leur participation régulière à l'atelier conforte un vécu positif de leur part. De même, les soignants ont éprouvé ce vécu positif et l'atelier a permis de modifier le regard porté sur les patients.

Il nous semble également pertinent aux vues de l'acceptabilité des patients, de rendre également accessible les psychothérapies médiatisées aux patients présentant un premier épisode aiguë psychotique.

Ce travail clinique permet de concevoir des pistes d'amélioration pour envisager de futures recherches, principalement l'attention portée à l'intégration institutionnelle des groupes de thérapies médiatisées explorés.

Approcher les patients différemment, découvrir leur univers, leur vision du monde, les difficultés qu'ils perçoivent, leur explication de leurs symptômes et leur approche sur l'amélioration de leur qualité de vie. Souvent confronté à la solitude, à la stigmatisation, à l'enfermement, à leurs idées délirantes, ils se livrent peu et peuvent avoir une vision des soins réduites à des contraintes, l'enfermement, une perte de liberté, le sentiment d'être mis dans des cases et d'être poussé à rentrer dans un moule qu'ils refusent ou rejettent.

Les amener à voir le soin sous un autre angle, à établir une relation de confiance, ne pas se sentir jugé ou contraint, leur offrir un lieu où ils se sentent acceptés, où ils trouvent leur place au milieu d'autres semblent au cœur des soins. Les ateliers thérapeutiques semblent être un espace de soins qui réunit tous ces aspects.

Lieu d'expression de leurs souffrances, de leurs émotions positives ou négatives, l'atelier thérapeutique permet de laisser libre cours à leurs potentialités créatives dans un espace protégé avec un cadre bienveillant. Il est aussi un espace de rencontre qui permet de créer du lien, d'échanger autour d'une œuvre ou de partager un moment. Tout en faisant partie intégrante des soins, ils s'en décalent permettant aux soignants de créer une relation thérapeutique sans les enjeux que sont les traitements, les symptômes, la maladie. Les outils utilisés médiatisent ces relations soignants-soignés mais aussi entre soignés qui se retrouvent à partager un lieu commun, une activité similaire, à faire ensemble ou chacun au milieu des autres, à laisser de la place à l'autre tout en apprenant à s'affirmer.

V. CONCLUSION

Etablir et maintenir une bonne alliance thérapeutique est gage d'efficacité dans les soins délivrés aux personnes atteintes de schizophrénie, condition déterminante de l'adhésion aux soins, essentielle à l'engagement des patients et au maintien de la continuité des soins.

Les soins apportés par l'art thérapie chez les patients souffrants de schizophrénie permettent de lutter contre les symptômes négatifs et semble améliorer le vécu des soins. Ainsi l'art thérapie permettrait peut-être d'améliorer la qualité de l'alliance thérapeutique.

Par ailleurs, nous avons vu que la période initiale des soins a un impact déterminant sur l'évolution du suivi quant à la construction de l'alliance thérapeutique. Il est donc particulièrement important que thérapeutes et soignants axent leurs prises en charge autour de cet objectif thérapeutique dès le premier épisode psychotique y compris en unités d'hospitalisation. Quel que soit le stade de la maladie et les modalités de suivi, édifier une relation de confiance est essentielle pour espérer l'évolution favorable du patient souffrant de schizophrénie (évolution co-construite à travers différents types de soins, objectifs définis, directives anticipées...).

La relation est au cœur des soins, elle est partout et consciemment ou non, l'outil privilégié de travail du soignant en psychiatrie. Comme toute relation, la première rencontre est essentielle mais le lien se tisse au fil du temps, se tend, se noue et se dénoue. Il paraît fondamental d'avoir cette corde bien en main, de supporter les entailles et s'investir suffisamment, sans chercher à hisser le patient mais plutôt l'accompagner dans son ascension, à son rythme...et si la corde vient à se rompre, s'assurer qu'une main reste tendue.

La triangulation relationnelle que permet les thérapies médiatisées auprès des patients psychotiques semble être un levier intéressant dans l'établissement et/ou le maintien de l'alliance thérapeutique sans pour autant que nous disposions de preuves à ce sujet, aucune étude n'ayant été établie jusqu'à ce jour.

A travers notre expérience groupale, l'art-thérapie nous a paru un bon moyen d'accroche des patients les plus réticents (avec un diagnostic de schizophrénie) pour essayer de les rencontrer autrement, dans un univers « co-construit » sécurisant où les soignants ne sont pas détenteurs du savoir. La toile de fond posée, nous avons été pris au jeu et surpris d'autant de couleurs, de partages et de vies, surpris de voir ces mêmes patients nous ouvrir un petit coin de porte sur leur monde intérieur, supporter notre regard soignant et autoriser à partager cette relation, dans cette «enveloppe dynamique groupale». Ainsi, à la lumière de notre expérience clinique, la mise en place d'ateliers médiatisés par l'art au sein de service d'admission est tout à fait faisable.

Des recherches plus approfondies devraient inclure des études d'intervention mesurant l'alliance thérapeutique et son évolution auprès des thérapeutes, soignants et patients psychotiques bénéficiant de groupes d'art-thérapie à différents stades de la pathologie, au cours de prises en charge hospitalière dans des contextes de premier épisode psychotique et/ou d'admissions involontaires, mais aussi et en comparaison avec des suivis ambulatoires de patients stabilisés. Nous pourrions envisager dans le futur une étude prospective et longitudinale évaluant l'impact de la mise en place de tels ateliers d'art-thérapie pour les patients hospitalisés en phase aiguë sur l'alliance thérapeutique et plus largement sur l'adhésion ultérieure aux soins.

En amont, il serait pertinent de poursuivre les recherches sur l'échelle de mesure de l'alliance dans la schizophrénie en unifiant d'une part la définition de ce concept d'une manière adaptée au domaine psychiatrique et en déterminant quelle échelle récente détient les meilleures propriétés psychométriques. Enfin, les études qualitatives peuvent permettre de mieux appréhender la complexité des mécanismes d'action en observant et interrogeant les patients, thérapeutes mais aussi les équipes soignantes, et pourraient également s'étendre à l'entourage direct du patient, partenaires essentiels dans les soins des patients psychotiques.

La pratique clinique pourrait quant à elle, s'enrichir de formations spécifiques davantage tournée vers l'alliance thérapeutique et continuer à pratiquer des supervisions pour sensibiliser les soignants aux modalités relationnelles qu'ils entretiennent avec leurs patients.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

12/03/18
E. SERRANO

Vu le président du jury

Professeur Christophe ARBUS
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE
CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9
N° FINESS : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10002909538

VI. BIBLIOGRAPHIE

Cette thèse comporte 207 références bibliographiques.

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review, 23*(1), 1–33.
- Addington, J., Amminger, G. P., Barbato, A., Catts, S., Chen, E., Chhim, S., Chong, S. A., Cullberg, J., Edwards, J., Grosso, L., Louzà, M., Hambrecht, M., Keshawan, M., Johannessen, J. O., Jhnson, D. L., Lewis, S., Lieberman, J., MacEwan, W., Malla, A., May, R., McGlasham, McGorry, P., Merlo, M. G., Nordentoft, M., Nightingale, S., Perkins, D., Thara, R., Yamamoto, K., Yung, A. (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis : *British Journal of Psychiatry, 187*(48), 120-124.
- Addington, D. E., Patten, S. B., McKenzie, E., & Addington, J. (2013). Relationship Between Relapse and Hospitalization in First-Episode Psychosis. *Psychiatric Services, 64*(8), 796-799.
- Aghababian, V., Auquier, P., Baumstarck-Barrau, K., & Lançon, C. (2011). Influence des troubles de la conscience sur l’auto-évaluation de la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie. *L’Encéphale, 37*(3), 162-171.
- Aghababian, V., Gendron, A. M., Reine, G., Hervieux, C., Lançon, C., & Auquier, P. (2006). Influence des troubles mnésiques sur l’auto-évaluation de la qualité de vie subjective des patients schizophrènes. *L’Encéphale, 32*(3), 289–295.
- American Psychiatric Association. (2013). Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-5 (code F20). Disponible sur : <http://www.cercle-d-excellence-psy.org/informations/cim-et-dsm/dsm-5/schizophrenie-f20/>
- Attard, A., & Larkin, M. (2016). Art therapy for people with psychosis : a narrative review of the literature. *The Lancet Psychiatry, 3*(11), 1067-1078.
- Azorin, J.-M. (2013). Guidelines sur les antipsychotiques atypiques d’action prolongée (APAPs) dans les premiers épisodes psychotiques. *L’Encéphale, 39*, S121–S123.
- Bachelart, M. (2012). L’alliance thérapeutique. *Psychologie de la relation*. Dunod. p. 163-168.

- Baillargeon, P., Pinsof, W. M., & Leduc, A. (2005a). L'alliance thérapeutique : la création et la progression du lien. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée / European Review of Applied Psychology*, 55(4), 225-234.
- Baillargeon, P., Pinsof, W.-M., & Leduc, A. (2005b). Modèle systémique de l'alliance thérapeutique. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 55(3), 137-143.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation : Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852.
- Bale, R., Catty, J., Watt, H., Greenwood, N., & Burns, T. (2006). Measures of the Therapeutic Relationship in Severe Psychotic Illness : A Comparison of Two Scales. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(3), 256-266.
- Barrowclough, C., Meier, P., Beardmore, R., & Emsley, R. (2010). Predicting therapeutic alliance in clients with psychosis and substance misuse. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(5), 373-377.
- Berry, K., Gregg, L., Hartwell, R., Haddock, G., Fitzsimmons, M., & Barrowclough, C. (2015). Therapist-client relationships in a psychological therapy trial for psychosis and substance misuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 152, 170-176.
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2008). Attachment theory : A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(12), 1275-1282.
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis : Unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 458-475.
- Besnier, N., Gavaudan, G., Navez, A., Adida, M., Jollant, F., Courtet, P., & Lançon, C. (2009). Approche clinique du suicide au cours de la schizophrénie (I). Identification des facteurs de risque. *L'Encéphale*, 35(2), 176-181.

- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326.
- Bioy, A., Bénony, H., Chahraoui, K., & Bachelart, M. (2012). Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L'Évolution Psychiatrique*, 77(3), 342-351.
- Blondeau, C., Nicole, L., & Lalonde, P. (2006). Schizophrénie et réadaptation. Interventions spécifiques selon les phases de la maladie. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 164, p. 869–876). Elsevier.
- Bottai, T., Benoit, M., Bourcet, S., Dassa, D., & Raymondet, P. (2010). L'engagement thérapeutique dans les troubles schizophréniques. *La Lettre du psychiatre*, 6(2), 48–51.
- Bottéro, A. (2010). Un siècle de schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 86(5), 391.
- Bourdeau, G., Théroux, L., & Lecomte, T. (2009). Predictors of therapeutic alliance in early psychosis : Therapeutic alliance in early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 3(4), 300-303.
- Bouroubi, W., Banovic, I., Andronikof, A., & Omès, C. (2016). Insight et schizophrénie : revue de la littérature. *L'Évolution Psychiatrique*, 81(2), 405-422.
- Bouvet, C., & Bouchoux, A. (2015). Études des liens entre la stigmatisation intériorisée, l'insight et la dépression chez des personnes souffrant de schizophrénie. *L'Encéphale*, 41(5), 435–443.
- Bozarth, J. (2011). La thérapie centrée sur le client et les techniques, *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche* (14), 77-87.
- Brun, A., Chouvier, B., & Roussillon, R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Dunod.
- Byrne, M. K., & Deane, F. P. (2011). Enhancing patient adherence : Outcomes of medication alliance training on therapeutic alliance, insight, adherence, and psychopathology with mental health patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(4), 284-295.
- Caddy, L., Crawford, F., & Page, A. (2012). 'Painting a path to wellness' : correlations between participating in a creative activity group and improved measured mental health outcome. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(4).
- Cardinet. (1998). *Médiation et Médiateur, ces mots expriment-ils un seul concept ? Etude philologique Ière partie*. Lyon. 1-66.
- Casey, D., Brown, L., Gajwani, R., Islam, Z., Jasani, R., Parsons, H., ... Singh, S. (2016). Predictors

- of engagement in first-episode psychosis, *Schizophr. Res.* (1-3), 204-208.
- Catty, J., White, S., Koletsi, M., Becker, T., Fioritti, A., Kalkan, R., Lauber, C., Lissouba, P., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., Wiersma, D., Burns, T. (2011). Therapeutic relationships in vocational rehabilitation : Predicting good relationships for people with psychosis. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 68-73.
- Cavelti, M., Homan, P., & Vauth, R. (2016). The impact of thought disorder on therapeutic alliance and personal recovery in schizophrenia and schizoaffective disorder : An exploratory study. *Psychiatry Research*, 239, 92-98.
- Charpentier, A., Goudemand, M., & Thomas, P. (2009). L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 35(1), 80-89.
- Chemama-Steiner, B. (2003). Expression artistique et médiation thérapeutique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 161, 87-92.
- CIM 10. (2008). *Classification Internationale des Maladies. Chapitre V : Troubles Mentaux et Troubles du Comportement. Critères Diagnostiques pour la Recherche. Schizophrénie (F20)* (10ème édition). MASSON. Disponible sur : <http://www.cercle-d-excellence-psy.org/informations/cim-et-dsm/cim-10/schizophrenie-f20/>
- Conus, P. (2015). Prise en charge dans la phase précoce des troubles psychotiques. *Swiss Arch Neurol Psychiatry*, 166(5), 158-162.
- Conus, P., Lambert, M., Cotton, S., Bonsack, C., McGorry, P. D., & Schimmelmann, B. G. (2010). Rate and predictors of service disengagement in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *Schizophrenia Research*, 118(1-3), 256-263.
- Cookson, A., Daffern, M., & Foley, F. (2012). Relationship between aggression, interpersonal style, and therapeutic alliance during short-term psychiatric hospitalization., 21(1), 20-29.
- Cottraux, J. (1993). Définir les thérapies comportementales et cognitives - Relation thérapeutique. In *Les thérapies comportementales et cognitives* (2ème édition, p. 11). MASSON.
- Cournede, A. (2015). L'alliance thérapeutique : concept théorique et stratégies de mise en pratique en psychothérapie d'enfants-adolescents. 115 pages. Thèse : Psychiatrie, Toulouse ; 2015 TOU3 1557.

- Couroupis, A., Francey, S., Fraser, S., Krista, G., & Stavely, H. (2016). Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, 2nd edition. *The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.*, 40-76.
- Couture, S. M., Roberts, D. L., Penn, D. L., Cather, C., Otto, M. W., & Goff, D. (2006). Do Baseline Client Characteristics Predict the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia ? : *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(1), 10-14.
- Crawford, M. J., Killaspy, H., Barnes, T., Barrett, B., Byford, S., Clayton, K., Dinsmore, J., Floyd, S., Hoadley, A., Johnson, T., Kalaitzaki, E., King, M., Leurent B., Maratos, A., O'Neill FA., Osborn D., Patterson, S., Soteriou T., Tyrer, P., Waller, D. (2012). Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia : a randomised controlled trial (MATISSE). *Health Technology Assessment*, 16(8).
- Crawford, M. J., & Patterson, S. (2007). Arts therapies for people with schizophrenia: an emerging evidence base. *Evidence-Based Mental Health*, 10(3), 69-70.
- Cuesta, M. J., García de Jalón, E., Campos, M. S., Ibáñez, B., Sánchez-Torres, A. M., & Peralta, V. (2012). Duration of untreated negative and positive symptoms of psychosis and cognitive impairment in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 141(2-3), 222-227.
- Davis, L., Eicher, A., & Lysaker, P. (2011). Metacognition as a predictor of therapeutic alliance over 26 weeks of psychotherapy in schizophrenia., *129(1)*, 85-90.
- Davis, L. W., & Lysaker, P. H. (2007). Therapeutic Alliance and Improvements in Work Performance Over Time in Patients With Schizophrenia : *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 353-357.
- Davis, L. W., & Lysaker, P. H. (2004). Neurocognitive correlates of therapeutic alliance in schizophrenia., *192(7)*, 508-510.
- Day, J. C., Bentall, R. P., Roberts, C., Randall, F., Rogers, A., Cattell, D., Healy, D., Rae, P., Power, C. (2005). Attitudes toward antipsychotic medication : the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Archives of general psychiatry*, 62(7), 717–724.
- De Leeuw, M., Van Meijel, B., Grypdonck, M., & Kroon, H. (2012). The quality of the working alliance between chronic psychiatric patients and their case managers : process and outcomes :

- A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1), 1-7.
- De Luca, M. (2009). Psychothérapies des psychoses : entre histoire et évaluation. *L'Évolution Psychiatrique*, 74(3), 398-408.
- Degnan, A., Seymour-Hyde, A., Harris, A., & Berry, K. (2016). The Role of Therapist Attachment in Alliance and Outcome: A Systematic Literature Review. *Clin. Psychol. Psychother.*, 23(1), 47-65.
- Delsignore, A., Rufer, M., Moergeli, H., Emmerich, J., Schlesinger, J., Milos, G., Schulte-Vels, T., Weidt, S. (2014). California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS) : Psychometric properties of the German version for group and individual therapy patients. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 736-742.
- Despland, J.-N., de Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A.-C., & Solai. (2000). L'alliance thérapeutique : un concept empirique. *Rev Med Suisse*, 4. (20758).
- Dick, & Tanis. (2001). Brief group art therapy for acute psychiatric inpatients. *American Journal of Art Therapy*, 39(4), 108.
- Doyle, R., Turner, N., Fanning, F., Brennan, D., Renwick, L., Lawlor, E., & Clarke, M. (2014). First-episode psychosis and disengagement from treatment : a systematic review. *Psychiatric Services*, 65(5), 603–611.
- DREES. (2017). *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*. France : Ministère des affaires sociales et de la santé, Santé Publique.
- Dubois, A.-M. (2013). *Art-thérapie, Principes, méthodes et outils pratiques*. Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 156 pages.
- Dunn, H., Morrison, A. P., & Bentall, R. P. (2006). The relationship between patient suitability, therapeutic alliance, homework compliance and outcome in cognitive therapy for psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(3), 145-152.
- Dupin, Mallat, & Rochegonde. (2014). Troubles psychiques et création artistique | Cairn.info. *Revue PSN*, 12(4), 67-79.
- Edwards, D. (2014). *Art Therapy*. 2nd Ed. SAGE. 201 pages.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance : An

- empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187.
- Emsley, R., Oosthuizen, P., Koen, L., Niehaus, D., & Martinez, L. (2013). Comparison of treatment response in second-episode versus first-episode schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33(1), 80-83.
- Evans-Jones, C., Peters, E., & Barker, C. (2009). The Therapeutic Relationship in CBT for Psychosis : Client, Therapist and Therapy Factors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(05), 527.
- Fakhoury, W. K. H., White, I., & Priebe, S. (2007). Be Good to Your Patient : How the Therapeutic Relationship in the Treatment of Patients Admitted to Assertive Outreach Affects Rehospitalization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(9), 789-791.
- Falkenström, F., Hatcher, R., & Holmqvist, R. (2015). Confirmatory Factor Analysis of the Patient Version of the Working Alliance Inventory-Short Form Revised. *Assessment*, 22(5), 581-593.
- Falkenström, F., Hatcher, R., Skjulsvik, T., Larsson, M., & Holmqvist, R. (2015). Development and validation of a 6-item working alliance questionnaire for repeated administrations during psychotherapy. *Psychol Assess.*, 27(1), 169-183
- Farrelly, S., & Lester, H. (2014). Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians : a critical interpretive synthesis. *Health & Social Care in the Community*, 22(5), 449-460.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy ? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17.
- Franck, N. (2010). Approche neurocognitive des troubles du vécu dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 75(3), 409-419.
- Franck, N., & Waintraub, L. (2012). Schizophrénie et autres troubles psychotiques. In *Manuel de psychiatrie sous la direction de Guelfi et Rouillon* (2ème, p. 255-288). Elsevier Masson.
- Frank, A., & Gunderson, J. (1990). The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 3(47), 228-236.
- Frédéric-Libon, C. (2011). Processus de différenciation et alliance thérapeutique en clinique infantile

- de l'autisme. *Psychologie clinique et projective*, (17), 297-316.
- Gilburt, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care : A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8(1), 92-104.
- Godfrind, J. (2007). Alliance de travail et narcissisme. *Revue Belge de Psychanalyse*, (50).
- Gold, C., Heldal, T. O., Dahle, T., & Wigram, T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders : Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 193-207.
- Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G., & Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance : an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*, 45(11), 2365-2373.
- Gourevitch, R. (2006). Comment améliorer l'observance chez le patient souffrant de schizophrénie ? *L'Encéphale*, 32(5), 929–930.
- Gray, R., Leese, M., Bindman, J., Becker, T., Burti, L., David, A., Gournay, K., Kikkert, M., Koeter, M., Puschner, B. (2006). Adherence therapy for people with schizophrenia. *The British journal of psychiatry*, 189(6), 508–514.
- Haddock, G., Lewis, S., Bentall, R., Dunn, G., Drake, R., & Tarrier, N. (2006). Influence of age on outcome of psychological treatments in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 188(3), 250–254.
- Hanevik, H., Hestad, K. A., Lien, L., Teglbaerg, H. S., & Danbolt, L. J. (2013). Expressive art therapy for psychosis: A multiple case study. *The Arts in Psychotherapy*, 40(3), 312-321.
- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D. E., & Zeeck, A. (2015). Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance : Exploring the divergence. *Psychotherapy Research*, 25(4), 408-419.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy : Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1326.

- Haustgen, T., & Sinzelle, J. (2010). Emil Kraepelin (1856–1926) –III. Les grandes entités cliniques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *168*, 792–795.
- Haute Autorité de Santé. (2013). *ALD n°23 - Schizophrénies*. Consulté à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_565630/fr/ald-n23-schizophrenies
- Hewitt, J., & Coffey, M. (2005). Therapeutic working relationships with people with schizophrenia : literature review. *Journal of Advanced Nursing*, *52*(5), 561-570.
- Höfer, FXE., Habermeyer, E., Mokros, A., Lau, S., & Gairing, SK. (2015). The Impact of Legal Coercion on the Therapeutic Relationship in Adult Schizophrenia Patients. *PLOS ONE*, *10*(4), 1-11.
- Holtum, S., & Huet, V. (2014). The MATISSE trial—a critique : does art therapy really have nothing to offer people with a diagnosis of schizophrenia ? *Sage Open*, *4*(2), 1-11.
- Iacoviello, B. M., McCarthy, K. S., Barrett, M. S., Rynn, M., Gallop, R., & Barber, J. P. (2007). Treatment preferences affect the therapeutic alliance : Implications for randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(1), 194-198.
- Iyer, S. N., & Malla, A. K. (2014). Intervention précoce pour la psychose : concepts, connaissances actuelles et orientations futures. *Santé mentale au Québec*, *39*(2), 201-229.
- Johansen, R., Hestad, K., Iversen, V. C., Agartz, I., Sundet, K., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2011). Cognitive and Clinical Factors Are Associated With Service Engagement in Early-Phase Schizophrenia Spectrum Disorders : *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *199*(3), 176-182.
- Johansen, R., Iversen, VC., Melle, I., & Hestad, KA. (2013a). Therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders : a cross-sectional study. *Annals of general psychiatry*, *12*(1), 14.
- Johansen, R., Melle, I., Iversen, V. C., & Hestad, K. (2013b). Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(8), 1169-1176.
- Johansson, H, & Eklund, M. (2004). Helping alliance and ward atmosphere in psychiatric in-patient care. *Psychology and Psychotherapy*, *77*(4), 511-523.

- Johnson, D. P., Penn, D. L., Bauer, D. J., Meyer, P., & Evans, E. (2008). Predictors of the therapeutic alliance in group therapy for individuals with treatment-resistant auditory hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology, 47*(2), 171-184.
- Jung, E., Wiesjahn, M., & Lincoln, T. M. (2014). Negative, not positive symptoms predict the early therapeutic alliance in cognitive behavioral therapy for psychosis. *Psychotherapy Research, 24*(2), 171-183.
- Jung, E., Wiesjahn, M., Rief, W., & Lincoln, T. M. (2015). Perceived therapist genuineness predicts therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for psychosis. *British Journal of Clinical Psychology, 54*(1), 34-48.
- Junghan, U. M., Leese, M., Priebe, S., & Slade, M. (2007). Staff and patient perspectives on unmet need and therapeutic alliance in community mental health services. *The British Journal of Psychiatry, 191*(6), 543–547.
- Kaës, R. (2010). Les médiations entre les espaces psychiques dans les groupes. *Le Carnet PSY, 141*, 35-38.
- Kaës, R. (2012). Enveloppes, limites, contenance et transitionnalité In *Le Malêtre* (p. 160-165).
- Kane, J. M. (2007). Treatment strategies to prevent relapse and encourage remission. *The Journal of Clinical Psychiatry, 68 Suppl 14*, 27-30.
- Kapp, C., Perlini, T., Baggio, S., Stephan, P., Urrego, A. R., Rengade, C.-E., Macias, M., Hainard, N., Halfon, O. (2014). Qualités psychométriques du Consumer satisfaction questionnaire (CSQ-8) et du Helping alliance questionnaire (HAQ). *Santé Publique, 26*(3), 337–344.
- Killick, K. (1993). Working with psychotic processes in art therapy. *Psychoanalytic Psychotherapy, 7*(1), 25-38.
- Klein, J.-P. (2012). *L'art-thérapie* (8ème édition mise à jour). PUF.
- Koenig, M., Castillo, M.-C., Urdapilleta, I., Le Borgne, P., & Bouleau, J.-H. (2011). Regards croisés sur les signes précoces de rechute des sujets schizophrènes. *L'Encéphale, 37*(3), 207-216.
- Korver-Nieberg, N., Berry, K., Meijer, C. J., & de Haan, L. (2014). Adult attachment and psychotic phenomenology in clinical and non-clinical samples : A systematic review. *Psychology and*

- Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 87(2), 127-154.
- Krebs, & coll. (2014). Schizophrénie. *INSERM*. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>
- Kreyenbuhl, J., Nossel, I. R., & Dixon, L. B. (2009). Disengagement From Mental Health Treatment Among Individuals With Schizophrenia and Strategies for Facilitating Connections to Care : A Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 696-703.
- Kuipers, E., Kendall, T., Udechuku, A. Y., Slade, E., Birchwood, M., Brabban, A., Burt, L. R., Cheema, N., Green, D., Harrison, B., Iqbal, Z., Johnson, S., Lochhead, T. Marshall, M., Mayo-Wilson, E., Mitchell, J., Morrison, T., Moulin, M., Shiers, D., Stockton, S., Taylor, C., Travis, C., Waddingham, R., Woodhams, P., Young, N. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults. The NICE Guideline on treatment and management. *National Collaborating Centre for Mental Health*, 1-685.
- Kvrgic, S., Cavelti, M., Beck, E.-M., Rüsçh, N., & Vauth, R. (2013). Therapeutic alliance in schizophrenia: The role of recovery orientation, self-stigma, and insight. *Psychiatry Research*, 209(1), 15-20.
- Laconi, S., Cailhol, L., Pourcel, L., Thalamas, C., Lapeyre-Mestre, M., & Chabrol, H. (2015). Relation entre mécanismes de défense et alliance thérapeutique. *L'Encéphale*, 41(5), 429-434.
- Lazignac, C., Damsa, C., Cailhol, L., Andreoli, A., Pichene, C., & Moro, M.-R. (2005). Facteurs sociodémographiques et construction de l'alliance thérapeutique aux urgences psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163(1), 53-57.
- Lecomte, T., Laferrière-Simard, M.-C., & Leclerc, C. (2012). What Does the Alliance Predict in Group Interventions for Early Psychosis ? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42(2), 55-61.
- Lecomte, T., Spidel, A., Leclerc, C., Macewan, G., Greaves, C., & Bentall, R. (2008). Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 102(1-3), 295-302.
- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., & Kreyenbuhl, J. (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia.

Second Edition. *APA Practice Guidelines*, 1-116

- Lorentzen, S., Bakali, J. V., Hersoug, A. G., Hagtvet, K. A., Ruud, T., & Høglend, P. (2012). Psychodynamic Group Psychotherapy : Impact of Group Length and Therapist Professional Characteristics on Development of Therapeutic Alliance. *Clin. Psychol. & Psychother.*, *19*(5), 420-433.
- Lu, S.-F., Lo, C.-H. K., Sung, H.-C., Hsieh, T.-C., Yu, S.-C., & Chang, S.-C. (2013). Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia. *Complementary Therapies in Medicine*, *21*(6), 682-688.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The revised helping alliance questionnaire (HAQ-II) : psychometric properties. *The Journal of psychotherapy practice and research*, *5*(3), 260.
- Lutgens, D., Garipey, G., & Malla, A. (2017). Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis : Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *210*(05), 324-332.
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Buck, K. D., Outcalt, S., & Ringer, J. M. (2011). Negative symptoms and poor insight as predictors of the similarity between client and therapist ratings of therapeutic alliance in cognitive behavior therapy for patients with schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease*, *199*(3), 191–195.
- MacBeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M., & Fisher, R. (2013). Service Engagement in First Episode Psychosis : Clinical and Premorbid Correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*(5), 359-364.
- Mallinckrodt, B., & Tekie, Y. (2016). Item response theory analysis of Working Alliance Inventory, revised response format, and new Brief Alliance Inventory., *Psychother Res* *26*(6), 694-718.
- Martin, B., & Piot, M.-A. (2011). Approche phénoménologique de la schizophrénie. *L'information psychiatrique*, *87*(10), 781.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(3), 438.

- McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rössler, W., Salize, HJ., Svensson, B., Torres-Gonzalez, F., van den Brink, R., Wiersma, D., Alessi-Severini, S., Priebe, S. (2012). The Therapeutic Relationship and Adherence to Antipsychotic Medication in Schizophrenia. *PLoS ONE*, 7(4), 1-5.
- McCabe, R., & Priebe, S. (2004). The Therapeutic Relationship in the Treatment of Severe Mental Illness: A Review of Methods and Findings. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 115-128.
- McCabe, R., & Priebe, S. (2003). Are therapeutic relationships in psychiatry explained by patients' symptoms ? Factors influencing patient ratings, 5(18), 220-225.
- McCann, T. V., Lubman, D. I., Cotton, S. M., Murphy, B., Crisp, K., Catania, L., Marck, C., Gleeson, J. F. M. (2013). A Randomized Controlled Trial of Bibliotherapy for Carers of Young People With First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1307-1317.
- Meissner, W. (2007). Therapeutic alliance : Theme and variations. *Psychoanalytic Psychology*, 24(2), 231-254.
- Meng, P., Zheng, R., Cai, Z., & Ma, L. (2005). Group intervention for schizophrenia inpatient with art as medium. *Acta Psychologica Sinica*, 37, 403-412.
- Misdrahi, D., Petit, M., Blanc, O., Bayle, F., & Llorca, P.-M. (2012). The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia., 66, 49-54.
- Misdrahi, D., Verdoux, H., Lançon, C., & Bayle, F. (2009). The 4-Point ordinal Alliance Self-report : a self-report questionnaire for assessing therapeutic relationships in routine mental health. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2).
- Montag, C., Haase, L., Seidel, D., Bayerl, M., Gallinat, J., Herrmann, U., & Dannecker, K. (2014). A Pilot RCT of Psychodynamic Group Art Therapy for Patients in Acute Psychotic Episodes : Feasibility, Impact on Symptoms and Mentalising Capacity. *PLoS ONE*, 9(11), 1-11.
- Montreuil, T. C., Cassidy, C. M., Rabinovitch, M., Pawliuk, N., Schmitz, N., Joober, R., & Malla, A. K. (2012). Case Manager- and Patient-Rated Alliance as a Predictor of Medication Adherence in First-Episode Psychosis : *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 32(4), 465-469.
- Morandi, S., & Bonsack, C. (2011). Engager dans les soins des personnes souffrant de schizophrénie

- par un suivi intensif dans le milieu (SIM). *Schweizer Arch. Neurol. Psychiatr.*, 162(7), 278-283.
- Mössler, K., Chen, X., Heldal, T., & Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders (Review). *The Cochrane Library*, 12.
- Mueser, K. T., Penn, D. L., Addington, J., Brunette, M. F., Gingerich, S., Glynn, S. M., Lynde, D.W., Gottlieb, J.D., Meyer-Kalos, P., McGurk, S. R. (2015). The NAVIGATE program for first-episode psychosis : rationale, overview, and description of psychosocial components. *Psychiatric Services*, 66(7), 680–690.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., & Barth, J. (2009). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR) : psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 231-239.
- Niolu, C., & al. (2015). Predictors of poor adherence to treatment in inpatients with bipolar and psychotic spectrum disorders. *Riv. Psychiatr.*, 50(6), 285-294.
- O'Brien, A., Fahmy, R., & Singh, S. P. (2009). Disengagement from mental health services : A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(7), 558-568.
- 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(1), 122-139.
- Olié, J. P. (2008). Neuroleptiques et antipsychotiques : actualités. *L'Encéphale*, 34, S187, 1.
- Orfanos, S., Banks, C., & Priebe, S. (2015). Are Group Psychotherapeutic Treatments Effective for Patients with Schizophrenia ? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(4), 241-249.
- Organisation Mondiale de la Santé (2013). *Bibliothèque de l'OMS*. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Disponible sur : <http://www.who.int>
- Owen, J., Reese, R. J., Quirk, K., & Rodolfa, E. (2013). Alliance in action : A new measure of clients' perceptions of therapists' alliance activity. *Psychotherapy Research*, 23(1), 67-77.
- Owens, K. A., Haddock, G., & Berry, K. (2013). The Role of the Therapeutic Alliance in the Regulation of Emotion in Psychosis : An Attachment Perspective : Emotion Regulation in

- Psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(6), 523-530.
- Paap, D., & Dijkstra, P. U. (2017). Working Alliance Inventory-Short Form Revised. *Journal of Physiotherapy*, 63(2), 118.
- Paillot, C.-M., Ingrand, P., Ingrand, I., & Jaafari, N. (2011). L'insight et les croyances relatives aux médicaments influencent l'observance médicamenteuse dans la schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 169, 446-448.
- Palazzolo, J. (2009). Observance médicamenteuse et rechutes dans la schizophrénie : des neuroleptiques classiques aux APAP. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(4), 308-317.
- Patterson, S., Waller, D., Killaspy, H., & Crawford, M. J. (2015). Riding the wake : Detailing the art therapy delivered in the MATISSE study. *International Journal of Art Therapy*, 20(1), 28-38.
- Patterson, S., Crawford, M. J., Ainsworth, E., & Waller, D. (2011a). Art therapy for people diagnosed with schizophrenia : Therapists' views about what changes, how and for whom. *International Journal of Art Therapy*, 16(2), 70-80.
- Patterson, S., Debate, J., Anju, S., Waller, D., & Crawford, M. J. (2011b). Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia : Results of a national survey. *Journal of Mental Health*, 20(4), 328-335.
- Pillet, V. (2007). La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire. *Dialogue*, 1(175), 7-14.
- Pivard, C., & Sudres, J.-L. (2008). La médiation : un enjeu de symbolisation ? *Psychothérapies*, 28(2), 127-133.
- Pos, K., Bartels-Velthuis, A. A., Simons, C. J., Korver-Nieberg, N., Meijer, C. J., de Haan, L., Bruggeman, R., Cahn, W., Kahn, R. S., Myin-Germeys, I., van Os, J., Wiersma, D. (2015). Theory of Mind and attachment styles in people with psychotic disorders, their siblings, and controls. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(2), 171-180.
- Potash, J. S., Ho, R. T. H., Chick, J. K. Y., & Au Yeung, F. S. W. (2013). Viewing and engaging in an art therapy exhibit by people living with mental illness : implications for empathy and social change. *Public Health*, 127(8), 735-744.
- Potvin, S., Aubin, G., & Stip, E. (2017). L'insight neurocognitif dans la schizophrénie. *L'Encéphale*,

43(1), 15-20.

- Priebe, S., Richardson, M., Cooney, M., Adedeji, O., & McCabe, R. (2011). Does the Therapeutic Relationship Predict Outcomes of Psychiatric Treatment in Patients with Psychosis A Systematic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(2), 70-77.
- Priebe, S., & McCabe, R. (2008). Therapeutic relationships in psychiatry : The basis of therapy or therapy in itself ? *International Review of Psychiatry*, 20(6), 521-526.
- Priebe, S., & McCabe, R. (2006). The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(s429), 69-72.
- Priebe, S., Watts, J., Chase, M., & Matanov, A. (2005). Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients : qualitative study. *Br J Psychiatry*, (187), 438-443.
- Prince, J. D. (2007). Therapeutic Alliance, Illness Awareness, and Number of Hospitalizations for Schizophrenia : *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(2), 170-174.
- Pringuey. (2014). Congrès français de psychiatrie. *European Psychiatry*, 29(8), 563-592.
- Rabeyron, T. (2017). Médiations thérapeutiques et processus de symbolisation : de l'expérience sensible à la modélisation. *L'Évolution Psychiatrique*, 82(2), 351-364.
- Ren, J., & Xia, J. (2013). Dance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 10, 1-39.
- Richardson, P., Jones, K., Evans, C., Stevens, P., & Rowe, A. (2007). Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16(4), 483-491.
- Rioux, A. (2011). Défi et découverte : le siècle de la schizophrénie et de la psychanalyse. *Publication de l'Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale*. Disponible sur : <http://www.psychos-ressources.com/bibli/schizo1.html>
- Roche, E., Madigan, K., Lyne, J. P., Feeney, L., & O'Donoghue, B. (2014). The Therapeutic Relationship After Psychiatric Admission : *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(3), 186-192.
- Rodgers, R.-F., Cailhol, L., Bui, E., Klein, R., Schmitt, L., & Chabrol, H. (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique. *L'Encéphale*, 36(5), 433-438.

- Rogers, C. (1962). Les caractéristiques de l'approche centrée sur la personne [Revue francophone internationale de l'Approche centrée sur la personne]. Disponible sur : <http://www.acp-pr.org/caracteristiques.html>
- Röhricht, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice : A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), 135-156.
- Rouel-Brax, S. (2001). Pinsof ou une lecture systémique de l'alliance thérapeutique. *Généralisations*, 22, 26-29.
- Ruddy, R., & Milnes, D. (2008). Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses (Review). In The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-28
- Ruddy, R., & Dent-Brown, K. (2007). Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. In The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-24.
- Ruddy, R., & Milnes, D. (2005). Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. In The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-27.
- Salamin, V., Clément, O., Zimmermann, G., Follack, C., Perrenoud, P., & Bickel, G. G. (2009). Les relations thérapeutiques en psychiatrie hospitalière. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(3), 188-194.
- Schimmelmann, B. G., Conus, P., Schacht, M., McGorry, P., & Lambert, M. (2006). Predictors of Service Disengagement in First-Admitted Adolescents With Psychosis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(8), 990-999.
- Shattock, L., Berry, K., Degnan, A., & Edge, D. (2017). Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses : A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1-26.
- Shepherd, M., Watt, D., Falloon, I., & Smeeton, N. (1989). The natural history of schizophrenia : a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychological Medicine. Monograph Supplement*, 15, 1-46.

- Shick Tryon, G., Collins Blackwell, S., & Felleman Hammel, E. (2007). A meta-analytic examination of client–therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research, 17*(6), 629-642.
- Simonet, M., & Brazo, P. (2005). Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie. *EMC-Psychiatrie, 2*(1), 62–80.
- Smith, A.E.M., Msetfi, R.M., & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance : A systematic review. *Clinical Psychology Review, 30*(3), 326-337.
- Spaniol, S., & Bluebird, G. (2002). Report : creative partnerships—people with psychiatric disabilities and art therapists in dialogue. *The Arts in Psychotherapy, 29*(2), 107–114.
- Steel, C., Macdonald, J., & Schroder, T. (2018). A Systematic Review of the Effect of Therapists’ Internalized Models of Relationships on the Quality of the Therapeutic Relationship. *Journal of Clinical Psychology, 74*(1), 5-42.
- Stowkowy, J., Addington, D., Liu, L., Hollowell, B., & Addington, J. (2012). Predictors of disengagement from treatment in an early psychosis program, *136*(1-3), 7-12.
- Svensson, B., & Hansson, L. (1999). Relationships among patient and therapist ratings of therapeutic alliance and patient assessments of therapeutic process : a study of cognitive therapy with long-term mentally ill patients. *J Nerv Ment Dis. 187*(9), 579-585.
- Szymanski, S., Lieberman, J. A., Alvir, J. M., Mayerhoff, D., Loebel, A., Geisler, S., Chakos, M., Koren, A., Jody, D., Kane, J. (1995). Gender differences in onset of illness, treatment response, course, and biologic indexes in first-episode schizophrenic patients. *The American Journal of Psychiatry, 152*(5), 698-703.
- Thomas, P. (2013). Les rechutes : causes et conséquences. *L'Encéphale, 39*, 79–82.
- Thompson, L., Howes, C., & McCabe, R. (2016). Effect of questions used by psychiatrists on therapeutic alliance and adherence. *British Journal of Psychiatry, 209*(01), 40-47.
- Thompson, L., & McCabe, R. (2012). The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care : a systematic review. *BMC psychiatry, 12*(1), 87.
- Tindall, R., Francey, S., & Hamilton, B. (2015). Factors influencing engagement with case managers : Perspectives of young people with a diagnosis of first episode psychosis. *International*

- Journal of Mental Health Nursing*, 24, 295-303.
- Turner, M. A., Boden, J. M., Smith-Hamel, C., & Mulder, R. T. (2009). Outcomes for 236 patients from a 2-year early intervention in psychosis service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(2), 129-137.
- Van Lith, T. (2016). A systematic review for best practices of art therapy in mental health. *The Arts in Psychotherapy*, 47, 9-22.
- Vianin, P. (2013). Chapitre 2 : Les troubles métacognitifs de la schizophrénie. In *La remédiation cognitive dans la schizophrénie*. Mardaga, p. 39-51.
- Viard, P. (2014). *Le soin communicant : un espace de médiation en vue de la construction d'une professionnalité soignante. Volume 1*. Sciences de l'information et de la communication., 395 pages. Thèse : Sciences Humaines, Dijon Université de Bourgogne.
- Villeneuve, K., Potvin, S., Lesage, A., & Nicole, L. (2010). Meta-analysis of rates of drop-out from psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Research*, 121(1-3), 266-270.
- Weck, F., Grikscheit, F., Jakob, M., Höfling, V., & Stangier, U. (2015). Treatment failure in cognitive-behavioural therapy : Therapeutic alliance as a precondition for an adherent and competent implementation of techniques. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 91-108.
- Weiss, K. A., Smith, T. E., Hull, J. W., Piper, A. C., & Huppert, J. D. (2002). Predictors of Risk of Nonadherence in Outpatients With Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 341-349.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité L'espace potentiel*. Gallimard. 276 pages.
- Wittorf, A., Jakobi, U., Bechdorf, A., Müller, B., Sartory, G., Wagner, M., Wiedemann, G., Wölwer, W., Herrlich, J., Buchkremer, G., Klingberg, S. (2009). The influence of baseline symptoms and insight on the therapeutic alliance early in the treatment of schizophrenia. *European Psychiatry*, 24(4), 259-267.
- Wittorf, A., Jakobi, U. E., Bannert, K. K., Bechdorf, A., Müller, B. W., Sartory, G., Wagner, M., Wiedemann, G., Wölwer, W., Herrlich, J. (2010). Does the cognitive dispute of psychotic symptoms do harm to the therapeutic alliance ? *The Journal of nervous and mental disease*,

198(7), 478–485.

Wood, C. (2013). In the wake of the Matisse RCT : What about art therapy and psychosis ?

International Journal of Art Therapy, 18(3), 88-97.

Wright, N., Callaghan, P., & Bartlett, P. (2011). Mental health service users' and practitioners'

experiences of engagement in assertive outreach : a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(9), 822-832.

The British Association of Art Therapists BAAT. *What is art therapy?* Disponible sur :

<http://www.baat.org/About-Art-Therapy>

VII. ANNEXES

Annexe 1 :

Traduction française finale du WAI

Working Alliance Inventory

Formulaire T

Instructions

Dans les pages suivantes, se trouvent des phrases décrivant quelques-unes des différentes façons de penser ou de ressentir qu'une personne peut avoir envers son/sa patient(e). Pendant que vous les lisez, remplacez mentalement _____ par le nom de votre patient(e) dans le texte.

Sous chacune des affirmations il y a une échelle à 7 points :

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

Si l'affirmation décrit votre manière de penser ou de ressentir « **toujours** », entourez le numéro 7 ; si elle ne s'applique « **jamais** », entourez le numéro 1.

Utilisez les chiffres intermédiaires pour décrire les variations entre ces extrêmes.

Ce questionnaire est **CONFIDENTIEL** ; le patient ne verra pas vos réponses.
Travaillez rapidement, vos premières impressions sont celles que nous voudrions obtenir.
(N'OUBLIEZ PAS DE REpondre A **CHAQUE** ITEM S'IL VOUS PLAIT)

1. Je me sens mal à l'aise avec _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

2. _____ et moi sommes d'accord à propos des étapes à suivre pour améliorer sa situation.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

3. J'ai quelques inquiétudes quant au résultat de ces consultations.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

4. Mon patient et moi sommes tous deux convaincus de l'utilité de ce que nous faisons actuellement dans les soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

5. J'ai l'impression de réellement comprendre _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

6. _____ et moi avons une perception commune de ses objectifs.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

7. _____ trouve déroutant ce que nous faisons dans les soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

8. Je crois que _____ m'apprécie.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

9. Je ressens un besoin d'éclaircir le but de nos consultations auprès de _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

10. J'ai quelques désaccords avec _____ à propos des objectifs de ces consultations.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

11. Je crois que le temps que _____ et moi passons ensemble n'est pas utilisé de manière efficace.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

12. J'ai des doutes concernant ce que nous essayons d'accomplir lors des soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

13. Je suis clair et explicite sur ce que sont les responsabilités de _____ dans les soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

14. Les objectifs actuels de ces consultations sont importants pour _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

15. Je trouve que ce que _____ et moi faisons dans les soins est sans rapport avec ses préoccupations actuelles.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

16. Je suis convaincu que ce que nous faisons dans les soins aidera _____ à accomplir les changements qu'il/elle désire.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

17. Je suis sincèrement concerné par le bien-être de _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

18. Je sais clairement quelle participation j'attends de _____ durant ces consultations.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

19. _____ et moi nous respectons mutuellement.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

20. J'ai l'impression de ne pas être totalement honnête quant à mes sentiments envers _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

21. J'ai confiance en mes capacités à aider _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

22. Nous nous efforçons d'atteindre des objectifs convenus ensemble.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

23. J'apprécie _____ en tant que personne.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

24. Nous sommes d'accord sur ce qu'il y a d'important pour _____ à travailler.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

25. Suite à ces consultations _____ perçoit plus clairement comment il/elle pourrait être capable de char

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

26. _____ et moi avons construit une confiance mutuelle.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

27. _____ et moi ne sommes pas d'accord sur la nature de ses problèmes.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

28. Notre relation est importante pour _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

29. _____ craint que s'il/elle dit ou fait des erreurs, j'arrêterai de travailler avec lui/elle.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

30. _____ et moi avons collaboré à établir des objectifs à ces consultations.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

31. _____ est contrarié(e) par ce que je lui demande de faire pour se soigner.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

32. Nous avons développé une bonne compréhension commune du type de changements qui seraient bénéfiques _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

33. Ce que nous faisons au cours des soins n'a pas beaucoup de sens pour _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

34. _____ ne sait pas quel résultat attendre des soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

35. _____ estime que la manière dont nous nous occupons de son problème est satisfaisante.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

36. Je respecte _____, même quand il / elle fait des choses que je désapprouve.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

GRILLE DE COTATION POUR LE WAI

(Version révisée des formulaires thérapeute et patient)

Note : les items avec un signe négatif (-) doivent être notés suivant un ordre inversé.

Echelle
« TACHE » 2, 4, 7, 11, 13, 15, 16, 18, 24, 31, 33, 35.

Signe + + - - + - + + + - - +

Echelle
« LIEN » 1, 5, 8, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 28, 29, 36.

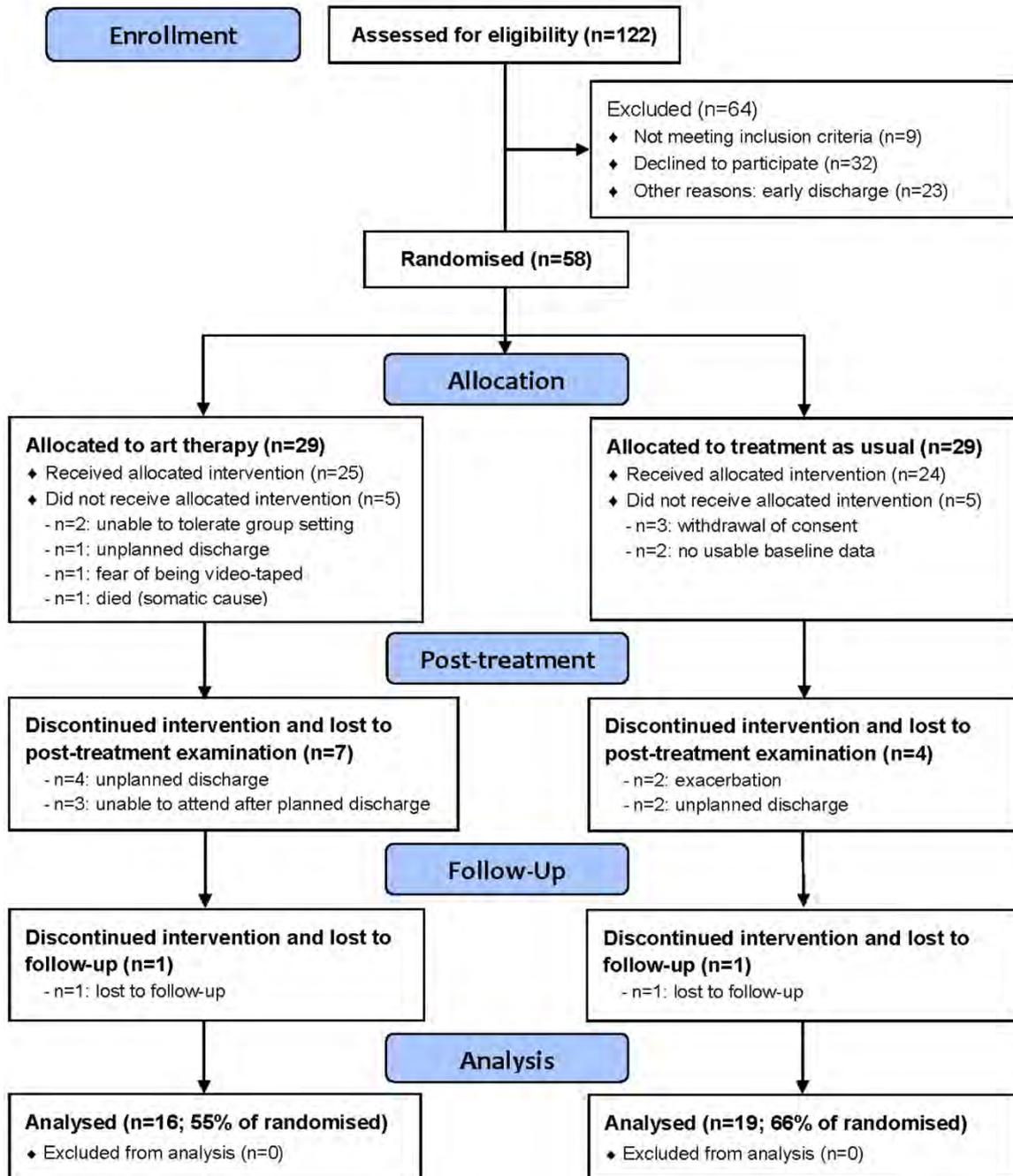
Signe - + + + + - + + + + - +

Echelle
« OBJECTIF » 3, 6, 9, 10, 12, 14, 22, 25, 27, 30, 32, 34.

Signe - + - - - + + + - + + -

Annexe 2 :

CONSORT 2010 Flow Diagram



Source : Montag, 2014

Tableau 1 : tableau récapitulatif des études explorant les effets de la qualité de l'alliance thérapeutique

Date d'édition	Auteurs	Type d'étude	Population d'étude	Objectif de l'étude	Mesure de l'AT	Résultats
1990	F. Arlene, J. Gunderson	Etude transversale	143 patients atteints de schizophrénie non chroniques et 81 thérapeutes sur 6 mois et 2 ans	Effet de la qualité de l'AT sur : son développement, la continuité des soins, la compliance médicamenteuse et les résultats cliniques des patients		A 6 mois, meilleure était l'alliance ($df=1$, $P<0.05$), plus les patients restaient en psychothérapie ($df=129$, $P<0.001$), se conformaient aux schémas posologiques prescrits ($df=70$, $P<0.01$). A 2 ans, les patients avant établi une bonne alliance, obtenaient de meilleurs résultats cliniques (moins de symptômes positifs ($df=46$, $P<0.05$), un meilleur fonctionnement social ($df=73$, $P<0.05$), moins de troubles du comportement ($df=44$, $P<0.005$) et plus d'activités ($df=46$, $P<0.05$)) et prenaient moins de médicaments ($df=2$, 67 , $P<0.005$). Les recherches ont permis de démontrer de manière répétée que l'AT est le facteur prédictif le plus important du résultat de nombreuses formes de traitement : les psychothérapies psychanalytiques, les psychothérapies comportementales et cognitives, les psychothérapies de groupe, mais aussi les TTT pharmacologiques. Les résultats indiquent que la relation globale de l'AT avec le résultat est modérée, mais constante, indépendamment de la plupart des variables ($r=0.22$ à 0.23 , $p < 0.05$). La relation AT-résultat ne semble pas être influencée par d'autres variables modératrices, telles que le type de mesure utilisée dans l'étude, le type d'évaluateur, le moment de l'évaluation de l'alliance, le type d'évaluateur, le type de traitement fourni ou le statut de publication de l'étude.
2000	J.-N. Despland, and al.	Revue de la littérature		Point sur la recherche concernant l'AT		
2000	D. J. Martin, J. P. Garske and M. K. Davis	Méta-analyse de 79 études (58 publiées et 21 non publiées)	Patients ambulatoires (59), patients plus gravement atteints de troubles mentaux (18). La plupart des études : patients avec divers diagnostics (59).	Effet de l'AT sur les résultats cliniques.	WAI +++, CALPAS, Penn, Vanderbilt, STAR, TBS	Les analyses de régression de Cox ont révélé que l'AT prédit significativement une plus courte durée de mise en place de l'adhésion chez des patients jeunes ($p<0.05$), et un maintien plus long de l'observance.
2002	K.A. Weiss, and al.	Essai	162 patients atteints de troubles psychotiques en TTT ambulatoire	Effet de l'AT sur l'adhésion au TTT médicamenteux.	WAI-SR	
2003	H. Johansson and M. Eklund	Etude qualitative	2 échantillons stratifiés de patients psychotiques, traités en hospitalisation ou en ambulatoires (hétérogénéité maximale)	Examen de l'opinion des patients sur ce qui constitue de bons soins psychiatriques : entretien approfondi centré sur les expériences du patient en matière de soins psychiatriques		La qualité de la RT et le sentiment d'être compris par le thérapeute : aspects centraux de bons soins selon les patients. Bien que l'étude se soit concentrée sur la satisfaction à l'égard des soins psychiatriques généraux, les résultats ont révélé « l'alliance d'aide », comme le facteur le plus crucial. Les résultats soulignent l'importance de la qualité de la RT et indiquent l'incorporation de principes psychothérapeutiques dans toutes les RT dans les soins psychiatriques généraux.
2005	J. Hewitt & M.Coffey	Revue de la littérature (entre 1986 et 2003)		Examiner les preuves de la nécessité et de la suffisance des RT avec les patients ayant des troubles mentaux persistants, tels que la SCZ.		Meilleurs résultats avec patients qui éprouvent la relation comme thérapeutique. Conclusion cohérente avec autres méta-analyses : RT (relations interpersonnelles facilitantes et positives avec aide) ont des avantages intégrés, et RT élément important. Pour que la TCC réussisse, importance RT pour compréhension et implication des patients. RT nécessaires mais pas suffisantes pour induire un changement dans la SCZ.
2006	S. Priebe & R. McCabe	Revue de la littérature		Point sur la recherche actuelle sur les RT en psychiatrie.		Les RT prédisent les résultats en psychiatrie et peuvent être évaluées à l'aide de méthodes opérationnalisées.

2007	L.W. Davis, P.H. Lysaker	Essai contrôlé randomisé	26 patients ambulatoires avec diagnostics de SCZ et SCZ-aff (classés en niveaux d'AT supérieurs AT+ ou inférieurs AT-)	Effet de l'AT sur les résultats de la réadaptation (26S)	WAI-S	Des interactions ont été trouvées pour la coopérativité et la qualité du travail avec le groupe AT+ montrant des augmentations régulières (23.70 (SD=3.35), alors que le groupe AT- a montré une amélioration initiale suivie d'un déclin (22.39 (SD= 5.74). Les résultats suggèrent que la formation d'une AT forte peut améliorer la réadaptation chez les personnes atteintes de SCZ.
2007	S.A. Baldwin, B.E. Wampold and Z.E. Imel	Etude exploratoire	331 patients vus par 80 thérapeutes (charge moyenne : 4,1)	Explorer l'importance relative des évaluations de l'AT en ce qui concerne les résultats thérapeutiques	WAI	L'AT selon les thérapeutes prédisait les résultats, mais pas l'AT des patients. Implications cliniques : surveillance de l'AT par les thérapeutes, supervisions des thérapeutes au sujet de leurs alliances, et formations pour développer et maintenir de solides alliances.
2007	W.K. Fakhoury, I. White, S. Priebe	Essai contrôlé randomisé	332 patients «établis» (prise en charge > ou = 3 mois) et 150 «nouveaux» (< 3 mois) avec troubles mentaux sévères / 24 équipes	Etude de la qualité de la RT entre patient et clinicien par rapport à la réhospitalisation pendant un suivi de 9 mois.	Helping Alliance Scale	RT a prédit de manière significative la réhospitalisation au cours du suivi chez les nouveaux patients. Ceci est vrai avant (p <0,04) et après contrôle des covariables (p <0,02). Dans l'échantillon de patients établis, RT n'avait aucun pouvoir prédictif statistiquement significatif sur la réhospitalisation (avant contrôle des covariables, p <0,53; après contrôle des covariables, p <0,64).
2008	S. Priebe & R. McCabe	Revue de la littérature		Identifier des éléments thérapeutiquement efficaces de la relation et de la communication		Résultats favorables des interventions visant à améliorer la communication entre cliniciens et patients dans les soins de santé mentale de routine. Une autre étape pourrait être l'adaptation de modèles de psychothérapie établis pour rendre les interactions cliniques de routine plus thérapeutiques et basées sur des preuves.
2009	V. Salamin et coll.	Revue de la littérature : 23 études	Patients adultes en hôpital psychiatrique temps plein ou de jour	Influence de la RT sur les résultats du TTT psychiatrique hospitalier		Association positive entre la qualité de la RT et l'amélioration clinique des patients en fin de TTT (effet modéré de 0,39). Méthodologie variable et défaut de prise en compte de la multiplicité des relations hospitalières.
2009	A. Charpentier, M. Goudemand et P. Thomas			Effets délétères d'une faible AT sur pronostic, mortalité, morbidité et coût dans la SCZ. Bonne prédictibilité de l'efficacité d'une première prise en charge sur l'alliance future avec le patient, meilleure efficacité globale pour les prises en charge au long cours.		
2010	J. Sharf, L.H. Primavera, M.J. Diener	Méta analyse (11 études)	1 301 participants au total	Effet de l'AT sur l'abandon de psychothérapie individuelle adulte		Relation modérément forte entre l'abandon de la psychothérapie et l'AT (d = 0,55). Les patients ayant une AT plus faible sont plus susceptibles d'abandonner la psychothérapie.
2010	R.-F. Rodgers et coll.	Revue de la littérature empirique		Réflexion autour de la relation entre AT et devenir clinique, évolution de l'AT au cours de la thérapie	HAQ I/II, WAI, CALPAS	L'AT permet la mise en place d'un travail de changement, semble à elle seule un facteur d'évolution pour les patients.
2011	S. Priebe and al.	Revue de la littérature (9 études). Méta-analyse non réalisable		Association de la RT avec l'hospitalisation, les symptômes et le fonctionnement		Il existe certaines preuves, mais non accablantes, que la RT prédit les résultats de programmes de TTT psychiatrique complexes chez les patients atteints de psychose.
2011	M.K. Byrne & F.P. Deane	Essai contrôlé	46 cliniciens formés en «alliance médicamenteuse» et données recueillies auprès de 51 patients	Etude de l'utilité d'un programme amélioré d'entraînement à l'adhésion pour déterminer son efficacité sur l'AT		Les résultats retrouvent que la formation des cliniciens pour soutenir l'adhésion du patient devrait inclure des stratégies qui améliorent également l'AT.

2012	R. McCabe	Etude multicentrique européenne	134 cliniciens et 507 patients atteints de SCZ ou trouble apparenté	Effet des RT sur l'adhésion aux TTT antipsychotiques	Faible corrélation entre côtes patients-cliniciens ($r=0,13$, $p=0,04$) mais chacun lié à une meilleure adhésion. Après ajustement de la sévérité des symptômes : augmentation de RT évaluée par le clinicien associée à une augmentation de l'OR de bonne observance de 65,9% (IC 95%: 34,6% à 104,5%); augmentation de RT évaluée par le patient, le rapport de probabilité d'une bonne observance a été augmenté de 20,8% (IC 95%: 4,4% à 39,8%).
2012	T. Lecomte, M-C Laferriere-Simard and C. Leclerc	Essai contrôlé	36 patients atteints de psychose précoce	Déterminer l'impact de l'AT sur les résultats cliniques et psychosociaux	AT du patient prédit les symptômes totaux et l'estime de soi en post-traitement, alors que AT des patients et des thérapeutes prédisent la participation au groupe (gestion des symptômes).
2012	D. Misdrahi and al.	Etude transversale	38 patients hospitalisés avec SCZ ou SCZ-aff	Effet de l'AT sur l'adhésion au TTT et les variables cliniques	AT significativement corrélée avec l'adhésion ($r = 0,663$, $p < 0,0001$) et l'insight ($r = 0,664$, $p < 0,0001$). Une faible AT est associée à une mauvaise observance.
2012	L. Thompson & R. McCabe	Revue de la littérature : 23 études sur 6672	Effet de l'AT clinicien-patient sur l'observance		L'AT est associée à une adhésion plus favorable du patient.
2012	M. De Leeuw and al.	Revue de la littérature (14 publications)	Patients atteints de troubles psychiatriques chroniques, SCZ ++	Identifier ce que l'on sait sur l'AT	Les résultats montrent qu'une bonne AT a des effets positifs sur le fonctionnement des patients. Les résultats indiquent également que l'AT est largement déterminée dans les 3 premiers mois.
2013	K.A. Owens, G. Haddock and K. Berry	Etude exploratoire	81 participants atteints de SCZ ou de SCZ-aff	Effet de la RT sur la régulation émotionnelle	Une AT forte était associée à moins de difficultés à réguler les émotions.
2015	L.P. Goldsmith, S.W. Lewis, G. Dunn and R.P. Bentall	Essai contrôlé randomisé à trois bras avec évaluation à l'aveugle	308 personnes (1 ^{er} ou 2 ^{ème} EPA) répartis en 3 : TCC + soins de routine (SR) vs. Counseling de soutien (CS) + SR vs. SR seul	Evaluation de l'effet causal de l'AT sur les résultats	Lors des TCC et CS, meilleure AT associée à la réduction des symptômes. Avec une bonne AT, participation à plus de sessions et résultats cliniques nettement meilleurs sur le score total PANSS [taille effet -2,91, IC à 95%, -0,90 à -4,91]. Avec une AT faible, participer à plus de séances est préjudiciable (taille effet +7,74, IC à 95% +1,03 à +14,45).
2015	K. Berry, L. Gregg, C. Barrowclough and al.	Essai contrôlé randomisé (ECR)	Echantillon d'étude de l'ECR de Barrowclough : 327 participants	Effet de l'AT sur l'attachement et les résultats thérapeutiques	Aucune AT évaluée par thérapeute ou patient n'a été significativement liée à des résultats objectifs ni à au style d'attachement.
2015	F. Weck and al.	Analyse transversale et longitudinale de 3 essais contrôlés randomisés	61 patients avec divers diagnostics non SCZ, classés en échec ou en succès thérapeutique ; 32 thérapeutes	Association entre AT, observance médicamenteuse et compétence du thérapeute	Analyse transversale : effet modérateur de l'AT sur les résultats du TTT. Une meilleure compétence des thérapeutes s'est avérée affecter positivement le résultat du TTT, seulement médiatisé par l'AT. Une meilleure observance a affecté le TTT de façon positive, uniquement médiatisée par la relation compétence-alliance. Analyses longitudinales : preuves que l'AT au sein d'une même session influence l'adhésion lors de la séance suivante, mais pas l'inverse.
2015	C. Niolu and al.	Etude descriptive	178 patients hospitalisés volontairement : 89 SCZ	Styles d'attachement et AT	Le rôle du soignant s'est révélé particulièrement important par rapport à l'AT. Le style d'attachement peut jouer un rôle clé dans la prédiction de l'adhésion aux soins à travers l'AT.
2017	L. Shattock, K. Berry, A. Degnan and D. Edge	Revue de la littérature : 26 études admissibles sur 4586	Déterminer (a) la qualité de l'AT dans la SCZ ; (b) si l'AT prédit des résultats thérapeutiques		WAI patients > thérapeutes (64,51 vs 61,26). Preuves que l'AT prédit des résultats symptomatiques psychotiques globaux. Preuves préliminaires que l'AT prédit la réhospitalisation, l'observance des médicaments et l'estime de soi.

Abréviations :

AT : alliance thérapeutique ; ATCD : antécédent ; HDJ : hôpital de jour ; EPA : épisode psychotique aigu ; IC : intervalle de confiance ; OR : odds ratio ; RT : relation thérapeutique ; S : semaines ; SCZ : schizophrénie ; SCZ-aff : troubles schizo-affectifs ; TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TTT : traitement.

Tableau 2 : tableau récapitulatif des études explorant les facteurs influençant la qualité de l'alliance thérapeutique

Date édition	Auteurs	Type d'étude	Population d'étude	Objectif de l'étude/ variables étudiées	Mesure de l'AT	Résultats
2003	R. McCabe and S. Priebe	Essai contrôlé randomisé	3 échantillons SCZ : A n= 90 1ère admission, B n= 72 hospitalisés à long terme et C n= 41 patients ambulatoires, D n= 249 alcooliques et E n= 42 dépressifs	Facteurs socio-démographiques et cliniques.	HAQ II	Différence significative de la RT entre les groupes. Moins bonne qualité de RT chez les patients SCZ : hospitalisation longue, augmentation de la symptomatologie. Analyses de régression multiple : 3 à 28% de la variance de la RT évaluée par les patients, expliquée par la psychopathologie, donc influence d'autres facteurs que les caractéristiques sociodémographiques et cliniques.
2003	H. Johansson and M. Eklund	Etude qualitative	2 échantillons stratifiés de patients psychotiques, traités en hospitalisation ou en ambulatoires (hétérogénéité)	Opinion des patients sur ce qui constitue de bons soins psychiatriques (satisfaction)		Emergence d'une catégorie principale : la qualité de la rencontre. Les résultats ont révélé l'AT comme le facteur crucial. Les résultats ont également donné d'autres indications sur ce qui entraîne une bonne RT. L'ambivalence, le temps et le sens étaient des constituants importants de la RT. Les résultats soulignent l'importance de la qualité de la RT et indiquent l'incorporation de principes psychothérapeutiques dans toutes relations soignant-patient en soins psychiatriques généraux.
2003	S.J. Ackerman and M.J. Hilsenroth	Revue de la littérature	Attributs personnels du thérapeute et des activités			Les qualités personnelles du thérapeute, comme être flexible, honnête, respectueux, digne de confiance, confiant, chaleureux, intéressé et ouvert, ont contribué positivement à l'AT. Les techniques thérapeutiques telles que l'exploration, la réflexion, la prise en compte du succès du TTT passé, l'interprétation précise, la facilitation de l'expression de l'affect et la participation à l'expérience du patient ont aussi contribué positivement à l'AT.
2004	L.W. Davis, P.H. Lysaker	Etude exploratoire	24 participants atteints de SCZ et leurs thérapeutes / TCC 3 mois	Neurocognition	WAI-SR	Mesures AT des patients et thérapeutes corrélées aux mesures de la mémoire verbale, de l'intelligence pré-morbide, du raisonnement spatial visuel, de la fonction exécutive et de l'attention, tous obtenus avant le début de la thérapie. Les performances médiocres sur la mémoire verbale étaient significativement liées à la notation d'une AT plus forte par le patient, alors qu'une meilleure performance sur le raisonnement spatial visuel était significativement liée à une AT plus forte du thérapeute.
2005	C. Laignac and al.	Etude épidémiologique	140 patients au sein d'un service d'urgences psychiatriques	Facteurs socio-démographiques (âge)	HAQ II	Influence relativement limitée des facteurs sociodémographiques : meilleure AT selon : âge (si <25 ou >45) seulement côté thérapeutes, moindre niveau de scolarité. Intérêt de la prise en compte du temps de l'urgence dans la construction de l'AT
2006	S.M. Couture and al.	Essai contrôlé randomisé	30 patients externes entre 18 et 65 ans, avec un diagnostic de SCZ ou SCZ-aff	Etude des prédicteurs cliniques de l'AT des patients et des thérapeutes	WAI	Côté thérapeute, AT significativement prédit par : fonctionnement social, symptômes positifs et désorganisation cognitive (PANSS). Pas de relation significative entre prédicteurs cliniques et AT côté patients. Donc facteurs interpersonnels du patient sont des prédicteurs significatifs de l'AT selon thérapeute dans le TTT de la SCZ.
2007	G. Shick Tryon, S. Collins Blackwell, E. Felleman Hammel	Méta analyse (53 études publiées entre 1985 et 2006)	Patients hospitalisés ou vus en externe avec divers diagnostics, dont SCZ dans seulement 5 articles.	Comparaison des perceptions de l'AT entre patients et thérapeutes	WAI-S, CALPASH AQ II	Côtés d'AT patients-thérapeutes modérément corrélés (r.36, SD.00); notations des patients plus élevées que celles des thérapeutes (r. 63, SD .42). La sévérité des troubles du patient a été un modérateur important des divergences de notation de l'AT du patient.
2007	J.D. Prince	Etude descriptive transversale	307 patients atteints de SCZ hospitalisés	Incidence du nombre d'hospitalisations		La sensibilisation à la pathologie est plus importante chez les personnes ayant plus d'hospitalisations, alors que l'AT semble s'affaiblir. Les personnes ayant une plus grande récidence peuvent donc avoir besoin de moins d'aide que les autres pour acquérir une connaissance de soi de la psychopathologie qui s'est peut-être déjà développée.

2007	U.M. Junghan, M. Leese, S. Priebe and M. Slade	Analyse secondaire d'une étude longitudinale	101 patients et le personnel apparié	Besoins non satisfaits (BNS)	BNS patients négativement associés à l'AT évaluée par patient et soignant. BNS soignants positivement associés à l'AT des patients seulement. La réduction des BNS évaluée par le patient a augmenté l'AT du patient mais pas du soignant, même en tenant compte d'autres variables. La réduction des BNS notés par le soignant a augmenté l'AT du soignant mais pas du patient, mais l'effet est devenu insignifiant en contrôlant les autres variables.
2008	D.P. Johnson and al.	Essai contrôlé randomisé	63 patients ambulatoires SCZ avec HAV résistantes au TTT, assignés au hasard à TCC ou soin standard	Caractéristiques de du patient	Alliance de groupe plus forte (à mi-parcours du TTT) associée à des niveaux globaux plus élevés d'insight de groupe, à une désorganisation moindre et à un meilleur fonctionnement social.
2008	H. Gilbert, D. Rose and M. Slade	Etude qualitative	19 patients en phase aigu, hospitalisés	Identifier les variables des RT en hospitalisation	Alliance de groupe plus forte était significativement corrélée à des taux de participation plus élevés et à l'évaluation par les thérapeutes de la complaisance au TTT. Les RT ont constitué le noyau des expériences des utilisateurs de services. Trois autres variables importantes retrouvées : traitement, liberté et environnement. Les thèmes de la communication, de la sécurité, de la confiance, de la coercition et de la compétence culturelle ont contribué au concept des RT.
2009	A. Wittorf and al.	Essai	80 patients atteints de SCZ, ambulatoires, en psychothérapie	Symptômes, insight	Meilleure évaluation de l'AT : pour les patients lorsque l'insight est plus élevé; pour les thérapeutes lorsque les symptômes positifs et négatifs sont moindres. Pas de corrélation significative ($r = 0,17$) entre les évaluations de l'AT des patients et des thérapeutes avec des notations significativement plus élevées chez les patients que celles de leurs thérapeutes ($d = 0,73$)
2009	G. Bourdeau, L. Théroux and T. Lecomte	Etude descriptive longitudinale	150 personnes atteintes de psychose précoce recrutées dans divers milieux cliniques	Symptômes, insight, fonctionnement social, ES	Dans la psychose précoce, les facteurs interpersonnels (relations amicales et loisirs), les ES des médicaments et la qualité de vie explique 22% de la variance de l'AT. Les variables incluses dans le modèle sont cohérentes avec la littérature sur l'AT.
2009	S.H. Gold and M.J. Hilsenroth	Essai contrôlé randomisé	30 + 30 patients ambulatoires suivis par des thérapeutes suivis ou non.	Effets de la thérapie personnelle des cliniciens, de leurs caractéristiques et de la durée de la thérapie	Pas de différences significatives entre les groupes de l'AT des patients. Différences significatives de l'AT selon les variables suivantes : confiance du thérapeute, accord sur l'objectif et la tâche, ainsi que l'alliance globale, avec des scores plus élevés chez les thérapeutes ayant reçu un traitement personnel. En outre, des différences significatives ont été observées dans le nombre de séances de thérapie suivies.
2009	R. Hughes, M. Hayward and W. M. L. Finlay	Etude qualitative	12 participants hospitaliers involontaires	Impact des soins hospitaliers involontaires les RT	Les participants ont rapporté des expériences variées de soins hospitaliers involontaires, en ce qui concerne les effets perçus sur les RT. Les perceptions de soi des participants étaient liées à leur expérience des relations avec les professionnels.
2010	C. Barrowclough, P. Meie, R. Beardmore and R. Emsie	Essai contrôlé randomisé avec étude transversale	n = 116 patients psychotiques, bénéficiant d'entretien motivationnel intégrée à une TCC, et leurs thérapeutes	Identifier les facteurs prédictifs de l'AT de patients psychotiques consommateurs de toxiques	Les attitudes négatives des patients vis-à-vis du TTT, y compris le manque d'insight, prédisaient une AT plus pauvre. L'AT selon les thérapeutes était également prédite par l'attitude du patient à l'égard des médicaments, de la dépression auto-rapportée et de la situation de vie. La sévérité des symptômes et l'usage de substances toxiques n'étaient pas liées à l'AT. En accord avec les études précédentes, les perspectives de notation différaient, les patients évaluant l'AT plus positive que les thérapeutes.
2010	A.E. Smith, R.M. Msetfi, L. Golding	Revue de la littérature : 18 études sur 179		Relation entre les modèles d'attachement des patients et l'AT	Malgré des incohérences en ce qui concerne la mesure et la conceptualisation de l'attachement et de l'AT, les preuves suggèrent que les patients qui se considèrent comme ayant un modèle d'attachement plus sûr sont susceptibles de juger l'AT plus élevée.
2010	A. Wittorf & E. Jakobi	Essai	67 patients présentant des symptômes psychotiques persistants avec TCC ou TTT de soutien	Effet du conflit cognitif des symptômes psychotiques sur le cours de l'AT	Ni l'évaluation de l'AT des patients ni celle de des thérapeutes n'a montré de différence dans les TTT. Les interventions spécifiques en TCC qui remettent en question les symptômes psychotiques n'influencent pas nécessairement négativement le cours de l'AT.
2011	K.A. Sheehan, T. Burns and al.	Etude qualitative	164 patients admis dans deux hôpitaux psychiatriques d'Oxford, en Angleterre	Coercition perçue lors des admissions en unité psychiatrique	48% des patients admis volontairement et 89% des patients admis involontairement ont eu des taux élevés de coercition. Un score de coercition perçue élevé était significativement associé à l'admission involontaire et à une mauvaise évaluation de la RT. La RT a confondu le statut juridique en tant que prédicteur de la coercition perçue. L'hospitalisation, même volontaire, était considérée comme plus coercitive lorsque les patients évaluaient négativement leur RT.

2011	P. Lysaker and al.	Etude de cohorte	40 adultes atteints de SCZ inscrits dans un programme de 6 mois de TCC	Caractéristiques cliniques prédictives du degré de différence entre évaluations AT patients- thérapeutes	WAI	Les résultats indiquent que les patients ont produit des notes plus élevées sur l'AT que les thérapeutes et que les notes générales thérapeute-patient étaient plus disparates lorsque les patients présentaient moins de symptômes négatifs et une meilleure compréhension. De meilleures évaluations de l'AT des patients ont été liées à des niveaux inférieurs de symptômes positifs, négatifs et de désorganisation et à une meilleure prise de conscience des besoins de TTT. Les taux supérieurs de l'AT par les thérapeutes ne sont liés qu'à des niveaux inférieurs de symptômes désorganisés chez les patients.
2011	L.W. Davis, A.C. Eicher and P.H. Lysaker	Essai contrôlé randomisé	63 adultes atteints de SCZ ou SCZ-aff inscrits à un programme de 6 mois de TCC ou de soutien	Métacognition : capacités de maîtrise	WAI-S	Effets de groupe pour le score WAI-S total, les groupes de maîtrise élevés et intermédiaires ayant de meilleurs scores d'AT que le groupe de maîtrise minimal. Les résultats suggèrent qu'une plus grande capacité de maîtrise prédit une AT plus forte, mais ne prédisent pas son développement au fil du temps.
2012	A. Theodoridou and al.	Etude qualitative	116 patients, admis à l'hôpital universitaire psychiatrique de Zurich	Coercition perçue par les patients	STAR	Coercition perçue plus élevée (liée à un niveau plus élevé de symptômes et à un niveau inférieur de fonctionnement global à l'admission) prédit évaluation plus négative de la RT par les patients. Perte d'autonomie perçue associée à RT plus négative selon patient et clinicien. Relation modérée entre la vision des patients et celle des cliniciens de leur RT.
2012	T. Lecomte, M-C Laferriere-Simard and C. Leclerc	Essai contrôlé	n= 36 personnes atteintes de psychose précoce /interventions de groupe (gestion des symptômes)	Déterminer le meilleur prédicteur de l'AT	IAO	Seulement la mesure de base de la capacité d'attachement a prédit les scores d'AT du patient.
2012	A. Cookson, M. Daffern, F. Foley	Etude qualitative	79 patients admis en phase aiguë en hôpital psychiatrique	Style interpersonnel, coercition perçue et symptômes psychiatriques		Les résultats ont montré qu'un style interpersonnel à dominante hostile et des symptômes de paranoïa prédisaient une mauvaise AT, contribuant à 14% de la variance dans les scores d'AT. Un style interpersonnel dominant prédisait l'agression envers le personnel.
2012	S. Lorentzen and al.	Essai contrôlé randomisé	167 patients inclus : 143 axe I du DSM IV et 69 axe II. 148 ont bénéficié de la thérapie de groupe : 70 sur 20 sessions et 79 sur 80 sessions.	Durée du traitement et caractéristiques du thérapeute	WAI	Pas de différence de développement de l'AT dû à la durée du groupe. Une formation formelle plus longue du thérapeute a eu un impact négatif sur les valeurs de la tâche de la sous-échelle AT dans les deux traitements. Une expérience clinique plus longue a influencé positivement la tâche et l'objectif de l'AT dans le groupe + court, mais elle était non significative dans le groupe + long. Les thérapeutes devraient prêter attention aux trois aspects de l'alliance, lorsqu'ils préparent les patients à une thérapie de groupe.
2013	R. Johansen, V.C Iversen and al.	Etude transversale	42 patients présentant une SCZ débutante	Etude des prédicteurs de l'AT	WAI-S	Scores totaux WAI-S du patient prédits par : âge et symptômes positifs. Scores totaux WAI-S du thérapeute prédits par : insight. Association modérée des scores totaux WAI-S du patient et du thérapeute. Pas d'association retrouvée entre AT et neurocognition.
2013	R. Johansen, I. Melle et al.	Essai	42 patients présentant une SCZ précoce (18 à 65 ans), hospitalisés ou traités en externe	Traits de personnalité, problèmes interpersonnels	WAI-S	Scores WAI-S des patients prédits par les problèmes interpersonnels soumis / hostiles (IP-64C), l'âge et les symptômes positifs (PANSS). Scores WAI-S du thérapeute prédits par des traits de personnalité (NEO-FFI) et les symptômes (PANSS).
2013	S. Krvig and al.	Etude descriptive	156 patients stabilisés avec SCZ ou SCZ-aff	Examiner les variables liées à la qualité de l'AT	STAR	Les régressions multiples hiérarchiques ont révélé que plus d'orientation vers le rétablissement, moins de stigmatisation de soi et plus d'insight étaient associées à une meilleure qualité de l'AT. Les symptômes cliniques, le style d'attachement des adultes, l'âge et la durée du TTT n'étaient pas liés à la qualité de l'AT.
2013	G. Thornicroft, S. Farrelly, and al.	Etude comparative randomisée multi-centrique en simple-aveugle	569 patients (trouble psychiatrique récidivant et > 1H au cours de 2 ans) répartis en 2 dans le groupe d'intervention PCC et groupe contrôle	Critères secondaires : admissions volontaires, durée de séjour, qualité de l'AT.		Pour les critères secondaires : aucune différence significative n'a été observée, en dehors du score d'AT amélioré dans le groupe PCC. L'analyse des données qualitatives suggérait que le PCC améliorerait la vision de la RT par le patient, et les cliniciens avaient une meilleure compréhension du patient.

2014	E. Roche and al.	Etude de cohorte	230 patients éligibles (n= 110 en HL et n= 120 sous contrainte)	Facteurs démographiques et cliniques associés à la RT	WAI-S	Les patients psychotiques admis involontairement, qui avaient signalé des niveaux plus élevés de pressions perçues lors de l'admission, étaient plus susceptibles d'avoir une RT moins bonne avec leur psychiatre consultant. Des niveaux plus élevés d'insight et de satisfaction au traitement, ainsi que des niveaux plus élevés de justice procédurale éprouvés à l'admission, étaient associés à une meilleure RT.
2014	E. Jung, M. Wiesjahn & T. M. Lincoln	Etude descriptive	56 patients ambulatoires atteints de SCZ, traités par TCC	Identifier les prédicteurs pertinents de l'AT	STEP	Des symptômes négatifs plus faibles ont significativement prédit une AT plus élevée des patients et ses thérapeutes. Les résultats indiquent que les symptômes négatifs pourraient être un obstacle au développement de l'AT.
2014	S. Farryly & H. Lester	Revue de la littérature entre 1990 et 2011 : 13 articles		Compréhension actuelle des RT entre les personnes avec psychose et leurs cliniciens		3 composantes clés des RT bénéfiques ont été identifiées : la confiance mutuelle, la démonstration du respect mutuel et la prise de décision partagée. La synthèse a révélé que de telles interactions sont difficiles à réaliser en routine. Principal obstacle : manque de clarté concernant le but des interactions, créant des rôles mal définis et éventuellement des besoins d'opposition. Dans ce contexte d'ambiguïté, les cliniciens semblent minimiser les interactions caractéristiques des RT bénéfiques et privilégier les interactions qui protègent les autres usagers et eux-mêmes en cas de rechute.
2015	F.X.E. Höfer and al.	Etude transversale	113 patients hommes adultes (admis en psychiatrie générale ou unités médico-légales à sécurité moyenne)	Hypothèse : le traitement obligatoire est négativement associé à la qualité de la RT		Aucune association sur la RT entre les évaluations des patients et celles des médecins. Evaluation des patients de la qualité de la RT inversement liée à la sévérité des symptômes et surtout à l'hostilité. Pas d'association entre mesure RT et statut juridique des patients
2015	S. Laconi et coll.	Etude exploratoire	60 patients adultes	Evaluer la relation entre l'AT et 20 mécanismes de défense	HAQ II	Nos résultats mettent en avant la présence de liens entre l'AT et certains mécanismes de défense. Le style de défense mature apparaît comme un prédicteur significatif de l'AT (R2 adj=0,36, F=12,39, β=0,65, p < 0,01). L'AT positive est associée à plusieurs mécanismes de défense : chez les hommes, l'annulation, chez les femmes, l'agressivité passive. En ce qui concerne l'AT négative, seul le déplacement est significatif et uniquement chez les hommes.
2015	A. Hartmann, A. Joos, D.E. Orlinsky & A. Zeeck	Etude exploratoire	98 patients (la moitié en externe et l'autre en HDI) traités par 26 psychothérapeutes	Divergence de perception de l'AT entre patients et thérapeutes	HAQ	La divergence entre le thérapeute et le patient était significativement liée à l'implication du thérapeute. Le meilleur prédicteur de la divergence entre le thérapeute et le patient était que les thérapeutes éprouvaient un modèle de «travail en difficulté».
2015	E. Jung and al.	Essai	48 patients ambulatoires avec trouble psychotique/ CBTp (TCC pour la psychose)	Caractéristiques thérapeutiques pertinentes	HAQ	Toutes les caractéristiques du thérapeute étaient positivement associées à l'AT évaluée par le patient. Les caractéristiques des patients n'étaient pas significativement associées à l'AT et ne prédisaient pas l'AT dans l'analyse multivariée. L'analyse de régression a révélé l'authenticité et la compétence du thérapeute pour prédire de manière significative une AT mieux évaluée par les patients. Nos résultats suggèrent que l'authenticité du thérapeute perçue est le prédicteur le plus pertinent de l'AT évaluée par le patient dans la CBTp.
2015	K. Pos and al.	Essai contrôlé randomisé	111 patients avec un diagnostic de SCZ, 106 frères et sœurs non atteints et 63 témoins	Styles d'attachement insécurisés et la théorie de l'esprit (ToM)		Les résultats de cette étude soutiennent l'idée qu'un style d'attachement anxieux est associé à une moins bonne ToM. Les résultats ont également suggéré un rôle protecteur potentiel de niveaux plus élevés d'attachement évitant sur ToM. Ces résultats ont une pertinence clinique, car certains mécanismes d'attachement (insécures) peuvent affecter les relations interpersonnelles, ainsi que l'AT.
2016	A. Ruchlewska and al.	Essai contrôlé randomisé	212 patients ambulatoires avec des troubles psychotiques ou bipolaires	Insight, fonctionnement psychosocial et soutien social	WAI	Nos résultats indiquent que les patients ont évalué l'AT plus positivement lorsqu'ils ont ressenti un plus grand besoin de traitement, moins de problèmes comportementaux et sociaux et plus de symptômes psychiatriques. Les cliniciens ont évalué l'AT plus positivement chez les patients qui ont signalé moins de problèmes sociaux et une meilleure vision de la maladie. Les caractéristiques démographiques des patients, y compris les femmes et les hommes mariés, étaient également positivement liées à l'alliance des cliniciens. Nos résultats suggèrent que les patients et les cliniciens ont des perceptions divergentes de l'AT.

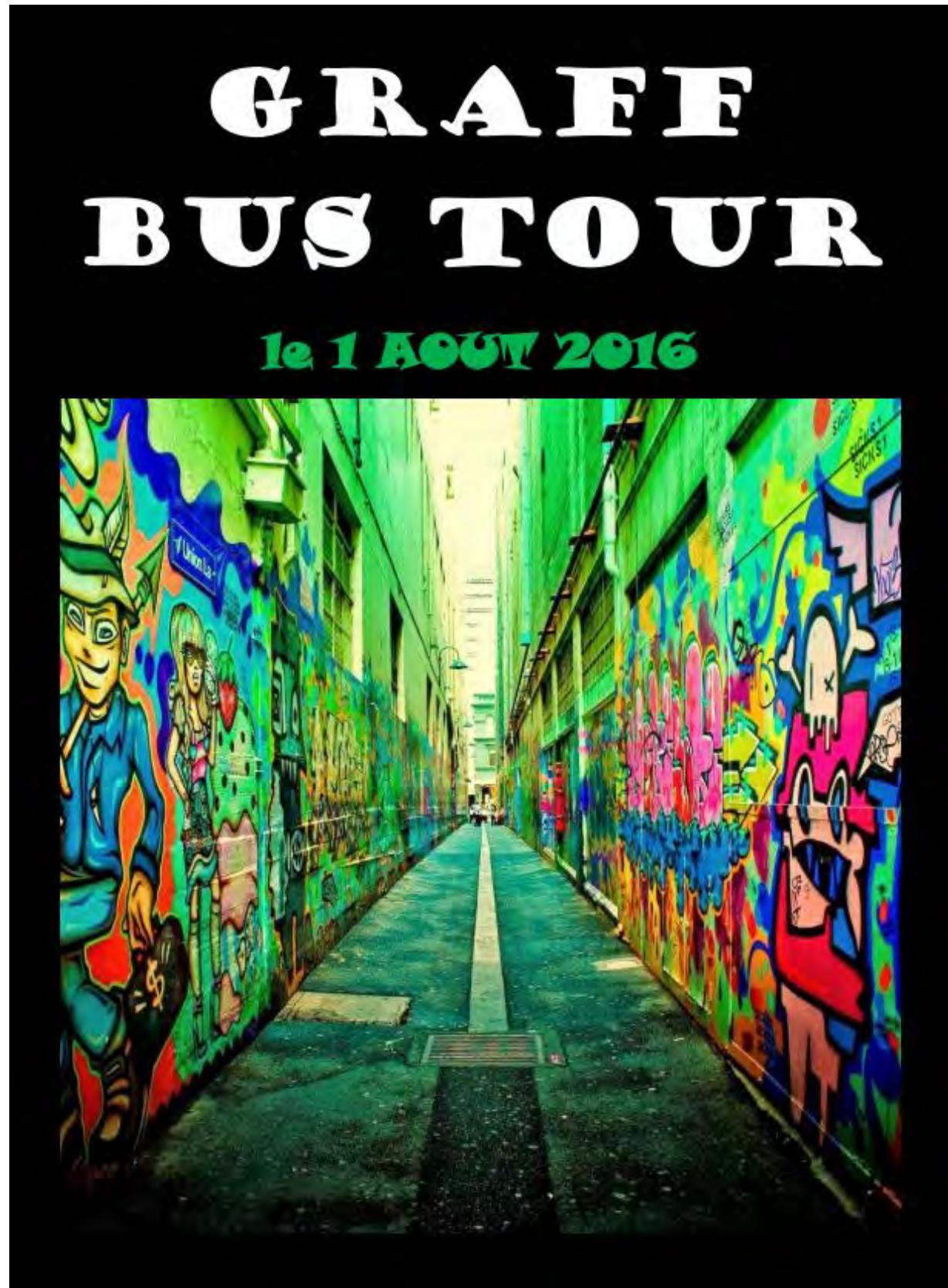
2016	M. Cavelti, P. Homan, R. Vauth	Etude exploratoire	133 patients ambulatoires souffrant de SCZ ou de SCZ-aff	Trouble de la pensée et rétablissement	Des niveaux plus élevés de trouble de la pensée étaient significativement associés à des cotes AT de cliniciens inférieurs, mais pas aux cotes d'AT des patients. Les cotes attribuées par les cliniciens à l'AT étaient significativement liées à un style de rétablissement plus hermétique et moins intégratif. Les cotes d'AT les plus basses semblaient avoir influencé l'association entre le trouble de la pensée et le style de guérison.
2016	R. McCabe and al.	Essai contrôlé randomisé	21 psychiatres ; 97 patients externes (51%) atteints de SCZ / SCZ-aff et 64 (66%) bénéficiant de 4 séances de groupe et individuelles, suivis 5 mois	Tester l'efficacité de la formation en communication pour les psychiatres sur l'amélioration de la compréhension partagée et de la RT	Les psychiatres recevant l'intervention ont utilisé 44% plus d'autoréparation que le groupe témoin (différence ajustée dans les moyennes 6.4, IC à 95% 1.46-11.33, P50.011, un effet important) en ajustant pour l'autoréparation de base. Les psychiatres ont évalué la RT plus positivement (différence ajustée des moyennes 0.20, IC à 95% 0.03-0.37, P = 0.022 effet moyen), tout comme les patients (différence ajustée des moyennes 0.21, IC à 95% 0.01-0.41, P = 0.043, effet moyen).
2016	L. Thompson, C. Howes and R. McCabe	Etude qualitative	134 consultations externes par 30 psychiatres et 114 patients en ambulatoire	Types de questions que les psychiatres posent aux patients	Seules les questions déclaratives prédisaient de meilleures adhésion et perception de la RT. Inversement, les questions «wh-» associées à des symptômes positifs prédisaient des perceptions plus faibles de la RT. Les questions déclaratives étaient fréquemment utilisées pour approcher une meilleure compréhension des expériences des patients.
2016	A. Degnan, A. Seymour-Hyde, A. Harris K. Berry	Revue de la littérature (11 études)		Style d'attachement du thérapeute	Il existe des preuves préliminaires que le style d'attachement du thérapeute et les interactions entre le style d'attachement du thérapeute et celui du patient contribuent aux résultats de l'AT et de la thérapie.
2017	L. Shattock, K. Berry, A. Degnan and D. Edge	Revue de la littérature : 26 études admissibles sur 4586		Déterminer les variables associées à l'AT	Preuves que des facteurs spécifiques des patients sont liés à l'AT : plus faible insight et ATCD d'abus sexuels associés à AT moins bien notée par les patients, alors que symptômes négatifs associés à AT moins bien évaluée par les thérapeutes. Caractéristiques des thérapeutes (authenticité, fiabilité, empathie) associées à une meilleure AT des patients, tandis que la compliance et la participation sont associées à une meilleure AT des thérapeutes.
2018	C. Steel, J. Macdonald and T. Schroder	Revue de la littérature (22 articles)		Effet des modèles relationnels internalisés du thérapeute	Les données suggèrent que l'attachement du thérapeute affecte la qualité de la RT, selon l'évaluation du patient : moins bonne qualité d'AT si contre-transfert négatif, défaut d'empathie et problèmes thérapeutiques. Des effets d'interaction entre le style d'attachement du patient et du thérapeute ont également été trouvés. Les preuves suggèrent que l'intrajet du thérapeute affecte également la qualité de la RT, y compris les sentiments des thérapeutes vis-à-vis de leurs patients.

Abréviations :

AT: alliance thérapeutique ; ATCD : antécédent ; HDJ : hôpital de jour ; EPA : épisode psychotique aigu ; ES : effets secondaires ; H : hospitalisation ; OR : odds ratio ; PCC : "plan de crise commun" (c-à-d directives anticipées) ; RT : relation thérapeutique ; S : semaines ; SCZ : schizophrénie; SCZ-aff : troubles schizo-affectifs ; TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TTT : traitement.

DOCUMENTS ANNEXES DE L'ATELIER GRAFFITI :
Affiches, Questionnaire et Photographies

Affiches réalisées avant les sorties thérapeutiques :





Sortie au MUSEE le 26/08/16



Questionnaire remis avant le lancement de l'atelier :

QUESTIONNAIRE PROJET GRAFFITI

- Nom du projet (que pensez-vous de « Loc'Art » ? Avez-vous d'autres propositions de noms ?) :
- Quelles sont vos attentes (si vous en avez) concernant ce projet :
- Avez-vous des propositions sur des thèmes (nous envisageons d'en trouver un commun au groupe, qu'en pensez-vous ?) :
- Comment imaginez-vous le déroulement des ateliers ?
- Une idée pour votre blaze ?
- Suggestions concernant la réalisation (matériels par exemple) :
- Quel est (ou sont) votre (vos) motivation(s) pour participer à ce projet loufoque inédit :
- Vous sentez-vous prêt à venir aux ateliers après la sortie de l'hôpital jusqu'à la réalisation finale ?

Quelques réalisations de patients :











Réalisations finales sur les murs de la cour du petit secteur :





L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE DANS LA SCHIZOPHRENIE, PLACE DE L'ART-THERAPIE : REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE ET ILLUSTRATION CLINIQUE.

RESUME EN FRANÇAIS :

Le désengagement est une préoccupation majeure dans la schizophrénie, puisqu'il touche près d'un tiers des patients. Notre revue de la littérature a retrouvé l'alliance comme un des meilleurs facteurs prédictifs de l'observance médicamenteuse, de l'adhésion et de l'engagement aux soins, chez les patients atteints de schizophrénie, particulièrement si elle est établie dès le premier épisode psychotique. Les facteurs influençant la qualité de l'alliance thérapeutique sont indirectement corrélés aux symptômes psychotiques (positifs et négatifs), et directement associés au niveau d'insight et de fonctionnement social des patients.

Nous avons mis en évidence que les soins apportés par l'art thérapie chez ces mêmes patients, permettent de lutter contre les symptômes négatifs, améliorent le fonctionnement social et l'insight et semblent associés à la réduction des symptômes positifs en unité d'hospitalisation. L'art-thérapie semble également améliorer le vécu des soins.

Il nous semble ainsi légitime de s'interroger sur l'impact de l'art thérapie sur la qualité de l'alliance thérapeutique chez les patients souffrants de schizophrénie.

Notre expérience clinique a pu mettre en lumière la faisabilité de la mise en place d'ateliers médiatisés par l'art en unité d'admission, notamment des patients hospitalisés sans leur consentement.

Ce travail est le prérequis indispensable à l'élaboration d'un travail de recherche évaluant si la mise en place d'ateliers d'art thérapie en unité d'admission est un facteur prédictif de la qualité de l'alliance thérapeutique chez des patients souffrant de schizophrénie.

TITRE EN ANGLAIS : The therapeutic alliance in schizophrenia, place of art-therapy : critical review and clinical illustration.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : alliance thérapeutique, schizophrénie, art-thérapie, psychothérapie médiatisée artistique, engagement, relation thérapeutique.

INTITULÉ ET 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 : Clara LETAMENDIA