



Province  
de Liège

Enseignement

# Haute Ecole de la Province de Liège

## **CATEGORIE PARAMÉDICALE**

Quai du Barbou 2 - 4020 Liège

**"Chanter pour se construire" : une nouvelle manière d'aborder l'estime de soi afin d'améliorer la communication.**

**Josepha Amoroso**

Travail de fin d'études présenté en vue de l'obtention du grade de Bachelier en ergothérapie

Année académique : 2011 - 2012

**Siège social :**

Avenue Montesquieu, 6  
4101 Jemeppe (Seraing)  
Belgique

[www.hepl.be](http://www.hepl.be)



## **Remerciements :**

Tout d'abord à Julie ma partenaire de scène qui lors d'une répétition m'a mise sur le chemin d'une personne déterminante Mme Marie Hutois, MERCI

A Marie, cette dame extraordinaire qui a su être présente dans les coups durs, les déceptions, mais aussi les joies de ce travail. Elle a été pour moi une lumière sur un chemin obscur, un guide lorsque je m'égarais. Elle est devenue une référence par son ouvrage et ses connaissances mais aussi un exemple par son dévouement, sa passion et sa détermination, MERCI.

A M. Joie et Mme Etienne, deux personnes qui ont pris le temps de me découvrir, de m'écouter et de me comprendre, de cerner et de dompter mes qualités qui peuvent se montrer, parfois défauts. Ils m'ont donné des clés afin de mieux réagir face à certaines situations.

Merci au Dr Sartori de m'avoir accordé sa confiance en me permettant de réaliser cette étude au sein du service de soins aigus du CHR de Huy.

A cette formidable équipe pluridisciplinaire, qui m'a accueillie, intégrée et considérée comme un membre de l'équipe à part entière. A toutes ces personnes qui ont répondu à mes questions, MERCI

A Romain qui m'a supportée, réconfortée et accompagnée tout au long de l'année pour me permettre d'arriver au bout de mon projet.

Aux membres de ma famille, loin mais toujours présents durant ces quatre années. Ils ont su trouver les mots, les solutions à mes problèmes. Ils ont su compensé mon manque d'organisation et m'ont suivie dans les courses contre la montre, MERCI

A mes ami(e)s liégeois, belges et français qui ont rempli ma tête de souvenirs inoubliables de fous rires, j'en passe et des meilleurs.

A mes professeurs qui ont confirmé le choix de mes études, en suscitant mon intérêt tout au long de ma formation, MERCI.

## Table des matières

<b>1.Introduction :</b> .....	<b>6</b>
<b>2. La communication :</b> .....	<b>12</b>
2.1. Généralités sur la communication.....	12
2.1.1. Définition de la communication :.....	12
2.1.2. Les composantes de la communication.....	12
2.1.3. Les axiomes de la communication selon WATZLAWICK.....	13
2.1.4. Les signes verbaux et non verbaux.....	14
2.1.5. Les types de communications :.....	15
2.2. Les relations interpersonnelles.....	16
2.3. Les habiletés sociales.....	17
2.3.1. Définition des habiletés sociales :.....	17
<b>3. Une première approche des psychopathologies: .....</b>	<b>19</b>
<b>4. De la notion de soi à l'affirmation de soi.....</b>	<b>19</b>
4.1. Le soi.....	19
4.1.1. Le soi idéal, le soi réel et le soi obligé.....	20
4.2. La connaissance de soi : .....	20
4.2.1. Définition :.....	20
4.2.2. Stratégie afin d'améliorer la connaissance de soi.....	20
<b>5. L'estime de soi : .....</b>	<b>21</b>
5.1. Etymologie.....	21
5.2. Définition.....	21
5.3. L'élaboration de l'estime de soi.....	21
5.4. Les 3 piliers de l'estime de soi : .....	21
5.4.1. L'amour de soi :.....	21
5.4.2. La vision de soi :.....	22
5.4.3. La confiance en soi : .....	22

<b>6. L'affirmation de soi :</b> .....	<b>22</b>
6.1. Description du comportement : .....	22
6.2. Les 3 comportements de l'affirmation de soi: .....	22
6.3. L'étiologie d'un manque d'affirmation de soi : .....	23
<b>7. La représentation mentale du corps</b> .....	<b>24</b>
<b>8. Le lien entre l'estime de soi et la représentation mentale du corps.</b> .....	<b>24</b>
8.1. Etude .....	24
<b>9. L'eutonie :</b> .....	<b>25</b>
9.1. L'étymologie.....	25
9.2. Qu'est-ce que l'eutonie ? .....	25
9.3. La conscience de l'os .....	25
<b>10. Le chant</b> .....	<b>26</b>
10.1. Introduction au chant.....	26
10.2. Les vertus du chant :.....	26
10.2.1. La respiration : .....	27
10.2.2. La posture : .....	30
10.2.3. Stimulation de production d'hormones : .....	30
<b>11. Le chant et l'ergothérapeute :</b> .....	<b>31</b>
11.1. Parallèle entre les différents secteurs d'activité de l'ergothérapeute et le travail de la voix chantée. ....	31
12.1. Historique :.....	33
12.2. Missions du service : .....	33
12.3. Equipe pluridisciplinaire : .....	33
12.4. Les activités proposées :.....	34
12.5. Population du service : .....	35
12.5.1. Type de population .....	35
12.5.2. Nombre de lits.....	35

12.6. Durée d'hospitalisation .....	35
<b>13. Problématique récurrente en psychiatrie:.....</b>	<b>35</b>
13.1 Modèle psycho-dynamique. ....	36
13.1.1. Description brève .....	36
13.1.2. Ses avantages et ses inconvénients .....	37
13.1.3. Les objectifs généraux.....	37
13.2. Question de départ : .....	38
13.3. Hypothèse de travail : .....	38
14.1. Choix de la population :.....	39
14.2. Construction de l'échantillon :.....	39
<b>15. La modalité : exercices vocaux sous forme d'atelier « gymnastique vocale » .....</b>	<b>39</b>
15.1. Présentation :.....	39
15.2. Présentation d'une séance type : .....	39
15.3. De la musicothérapie ou de l'ergothérapie .....	40
15.3.1. Les similitudes : .....	40
15.3.2. Les différences :.....	40
15.4. Mon atelier « gym vocale » .....	41
<b>16. Présentation de l'atelier « gym vocal » dans le service : .....</b>	<b>42</b>
16.1. Les étapes .....	42
<b>17. Procédure effectuée pour permettre la mise en place de l'atelier .....</b>	<b>42</b>
17.1. Enchaînement des séances :.....	42
17.2. Lieu de l'atelier :.....	44
17.3. Le choix de progression des séances .....	45
17.4. Stratégies pour entretenir la participation. ....	45
<b>18. Attitude thérapeutique .....</b>	<b>46</b>
<b>19. Evaluations et grilles d'observations utilisées : .....</b>	<b>47</b>

19.1.1. Grille d'observation de Fanget.....	47
19.1.2. Grille d'observations : Annexe n°6 (+ explications des items).....	47
<b>20. Nombre de participants constituant mon échantillon :.....</b>	<b>50</b>
<b>21. Résultats .....</b>	<b>51</b>
21.1. Récapitulatifs des résultats.....	51
21.2. Analyse des résultats.....	76
<b>22. Discussion : .....</b>	<b>77</b>
22.1. Configuration des séances.....	77
22.2. Mise en place de l'atelier .....	77
22.3. Choix des exercices.....	78
22.4. La récolte d'informations : .....	79
22.5. Le choix de la population et de l'échantillon .....	79
22.6. L'impression des participantes : .....	79
22.7. La dimension thérapeutique :.....	79
22.8. L'évaluation et l'observation : .....	80
<b>23. Conclusion :.....</b>	<b>81</b>

## **1.Introduction :**

La psychiatrie est souvent abordée avec beaucoup de préjugés mais derrière les éventuelles idées péjoratives se trouvent un univers particulier qui m'a marqué lors d'un stage en deuxième année. Sensibilisée par le milieu, j'ai choisi de m'y intéresser davantage et j'ai donc approfondi mon questionnement. Au fil de mes lectures et de mes immersions dans les services, un problème récurrent m'est apparu, mais sous différents aspects selon les pathologies présentées par les individus : il s'agit de l'altération de la communication.

Or la littérature énonce que la communication est la base de toute relation et que l'estime de soi est un facteur influençant cette communication.

Je me suis alors interrogée sur les fondements des entraves relationnelles de manière générale. De même, quelles sont les solutions apportées jusqu'à présent à cette problématique, avec les patients présentant une psychopathologie ? Quels impacts ces difficultés ont-elles sur le quotidien ?

## La pyramide de la confiance en soi



Figure 1 : La pyramide de la confiance en soi<sup>1</sup> (Annexe n°8)

Par ailleurs, la pyramide de la confiance en soi de Fanget illustre bien l'importance d'une bonne estime de soi car elle est la charpente de la confiance en soi et de l'affirmation de soi. Il est donc établi que les personnes souffrant d'une mauvaise estime de soi présentent des difficultés dans l'affirmation de soi et des problèmes de confiance en soi. La communication avec les autres en est alors altérée.

Pour comprendre les mécanismes de la communication il faut en gérer les différents facteurs. La communication peut être entravée par des comportements problématiques mais ces derniers peuvent être atténués par l'acquisition d'habiletés sociales comme l'affirmation de soi ou l'expression des émotions. En développant les habiletés sociales, la réinsertion professionnelle et l'intégration à la communauté sont favorisées.

Afin d'aider au mieux les personnes présentant une estime de soi moyenne ou basse, il faut comprendre le développement de leur personnalité, chercher où se trouve la source du

---

<sup>1</sup> Pr FONTAINE O., Dr FONTAINE P., Guide Clinique de thérapie comportementale et cognitive, chapitre 7 : Affirmation de soi, Edition Retz, p.232



problème. On cible alors souvent des troubles affectifs ou un choc émotionnel lors des stades de développement de l'enfant.

Selon WINNICOTT, au stade premier du développement, qui correspond à celui où la mère subvient aux à tous les besoins de l'enfant, le nouveau-né va pouvoir commencer la structuration de son moi en s'appuyant sur le moi maternel. A contrario, si les soins prodigués par le contact, le toucher, et les sensations qu'ils procurent (« handling »<sup>2</sup> comme l'appelle WINNICOTT) s'avèrent insuffisants ou donnés par une mère elle-même inconsistante, l'enfant effectuera une prise de conscience de son corps « incertaine ». Or selon cette théorie, on se rapproche de la notion de « moi corporel », introduite par Freud qui écrivait « le moi est avant tout un moi corporel ». C'est-à-dire que les bases de la conscience du « moi » se construisent sur des expériences corporelles. Or si la conscience du « je » n'est pas stable la représentation de soi-même est perturbée ainsi que celle d'autrui. Par conséquent les relations interpersonnelles en sont altérées.

Se pourrait-il que les patients puissent se reconstruire sur cette expérience initiale du « moi corporel » et par conséquent, voir les aptitudes à la communication s'améliorer ?

J'ai fait de cette manière, le lien avec une pratique qui m'est personnelle, le chant, modalité encore peu utilisée en ergothérapie. L'apprentissage du chant demande à la personne de devenir luthier de son propre instrument : son corps. Ceci permet de mieux connaître son corps, de l'aborder de manière différente et d'influencer les idées que l'on a sur lui, corriger la valeur qu'on lui donne et donc la valeur qu'on se donne. Je me suis alors demandée comment l'instrument vocal peut-il être médiateur d'interactions positives ?

Pour construire l'instrument vocal, il faut que l'individu se centre sur son corps, l'écoute et sente ce qui s'y passe. Il doit adopter une posture qui permette de garder souplesse et stabilité lors de l'émission de son et surtout d'apprendre à respirer. Pouvons-nous espérer donner à la personne une image du corps interne plus concrète ce qui engendrera aura un impact sur la structuration du « moi » psychique ? La recherche d'une posture pour émettre des sons agréables, peut – elle permettre à l'individu de retrouver une stabilité du moi en concrétisant l'image du corps entier vécue comme une unité soutenue par une charpente

---

<sup>2</sup> B. GOLSE, Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, Ed. Masson, 1999, p.81

solide et contenu dans un « moi-peau »<sup>3</sup> posant les limites entre un individu et le monde tout en lui permettant de communiquer avec ce monde autre ?.

Cela pourrait-il améliorer l'estime de soi ?

De cette manière, en provoquant un changement de la perception de soi, des modifications de comportements observables dans la communication comme « l'affirmation de soi » sont envisageables. En outre, par les séances pratiques, il est intéressant de proposer des exercices qui mettent les individus progressivement seuls face aux autres.

Pour rejoindre l'idée d'une nouvelle découverte du corps, j'ai été influencée par des exercices utilisés par l'Eutonie, de Gerda ALEXANDER qui proposait dans les années 40 une nouvelle manière d'approfondir la connaissance de son propre corps. Cette dernière est basée sur la recherche du mouvement naturel et l'économie de l'effort afin de mieux s'adapter aux situations différentes de la vie. Gerda ALEXANDER constate, notamment, qu'« Avoir conscience de l'os a pour conséquence de renforcer la sécurité intérieure et l'affirmation de soi »<sup>4</sup>.

Question de départ : Auprès d'individus présentant une psychopathologie, est-il possible d'améliorer l'estime de soi afin de favoriser la modification des comportements dans la communication par le travail de la voix chantée?

Mon hypothèse : L'amélioration de l'estime de soi, d'individus présentant une psychopathologie, peut être favorisée par le travail de la voix chantée, dans un cadre ludique et structurant, pour influencer la communication et notamment entraîner des changements dans les comportements de l'affirmation de soi.

Dans le cadre de mon travail, j'ai proposé une démarche qui met en avant un biais influençant la communication, l'estime de soi. Les idées positives ou négatives que l'individu se forge au cours de sa vie, entraînent certains comportements destructeurs, ou au contraire favorisent les relations interpersonnelles. Par des ateliers de « gym vocale », il s'agira de faire prendre conscience aux patients de leur corps en espérant induire des modifications

---

<sup>3</sup> Didier ANZIEU, *Le penser, du moi-peau au moi-pensant*, Dunod, 1994

<sup>4</sup> Gunna BRIEGHEL-MULLER, *Eutonie et Relaxation*, Ed. DELACHAUX et NIESLE, Lausanne-Paris 1972-1979-1986

dans la perception d'eux-mêmes. En conséquence, il faut au préalable procéder à une évaluation des points forts et des points faibles qui forment l'estime de soi de la personne afin de l'améliorer. Je proposerai à la personne des exercices de respiration et des exercices vocaux afin qu'il apprenne à se connaître et à se sentir. Ensuite, j'augmenterai progressivement les difficultés des exercices de manière à pouvoir l'amener à s'affirmer face aux autres, à accepter les critiques constructives et à écouter les encouragements. Il s'agira peut être d'un nouveau moyen pour qu'il prenne conscience des capacités de son corps mais aussi de sa propre valeur. Effectuer des exercices vocaux pour soi est déjà une étape car cela signifie être à l'écoute de son corps, mais s'entendre chanter est également un passage important pour s'améliorer. Enfin, il est encore plus difficile de chanter devant les autres, en groupe ou seul, ce qui demande une certaine affirmation de soi.

De cette manière, la personne nous dévoile une part de sa personnalité, par des signes, des gestes, la posture qu'il utilise mais aussi le timbre de sa voix, le volume, l'intensité avec laquelle elle émet le son. Elle envoie des messages à ceux qu'ils l'entourent. Ce sont ces moyens qui constituent la communication et ses composants qui vont être décrits maintenant.

# Partie

# Théorique

## 2. La communication :

L'échange avec autrui est vital pour l'humain. Nous sommes des êtres d'interactions. Si celle-ci est difficile ou impossible les conséquences peuvent être grave et entraîner la mort sociale voir même dans des cas extrêmes, la mort physique. Il est vrai que la communication permet de satisfaire différents besoins comme des besoins physiologiques et des besoins d'affections. La compréhension et l'expression peuvent être influencées par la culture, le contexte et l'environnement.

### 2.1. Généralités sur la communication :

#### 2.1.1. Définition de la communication<sup>5</sup>:

La communication exprime par une définition très large, tout processus par lequel une information est transmise d'un élément à un autre, que ces éléments soient de nature biologique (système nerveux), technologique (procédés de télécommunications) ou sociale.

#### 2.1.2. Les composantes de la communication :

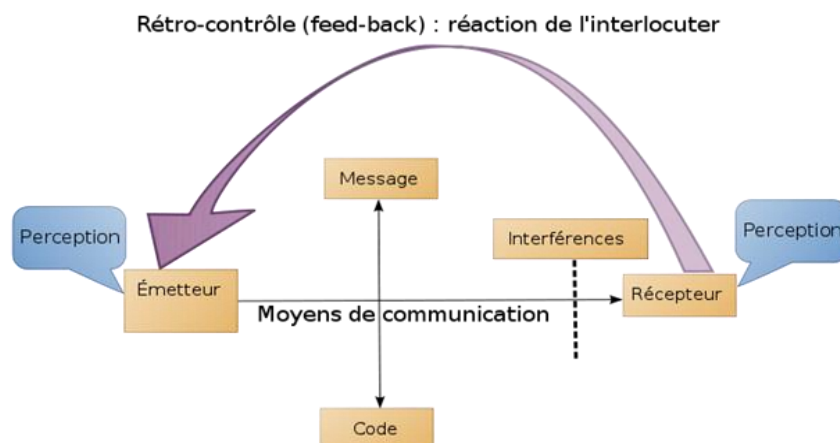


Figure 2 Schéma de la communication<sup>6</sup>

<sup>5</sup> DORON R. et PAROT F., *Le Dictionnaire De Psychologie* 2eme Édition Mise A Jour 1998

<sup>6</sup> [http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Schéma\\_du\\_processus\\_de\\_communication.svg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Schéma_du_processus_de_communication.svg)

La communication comporte :

- Un émetteur de message
- Un récepteur qui intercepte les messages
- Un message (verbal ou non verbal)
- Un code
- Un canal

Si le code n'est pas le même pour l'émetteur et le récepteur, le message est mal compris.  
(ex : une posture, une mimique, un hochement de tête)

### **2.1.3. Les axiomes de la communication selon WATZLAWICK<sup>7</sup>**

1. **On ne peut pas ne pas communiquer** : il est possible de ne pas avoir de comportement, le refus à l'échange a une signification donc émet un message à l'autre.

2. **Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tel que le second englobe le premier et par suite, est une méta-communication.** La relation amène à comprendre un message dans un sens différent et en fonction du contenu l'interprétation sera différente également.

3. **La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires.** Il est important que dans la communication il y ait 50% de temps pour l'un et 50% de temps pour l'autre.

4. **Les êtres humains usent de deux modes de communication : le digital et l'analogique** qui sont complémentaires, l'un ne va pas sans l'autre. (cet axiome est défini ci-dessous)

5. **Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence.**

La communication dite « unilatérale » n'existe pas réellement car même si l'interlocuteur ne s'exprime pas verbalement ou ne réagit pas, « ne pas réagir » est également une réponse donnée (sauf ex : autisme) (ceci représente l'un des axiomes de la communication)

---

<sup>7</sup> WATZLAWICK Paul, Une logique de la communication, le livre de poche, Paris, 1979.



#### 2.1.4. Les signes verbaux et non verbaux

Ces signes verbaux ou non verbaux varient selon la culture et l'appartenance sexuelle :

	Vocal	Non vocal
Non verbal	Ton de la voix, soupirs, débit de la parole, intensité	Apparence corporelle, posture, gestes, mimiques, regard, toucher, les silences, l'utilisation d'objet, l'utilisation de l'espace et du temps
Verbal	Paroles, mots prononcés	Mots écrits, mots montrés par des gestes (ex : langage des sourd-muet)

La communication non verbale prime sur l'information verbale. En effet, les signes non verbaux sont évocateurs de l'état d'esprit de la personne. Ils véhiculent de l'information affective. Ils sont plus significatifs et sont difficiles à dissimuler. D'ailleurs nous les utilisons pour nous faire une opinion propre de la personne. D'où l'importance de la posture et la tenue dans la communication. Les signes non verbaux sont universels. Tout le monde les comprend sans jamais les avoir appris. Il en existe d'autres beaucoup moins évidents influencés par la culture. Par ex : Oui – Non, Hochement de tête, dans un pays comme la France faire aller la tête de gauche à droite signifie « non », et de haut en bas signifie « oui », dans un autre pays les déplacements de têtes signifieront le contraire de ce qui nous a été enseigné.

### 2.1.5. Les types de communications :

Il existe différentes communications :

- La communication publique : ex : une présentation.

Ce sont des messages qu'un orateur émet devant un auditoire. L'orateur ne reconnaît pas bien à qui il parle ; réciproquement l'auditoire est assez limité dans sa possibilité de réagir face au message de l'orateur.

- La communication groupale : ex : une réunion.

Il s'agit de messages entre plusieurs personnes au sein d'un groupe suffisamment réduit pour permettre à chacun des membres de se reconnaître lorsqu'ils communiquent.

- La communication interpersonnelle : ex : échange entre un parent et son enfant qui est qualifié de dyadique.

Cela concerne les messages émis entre deux personnes qui jouent simultanément le rôle d'émetteur et de récepteur de ces messages.

Communiquer équivaut essentiellement à échanger des significations cognitives (les idées) ou affectives (des sentiments ou des désirs) qui résident en notre esprit. La signification est en chacun d'entre nous.

Lors de ma pratique, la communication groupale est mise en évidence c'est-à-dire que les participantes forment un groupe que j'anime. La communication interpersonnelle est également présente au moment des échanges entre deux participantes ainsi qu'entre une participante et moi-même.

Lorsque des échanges ont lieu, des messages sous forme de signes verbaux ou non verbaux sont transmis.

La communication est un moyen de lier deux personnes ou plus, ensemble. On parle de « relation ».

## 2.2. Les relations interpersonnelles

Ce terme désigne la nature du lien qui unit deux personnes : un couple, des amies, un père et sa fille, un frère et sa sœur. Ce sont des relations dites « dyadiques ». Elles concernent toutes relations à deux qui ont pour caractéristique principale d'être choisies et investies affectivement.

La relation est qualifiée de dynamique car il s'agit d'un processus de socialisation, d'une entrée dans un ensemble de liens qui détermine la place des uns et des autres dans la relation et qui structure la personne dans sa capacité de communication.

D'après la Classification québécoise du Processus de Production du Handicap : Ce sont « les habitudes liées aux relations avec les autres. »<sup>8</sup>

Elles comprennent:

- Les relations sexuelles.
- Les relations affectives.
- Les relations sociales.

La relation interpersonnelle est mise en évidence dans une thérapie de groupe.

La communication interpersonnelle peut être entravée par des comportements problématiques qui peuvent être atténués par l'acquisition d'habiletés sociales. En effet, en développant les habiletés sociales on peut permettre une réinsertion sociale et l'intégration à la communauté.

---

<sup>8</sup> P.Fougeyrollas, R. Cloutier, B. Hélène, J. Côté, G. St Michel, Classification québécoise, Processus de Production du Handicap, 1998, p.140

## 2.3. Les habiletés sociales

Les habiletés sociales sont la base de toutes relations sociales et interpersonnelles.

### 2.3.1. Définition des habiletés sociales<sup>9</sup> :

«L'enseignement de comportements spécifiques permettant d'interagir efficacement et adéquatement dans différents contextes d'interaction sociale (positifs, négatifs ou neutres)»

Les habiletés sociales sont subdivisées en 4 catégories<sup>10</sup>:

<b>1</b>	<b>Les habiletés sociales de base :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Soigner son apparence</li><li>- Écouter</li><li>- Se présenter</li><li>- Présenter une personne</li><li>- Remercier</li><li>- Faire un compliment</li><li>- Recevoir un compliment</li></ul>	<b>2</b>	<b>Les habiletés sociales avancées :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- S'excuser</li><li>- Suivre des instructions</li><li>- Demander de l'aide</li><li>- Offrir son aide</li><li>- Se préparer à une conversation stressante</li><li>- Eviter des problèmes</li></ul>
----------	--	----------	--

<sup>9,10</sup> R.Ouellet, Y.L'Abbé, Programme d'entraînement aux habiletés sociales, Ed. Behaviora, juin 1986, p.16, p.7

<p><b>3</b>      <b>Expression des sentiments :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier ses sentiments</li> <li>- Exprimer ses sentiments</li> <li>- Identifier les sentiments des autres</li> <li>- Exprimer de l'appréciation</li> <li>- Exprimer de l'affection</li> <li>- Répondre à la taquinerie</li> <li>- Répondre à l'échec</li> <li>- Répondre à la colère</li> <li>- Exprimer de la colère</li> </ul>	<p><b>4</b>      <b>Affirmation de soi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Répondre à la persuasion</li> <li>- Persuader quelqu'un</li> <li>- Négocier</li> <li>- Refuser une demande déraisonnable</li> <li>- Faire valoir ses droits</li> <li>- Résoudre un problème</li> <li>- Exprimer un grief</li> <li>- Répondre à un grief</li> <li>- Contrôler son agressivité</li> <li>- S'auto-évaluer</li> <li>- S'auto-renforcer</li> </ul>
--	---

Ces règles définies par l'environnement humain, renvoient une image à l'individu qui aide à élaborer des critères permettant de se définir et d'étayer sa connaissance de soi.

Toutefois, il semble important de souligner que ce concept de communication est influencé également par le type de structure de personnalité qui se développe lors des premiers stades de développement de l'enfant. C'est un moment crucial, pour la formation d'un terrain propice à un développement d'une psychopathologie.

### **3. Une première approche des psychopathologies<sup>11</sup>:**

Les personnalités borderline ont des comportements qui pourraient être attribués à un manque de consistance, d'organisation et d'équilibration de soi à l'origine duquel se trouve un manque évident d'identification lors de la croissance, au moment où l'enfant en a le plus besoin.

Selon Freud, les personnalités de type névrotique, sont celles qui passent difficilement ou ne dépassent pas leur complexe d'Œdipe ce qui signifie que le principe de réalité (le moi) n'est pas suffisamment fort pour canaliser le principe de plaisir (le ça). Cette étape dans l'enfance qui semble influencer le reste du développement va entraîner un mal de vivre.

En ce qui concerne les psychoses, les avis sont partagés. D'une part des études soutiennent l'hypothèse d'une raison organique à la maladie. Cependant, des facteurs déclenchants tels que des événements marquants ou des antécédents familiaux, responsables des épisodes de psychoses, peuvent fréquemment être retrouvés. D'autre part, le psychiatre Suisse Eugen Bleuler soutient l'hypothèse de l'existence d'un symptôme primaire, la dissociation (ou Spaltung).

### **4. De la notion de soi à l'affirmation de soi**

#### **4.1. Le soi**

Le soi est composé de 3 points de natures différentes :

- La connaissance de soi, il s'agit des idées que chacun a de lui-même. Elle est de nature cognitive.
- L'estime de soi qui regroupe les sentiments positifs ou négatifs qui influent sur nos comportements. Elle est de nature affective.
- L'image de soi, qui est de nature comportementale. Elle est influencée par la perception de nous-même mais aussi par ce que nous renvoie les autres.

---

<sup>11</sup> CARALP E., Ces maladies mentales nommées folie, Ed. Milan,1999, p.6, p.20, p.22, p.40



### **4.1.1. Le soi idéal, le soi réel et le soi obligé.**

La littérature met en évidence le soi idéal, le soi obligé (devrait être) et le soi « réel » ce que la personne croit être au moment où elle a réalisé l'exercice.

Higgins a évalué en 1986, les écarts entre le soi réel, idéal et obligé et met en évidence que plus les écarts sont grands et plus les individus sont anxieux.

Etre loin des objectifs imposés est une source de tension pour la personne, il est donc important que les exercices demandés ne la mettent pas en échec. Il est fondamental d'expliquer la complexité de l'activité pour prévenir et justifier les éventuelles difficultés rencontrées. Ceci dans un but de diminuer les exigences des objectifs que l'individu se fixe et donc pour être moins dans le jugement négatif de soi-même.

## **4.2. La connaissance de soi :**

### **4.2.1. Définition :**

« La connaissance de soi est l'ensemble des idées et des perceptions que chaque personne a d'elle-même »

C'est l'aptitude à être conscient de ses capacités, de ses besoins et de son existence.

Des stratégies peuvent être mises en place pour améliorer cette connaissance de soi.

### **4.2.2. Stratégie afin d'améliorer la connaissance de soi :**

- En écoutant les autres. L'appréciation directe et indirecte d'autrui permet à la personne de mieux se connaître. De plus l'humain renforce l'image que son environnement lui renvoie.

On rejoint les idées suivantes

- Se renseigner sur soi
- S'imaginer comment les autres nous perçoivent.
- Se révéler aux autres : en parlant de soi on apprend à se connaître.

L'ensemble des idées et des perceptions personnelles suscite des sentiments négatifs ou positifs de soi qui constituent l'estime de soi.

## **5. L'estime de soi :**

Le concept d'estime de soi a été évoqué pour la première fois, en 1980, par un psychologue américain William James. Il exprime un rapport entre ses aspirations et ses succès.<sup>12</sup>

### **5.1. Etymologie :**

G.DUCLOS traduit ce concept par « juger de sa valeur personnelle » car il se base sur « estime » qui vient du mot latin « oestimarer » signifiant « déterminer sa valeur » et « avoir une opinion favorable sur »

### **5.2. Définition :**

« L'estime de soi est l'appréciation positive ou négative de l'individu sur lui-même issue du système de valeurs personnelles ou imposée par l'extérieur au cours de l'enfance (parents, éducateurs, camarades) »

### **5.3. L'élaboration de l'estime de soi.**

Il existe l'estime de soi de base et l'estime de soi secondaire.

Le premier qui concerne plus le psychisme. Il se développe chez l'enfant quand il se dissocie de sa mère, s'individualise et devient une personne unique. Le second concerne plus des domaines concrets et réels. Il démontre que l'estime de soi peut être bonne dans un domaine alors qu'elle est faible dans un autre. Elle s'établira en fonction des expériences de l'enfant.

### **5.4. Les 3 piliers de l'estime de soi<sup>13</sup> :**

Les piliers suivants sont interdépendants.

#### **5.4.1. L'amour de soi :**

Il est le pilier le plus important de l'estime de soi. Si un être peut s'aimer tel qu'il est c'est-à-dire avec ses qualités et ses défauts, il peut être amené à ne pas se respecter. Ce pilier est

---

<sup>12</sup> BRANDEN Nathaniel, L'estime de soi, une force positive, un regard sur notre ressource psychologique la plus importante, Montréal, Béliveau, 2003, pp.11-22

<sup>13</sup> ANDRE C. et LELORD François, l'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres, Paris, Odile Jacob, pp.13 - 22

forgé par l'amour que l'entourage nous a porté et ce tout au long du développement. L'amour de soi nous permet de surmonter les difficultés.

#### **5.4.2. La vision de soi :**

Elle est la vision de nous-même, constituée par ce que nous a renvoyé notre environnement familial et sociétal. Il s'agit de notre autoévaluation de nos qualités et de nos défauts. De cette autoévaluation découlera une vision négative ou positive de soi. Ceci rejoint l'autoévaluation du soi idéal et obligé d'Higgins.

#### **5.4.3. La confiance en soi :**

Elle est induite par la manière d'avoir été éduqué en famille ou en milieu scolaire. C'est la capacité d'agir adéquatement dans des situations importantes.

Pour une bonne estime de soi, l'équilibre des trois piliers est nécessaire.

L'estime de soi influe sur les comportements de tous les jours.

## **6. L'affirmation de soi<sup>14</sup> :**

Dans la communication l'affirmation de soi est un comportement observable. Il est nécessaire pour l'intégration au groupe et pour entretenir des interactions avec les autres.

### **6.1. Description du comportement :**

C'est un comportement qui permet d'exprimer dans le respect de l'autre ses besoins, ses désirs et ses aspirations.

### **6.2. Les 3 comportements de l'affirmation de soi:**

L'affirmation de soi se divise en 3 catégories de comportements :

- Le comportement passif : celui dont la personne n'exprime pas ses besoins. Elle laisse place à l'autre.
- Le comportement agressif : il impose ses idées sans prendre en compte celles des autres, sans respect.

---

<sup>14</sup> Pr FONTAINE O. et Dr FONTAINE P., Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive, Chapitre 7 affirmation de soi, Edition Retz, 2006, p.224, p.225

- Le comportement affirmé : il exprime ses besoins et ses souhaits dans le respect de l'autre c'est faire preuve d'assertivité.

### **6.3. L'étiologie d'un manque d'affirmation de soi :**

- Le non droit personnel : Ils ne se donnent pas le droit de s'affirmer pensant gêner en demandant de l'aide ou blesser la personne en ayant des idées divergentes, en exprimant une critique ou en demandant de l'aide ou encore refuser simplement quelque chose. Ceci est souvent la conséquence d'une certaine éducation : soit il n'avait rien le droit de dire, soit il avait des droits inférieurs à ceux des autres.

- Le manque de renforcement par l'environnement : Cette cause fait à nouveau référence à un mode d'éducation utilisant des renforcements négatifs suite à un comportement affirmé ou un manque de renforcement positif ce qui va provoquer de l'évitement de situation et donc l'extinction du comportement. Ces personnes présentent souvent une estime de soi faible.

- Le manque de savoir-faire : Ce sont les personnes qui n'ont pas eu de modèle que ce soit parental ou scolaire. Ils n'ont pas appris ce comportement.

- Le manque de reconnaissance des messages sociaux : Ceci concerne toutes les personnes qui ne s'affirment pas parce qu'elles ne perçoivent pas les messages que les autres émettent. Ceci est dû à un filtre cognitif dysfonctionnel que l'on peut retrouver chez des personnes schizophrènes par exemple.

## **7. La représentation mentale du corps**

En psychologie, pour déterminer la représentation que nous avons de notre corps nous utiliserons l'expression d' « image du corps » (notion psychanalytique).

D'après F.DOLTO, l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles. Cette image se crée lors des premiers stades de développement au niveau sensori-moteur. L'image du corps devient, par un processus d'identification, l'image de soi.

Elle est le centre et la périphérie de la communication, elle y trouve une structuration par les signes non verbaux (postures, mimiques...)<sup>15</sup>.

La représentation du corps, c'est la manière dont on se l'approprie. C'est aussi par nos sensations qu'on le comprend et par les yeux de l'autre qu'on l'élabore.

## **8. Le lien entre l'estime de soi et la représentation mentale du corps.**

### **8.1. Etude<sup>16</sup>**

Les recherches en Education Physique et en psychologie du sport ont confirmé l'importance du corps dans la construction de l'estime de soi. Ces travaux ont permis de mettre en évidence que le développement de la valeur physique contribuait au renforcement ou à amélioration de l'estime de soi. Mais également qu'un certain niveau de confiance en soi est requis pour maintenir l'engagement d'un sujet dans une pratique physique.

---

15 F.DOLTO, l'image inconsciente du corps, édition du seuil, Paris, 1984, p.22-24

16 BIDDLE S. & Goudas M., Sport, activité physique et santé chez l'enfant. Enfance, 2-3,1994

On peut réaliser un lien entre cette étude et un courant de pensée qui met en avant les bienfaits de la prise de conscience de son corps par les sensations qu'il procure afin d'établir une image de soi tangible. Ce mouvement de pensée s'appelle l'eutonie.

## **9. L'eutonie :**

### **9.1. L'étymologie**

C'est en 1957 que Gerda Alexander crée le mot « EUTONIE » qui vient du grec eu = bien, harmonie, juste, et tonos = tonus= tension.

### **9.2. Qu'est-ce que l'eutonie ?**

Il s'agit d'aider l'homme actuel à la prise de conscience approfondie de sa réalité corporelle et spirituelle. En effet, elle traduit l'idée de « tonicité harmonieusement équilibrée et en adaptation constante, en rapport juste avec la situation ou l'action à vivre. »<sup>17</sup>. Rudolf STEINER<sup>18</sup> dit qu'une certaine attitude d'esprit fait que ce qui est perçu et intériorisé contribue pleinement à l'évolution unifiée et harmonieuse de l'individu.

### **9.3. La conscience de l'os**

« Avoir conscience de l'os a pour conséquence de renforcer la sécurité intérieure et l'affirmation de soi. ».<sup>19</sup>

C'est Gerda Alexander qui l'affirme.

Il semble donc cohérent d'imaginer que si nous donnons à l'individu des repères anatomiques il pourra se faire une image concrète de son corps, ainsi donner une structure de base matérielle à son « moi psychique » et avoir une meilleure connaissance de soi. Pouvoir mieux le gérer peut permettre d'avoir une meilleure estime de soi et des comportements plus favorables à la communication

---

<sup>17</sup> <http://www.institut-eutonie.com/index.php?fiche=355> consulté le 1/11/11

<sup>18</sup> STEINER R., Die Philosophie der Freiheit, Editions Emil Felber, Berlin 1894

<sup>19</sup> Opcit Gunna BRIEGHEL-MULLER, p. 4



## 10. Le chant<sup>20</sup>

### 10.1. Introduction au chant

La voix chantée ne doit pas être qualifiée de production ou d'action. Elle résulte de la libération d'une énergie accumulée par la mise en tension de forces antagonistes comme celles de l'arc qui propulse la flèche.

Elle résulte de la tension entre des couples de forces opposées au niveau de la respiration, de la statique de l'individu ou encore de la sphère bucco-pharyngée.

Lors de l'apprentissage du chant, la première étape est de connaître les mouvements puis de les différencier l'un après l'autre pour enfin les opposer pour obtenir un son. Nous pouvons faire un parallèle avec ce que C.G. Jung<sup>21</sup> a montré, c'est-à-dire que la psyché humaine est constituée elle aussi de couples opposés. Nous rejoignons donc un nouveau concept qui est celui de l'individuation dans le sens restreint du terme ce qui signifie que l'homme peut interagir consciemment à son propre développement.

Pour chanter il faut un corps en santé et équilibré. Il faut trouver une stabilité de la tête au pied ainsi trouver une respiration adéquate et pour cela apprendre à sentir et gérer les différents groupes musculaires de notre mécanisme respiratoire.

### 10.2. Les vertus du chant :

Le chant amène une introspection c'est-à-dire exploration du soi intérieur, par de nouvelles sensations, une nouvelle compréhension du corps et d'une nouvelle représentation de son corps et de ses capacités.

« L'âme est une fleur creuse  
de sang rouge. Elle frémit  
sous les ondées du chant. Elle  
s'ouvre dans l'éclaircie d'une  
voix. L'esprit s'éveille au creux  
du corps, au tronc du souffle,  
aux racines de la chair. Puis il  
s'élève dans la gorge et  
s'enflamme dans l'air pur »

La part manquante

Christian Bobin

<sup>20</sup> M.HUTOIS, Analyse anatomo-physiologique des systèmes ostéo-articulaires et ventilatoires impliqués dans le chant, Medecin des arts n°57, 2006

<sup>21</sup> C.G.Jung, MYSTERIUM CONJUNCTIONIS, Paris, Albin Michel, 1982, p.26-32

## 10.2.1. La respiration :

### 10.2.1.1. Définition :

La respiration est une des fonctions vitales de notre corps. Nous pouvons cesser de manger durant quelques jours ou de boire mais si nous cessons de respirer, nous cessons de vivre. Dès les premières secondes de vie extra-utérine, la respiration démarre. Elle est instinctive, automatique et basse, il s'agit de la respiration abdominale. Elle met en activité différents muscles notamment le diaphragme, muscle « clé » et les muscles intercostaux. On fait souvent référence aux poumons lorsque nous citons la respiration, il s'agit bien mécaniquement de la zone pulmonaire mais tout l'ensemble du tronc est important, ceci part de l'articulation occipito rachidienne jusqu'au périnée.

« Quand le souffle est irrégulier,  
l'esprit est également instable ;  
Lorsque le souffle est calme, L'esprit  
est également tranquille. »

Hatha Yoga Pradipika

(XVIème siècle)

### 10.2.1.2. Description de la respiration d'un point de vue osseux

La respiration se distingue en deux mouvements distincts :

**A l'inspiration**, le regard est à l'horizontal grâce au positionnement de la tête sur l'atlas.

La cage thoracique s'ouvre par derrière, latéralement et se soulève légèrement en avant. Niveau du rachis, l'axe vertébral se tonifie. Les courbures vertébrales (le creux cervical et lombaire) s'effacent dans un mouvement d'auto-grandissement en commençant par l'atlas, la première vertèbre cervicale. Le bassin se met à la verticale consécutivement à l'effacement du creux lombaire entraînant le sacrum qui se verticalise.

Au niveau des côtes : c'est une rotation externe qui s'effectue autour de l'axe postérieur. Elle augmente par sa forme et son orientation tous les diamètres du thorax.

**A l'expiration** : Ce mouvement est passif. Le rachis est en position de repos, la colonne vertébrale retrouve ses courbures naturelles. Les régions cervicale et lombaire retrouvent leur creux (lordose) et la région dorsale est en cyphose.

### **10.2.1.3. Description de la respiration d'un point de vue des tissus mous**

**A l'inspiration** : Contraction du diaphragme et des muscles intercostaux inspireurs. L'abaissement du diaphragme exerce une poussée sur la masse viscérale. Les muscles abdominaux et pelviens distendus par le déplacement de la masse viscérale réagissent par une contraction réflexe. Arrêté dans sa course le diaphragme devient élévateur des côtes.

Un appel d'air consécutif à cette ouverture thoracique entraîne la dilatation des poumons.

L'inspiration normale est un phénomène passif mais pas volontaire.

**A l'expiration** les muscles précédemment contractés se relâchent, l'élasticité des poumons fait le reste. Ce mouvement est passif et non volontaire.

### **10.2.1.4. Le paradoxe du chant :**

Pour chanter il faut maintenir la position inspiratoire tout en expirant. Nous apprenons donc à agir volontairement sur notre respiration. Cette parenthèse anatomique est importante pour se rendre compte de la stimulation des muscles et aussi de la difficulté à contrôler les mouvements nécessaires pour chanter. De ce fait, on se rend bien compte de la concentration et de l'attention sur notre propre corps pour sentir ce qui s'y passe. De cette manière on comprend l'importance de l'image du corps et ses composants. Le chant permet donc d'aborder l'image du corps et le travailler et ainsi en sentir les capacités physiques.

### **10.2.1.5. La stratégie respiratoire du chanteur:**

Il inspire naturellement :

- L'axe vertébral s'érige,
- Les côtes se placent à l'horizontal par l'action des intercostaux inspireurs simultanément le diaphragme s'abaisse en repoussant les viscères vers l'avant et le bas.
- Les muscles transverses de l'abdomen s'opposent à la dilatation abdominale par le réflexe d'étirement (=réflexe myotatique)

- Le diaphragme soulève les dernières côtes en agissant en synergie avec les intercostaux inspireurs.

Pour chanter, le chanteur doit maintenir volontairement les côtes ouvertes et le diaphragme abaissé tout en expirant avec les intercostaux expirateurs, les muscles transverses et obliques. C'est de cette façon que le chanteur contrôle de manière précise son flux respiratoire. C'est par synergie des actions antagonistes qu'il pourra :

- Choisir de ne pas sortir d'air même si la glotte est ouverte en bloquant le tout.

- Chanter fort, en augmentant la pression grâce aux muscles transverses sur le muscle diaphragmatique qui continue à appuyer sur les viscères.

- Chanter piano, plus la force du diaphragme avoisine celle du transverse plus il chante pianissimo.

#### **10.2.1.6. L'appui, le soutien, la lutte vocale<sup>22</sup>**

##### **10.2.1.6.1. L'appui**

C'est la sensation de pousser vers le bas en élargissant la taille pendant l'expiration. Ceci est dû à la double action inspiratrice du diaphragme c'est-à-dire le refoulement des viscères vers le bas et le soulèvement des côtes en prenant appui sur la barrière réalisée par les viscères vers le bas et le soulèvement des côtes en prenant appui sur la barrière réalisée par les viscères contenus par des muscles transverses.

##### **10.2.1.6.2. Le soutien**

C'est la sensation de contraction sous ombilicale et de serrage de ventre, force due à l'action d'expiration qu'exerce l'ensemble des muscles transverses de l'abdomen, petits obliques et périnéaux.

##### **10.2.1.6.3. La lutte vocale**

C'est la contraction simultanée des groupes antagonistes provoquant le soutien et l'appui dont les muscles inspireurs d'une part et expirateurs de l'autre.

---

<sup>22</sup> M. HUTOIS, *Poids et voix, pour la science*, n°265, 2008, p.20-21

### **10.2.2. La posture :**

Pour que l'instrument corporel complexe trouve sa pleine efficacité, le chanteur doit se tenir dans une position parfaitement axée, souple et prêt à bondir. C'est-à-dire la position que l'on trouve spontanément debout, genoux légèrement fléchis sur un trampoline. Le pied parfaitement en appui sur ses trois points d'appuis : les têtes du premier et cinquième métatarsiens et le talon.

### **10.2.3. Stimulation de production d'hormones :**

#### ***10.2.3.1. La sérotonine***

Cette sollicitation de l'entièreté du corps et de l'esprit stimule une production d'hormones comme l'hormone spécifique du bien être nommée « sérotonine » ou encore appelée « hormone du bonheur ». Son action agit sur l'humeur de la personne.

#### ***10.2.3.2. L'endorphine***

Le chant est une activité physique, qui fait appel à l'ensemble du corps, ce qui provoque une sécrétion d'endorphines même si celle-ci est moins importante que lors d'une activité comme la course, elle n'est pas à négliger. Cette hormone a des effets euphorisants, antalgiques et anxiolytiques. Elle est aussi appelée l'« hormone du bien-être ».

Je fais un parallèle avec ce qui se passait en pratique : Lors des séances il était intéressant de questionner les patients sur leur état en arrivant à une séance et comment ils se sentaient en la quittant. Ils exprimaient, je cite : « je me sens détendue », « je me sens bien », « je me sens heureuse ».

Je n'ai pas rencontré de personne qui exprimait du mal être ou de la nervosité même si ils avaient rencontré des difficultés lors des exercices en fin de séance.

## **11. Le chant et l'ergothérapeute :**

Pour proposer une telle modalité dans ses activités il est primordial que l'ergothérapeute connaisse et maîtrise un minimum de choses sur le chant, et sur le placement de voix pour ne pas dégrader le matériel vocal des élèves.

### **11.1. Parallèle entre les différents secteurs d'activité de l'ergothérapeute et le travail de la voix chantée.**

Dans le travail d'ergothérapie, on aborde la globalité du corps et de l'esprit, pour améliorer, maintenir ou développer des capacités à travers diverses activités. Le chant en est une, cette modalité peut intervenir à différents niveaux de la personne et peut être utilisée dans différents secteurs d'intervention de l'ergothérapie (gériatrie, neurologie, ou encore en psychiatrie.)

L'ergothérapeute aborde le corps dans l'espace par la posture assis ou debout tel qu'il est naturellement dans les activités de la vie de tous les jours. Il peut intervenir par cette modalité sur le débit respiratoire ainsi qu'aider les logopèdes pour le travail de l'élocution et la déglutition auprès des personnes ayant fait un AVC et/ou présentant une aphasie.

D'un point de vue plus cognitif, l'attention et la mémoire peuvent être stimulées par l'apprentissage d'une chanson ou par la stimulation du souvenir d'une chanson.

D'un point de vue psychologique : on travaille la motivation par les résultats obtenus mais surtout la valorisation, et donc un travail direct sur la confiance en soi, l'estime de soi, l'affirmation de soi ainsi que l'image corporelle.

# Méthodologie

## **12. Présentation du lieu de l'expérimentation : Service de psychiatrie aigüe de Huy**

### **12.1. Historique :**

Le service a été créé en 1983. Le service psychiatrique de type A fait partie du centre hospitalier régional hutois qui regroupe plusieurs services de soins (cardiologie, chirurgie,..).

### **12.2. Missions du service :**

- Observation
- Pose d'un diagnostic
- Instauration d'un traitement

### **12.3. Equipe pluridisciplinaire :**

L'équipe pluridisciplinaire est composée de cinq psychiatres. Un de ces cinq psychiatres est responsable du service neuropsychiatrique et un autre est responsable de la liaison entre le service psychiatrique et les autres services de l'hôpital pour une intervention rapide et optimale.

Deux psychologues assurent les prises en charge des patients hospitalisés.

Un ergothérapeute et une éducatrice sont responsables des différentes activités et des prises en charge individuelle.

L'assistante sociale permet de réguler la situation administrative des patients et joue le rôle d'intermédiaire entre le réseau interne et le réseau externe.

L'équipe d'infirmiers est composée d'un chef de service, de onze infirmières avec des spécialisations différentes, plus deux aides-soignantes. Elle veille à la prise des médicaments et tout autre acte nécessaire au bien être des patients. Et enfin une assistance logistique qui gère l'administration concernant le service.



## 12.4. Les activités proposées :

- L'ergothérapie propose des activités manuelles pour réaliser un objet, sculpter comme le travail du carton pour la réalisation de meubles. Les mandalas<sup>23</sup> également qui peuvent aider pour travailler la concentration et mettre en valeur sa créativité et ses émotions.
- Sortie sur le marché de Huy, visites culturelles diverses, balades extérieures dans le but de recréer le lien avec la réalité extérieure et permettre un contact avec la vie, la foule et les lieux divers familiers pour certains patients et de découvertes pour d'autres.
- L'activité d'expression orale est mis en place dans un but d'expression mais avec un support photo ou une autre modalité. L'atelier d'expression libre où le patient peut parler de tous les sujets qu'il souhaite aborder, et enfin la réunion bilan de fin de semaine permet de faire le point sur la semaine écoulée.
- L'hydrothérapie, l'initiation à la relaxation, et des massages sont proposées dans un but de redécouverte du corps, de prise de conscience du vécu corporel. Par ces activités, les tensions musculaires provoquées par l'anxiété et le stress sont abordées et parfois réglées.
- Le Programme Energie pour les éduquer à une meilleure hygiène de vie (éducation sur l'alimentation le sommeil, l'activité sportive) et la Gymnastique douce pour les mobiliser.
- Le Groupe de soutien aux assuétudes pour les personnes présentant un comportement addictif.
- Une après-midi leur est réservée, les patients sont chargés d'organiser leur activité : de se concerter et de faire les démarches pour la réaliser dans le but de viser l'autonomisation maximale et préparer la sortie.

---

<sup>23</sup> Mandala : cercle en sanskrit. Dans la tradition bouddhiste le mandala est un support de méditation. Plus près de nous le psychanalyste CG Jung le considère comme une représentation de l'archétype du Soi  
C. G. JUNG, *Mandala : Bilder aus dem Unbewussten*, Olten, Freiburg im Breisgau, 1977 (rééd.)

## **12.5. Population du service :**

### **12.5.1. Type de population**

La population du service est variable et mixte. Ce sont des personnes adultes présentant des troubles et diagnostics psychiatriques divers. (Dépression, Bipolarité, Personnalité Borderline, Dépendances diverses, schizophrénie et autres troubles)

### **12.5.2. Nombre de lits**

Le service est composé de 30 lits répartis en chambre à 6 lits, 2 lits ou en chambre individuelle, les hommes séparés des femmes.

## **12.6. Durée d'hospitalisation**

Les patients sont hospitalisés pour une durée moyenne de 20 jours et maximum 2 mois.

## **13. Problématique récurrente en psychiatrie:**

Lors de mes stages en psychiatrie, je me suis rendue compte qu'un concept devenait problématique et ceci de manière récurrente. Il s'agit de la communication. Celle-ci est indispensable à l'être vivant. L'être vit d'interaction avec les autres. L'isolement social peut avoir pour conséquence, la mort physique, en cas extrême.

Avant même d'associer les problèmes de communication et le domaine de la psychiatrie et donc des patients qui s'y trouvent, posons-nous cette question : ne sommes-nous pas régulièrement confrontés aux problèmes de communication dans la vie quotidienne?

On peut comprendre que les problèmes de communication ont des lourdes conséquences dans le secteur psychiatrique notamment dans l'expression des affects et la compréhension de l'autre.

Dans cette démarche je me suis intéressée aux facteurs qui peuvent influencer la communication. Ainsi sur quel facteur peut-on envisager de travailler pour favoriser une démarche de changement de comportement ?

Pour que la personne prenne la parole, engage une conversation, accepte une critique, il faut d'abord qu'elle en ait envie mais aussi qu'elle s'en sente capable. Des personnes peuvent contribuer au changement de pensées par la valorisation, les encouragements. Ces personnes sont d'ailleurs nécessaires il s'agit de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire mais le changement est mis en place lorsque la personne elle-même se rend compte de ses capacités.

Lorsqu'un individu quelconque, ne croit pas en lui, en ses propres capacités pour des raisons diverses, des événements dans sa vie, un entourage peu soutenant et qu'il est convaincu par cette idée, de simples encouragements ne sont pas suffisants. Il faut des actes. Ce « il », peut être également vous ou moi-même.

Les idées négatives et positives personnelles sur soi-même n'influencent-elles pas les comportements ?

## **13.1 Modèle psycho-dynamique<sup>24</sup>.**

### **13.1.1. Description brève**

Ce modèle a été très utilisé et développé en France. Il met au centre de son étude la psyché de la personne et son passé.

Les hypothèses retenues de ce modèle sont :

- Le comportement est la conséquence de processus inconscients.
- La personnalité est marquée par le développement psycho-affectif des premières années.
- Les conflits, l'anxiété, la culpabilité, la dépression ou tous problèmes relationnels sont subordonnés par des conflits inconscients non résolus et refoulés pendant la petite enfance ou lors de chocs psychologiques.

---

<sup>24</sup> MOREL-BRACQ. M-C., Modèle conceptuels en ergothérapie : introductions aux concepts fondamentaux, Edition Solal, collection ergothérapie, pp 135-140.

### **13.1.2. Ses avantages et ses inconvénients**

- Les inconvénients :

Ce modèle est décrit dans la littérature comme étant réducteur et subjectif. Il est dangereux de faire resurgir un matériel trop difficile à gérer pour la personne, qui provoquera une entrée en crise.

- Les avantages :

C'est un modèle qui concerne les émotions et les relations. Il s'intéresse à l'origine et les causes des troubles présentés. Il prend en compte le passé, les événements vécus et tout ce qui peut influencer les comportements dans le présent et le futur. De plus, ce modèle aborde la construction de l'image de soi positive et observe les états anxieux.

#### **13.1.3. Les objectifs généraux**

1<sup>er</sup> objectif : Donner le moyen à la personne pour qu'elle découvre ou redécouvre les raisons inconscientes de son mal-être.

2<sup>ème</sup> objectif : Faire régresser le patient aux étapes du développement qui n'ont pas été ou lui permettre de les dépasser d'une autre manière.

Ceci dans un but commun qui est une meilleure compréhension des phénomènes inconscients qui perturbent la vie quotidienne et altèrent la relations à l'autre.

## **13.2. Question de départ :**

De ce fait m'est apparu cette question de départ :

→ Peut-on améliorer l'estime de soi afin de favoriser la modification de comportements dans la communication, auprès d'individus présentant une psychopathologie, par le travail de la voix chantée?

## **13.3. Hypothèse de travail :**

J'ai donc établi l'hypothèse de travail suivante :

«L'amélioration de l'estime de soi d'individus présentant une psychopathologie, peut être favorisée par le travail de la voix chantée, et donc induire des modifications positives de l'affirmation de soi dans un cadre ludique et structurant, afin d'influencer la communication.»

En effet, j'ai souhaité observer des comportements de l'affirmation de soi dans les exercices de chant lors des ateliers que j'ai appelé « gym vocale ».

Il s'agissait donc de construire, ou reconstruire une image corporelle et faire naître une prise de conscience des capacités du corps afin d'améliorer des comportements dans la relation à l'autre et ainsi améliorer la communication.

## **14. Choix de la population :**

### **14.1. Choix de la population :**

Regrouper une pathologie de manière exclusive n'est pas possible dans un service de soins aigus comme celui-ci. Il a été intéressant et évident de prendre des patients présentant divers troubles mais présentant tous cette problématique qu'est l'atteinte de l'estime de soi.

### **14.2. Construction de l'échantillon :**

Pour le choix de mes participants, je me suis concertée avec le reste de l'équipe soignante et obtenue l'accord des psychiatres ou/et psychologues.

Au départ, je souhaitais me centrer sur la structure de personnalité Borderline. Un problème s'est posé, avec 30 lits et la durée d'hospitalisation des patients dans le service, il est évident qu'il n'aurait pas été facile ou même impossible de réaliser cette expérimentation. J'ai dû élargir mon échantillon à la population psychiatrique en général.

Par contre, je souhaitais maintenir un groupe fermé pour la cohésion du groupe au moins durant 4 séances.

A nouveau, il a été difficile de garder les mêmes patients durant 4 séances consécutives, en raison de décharges signées, ou raisons médicales diverses. Malgré tout, au cours des séances des choses intéressantes ont pu être déjà observé.

## **15. La modalité : exercices vocaux sous forme d'atelier « gymnastique vocale »**

### **15.1. Présentation :**

Les exercices proposés permettent de construire l'instrument vocal d'un individu, de comprendre le fonctionnement du corps, de le sentir différemment mais également gérer sa respiration et comprendre le fonctionnement de ses muscles.

### **15.2. Présentation d'une séance type :**

La séance dure une heure.

Les débuts de séances restent les même :

- Présentation du thérapeute et de l'activité
- Rappel des règles de l'atelier énumérées dans le contrat signé
- Les participantes se présentent l'une après l'autre de manière individuelle et partagent si elles en ressentent l'envie et capacité, leur état d'esprit du jour (tous les exercices sont adaptés aux capacités physique et mentales du moment)
- Des exercices d'échauffements corporels et vocaux : **Annexes n°1**
- Un exercice d'appui vocal (respiration abdominale)
- Un exercice d'articulation
- Une chanson (au choix des participants)

### **15.3. De la musicothérapie ou de l'ergothérapie<sup>25</sup> :**

Selon la musicothérapie et les explications données par Mme Sylvie Pardo, musicothérapeute à Toulouse, il s'agit d'ouvrir les canaux de communication afin de favoriser le bien être.

#### **15.3.1. Les similitudes :**

Les buts communs sont d'éviter l'isolement social en favorisant l'intégration sociale par la dynamique de groupe. De ce fait, un travail pour améliorer la communication.

Les modalités peuvent être les même.

1 des rôles des deux professions, par rapport à l'équipe pluridisciplinaire, est l'apport d'informations à l'équipe récoltées par l'observation.

#### **15.3.2. Les différences :**

En ergothérapie, nous observons le fonctionnement de la personne dans sa globalité. En psychiatrie l'ergothérapeute va trouver des activités convenant à la personne pour l'amener à une autonomie optimale dans son fonctionnement avec l'environnement. Ainsi il va donner des moyens à la personne pour réagir face à des situations afin d'améliorer son quotidien et favoriser son intégration dans la société.

---

<sup>25</sup> Interview téléphonique avec Mme Sylvie Pardo, musicothérapeute à Toulouse.

En musicothérapie, la démarche est plus profonde. Il observe la personne dans son activité. Il explore des facettes de la personne afin de faire resurgir des choses enfuies. Il va unifier, déstructurer et unifier à nouveau la personne avec des outils différents comme la musique, les instruments, les rythmes différents et l'utilisation de l'espace dans un but de bien-être. Il effectue un travail de sensibilisation des canaux de communication.

#### **15.4. Mon atelier « gym vocale »**

J'utilise le chant pour permettre aux patients d'éveiller leur somatognosie. Par l'apprentissage du chant, je souhaite leur faire découvrir des sensations internes associées à des représentations anatomiques correctes, aptes à leur faire vivre leur corps comme plein, dense et unifié agissant dans un espace à trois dimensions et soumis à la pesanteur<sup>26</sup>. Mon but est de leur faire vivre une expérience purement physique et non émotionnelle. L'élément émotionnel se présentera, fortuitement, comme dans tous les cours de chant<sup>27</sup>, il sera accueilli comme un événement normal pouvant survenir au cours de cet apprentissage mais ne sera pas interprété ou exploité comme on pourrait le faire lors d'une psychothérapie émotionnelle ou dans certaines approches de musicothérapie.

---

<sup>26</sup> B. LESAGE Dialogue corporel et dans-thérapie, Éléments psycho-cliniques, Psychomotricité 1ere année 2003-2004 Université Pierre et Marie Curie

<sup>27</sup> N. Nussbaum, Apprentissage de l'autorité vocale, Médecine des arts n°63 2008



## **16. Présentation de l'atelier « gym vocal » dans le service :**

### **16.1. Les étapes**

1ere étape :

Introduction de l'atelier, lors d'activité comme le marché, ou les sorties diverses parfois lors de prise en charge individuelle lorsque le contexte de l'activité le permet.

2ème étape :

Affiche au niveau du tableau d'affichage dans le couloir où les patients ont un accès direct.

3ème étape :

Proposer un rendez-vous individuelle afin d'apporter plus d'informations et de permettre à la personne d'être rassurée et de décider si oui ou non elle participe.

## **17. Procédure effectuée pour permettre la mise en place de l'atelier**

### **17.1. Enchaînement des séances :**

- Séance préliminaire :

Elle est individuelle. Elle a pour but de présenter brièvement l'atelier et de répondre aux questions que le patient se pose sur celle-ci. Elle permet une présentation des règles de l'atelier auxquelles s'engage le patient en signant le contrat thérapeutique. Celui-ci est invité à répondre à un questionnaire afin de le situer par rapport à l'atelier et ce qu'il attend des séances de « gym vocale ». Ensuite je lui demande qu'il remplisse l'échelle de l'estime de soi. Et pour clôturer l'entrevue, je lui expose le ou les raisons pour lesquelles je sollicite sa participation.

Début de chaque séance, le thérapeute rappelle le cadre, c'est-à-dire les règles qui le définissent, notamment :

- De participer à toute la durée de la séance une fois qu'elle a commencé,
- D'éteindre le téléphone portable pendant toute la durée de l'activité
- De respecter le temps d'intervention de chacun
- D'émettre des critiques constructives et non destructrices (moqueries)
- De ne pas divulguer des moments particuliers d'un autre patient durant les séances.

- Séance 1 et 2 :

Objectif : découverte et cohésion entre les individus du groupe ainsi que du groupe avec le/les thérapeutes :

- Travail en groupe, en cercle large, les participants dos au centre du cercle, face au mur.
- Le cercle se resserre.
- On se tourne face au centre, les yeux fermés
- On se tourne face au centre, les yeux ouverts

→ Début de la première séance : Faire ma présentation : Pourquoi ?

Se présenter est essentiel pour créer la relation thérapeutique. Il est important que les participants connaissent ma position par rapport au chant. En prenant connaissance de mon vécu, ils peuvent se rassurer face aux difficultés.

Matériel utilisé : balles de tennis, radio CD, balles en mousse

- Séance 3 et 4 : Travail en groupe restreint

Objectif : S'écouter et écouter l'autre

- Chanter par petit groupe en restant à sa place dans le cercle dos au centre du cercle.
- Chanter par petit groupe en resserrant le cercle.
- Chanter tourné face au centre, les yeux fermés
- Chanter tourné face au centre, les yeux ouverts

Au bout de 4 séances il est possible d'arrêter l'atelier mais il est important de remplir une nouvelle échelle.

Matériel utilisé : des chaises, des balles de tennis, balles de mousse, radio CD.

- Séance 5 et 6 : travail par deux

Objectif : La personne est face aux autres et accepte le jugement de l'autre.

- Chanter par deux en restant à sa place dans le cercle
- Chanter par deux au centre du cercle le rythme est donné par les autres participants
- Chanter par deux au centre du cercle sans le soutien des autres.
- Chanter en duo face au public.

Matériel utilisé : des chaises, des balles de tennis radio-CD.

- Séance 7 et 8 : travail seul

Objectif : individuation

- Chanter seul en restant à sa place dans le cercle si difficulté le réaliser les yeux fermés.
- Chanter seul au centre du cercle le rythme est donné par les autres participants
- Chanter seul au centre du cercle sans le soutien des autres.
- Chanter seul face au public.

Matériel utilisé : des balles de tennis, des balles en mousse, des balles remplies des billes, tapis de sol, balle de Bobath, ordinateur, vidéo sur la respiration, sur l'élocution, un miroir.

## **17.2. Lieu de l'atelier :**

J'ai réalisé mon atelier dans le réfectoire du service. Avant chaque séance, je demandais aux dames de m'aider, ou à un membre de l'équipe pour déplacer les tables et faire de l'espace dans la pièce.

### **17.3. Le choix de progression des séances**

Lors de la création de mon atelier, avant mon changement de lieu d'expérimentation, je m'intéressais surtout aux personnalités Borderline. Or, dans la description clinique de ce type de patient, l'individuation n'est pas clairement acquise, le patient utilise la projection sur l'autre pour se définir.

Mon but à travers ces exercices étaient aussi une manière de s'individualiser, partir du groupe vers l'individu seul face aux autres.

Il était intéressant également de conserver cette progression pour observer l'affirmation de soi face aux autres.

### **17.4. Stratégies pour entretenir la participation.**

Contrat thérapeutique établi (**Annexe n°2**)

Affiche et rappel des séances (**Annexe n°3**)

Sollicitation individuelle de chaque participant

Entretien individuel au bout de quelques séances afin de clarifier d'autres objectifs propres aux patients.

Exercices ludiques et variés à chaque séance

## **18. Attitude thérapeutique**

Je dois me montrer rassurante et encourageante. Il est important que je sois empathique et authentique avec les patientes. Je dois également me protéger.

La relation thérapeutique est essentielle dans ce type de prise en charge et je dois me protéger de mes propres réactions. Le transfert et le contre-transfert vont être importants à gérer.

De plus, je dois maintenir le cadre et rester constante tout au long de l'activité c'est-à-dire faire respecter le contrat et respecter moi-même le déroulement de l'activité ainsi que ses règles.

Il est important également que je réalise les choses en utilisant mes capacités et ne pas aller franchir la barre de mes ressources, au risque d'être nuisible à la personne et son fonctionnement.

## **19. Evaluations et grilles d'observations utilisées :**

Echelle de l'estime de soi de Rosenberg, (1965) avant le démarrage des séances et à la fin de la 4ème séance si la personne ne compte pas continuer. (**Annexe n°4**)

Une grille d'observations des comportements de P.Fanget qui a été légèrement modifiée. J'ai enlevé des items. (**Annexe n°5**)

Une Grille d'observation établie selon la définition de l'affirmation de soi ainsi que des items répertoriés dans le programme d'entraînement aux habiletés sociales.

### **19.1. Explications concernant les grilles d'observations :**

#### **19.1.1. Grille d'observation de Fanget.**

J'ai utilisé cette grille pour savoir quoi observer pendant l'activité au niveau non verbal et paraverbal. Il s'agit d'un descriptif général des catégories de comportements de l'affirmation de soi, du non verbal, ou paraverbal.

Dans cette grille, je n'ai pas gardé la partie « langage verbale », car elle m'a semblé moins importante pour mes observations. De plus l'expression du ressenti de la personne ou de critiques émises par celle-ci, sont répertoriées dans la grille d'observation que j'ai établi. Et le rapport peut intervenir pour reprendre ces informations.

Enfin J'ai également supprimé l'item concernant l'articulation : dans les exercices de chant, l'articulation fait partie de l'apprentissage donc je ne pouvais pas l'utiliser comme un élément valable pour mettre en évidence un trouble de l'affirmation de soi d'autant plus que cela concernait directement le langage.

#### **19.1.2. Grille d'observations : Annexe n°6 (+ explications des items)**

Pour établir cette grille d'observation (G.O.), je me suis servie de la définition de l'affirmation de soi suivante : « Aptitude à faire une assertion ou à exprimer franchement ses propres

émotions ou opinions. » ainsi que des items répertoriés dans le programme d'entraînement aux habiletés sociales concernant l'affirmation de soi<sup>28</sup>.

J'ai construit une première G.O. que j'ai corrigée suite aux remarques d'un autre ergothérapeute du service qui est également psychothérapeute.

Suite aux remarques que j'ai pu recevoir, de nombreuses modifications ont été réalisées, notamment l'ajout des items 2 ; 7 ; 8 ; 9 ; 13 ; 14 ; 15. Enfin, dans la première G.O. je cochais « oui » si je voyais le comportement, « non » si je ne le voyais pas du tout.

Pour l'évaluation j'ai modifié mon oui – non très réducteurs par ceci :

- 1- Tout à fait d'accord : ceci signifie que la personne n'a démontré aucun problème pour réaliser le comportement.
- 2- Plutôt en accord : Pour émettre une nuance, exemple de l'item 1 « accepte de participer à l'atelier » si la personne a montré quelques réticences. De cette manière nous pouvons nous poser la question de l'importance du groupe dans la décision prise par la personne.
- 3- Plutôt en désaccord : pour l'item n°2 par exemple : si il a fallu insister pour qu'elle vienne participer à l'activité.
- 4- Tout à fait en désaccord : Le comportement n'a pas été observé.

Dans les récapitulatifs de séance j'ai établi une légende avec des couleurs différentes afin que ce soit plus claire.

Je ferais donc une différence entre « item non – acquis » et « item non observé ».

De plus, pour les deux derniers items n°14 et n°15, lorsque j'attribue une couleur vert pour le n°14 cela signifie un comportement problématique dans l'affirmation de soi et pour le n°15 lorsque la couleur attribuée est rouge, c'est positif dans les comportements de l'affirmation de soi.

---

<sup>28</sup> Opcit, R.Ouellet, Y.L'Abbé, p.11

# Partie

# Expérimentale



## **20. Nombre de participants constituant mon échantillon :**

Mon échantillon est constitué de dix personnes dont :

- Quatre personnes ont participé à six séances. Les quatre personnes (Mme G.C., Mme L.C., Mme W.A., Mme M.A.) ont remplis l'évaluation de l'estime de soi au début et à la fin de leur participation aux séances, ainsi que les fiches constituées du contrat thérapeutique et les *deux fiches de renseignements (Annexes n°7)* (une au début et une à la fin)
- Une personne (Mme G.L.) a participé à trois séances non consécutives, cette personne a également restituée l'entièreté des fiches ainsi que les échelles d'évaluation.
- Quatre personnes ont participé à deux séances, deux des quatre personnes ont remplis l'ensemble des formulaires.
  - Au départ, Le groupe était constitué de six personnes (Mme G.C. ; L.C. ; W.A. ; M.A. ; L.N. ; L.O. ;). Or, deux personnes (Mme L.N. ; Mme L.O. ) ont signé une décharge pour mettre fin à leur hospitalisation pour des raisons diverses durant le weekend. Ceci ne concernait pas mon atelier. Elles ne pouvaient donc plus participer à celui-ci et n'ont pas remplis l'évaluation finale.
  - Par la suite, Mme G.L., Mme N.I, et Mme T.M. se sont rajoutée au groupe à des stades ultérieurs de l'avancée des séances.

Je garderai les résultats de Mme G.C. ; Mme L.C. ; Mme W.A. et Mme M.A. car elles ont participé à six séances.

D'autre part je garderai les résultats de Mme L.N. ; de Mme G.L. et Mme T.M car elles ont participé à moins de séance.

Mme L.N. et Mme T.M ont participé à deux séances de cette manière je veux démontrer que même avec une seule ou deux cette séance, des changements ont pu être remarqué.

Mme G.L. qui a participé à trois séances fait également partie de l'échantillon, et les résultats sont présentés plus loin.

## 21. Résultats

→ Résultats de Mme L.O. et de Mme N.I. ne sont pas repris ici

### **21.1. Récapitulatifs des résultats.**

#### Patiente n°1

Nom : W.A.

Age : 61 ans

Diagnostic : Névrose, madame se taillade les bras avec un cutter.

Histoire de la patiente : La benjamine d'une famille de 8 enfants, Madame a été victime d'attouchements et viols incestueux, toutes les semaines, durant 5 ans.

Raisons pour lesquelles, elle participe à l'atelier :

- Mauvaise acceptation de son corps qu'elle exprime durant des activités ainsi que dans ses précédentes hospitalisations.
- Elle dit ne pas avoir confiance en elle.
- Elle se dit incapable.

Grille récapitulative des résultats Mme W.A.:

Légende :

Tout à fait en accord	
Plutôt en accord	
Plutôt en désaccord	
Tout à fait en désaccord	
Item non observé	

	2/04	4/04	9/04	12/04	16/04	23/04	26/04
1- Accepter de participer	Light Green	Black	Light Green	Green	Green	Green	Green
2- Venir spontanément à l'atelier	Red	Black	Red	Green	Green	Green	Green
3- Accepter de réaliser l'exercice d'appui vocal	Green	Black	Green	Green	Green	Green	Green
4- Accepter le jugement de l'autre	Red	Black	Red	Light Green	Light Green	Green	Green
5- Faire un compliment à l'autre	Black	Black	Black	Light Green	Light Green	Green	Green
6- Recevoir/Accepter un compliment	Dark Red	Black	Red	Light Green	Light Green	Green	Green
7- Faire preuve d'assertivité	Red	Black	Light Green	Red	Light Green	Green	Green
8- Demande de l'aide quand elle n'arrive pas à réaliser l'exercice.	Green	Black	Green	Green	Green	Green	Green
9- Va jusqu'au bout des exercices sans abandonner	Red	Black	Red	Light Green	Green	Green	Green
10- Respecter le temps de parole de l'autre	Dark Red	Black	Dark Red	Red	Light Green	Light Green	Light Green
11- Exprimer son ressenti avant la séance	Green	Black	Green	Green	Green	Green	Green
12- Exprimer son ressenti après la séance	Green	Black	Green	Green	Green	Green	Green
13- Va jusqu'au bout de la séance sans la quitter avant la fin	Green	Black	Green	Green	Green	Green	Green
14- Se dévalorise quand elle ne réussit pas un exercice	Green	Black	Green	Green	Green	Green	Green
15- Suit le mouvement sans s'imposer	Red	Black	Red	Red	Red	Red	Red

### Analyse de la grille :

Pour les items 1 et 2 : Madame présente un changement de comportement important pour la participation à l'activité. Elle restait au lit, cherchait des raisons pour lesquelles elle ne pouvait pas venir et lors des dernières séances, elle était la première à arriver et la dernière à partir.

Pour item 4 : Elle avait peur de se faire juger. Etre soumise à des critiques est quelque chose de très difficile voir insupportable. Vers la fin des séances, elle rit d'elle-même avec les autres.

Pour item 9 : Elle dit souvent, « je ne sais pas », « j'arrive pas », « je ne suis pas capable » durant les premières séances. Par la suite, elle apprend à faire les exercices de respiration correctement car elle s'est rappelée de la respiration de plongée.

Pour l'item 10 : débit de parole importante avec une proximité dérangeante, elle n'écoute les autres.

### Résumé des rapports de séances.:

Madame accepte le 30/03 de participer à mon atelier après que je lui ai donné toutes les explications nécessaires. Les premières séances Madame réalise les exercices mais émet des réticences à se laisser aller lorsque celle-ci est de dos au centre et que je passe pour percuter les os. Elle ne me dit pas tout de suite les raisons. Elle m'expliquera son histoire au bout de 6 séances, après l'activité.

Les 3 premières séances je suis allée la solliciter plusieurs fois. Elle essayait de trouver toutes autres activités pour ne pas venir. Je lui rappelle alors ce qu'elle a signé. Elle apprécie les relations exclusives avec le thérapeute et l'idée du groupe semblait être une source d'angoisse pour elle. La deuxième date de l'atelier Madame a refusé et a préféré se rendre au marché, plaidant sa cause en expliquant que l'enfermement était difficile pour elle. Elle insistait avec un regard qui demandait un signe d'approbation pour la déculpabiliser.

Lors des séances, elle explique combien le rapport avec son corps est difficile. Elle refuse un exercice la mettant de dos au centre et se dit incapable de donner la main à ses voisines pour resserrer le cercle. Elle refuse le contact avec les autres mais me laisse poser ses mains

sur elle au niveau des lombaires, je suis positionnée dans son dos. Elle refuse un autre exercice à plusieurs reprises celui de percussion des os (voir annexes). Elle me laisse la touchée lors de cet exercice à la 6<sup>ème</sup> séance mais me demande d'y aller très légèrement.

Dans les séances, elle va au fur et à mesure réaliser des exercices de manière individuelle, émettre des sons, montrer comme elle réalise certains exercices de respiration.

Je lui renvoie un feedback pour qu'elle se rende compte de ses progrès.

A la dernière séance, je lui propose un entretien pour discuter des résultats et de ce que j'ai pu observer. Elle était très surprise d'avoir augmenté de trois points le résultat de son échelle. Je lui explique que j'ai pu voir des résultats encourageants mais que les bénéfiques ne résultaient pas simplement de mon activité, mais également du traitement médicamenteux stabilisé, des autres activités du service, de son investissement personnel également et de l'équipe pluridisciplinaire. Pour qu'elle prenne davantage conscience je lui ai redonné sa première feuille de renseignements.

#### Comportement non verbal et paraverbal :

1ères séances : Regard insistant, mimique tendue, sourcils élevés, posture crispée, épaules nouées. Au bout de la 3<sup>ème</sup> séance, elle est beaucoup plus détendue, se dit « être reposée » en commençant l'activité et « zen » après l'activité.

#### Résultat de l'échelle de Rosenberg :

Début	22
Fin	25

→ D'après les résultats l'estime de soi a augmenté. On peut le mettre en parallèle avec les comportements observés dans les séances. Madame est beaucoup plus assertive et se montre beaucoup plus confiante. Elle est très détendue après une séance.

## Patiente n°2

Nom : L.C.

Age : 45 ans



Diagnostic : Dépression Mélancolique.

Histoire de la patiente : Madame présente des antécédents de dépression, c'est une des raisons pour lesquelles son couple ne fonctionne plus. Le divorce, a été le déclencheur de ce début de nouvelle dépression très importante.

Raisons pour lesquelles elle participe à l'atelier :

- Madame a une très mauvaise estime d'elle-même (elle cherche des solutions à travers des lectures concernant la confiance en soi)
- Madame aime chanter. Elle participait à une chorale avant son hospitalisation.

Légende :

Tout à fait en accord	
Plutôt en accord	
Plutôt en désaccord	
Tout à fait en désaccord	
Item non observé	

	2/04	4/04	9/04	12/04	16/04	23/04	26/04	30/04
1- Accepter de participer	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Green
2- Venir spontanément à l'atelier	Red	Green	Red	Black	Green	Green	Black	Black
3- Accepter de réaliser l'exercice d'appui vocal	Green	Green	Green	Black	Green	Green	Black	Black
4- Accepter le jugement de l'autre	Red	Red	Red	Black	Light Green	Light Green	Black	Red
5- Faire un compliment à l'autre	Black	Black	Black	Black	Light Green	Green	Black	Black
6- Recevoir/Accepter un compliment	Red	Red	Red	Black	Light Green	Light Green	Black	Red
7- Faire preuve d'assertivité	Green	Green	Green	Black	Green	Green	Black	Green
8- Demande de l'aide quand elle n'arrive pas à réaliser l'exercice.	Green	Red	Green	Black	Green	Green	Black	Red
9- Va jusqu'au bout des exercices sans abandonner	Red	Light Green	Red	Black	Green	Green	Black	Green
10- Respecter le temps de parole de l'autre	Green	Green	Green	Black	Green	Green	Black	Green
11- Exprimer son ressenti avant la séance	Green	Green	Green	Black	Green	Green	Black	Green
12- Exprimer son ressenti après la séance	Green	Green	Green	Black	Green	Red	Black	Green
13- Va jusqu'au bout de la séance sans la quitter avant la fin	Green	Green	Green	Black	Green	Green	Black	Green
14- Se dévalorise quand elle ne réussit pas un exercice	Red	Red	Red	Black	Red	Red	Black	Red
15- Suit le mouvement sans s'imposer	Green	Green	Green	Black	Green	Green	Black	Green

### Analyse de la grille :

Item 1 : Elle ne vient pas à l'atelier deux fois une premières fois pour des raisons administratives et une autre fois pour des raisons d'organisation du service.

Item 2 : Elle ne vient pas si je ne la sollicite pas.

Item 4 : A l'avant dernière séance une autre participante l'a décrit comme « la dame qui parle tout bas ». Elle semblait être surprise qu'on dise qu'elle parle tout doucement.

Item 6 : Madame n'accepte pas les compliments. Elle les refuse, quand je l'encourage et lui souligne ce qu'elle fait de bien, elle contredit avec le regard et ne répond pas.

### Résumé des rapports de séance :

Madame vient à l'activité et respecte le contrat signé. Elle désirait partir le 4/04 au marché avec les autres dames mais parce qu'elle avait signé le contrat et qu'elle sait combien il était important pour mon étude qu'elle reste. Elle a participé à l'atelier.

Une fois madame n'a pas voulu exprimer son ressenti après la séance. Elle ne m'a jamais dit pourquoi. En discutant avec l'équipe, le weekend précédent l'atelier, madame a appris que sa maison était en vente.

Après trois séances, madame décrit l'atelier comme quelque chose d'assez répétitif. (Suite à ce genre de remarques que je prends avec attention, je réagie et je propose un entretien nouveau pour remettre les objectifs à jours. Et qu'elle verbalise ce qui ne lui plaît. Elle répond gêner en disant que cela venait peut être d'elle, qu'elle s'attendait à autre chose.

### Comportements verbal et paraverbal :

Madame a le regard fuyant, un visage qui semble triste, avec peu de mimiques. Elle présente une posture soumise (poitrine rentrée, tête basse, épaules élevées). Elle utilise un volume de voix très faible.

### Résultat de l'échelle de Rosenberg :

Lors de l'annonce de son résultat, il a semblé insignifiant pour elle. « 1points ?! » d'un air sarcastique



Début	20
fin	21

→ Ce résultat peut être expliqué par le comportement que la patiente a au sein du service et lors des activités mais aussi au stade de la dépression. Des comportements intéressants ont pu être observés malgré tout. De même après une séance, elle se dit parfois plus détendue. Je lui indique que son estime d'elle-même est très faible et qu'à son stade il est bien d'observer une évolution d'un point déjà, cependant je l'encourage à profiter de son hospitalisation, de partager avec l'équipe pluridisciplinaire et qu'elle est la première actrice dans sa prise en charge.

### Patiente n°3

Nom : G.C.

Age : 65 ans



Diagnostic : hystérique, elle est très anxieuse,

Histoire de la maladie : Madame n'est pas à sa première hospitalisation. Un comportement est mis en évidence chez elle, c'est la mise en échec systématique de ses enfants.

Raisons pour lesquelles, elle participe à l'atelier :

- Madame dit ne pas avoir confiance en elle et être très anxieuse.
- Madame est intéressée par le projet, car petite, un chef de chœur lui a dit qu'elle chantait faux. Madame a des appréhensions concernant l'atelier mais à très envie d'y participer.

Légende :

Tout à fait en accord	
Plutôt en accord	
Plutôt en désaccord	
Tout à fait en désaccord	
Item non observé	

	2/04	4/04	9/04	12/04	16/04	23/04	26/04
1- Accepter de participer	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green
2- Venir spontanément à l'atelier	Red	Black	Red	Red	Green	Green	Green
3- Accepter de réaliser l'exercice d'appui vocal	Green	Black	Green	Green	Green	Green	Green
4- Accepter le jugement de l'autre	Green	Black	Green	Green	Green	Green	Green
5- Faire un compliment à l'autre	Black	Black	Black	Black	Black	Black	Black
6- Recevoir/Accepter un compliment	Green	Black	Green	Green	Green	Green	Green
7- Faire preuve d'assertivité	Light Green	Black	Light Green	Light Green	Light Green	Light Green	Light Green
8- Demande de l'aide quand elle n'arrive pas à réaliser l'exercice.	Red	Black	Red	Green	Light Green	Green	Green
9- Va jusqu'au bout des exercices sans abandonner	Light Green	Black	Light Green	Light Green	Green	Green	Green
10- Respecter le temps de parole de l'autre	Light Green	Black	Light Green	Light Green	Light Green	Light Green	Light Green
11- Exprimer son ressenti avant la séance	Green	Black	Green	Green	Green	Green	Green
12- Exprimer son ressenti après la séance	Green	Black	Green	Green	Green	Green	Green
13- Va jusqu'au bout de la séance sans la quitter avant la fin	Green	Black	Green	Green	Green	Green	Green
14- Se dévalorise quand elle ne réussit pas un exercice	Red	Black	Red	Red	Red	Red	Red
15- Suit le mouvement sans s'imposer	Green	Black	Green	Green	Green	Green	Green

### Analyse de la grille :

Item 2 : Madame vient spontanément aux séances.

Item 8 : Elle ne demande pas d'aide durant les 2 premières séances, puis signale, à fur et à mesure qu'elle éprouve des difficultés, si elle sent ou ne sent pas le mouvement.

Item 15 : Madame suit le mouvement ne s'impose jamais lors des exercices. Elle ne parle pas et ne donne pas son avis si je ne la sollicite pas ou si une patiente ne s'adresse pas à elle. Cependant elle se propose pour des démonstrations d'exercices.

### Résumé des séances :

Madame m'accueille dans le service avec un grand sourire, elle dit se réjouir de participer à l'atelier. Paradoxalement, lors de discussions avec l'ergothérapeute du service, elle se demande pourquoi elle se rend aux séances donc je redéfinis les objectifs avec elle.

A la deuxième séance, elle décide de se rendre sur le marché, malgré le contrat thérapeutique établi.

Elle est discrète n'interagit pas beaucoup, seulement si elle est sollicitée.

A la dernière séance, elle accepte de chanter seule devant les autres participantes et moi-même. Après sa petite interprétation, elle s'exprime : « avoir réussi à chanter devant vous est déjà une énorme victoire pour moi », « A présent je me suis rendue compte que je ne chante pas si faux que ça ».

A la dernière entrevue, lorsque je lui fais part de ses résultats, je lui explique qu'elle doit aiguïser sa capacité à écouter les autres, pour s'entendre et s'ajuster. Qu'elle en est capable puisqu'elle l'a fait pendant l'activité. Lorsqu'elle chante avec le groupe, elle est soutenue et tout le stress qu'elle peut ressentir dans une interprétation en solo diminue.

### Comportement verbal et non verbal :

A la première séance, madame présente un faciès un peu tendu, après les premiers exercices, semble plus détendue.

Dans les séances qui suivent, madame présente un faciès posé et détendue après les exercices, elle sourit et semble beaucoup plus à l'aise.

Résultats de l'échelle de Rosenberg :

Début	Fin
24	25

→ Le résultat de l'évaluation a augmenté d'un point. Au niveau des comportements madame ne sait jamais montré réticente envers un exercice. Elle était très discrète et se montrait très détendue à la fin de chaque séance.

Patiente n°4

Nom : M.A.

Age : 53 ans

Diagnostic : Madame est atteinte d'une fibromyalgie, et est dépendante aux médicaments.

Histoire de la maladie : Madame présentait des douleurs, et a commencé à prendre des médicaments. Elle en est devenue dépendante. Il s'agit de sa première hospitalisation.

Raisons pour lesquelles, elle participe à l'atelier :

- Madame a une mauvaise estime d'elle-même
- Dit « être très faible et que son corps ne sait plus faire grand-chose » Légende :

Tout à fait en accord	
Plutôt en accord	
Plutôt en désaccord	
Tout à fait en désaccord	
Item non observé	

	2/04	4/04	9/04	12/04	16/04	23/04	26/04	30/04
1- Accepter de participer	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red
2- Venir spontanément à l'atelier	Black	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Black
3- Accepter de réaliser l'exercice d'appui vocal	Black	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Black
4- Accepter le jugement de l'autre	Black	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Black
5- Faire un compliment à l'autre	Black	Green	Black	Black	Black	Black	Black	Black
6- Recevoir/Accepter un compliment	Black	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Black
7- Faire preuve d'assertivité	Black	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Black
8- Demande de l'aide quand elle n'arrive pas à réaliser l'exercice.	Black	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Black
9- Va jusqu'au bout des exercices sans abandonner	Black	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Black
10- Respecter le temps de parole de l'autre	Black	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Black
11- Exprimer son ressenti avant la séance	Black	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Black
12- Exprimer son ressenti après la séance	Black	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Black
13- Va jusqu'au bout de la séance sans la quitter avant la fin	Black	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Black
14- Se dévalorise quand elle ne réussit pas un exercice	Black	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Black
15- Suit le mouvement sans s'imposer	Black	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Black

### Analyse de la grille :

Item 2 : Lorsque je mets le vert pour « plutôt en accord » cela signifie que j'ai rappelé à madame l'activité et qu'elle s'est présentée. « Plutôt en désaccord » en rouge vif signifie que j'ai dû la solliciter plus d'une fois, et rouge foncé, madame a été sollicitée un plus grand nombre de fois.

Item 8 : Madame demande peu ou pas du tout l'aide du thérapeute même si elle éprouve des difficultés physiques à réaliser les exercices.

Item 2 : madame semble désorientée au niveau temporel il est donc difficile pour elle de venir spontanément à l'activité.

Item 7 : cet item est en voie d'acquisition, car elle fait tout pour ne pas perturber le groupe et moi-même.

### Résumé des séances :

Madame a participé de manière consécutive à 6 séances, malgré sa faiblesse physique et ses douleurs au dos. Elle a essayé de réaliser le plus d'exercices possibles. Et éprouve de grandes difficultés pour les exercices respiratoires. Elle sent difficilement ce qui se passe et a beaucoup de mal à dissocier les mouvements.

### Comportement verbal et paraverbal :

Madame a un faciès figé et tendu. Son corps est crispé et en tension, très droite. Sa voix reste monocorde. Lorsqu'elle chante, elle ouvre à peine la bouche. La mâchoire se mobilise très peu. Elle est très tendue. Elle a beaucoup de mal à bouger les parties de son corps dans l'espace dans les exercices de Raq sharki. Elle présente des tensions très importantes dans le bas du dos. D'ailleurs, lors d'un exercice sur une table. Elle pleure de douleur.



Patiente n°5

Nom : L.N.

Age : 40 ans



Diagnostic : Borderline

Histoire de la patiente : Madame est hospitalisé, car elle décompense. Ce n'est pas sa première hospitalisation. Elle présente également une potomanie.

Raisons pour lesquelles, elle participe à l'atelier :

- Madame a un comportement de non-respect des autres, dans son fonctionnement au sein du service.
- Elle présente un comportement d'affirmation de soi agressive et est souvent dans la provocation.

Légende :

Tout à fait en accord	
Plutôt en accord	
Plutôt en désaccord	
Tout à fait en désaccord	
Item non observé	

	2/04	4/04
1- Accepter de participer		
2- Venir spontanément à l'atelier		
3- Accepter de réaliser l'exercice d'appui vocal		
4- Accepter le jugement de l'autre		
5- Faire un compliment à l'autre		
6- Recevoir/Accepter un compliment		
7- Faire preuve d'assertivité		
8- Demande de l'aide quand elle n'arrive pas à réaliser l'exercice.		
9- Va jusqu'au bout des exercices sans abandonner		
10- Respecter le temps de parole de l'autre		
11- Exprimer son ressenti avant la séance		
12- Exprimer son ressenti après la séance		
13- Va jusqu'au bout de la séance sans la quitter avant la fin		
14- Se dévalorise quand elle ne réussit pas un exercice		
15- Suit le mouvement sans s'imposer		

Analyse de la grille :

Item 4 : Madame exprime à plusieurs reprises que tout le monde doit se respecter et pas ce juger.

Item 7 : madame impose ses idées et ne prend pas en compte ce que l'autre dit.

Item 14 : elle se dévalorise à chaque exercice par le biais de l'humour.

Comportement non-verbal et paraverbal :

Voix éraillée, elle chante fort, n'écoute pas l'autre. Elle est centrée sur elle.

### Résumé des rapports de séances :

Madame est très motivée pour cette activité. Elle est la première dans la salle, prête à attendre le démarrage. Je dois souvent la recadrer par rapport au temps qu'elle utilise mais j'ai pu observer chez madame un changement de comportements entre celui hors atelier et celui dedans. Indisciplinée, bruyante, prenant la parole à tue-tête dans le service. Il semblerait que le fait d'être soumis aux critiques des autres et une proximité aussi importante dans certains exercices, madame se canalise davantage. De plus elle se dit détendue en sortant de la séance, ceci lui fait du bien car elle angoisse beaucoup.

Début	24
Fin	DECHARGE SIGNEE

→ Il serait bien entendu précipitée de tirer des conclusions après deux séances. Cependant j'ai tenue à faire part de la participation de cette patiente afin de mettre en avant l'impact du groupe sur le comportement d'une personne dans un local restreint.

Patiente n°6 :

Nom : T.M

Age : 19 ans



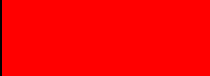

Diagnostic : Borderline

Histoire de la maladie : anorexie à l'âge de 4ans, violé par le copain de sa mre. Elle vient de rompre avec son petit ami, l'idée d'abandon n'est plus supportable, elle fait une TS médicamenteuse

Raisons pour lesquelles, elle participe à l'atelier :

- Elle exprime un manque de confiance en elle
- Elle n'aime pas son corps

Légende :

Tout à fait en accord	
Plutôt en accord	
Plutôt en désaccord	
Tout à fait en désaccord	
Item non observé	

	26/04	30/04
1- Accepter de participer		
2- Venir spontanément à l'atelier		
3- Accepter de réaliser l'exercice d'appui vocal		
4- Accepter le jugement de l'autre		
5- Faire un compliment à l'autre		
6- Recevoir/Accepter un compliment		
7- Faire preuve d'assertivité		
8- Demande de l'aide quand elle n'arrive pas à réaliser l'exercice.		
9- Va jusqu'au bout des exercices sans abandonner		
10- Respecter le temps de parole de l'autre		
11- Exprimer son ressenti avant la séance		
12- Exprimer son ressenti après la séance		
13- Va jusqu'au bout de la séance sans la quitter avant la fin		
14- Se dévalorise quand elle ne réussit pas un exercice		
15- Suit le mouvement sans s'imposer		

### Analyse de la grille :

Item 4 : Madame T. a intégré le groupe bien plus tard. Lors de la deuxième séance, elle chante déjà seule face au groupe.

Item 2 : Madame n'est pas venue la première fois que je lui ai proposé alors qu'elle avait accepté. (C'était pour observer son comportement que je ne l'ai pas relancé, je voulais voir ce qui aller se passer). La première séance où elle participe, je dois me rendre plusieurs fois dans sa chambre afin de la mobiliser.

Comportement verbal et paraverbal : Le visage se détend de plus en plus, elle sourit. Elle chante avec une voix claire et avec un volume convenable au bout de la deuxième séance.

### Résumé des rapports de séances :

Madame T. n'avait envie de rien, ne participait à rien sauf la gym obligatoire. Elle a souhaité participer à mon atelier car sa voisine de chambre lui en dit que du bien. De plus elle a déjà fait théâtre, une activité qui lui a apporté une sécurité intérieure. Elle dit que ça augmente la confiance en soi. A la dernière séance j'ai travaillé avec un repère, le miroir. Elle ne sait pas regardé car elle dit ne pas se supporter.

### Résultats de l'échelle de Rosenberg :

Début	21
Fin	23

→ Comme pour la patiente précédente, en ayant participé qu'à deux séances, il est difficile de mesurer l'impact des séances sur les comportements. Cependant j'ai tenu à mettre les informations de T.M. car une nouvelle fois, la dynamique de groupe a permis de réaliser des exercices plus rapidement. Elle est entrée dans le groupe quelques séances avant la fin de mon expérimentation et c'est adapté à l'avancé des autres.

Le feedback rendu était important. Lui faire comprendre qu'elle a su, seule, s'adapter à son environnement est un premier pas vers son autonomie du quotidien, et elle doit se rendre compte qu'elle en est capable.

Il y a un exercice que j'ai envie de surligner : l'exercice avec le miroir. M.T. ne se supporte pas, ne supporte pas ce corps très maigre.

Patiente n°7

Nom : G.L.





Age : 50 ans

Diagnostic : Schizophrène

Raisons pour lesquelles elle participe à l'atelier :

- Madame exprime un manque de confiance en elle
- Elle ne supporte pas le jugement de l'autre
- Elle a des difficultés de perception du corps : « Pour moi un corps c'est quelque chose de rigide comme un bâton avec une boule en guise de tête »

Légende :

Tout à fait en accord	
Plutôt en accord	
Plutôt en désaccord	
Tout à fait en désaccord	
Item non observé	



	16/04	26/04	30/04
1- Accepter de participer			
2- Venir spontanément à l'atelier			
3- Accepter de réaliser l'exercice d'appui vocal			
4- Accepter le jugement de l'autre			
5- Faire un compliment à l'autre			
6- Recevoir/Accepter un compliment			
7- Faire preuve d'assertivité			
8- Demande de l'aide quand elle n'arrive pas à réaliser l'exercice.			
9- Va jusqu'au bout des exercices sans abandonner			
10- Respecter le temps de parole de l'autre			
11- Exprimer son ressenti avant la séance			
12- Exprimer son ressenti après la séance			
13- Va jusqu'au bout de la séance sans la quitter avant la fin			
14- Se dévalorise quand elle ne réussit pas un exercice			
15- Suit le mouvement sans s'imposer			

Analyse de la grille :

Item 4 : madame ne supporte pas le jugement, c'était une de ses craintes en participant à l'activité .

Comportement verbal et paraverbal : Lors de la première séance, madame présente un faciès sceptique, elle émettait un message d'une personne qui n'était pas intéressé par l'activité. Elle grimaçait sans arrêt. De séance en séance ce faciès s'est détendu, malgré les difficultés qui restaient les même : ex contrôle de la respiration etc.

### Résumé des séances :

A la fin des trois séances madame chante seule. Elle explique que l'activité l'intéresse beaucoup car elle perçoit son corps différemment. Elle cherche à le sentir différemment par les exercices de respiration que je lui propose. Il faut savoir que madame sculpte beaucoup et travail la perception du corps avec des modalités différentes extérieures à son propre corps hors ici il s'agit d'intérioriser cette perception. Après les séances elle se sent détendue.

### Résultats de l'échelle de Rosenberg :

Début	23
Fin	25

→Malgré le peu de séance, il est intéressant de voir que le résultat de l'échelle a changé de deux points. Ceci m'est en évidence le caractère subjectif de l'évaluation de cette notion. De nombreux facteurs entrent en jeux.

## 21.2. Analyse des résultats

Tableau des résultats de l'estime de soi et nombre de séances :

Initiales de la patiente	1 <sup>ère</sup> évaluation en début de participation	2 <sup>ème</sup> évaluation en fin de participation	Nombre de séances
L.O.	27	Partie en signant une décharge	2
L.N.	29	Partie en signant une décharge	2
G.C.	25	26	6
W.A.	22	25	6
L.C.	20	21	6
T.M.	21	23	2
G.L.	23	25	3
N.I	24	Partie en signant une décharge	2
P.O.	/	Décharge	2
M.A.	24	25	6

Par ce tableau j'ai voulu observer si l'augmentation de l'estime de soi avait un rapport avec le nombre de séance suivi mais l'estime de soi est une notion subjective et propre à chacun il est difficile d'en faire un lien.

Avec un plus grand échantillon et un investissement des patients dans l'activité il serait peut-être envisageable d'obtenir des résultats significatifs

## **22. Discussion :**

L'estime de soi est une notion difficile à extraire de tous les biais présents dans l'environnement qui influencent la personne. L'estime de soi est une notion difficile à évaluer par sa subjectivité. Elle est personnelle et se construit sur notre vécu.

A présent je vais lister tous les biais à cette étude.

### **22.1. Configuration des séances**

Mes séances ont été pensées et organisées selon une structure de personnalité : la personnalité Borderline. Celle-ci a des difficultés d'identification, elle se projette sur l'autre pour s'en approprier les caractères. Dans la progression de mes séances je partais du groupe vers l'individu unique.

J'ai trouvé judicieux de garder cette configuration malgré la diversité des pathologies pour utiliser la dynamique de groupe afin de favoriser les comportements.

Le groupe soutient l'individu, or pour la plupart des participantes, l'activité est nouvelle. Et comme je l'ai dit plus tôt, chanter c'est se mettre à nu. Est-ce qu'un individu avec une perception négative de son corps, éprouverait l'envie de se mettre à nu, devant des inconnus ? Une cohésion du groupe est importante, ainsi que du groupe et du ou des thérapeutes. Chanter s'est se montrer authentique avec ses forces et ses faiblesses. C'est se découvrir, se redécouvrir et se donner.

### **22.2. Mise en place de l'atelier**

La mise en place au sein du service. N'étant plus dans le service durant le temps de l'expérimentation hormis les séances, j'ai eu du mal à m'impliquer aussi facilement que durant mon stage. Je ne pouvais pas m'imposer, je devais m'adapter avec l'organisation du service. On a finis par trouver un arrangement.

Pour le local, je demandais de l'aide soit aux dames, soit à des membres du personnel.

### **22.3. Choix des exercices**

Les exercices d'échauffement proposés dans les séances ont été pensés et réfléchis pour des chanteurs professionnels ou amateurs.

D'abord le travail de détente, très important pour obtenir une bonne posture pour chanter. En effet, certaines de mes séances démarraient la journée des patients. Il était donc encore plus important de dénouer les tensions générées par une mauvaise nuit, un réveil difficile et une anxiété, pour le reste de la journée.

Ensuite j'enchaîne avec le travail de respiration. Ces exercices permettent également une détente du corps et de l'esprit. Ils suscitent une concentration importante pour sentir ce qui se passe et apprendre comment faire pour la contrôler. Elle en fait même oublier l'anxiété ressentie par certaines patientes à l'idée de chanter.

Le travail de la voix, elles étaient tous amatrices, il est donc fondamental de prendre soin du matériel vocal.

Lors du travail de la voix, un cours de chant comme un court de gym vocale, il est préférable de se faire comprendre par l'autre. La communication est incontournable, encore faut-il utiliser les bonnes images.

Viennent ensuite, des exercices d'articulation, l'importance du placement de la langue, du placement du son par rapport au voile du palais afin de placer la voix dans les résonateurs et ne pas se faire mal. De cette manière apprendre à sentir ce qui se passe dans le corps lorsque l'on émet un son et se rendre compte que le son émis est plus fluide, plus claire, plus agréable car il ne gratte pas dans la gorge permet à la personne de s'écouter davantage.

L'exercice d'improvisation de la fin sert à amener une des dames ou plusieurs, à échanger des propositions, à dire « non je ne connais pas cette chanson », à prendre la parole... etc.

## **22.4. La récolte d'informations :**

Je joue le rôle d'observatrice et d'animatrice. Il me semble difficile de récolter toutes les informations lors du déroulement de l'atelier. Il est donc important que je connaisse ma grille et ce que je veux observer.

Cependant, hormis la première fois, je n'ai jamais animé un groupe de plus de 5 personnes. Donc il était possible d'observer et de réunir les informations.

Autre chose à souligner, par mon manque d'expérience, il est possible que des messages n'ont pas été compris, des réactions de ma part qui auraient dû être autre, mais l'échange de mes impressions avec des membres de l'équipe, m'aidais à trouver une attitude adéquat.

## **22.5. Le choix de la population et de l'échantillon**

Selon le turn-over des patients, et la diversité pathologique que l'on trouve dans ce service de soins aigus, il était difficile et même impossible de réaliser un échantillon constitué d'une même pathologie. Cependant, le manque d'estime de soi et l'altération de la communication touchent la population psychopathologique en générale.

## **22.6. L'impression des participantes :**

Après chaque séance les personnes se disaient détendues ou se sentir bien.

J'ai fait remplir la fiche de fin séance (**voir annexes n°7**) et j'ai pu obtenir un feedback des patientes, certaines ont trouvé redondant l'échauffement. Mais les remarques positives étaient plus nombreuses. Elles se sont senties mieux, une diminution de l'anxiété pendant l'activité, et pour le reste de la journée. Une meilleure cohésion du groupe des patients dans le service.

## **22.7. La dimension thérapeutique :**

Avant ce projet, je n'avais jamais animé un atelier de « gym vocale », cependant j'ai suivi un stage proposant ce genre d'exercices et je chante du répertoire classique depuis 7 ans.

Enseigner le chant, c'est enseigner de la matière abstraite. Le professeur de chant doit se faire comprendre par son élève et l'élève par son professeur, ce qui sous-entend, parler le même langage.

Le professeur travaille par des images, des idées qu'il émet et qui parle à l'élève, pour cela, il doit se montrer très attentif et à l'écoute de l'élève. On entre dans son intimité.

La « gym vocale » dans un secteur comme la psychiatrie diffère d'un cours de chant classique par l'utilisation d'autres images plus concrètes et par le but pour lequel on l'a met en place.

Il est important de faire attention aux termes utilisés, aux gestes posés ou demandés car la personne ne comprend peut être pas de la même manière. Ou encore, certains gestes peuvent entraîner des crises. Il faut rester vigilant.

J'ai réalisé mes prises en charge du groupe en utilisant mon savoir être que j'ai pu réexpérimenter quelques temps avant le démarrage de mes séances et par la théorie qui nous a été enseigné dans la formation. J'ai utilisé mes connaissances en chant et mais aussi en prenant de grandes précautions selon les pathologies présentées.

## **22.8. L'évaluation et l'observation :**

Pour évaluer l'estime de soi j'ai choisi d'utiliser l'échelle de Rosenberg, car elle se remplit rapidement, elle est valide et connue.

La grille d'observation a été difficile à mettre en place. L'élaboration du système d'évaluation composé des couleurs, des termes : « plutôt d'accord », « tout à fait d'accord » ..., sont subjectifs.

Cependant étant donné que j'étais la seule à les remplir et à observer, le biais de plusieurs observateurs ne peut pas être cité.

## **23. Conclusion :**

En regard de l'expérimentation que j'ai réalisée au sein du service psychiatrique en soins aigus du CHR de Huy, je ne peux pas me permettre de répondre de manière *affirmée* à ma question de départ :

« Auprès d'individus présentant une psychopathologie, est-il possible d'améliorer l'estime de soi afin de favoriser la modification des comportements dans la communication par le travail de la voix chantée? »

Cependant, au vu des résultats obtenus je constate qu'elle ne peut pas être infirmée. La démarche semble judicieuse et mériterait d'être explorée d'une manière plus approfondie.

Il est important de souligner la subjectivité de la notion de l'estime de soi et donc des résultats qui en découlent. Il faut être très vigilant à ne pas entrer dans de l'interprétation et essayer de diminuer le plus de biais lors de l'étude.

Pour la poursuite de ce travail, il serait intéressant de continuer avec la thérapie cognitivo-comportementale. Il s'agirait préalablement d'observer afin d'isoler les comportements problématiques et amener la personne à réfléchir sur les schémas de pensées dysfonctionnelles, afin de modifier les comportements dans la communication.



# Bibliographie

## ❖ Livres :

ANZIEU D., Le penser, du moi peau au moi pensant, Dunod, 1994

ANDRE C. et LELORD F., L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres, Paris, Odile Jacob

BIDDLE S. & Goudas M., Sport, activité physique et santé chez l'enfant. Enfance, 2-3,1994

BRANDEN N., L'estime de soi, une force positive, un regard sur notre ressource psychologique la plus importante, Montréal, Béliveau, 2003

BRIEGHEL-MULLER G., Etonie et Relaxation, DELACHAUX et NIESLE, Lausanne-Paris 1972-1979-1986

CARALP E., Ces maladies mentales nommées folie, Milan, 1999

DOLTO F., L'image inconsciente du corps, Éditions du seuil, Paris, 1984

DORON R. et PAROT F., Le Dictionnaire De Psychologie 2eme Édition Mise A Jour 1998

FONTAINE O., FONTAINE P., Guide Clinique de thérapie comportementale et cognitive, chapitre 7 : Affirmation de soi, Edition Retz, 2006

FOUGEYROLLAS P., CLOUTIER R., BERGERON H., CÔTÉ J. , ST MICHEL G., Classification québécoise Processus de production du handicap, 1998

FREUD S., Le moi et le ça, Essai de psychanalyse 1923 P.U.F., 1975

GOLSE B., Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, Masson, 1999

JUNG, C.G., Mysterium conjunctionis, Paris, Albin Michel, 1982, (I-p.26-32)

JUNG, C. G., Mandala : Bilder aus dem Unbewussten, Olten, Freiburg im Breisgau, 1977 (reed.)

LESAGE B., Dialogue corporel et danse-thérapie, Éléments psycho-cliniques, Psychomotricité 1ere année 2003-2004 Université Pierre et Marie Curie

OUELLET R., L'Abbé Y., Programme d'entraînement aux habiletés sociales, Behaviora, juin 1986

WATZLAWICK P., Une logique de la communication, le livre de poche, Paris, 1979.

### ❖ Articles :

HUTOIS M., Poids et voix, pour la science, n°265, 2008, p.20-21

HUTOIS M., Analyse anatomo-physiologique des systèmes ostéo-articulaire et ventilatoires impliqués dans le chant, Médecine des arts n°57, 2006

NINOT G., Delignières D. & Fortes, M., L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel, Revue S.T.A.P.S., 2000, 53, 35-48.

NUSSBAUM N., Apprentissage de l'autorité vocale, Médecine des arts n°63 2008

### ❖ Sites internet :

<http://www.institut-eutonie.com/index.php?fiche=355> consulté le 1/11/11

[http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Schéma\\_du\\_processus\\_de\\_communication.svg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Schéma_du_processus_de_communication.svg)  
consulté le 1/05/12

### ❖ Interview :

Interview téléphonique de Mme PARDO, musicothérapeute à Toulouse, 2/05/12

# Annexes

- Annexe n°1- **Exercices d'échauffements du corps et de la voix**<sup>29</sup>

### **Position à adopter pour chanter :**

- Position debout, genoux « déverrouillés », légère « cassure » au pli de l'aine.
- Les épaules sont basses
- Sentir le grandissement
- L'atlas repousse le ciel

L'instrument vocal est le corps du chanteur et celui-ci de la tête au pied.

- 1. Prendre contact avec le sol :** En position debout, la jambe d'appui fléchie poser l'autre pied sur une balle de tennis, pétrir la balle posée au sol en rythme avec le pied déchaussé. Bien « masser » toute la surface du pied.

Ceci permet de stimuler tous les récepteurs de la face plantaire. Des zones de douleurs peuvent se manifester. Elles sont la conséquence de la tension dans les pieds. Ces derniers étaient crispés.

Cet exercice permet donc une détente générale de la plupart des individus.

Musique utilisée : de Tchaikowski, Le lac des cygnes, Danse des petits cygnes + fée dragée

- 2. Éveiller le squelette :** La personne positionner pour chanter. Percuter tous les os saillants avec le bord du point fermé côté de l'auriculaire.

La percussion rythmée des os :

Elle est utilisée traditionnellement par les danseuses de Raq Sharki.

Gerda Alexander a observé que la conscience de l'os apporte un sentiment de force et de sécurité intérieur. La conscience de l'os induit une détente des muscles qui s'y attache et provoque une relaxation profonde.

---

<sup>29</sup> M.HUTOIS, Les dix pas vers la voix, Petite leçon d'accordage de l'instrument vocal pour le Chœur Symphonique de Liège, 2011

De plus les psychomotriciens ont récemment mis en évidence que la perception de l'os joue un rôle dans l'identification (prise de conscience identitaire, apparition du moi...)de l'enfant.

**3. Massage du dos** : interposer deux balles de tennis entre le dos et un mur lisse. Les genoux sont fléchis, la posture verticale. Les deux bases se trouvent de part et d'autre de l'épine dorsale. Masser les muscles en faisant rouler les balles de bas en haut en utilisant la flexion et l'extension des genoux ou en faisant des cercles toujours en mobilisant l'ensemble des jambes dans un mouvement souple.

**NB** : Le dos est souvent source de douleurs suite à de trop grandes tensions musculaires. Il est confronté tous les jours à des contraintes dont on oublie souvent les conséquences. De même l'anxiété entraîne une posture crispée.

Musique utilisée : de Tchaikowski, valse de la sérénade.

**4. Libérer les côtes** : Assise sur une chaise, les coudes posés sur les genoux, le front déposé sur les phalanges proximales, poings fermés. Le dos est arrondi. Respirer par le dos

Lors de cet exercice je passe chez chacune des participantes pour poser mes mains au niveau des lombaires afin de sentir si elles réalisent l'exercice correctement et de la même manière, leur donner un repère.

Je leur demande avant si je peux le faire. En effet il faut prendre en considération que des personnes ne supportent pas d'être touchées par autrui.

Dans cette position on ne peut respirer qu'en gonflant la taille et les lombes. Seules les côtes inférieures sont actionnées.

La respiration naturelle, fait et défait les courbures de l'axe vertébral au rythme des inspirations et des expirations. Les muscles du bas du dos devraient se relâchés suffisamment pour permettre de diminuer le creux lombaire. Il est important pour le chanteur de recouvré ou d'acquérir cette capacité car elle intervient dans l'appui vocale et le soutien du souffle.

Les exercices suivants ne sont pas systématiquement proposés, je prends en compte l'état physique des participantes.

## **5. Se grandir dans le rythme respiratoire :**

L'inspiration érige la colonne vertébrale, abaisse le larynx, dilate la gorge, élargit la taille.  
L'expiration est une détente.

## **6. Libérer le bassin :** Explorer en musique ou en rythme les trois mouvements du bassin : rouler, tanguer, virer.

Ils sont les pas de base du Raq Sharki et de la danse égyptienne.

Musiques utilisées : Tchaikowski, Danse arabe ; et Raq Sharki.

Pendant la marche harmonieuse le bassin réalise ces trois mouvements c'est-à-dire :

- *Rouler* : plan frontal autour de son axe antéropostérieur situé sous le nombril.
- *Virer* : Plan horizontal autour de son axe vertical qui peut être repéré grâce à la colonne vertébrale
- *Tanguer* : Plan sagittal autour de l'axe horizontal virtuel qui relie les deux têtes fémorales.

Ces mouvements doivent être libres pour permettre à la personne d'utiliser efficacement sa respiration notamment pendant le soutien vocal.

Autre exercice pour travailler le mouvement du bassin.

Utiliser un ballon de Bobath, faire asseoir la personne dessus et lui demander de réaliser les mouvements en assis sur le ballon.

Cette exercice permet de travailler la souplesse dans les mouvements du bassin mais également de travailler le maintien postural en assis important dans l'exercice du chant.

## **7. Détendre la mandibule :**

Avec deux balles molles qu'on fait rouler doucement masser la mandibule, le cou et la nuque.

Ce massage détend profondément la nuque, le cou, les muscles qui ferment et ouvre la bouche. Il prépare à une bonne articulation spécifique au chant et libère le larynx.

## **8. Exercices de respiration :**

- Sentir que l'axe de la colonne s'érige :

Utiliser comme repère deux balles molles, de diamètres différents selon la courbure lombaire et cervicale. Lors de l'inspiration je demande à la personne de me dire ce qu'elle sent.

Une autre position :

Coucher sur le ventre, une balle sous les mains au niveau du front, et une balle sous le ventre. Je demande également à la personne de respirer et de me dire ce qu'elle sent.

- Dissociation de la respiration thoracique et abdominale :

La patiente est couchée sur le dos, je lui demande d'inspirer un maximum d'air et d'expirer en deux temps : commençant par l'air au niveau dans la base haute du tronc puis l'air dans la partie abdominale. Je lui demande de fermer les yeux, de placer ses mains au niveau du bas du ventre et sur la poitrine afin qu'elle sente le mouvement.

Suivant l'avancé de la personne, je demande à une autre patiente de prendre le rôle de repère mais aussi qu'elle se rende compte du mouvement et qu'elle exprime si elle pense que l'autre patiente réalise correctement ou non.

Après ce travail sensorimoteur, le corps est prêt à chanter.

## **9. Exercice d'appui vocal :**

- Expirer l'air en maintenant un filet d'air constant : comme un ballon qui se dégonfle doucement. Cependant, la personne doit essayer de maintenir la position d'inspiration.
- Expirer l'air, en faisant vibrer les lèvres, « comme pour imiter le cheval », réaliser l'exercice assez longtemps
- Même exercice que précédemment mais en émettant un son.



#### **10. Muser :**

- Garder les lèvres pincer, et émettre un son.

#### **11. Emettre des syllabes :**

- No
- Ni
- Na, je commence par utiliser la consonne « N » car c'est celle qui permet de placer le son derrière les dents. Ceci afin d'éviter que les personnes ne se fassent mal aux cordes vocales.

#### **12. Emettre une phrase :**

- « Miaou c'est moi le chat »

#### **13. Emettre une suite de voyelle :**

Par cet exercice les dames prennent conscience du rôle de leur langue dans l'émission de son et pour former une bonne voyelle.

#### **14. Improvisation :**

Je donne aux dames le choix d'une chanson qu'elles souhaitent interpréter ensemble, et au fil des séances, elles chantent en groupe restreint, à deux pour les amener à chanter seule devant les autres.

- Annexe n°2 – **Contrat thérapeutique**

Contrat thérapeutique :

Je soussigné(e) .....s'engage a participé à l'atelier de « gym vocal » c'est-à-dire

- Participer à minimum 4 séances obligatoires consécutives
- Respecter l'horaire pour ne pas perturber l'atelier et pour respecter les autres participants
- De participer à toute la durée de la séance une fois qu'elle a commencé,
- D'éteindre le téléphone portable pendant toute la durée de l'activité
- De respecter le temps de parole de chacun
- D'émettre des critiques constructives et non destructrices (moqueries)
- De ne pas divulguer des moments particuliers d'un autre patient durant les séances.

Date et signature :

- **Annexe n°3 – 2 Affiches**





- **Annexe n°4 - Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg**

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, le patient doit indiquer à quel point l'affirmation est vraie en encerclant le chiffre approprié.

- Tout à fait en désaccord : 1
- Plutôt en désaccord : 2
- Plutôt en accord : 3
- Tout à fait en accord : 4

1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre 1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités. 1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté 1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens 1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi. 1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même. 1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi. 1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même 1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile. 1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien. 1-2-3-4

### Comment évaluer l'estime de soi ?

Pour ce faire, il vous suffit d'additionner les scores aux questions : 1, 2, 4, 6 et 7.

Pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si vous entourez le chiffre 1, 3 si vous entourez le 2, 2 si vous entourez le 3 et 1 si vous entourez le 4.

Faire le total de des points.

Si c'est un score

- inférieur à 25, l'estime de soi est très faible.
- entre 25 et 31, l'estime de soi est faible.
- entre 31 et 34, l'estime de soi est dans la moyenne.
- entre 34 et 39, l'estime de soi est forte.
- supérieur à 39, l'estime de soi est très forte et la personne a tendance à être très affirmé.

- Annexe n°5 – Grille de Fiaget

	COMPORTEMENT PASSIF	COMPORTEMENT AGRESSIF	COMPORTEMENT AFFIRME
LANGAGE NON VERBAL			
Contact visuel	Fuyant	Insistant	Soutenant mais adéquat
La mimique faciale	Figée, peu expressive	Tendue	Détendue, posée
La posture générale	Manque de tonicité	Crispée et tendue	Tonique et posée
La distance impersonnelle	Lointaine	Trop proche	Distance respectueuse (un longueur de bras)
LANGAGE PARAVERBAL			
L'intensité	Trop aigüe, fluctuante, inadaptée	Forte	Adapté au contexte
Le timbre	Sourd, nasonné, voilé	Eraillé, forcé	Timbre clair
Le débit verbal	Souvent rapide pour masquer l'anxiété ou trop lent	Quantité de mots trop importants	Régulier, posé, respectant la ponctuation



- Annexe n°6 – **Grille des comportements d'affirmation de soi + explications des items.**

	Tout à fait en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord.
16- Accepter de participer				
17- Venir spontanément à l'atelier				
18- Accepter de réaliser l'exercice d'appuie vocale				
19- Accepter le jugement de l'autre				
20- Faire un compliment à l'autre				
21- Recevoir/Accepter un compliment				
22- Faire preuve d'assertivité				
23- Demande de l'aide quand elle n'arrive pas à réaliser l'exercice.				
24- Va jusqu'au bout des exercices sans abandonner				
25- Respecter le temps de parole de l'autre				
26- Exprimer son ressenti avant la séance				
27- Exprimer son ressenti après la séance				
28- Va jusqu'au bout de la séance sans la quitter avant la fin				
29- Se dévalorise quand elle ne réussit pas un exercice				
30- Suit le mouvement sans s'imposer				

### Explications des items :

- Accepte de participer : il est intéressant par cet item de mettre en évidence comment la personne va se comporte lors du jour de l'atelier car elle s'est engagé une première fois en signant le contrat thérapeutique mais si elle présente un refus ou une hésitation, il faut chercher à lui faire verbaliser pour quelle raison mais aussi lui renvoyer son comportement afin de l'amener à une réflexion.
- Venir spontanément à l'atelier : les personnes connaissent les horaires et je leur rappelle avant chaque séance qu'elles doivent se rendre au local.
- Accepte de réaliser l'exercice d'appuie vocale : sentir son corps en action, se savoir observer.
- Accepte le jugement de l'autre : le patient sera capable d'émettre un jugement constructif pour l'autre mais doit accepter le jugement « argumenté » de l'autre. Il est évident que des remarques désobligeantes et déplacées ne sont pas tolérées.
- Faire un compliment : La personne est libre si elle en a envie, d'exprimer son impression sur l'exercice d'un autre participant tout en respectant le temps de parole et avoir un signe du thérapeute pour commencer à parler.
- Recevoir un compliment : des personnes qui se sous-estime peuvent refuser un compliment le jugeant faux, à elle de savoir l'accepter.
- Faire preuve d'assertivité : s'affirmer tout en respectant l'autre
- Faire un compliment à l'autre : Oser donner son avis positif sur l'autre tout en sachant que l'autre pourra également émettre un avis.
- Demander de l'aide quand elle n'arrive pas à réaliser l'exercice : comme vu dans la théorie ne pas demander de l'aide se traduit par une peur de déranger ceci fait référence à l'affirmé passif.
- Va jusqu'au bout de l'exercice sans abandonner : la personne doit arriver au bout sans se décourager ou se dévaloriser.
- Ecouter l'autre : respecter le temps de prestation de l'autre

- Exprimer son ressenti de la séance : le « ça a été », peut être émis bien sûr mais ne paraît pas très significatif.
- Exprimer le ressenti du moment : oser exprimer les sentiments au moment où nous réalisons un exercice.
- Va jusqu'au bout de la séance sans la quitter avant : (hormis si elle a un rendez-vous médical qui ne peut pas être changé, la personne à signer un contrat, elle ne peut pas partir avant la fin.
- Se dévalorise quand elle ne réussit pas un exercice :
- Suit le mouvement sans s'imposer : la personne fait à nouveau preuve d'affirmation de soi passive pendant toute la séance je les sollicite à prendre la parole et à s'exprimer afin de les inviter à donner un avis.

Remarque :

Il semble évident que refuser une activité peut être interprété comme un comportement d'affirmation de soi, cependant je ne reprends pas ce comportement dans la grille car les patients ne sont pas dans l'obligation de participer. C'est un choix et un engagement de leur part. Si un participant refuse de réaliser un exercice je lui demande de s'exprimer sur les raisons qui composent son refus.

- **Annexes n°7** : Les fiches de renseignements

Questionnaire n°1 :

Nom et prénom :

• Pour quelle(s) raison(s) avez-vous accepté de participer à cet atelier ?

.....

• Avez-vous déjà chanté ? Oui – Non

Si oui, à quelle occasion ? (karaoké, audition, sous la douche...)

.....

• Avez-vous déjà pris des cours de chant ? Oui – Non

Si oui, où?

.....

• Avez-vous déjà chantez en groupe ? Oui – Non

Si oui, pour quelle occasion ?

.....

• Avez-vous déjà chantez seule devant d'autres personnes ? Oui – Non

Si non, vous sentez vous prêt à chanter seul(e) ?

.....

Date :

Nom :

Prénom :

Date de passation :

Questionnaire de fin

A combien de séances avez-vous participé ?

.....  
.....  
.....

Qu'avez-vous pensé des séances ?

.....  
.....  
.....  
.....

Que vous a apporté l'atelier ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Quelles étaient les difficultés que vous avez rencontrées?

.....  
.....

Avez-vous respecté votre contrat ?

.....

La pyramide de la confiance en soi



# Résumé

Un des objectifs de l'ergothérapeute, dans le secteur de la psychiatrie est le travail de la communication, afin d'améliorer les relations interpersonnelles et de favoriser une meilleure intégration dans la société.

Après une mûre réflexion, il m'est apparu clairement que la valeur que l'on se donne influence nos comportements. Ainsi, une personne ayant une mauvaise estime de soi présente des comportements inadéquats comme, par exemple, des difficultés d'affirmation de soi.

Lors de ce travail, expérimenté dans un service de soins aigus, au CHR de Huy, j'ai mis en place un atelier de « gym vocale ». Huit séances d'1 heure ont été effectuées. Ces séances avaient pour but d'amener les personnes constituant initialement un groupe uni, à travailler progressivement seules et à s'individualiser face à ce groupe accueillant et attentif. Dans ce contexte, il leur était demandé de faire les exercices proposés avec leurs qualités et leurs défauts vocaux, avec simplicité et confiance. J'espérais ainsi observer, de séance, en séance des modifications positives de l'affirmation de soi chez les patients volontaires.

De plus, par ces cours de gym vocale, j'espérais asseoir les bases corporelles, initialement déficientes, sur lesquelles les patients pourraient reconstruire ou renforcer l'image de leur corps unifié, plein dense et contenu dans un « moi-peau », à la fois limites et lieu d'échanges, concordant avec la réalité de l'anatomo-physiologie et, par voie de conséquence, améliorer leur estime de soi et leur aptitude à la communication. J'ai tenté de donner aux personnes, des repères somatognosiques, grâce à des exercices de respiration et des exercices vocaux utilisés traditionnellement par les professeurs de chant qui transmettent leur art par des métaphores destinées à « faire sentir » à l'élève en chant comment s'y prendre pour produire un son lyrique.

Pour évaluer l'évolution de l'estime de soi j'ai fait passer le test de l'estime de soi de Rosenberg au début et à la fin de la participation aux séances. Par ailleurs, j'ai élaboré une grille d'observations des comportements significatifs de l'affirmation de soi.

Au vu des observations que j'ai effectuées la démarche thérapeutique semble judicieuse et mériterait d'être explorée sur un plus long terme et un plus grand nombre de patients.