

15 Un dispositif d'écoute musicale dans les chambres de soins intensifs en psychiatrie : quel impact pour quelle innovation sociale ?

Angelika Güsewell, Matthieu Thomas, Émilie Bovet, Gilles Bangerter, Alexia Stantzios et Cédric Bornand

15.1 Introduction

Les chambres de soins intensifs¹ (CSI) de plusieurs hôpitaux psychiatriques vaudois et français sont équipées d'un dispositif technique qui permet aux patient·e·s d'écouter de la musique pendant leur isolement. La mise à disposition de cette interface musicale vise à les aider à traverser un moment de crise psychique dans un environnement difficile et controversé, tout en soutenant le personnel soignant dans sa pratique professionnelle. En effet, présentées comme une mesure thérapeutique et couramment utilisées en psychiatrie moderne (Gutheil 1978 ; Klein et König 2016 ; Palazzolo 2002 ; Steinert et Gebhardt 2000), les CSI soulèvent de multiples questions éthiques : elles constituent une restriction sévère de la liberté de mouvement et de l'autonomie des patient·e·s ; la fonction thérapeutique et l'efficacité de la mesure ne sont pas avérées ; la réduction des stimulations sensorielles peut présenter des risques pour la santé mentale des patiente·s ; enfin, les mesures de contention rendent difficile l'établissement d'une relation soignante basée sur le dialogue. Du côté des patient·e·s, l'isolement est vécu la plupart du temps de façon négative, voire traumatisante (Bovet 2009 ; Friard 1998 ; Nelstrop *et al.* 2006). La dimension thérapeutique et clinique de la mesure est rarement perçue par les personnes qui en font l'expérience. Au contraire, c'est plutôt sa violence dont elles rendent compte (Bardet Blochet 2009 ; Fisher 1994 ; Holmes *et al.* 2004).

L'ensemble de ces constats a constitué le point de départ du développement et de l'installation du dispositif d'écoute musicale *Amenhotep*, fruit d'une première

1 Les CSI sont une « mesure de contention qui consiste à isoler le patient dans une chambre fermée dont il ne peut sortir seul » (Bovet 2009 : 15) dont l'objectif est de réduire les stimulations sensorielles afin que les patient·e·s puissent reprendre le contrôle de leur état psychique et de leur comportement.

« recherche-action » (2012-2016) qui visait à repenser les soins dans les CSI grâce à l'apport de la musique (Bovet *et al.* 2015 ; Güsewell *et al.* 2019)². En effet, le recours à l'écoute musicale semble être une piste porteuse pour réduire le sentiment de solitude et d'abandon des patient·e·s, et pour leur permettre de retrouver une certaine autonomie (Bonner *et al.* 2002 ; Holmes *et al.* 2004 ; Martinez *et al.* 1999 ; Meehan *et al.* 2004 ; Wynn 2004).

Le dispositif d'écoute musicale développé entre 2012 et 2016 se présente sous la forme d'une interface tactile directement insérée dans le mur (Bornand *et al.* 2019). Via cette interface, les patient·e·s peuvent choisir parmi vingt morceaux de musique instrumentale de style et de genre variés (classique, jazz, film, folk), d'une durée de 5 à 10 minutes, et catégorisés selon le contenu émotionnel qu'ils véhiculent. Les patient·e·s ont la maîtrise complète du dispositif musical : 24h sur 24, elles et ils ont la possibilité d'activer ou non la musique, de changer de catégorie émotionnelle ou encore de régler le volume sonore. Du côté des soignant·e·s, un système de contrôle simple, situé à l'extérieur des CSI, leur permet de définir le volume sonore maximum et d'activer ou de désactiver le dispositif musical.

Concernant les musiques proposées, l'équipe de recherche a fait le choix de mettre à disposition des patient·e·s une sélection de morceaux qui ne leur sont pas forcément familiers (Güsewell *et al.* 2019). L'hypothèse sous-jacente était qu'une musique inconnue peut encourager une écoute ouverte et attentive, permettant aux patient·e·s de se reconnecter à leur état affectif. La sélection du corpus de 20 morceaux s'est passée comme suit : chaque membre de l'équipe de recherche a fait des suggestions, principalement à partir du répertoire classique, jazz, folk et de musiques de film. Ensuite, l'équipe a débattu de l'inclusion de chaque pièce dans l'une des neuf dimensions de la *Geneva Emotional Music Scale*³ (GEMS ; Zentner *et al.* 2008), soit activation joyeuse, émerveillement, pouvoir, nostalgie, tristesse, tendresse, transcendance, calme et tension. Cette étape a conduit à une présélection de 50 pièces (quatre à cinq par dimension) dont l'attribution avait fait l'unanimité. Enfin, un groupe de 40 auditeurs bénévoles d'âges et de professions divers ont indiqué les deux dimensions (parmi les neuf de la GEMS) qui leur semblaient les plus représentatives de chaque morceau. Quatre catégories émotionnelles (regroupant deux ou trois dimensions) ont ainsi émergé : activation joyeuse, nostalgie, tension et calme. Enfin, pour concevoir et construire l'inter-

2 L'équipe est composée d'une psychologue-musicienne, de deux infirmier·e·s en psychiatrie, d'un ingénieur et de deux sociologues. Pour plus d'informations, voir le site internet qui présente le dispositif d'écoute musicale : <https://www.amenhotep.ch/>.

3 La GEMS est un modèle des émotions qui peuvent être évoquées par la musique.

face tactile, l'équipe a dû se conformer aux règles de sécurité strictes des services de psychiatrie aiguë (Bornand *et al.* 2017 ; 2019). En Suisse, les objets cassables et potentiellement dangereux sont en effet interdits dans les CSI, ce qui exclut d'emblée les dispositifs portables de musique tels que les *smartphones* et les écouteurs. Dans ces conditions, la solution la plus adaptée consistait à créer un dispositif de musique tactile, directement inséré dans les murs des CSI.

L'équipe de recherche poursuit actuellement son enquête en étudiant l'impact du dispositif musical sur le vécu des patient-e-s et des soignant-e-s ainsi que sur les relations qui s'établissent entre eux et elles autour de la musique⁴. Au moment du lancement de cette deuxième recherche (2018-2020), deux chambres étaient équipées de l'interface à Yverdon-les-Bains (Centre de psychiatrie du Nord vaudois), une à la Fondation de Nant (secteur psychiatrique de l'Est vaudois), une à l'hôpital psychiatrique de Prangins (secteur psychiatrique de l'Ouest vaudois) et une dernière à Lyon (St-Cyr au Mont d'Or, Établissement Public de Santé mentale, Rhône France)⁵.

C'est sur cette deuxième phase de recherche que se focalise la présente contribution. Plus précisément, nous nous intéresserons à la perspective des patient-e-s et à ce que leur apporte le dispositif musical. Dans un premier temps, nous reviendrons sur la recherche actuelle en détaillant son déroulement ainsi que le dispositif méthodologique mis en place. Dans un deuxième temps, nous présenterons une partie des résultats. Trois axes seront abordés : (1) l'utilisation du dispositif musical par les patient-e-s, (2) l'impact du dispositif sur leur vécu et (3) l'impact du dispositif sur la relation soignante. Dans un dernier temps, nous reviendrons sur les objectifs du projet de recherche en discutant, à l'aune des résultats obtenus, les potentialités et les limites de l'innovation sociale que constitue l'installation d'un tel dispositif en contexte psychiatrique.

15.2 Méthode

Pour atteindre les objectifs définis à la fin de l'introduction, nous avons opté pour une stratégie de recherche « mixte » qui combine des méthodes quantitatives et qualitatives : les données quantitatives (fichiers log et questionnaires standardisés) collectées dans un échantillon aussi large que possible de patient-e-s et de soignant-e-s visent à valider ou à invalider certaines hypothèses de recherche ;

4 Il s'agit du projet « Écoute musicale en chambre de soins intensifs » (2018-2020), financé en majeure partie par la Gebert Rüf Stiftung. Voir le descriptif du projet sur leur site : <https://www.grstiftung.ch/de/search-grs-064-17-.html?search=g%c3%bcsewell>.

5 Depuis, plusieurs chambres supplémentaires ont été équipées du dispositif musical dans les différents hôpitaux mentionnés.

les données qualitatives (entretiens compréhensifs) collectées dans un plus petit échantillon ont pour objectif une compréhension en profondeur du vécu de quelques patient·e·s et soignant·e·s et une analyse fine des interactions qui s'établissent entre eux et elles. Le croisement de ces deux types de données est essentiel pour étudier et comprendre l'impact du dispositif d'écoute musicale dans le contexte complexe des soins en psychiatrie aiguë.

Les participant·e·s (patient·e·s et soignant·e·s) ont été recrut·é·e·s entre septembre 2018 et janvier 2020 dans les quatre institutions psychiatriques mentionnées en introduction. Sur chaque site, deux unités ont été concernées : une première qui dispose d'une ou deux CSI équipées du dispositif d'écoute musicale et une deuxième dont la ou les CSI n'en disposent pas. Au total, 48 patient·e·s (groupe contrôle = 20, groupe expérimental = 28 ; 30 hommes, 18 femmes), âgé·e·s de 18 à 58 ans (moyenne d'âge = 35.6), ainsi que 74 soignant·e·s (groupe contrôle = 35, groupe expérimental = 39 ; 20 hommes, 53 femmes) ont pris part à l'étude⁶. Les soignant·e·s ont donné leur consentement libre et éclairé au cours des deux semaines qui ont précédé la collecte de données. Du côté des patient·e·s, comme ils et elles sont généralement en phase clinique aiguë au moment du placement en CSI, c'est une procédure de consentement *a posteriori* qui a été suivie, en accord avec les articles 15 à 17 de l'Ordonnance sur les essais cliniques (OClin) : l'information sur l'étude n'a été faite qu'après leur sortie de la CSI. Conformément aux clauses concernant les « situations d'urgence » dans le protocole sur les essais cliniques, un·e médecin indépendant·e du projet a veillé sur chaque site à la santé et aux intérêts des patient·e·s qui y ont participé. L'attribution des patient·e·s au groupe expérimental (CSI avec dispositif d'écoute musicale) ou de contrôle (CSI sans dispositif d'écoute musicale) s'est faite au moment de leur admission, en fonction de la disponibilité de l'une ou de l'autre des chambres (attribution de convenance). À leur sortie de la CSI, les patient·e·s ont été informé·e·s par leur soignant·e référent·e de la recherche en cours et ont pu choisir d'accepter ou non d'y participer.

Trois collectes de données se sont déroulées en parallèle. La première concernait l'utilisation du dispositif musical par les patient·e·s. Chaque utilisation du dispositif par les patient·e·s placés en CSI a été enregistrée de façon automatique (catégorie sélectionnée, morceau sélectionné, moment de la journée, durée d'écoute, intensité sonore, etc.). À partir de ces données brutes, des indicateurs tels que la durée d'écoute totale, la durée d'écoute par catégorie, la durée d'écoute

6 Étant donné que la collecte des données était encore en cours au moment de la rédaction du présent chapitre, le nombre total de participant·e·s n'est pas définitif.

par morceau, la durée d'écoute par jour, le taux d'écoute (rapport entre temps passé à écouter de la musique et temps total passé dans la CSI), l'intensité sonore minimale, maximale et moyenne peuvent être calculés pour chaque patient. La deuxième collecte de données explorait le vécu subjectif des patient-e-s. Celles et ceux qui avaient donné leur consentement pour l'étude ont rempli un court questionnaire portant sur leur vécu du séjour en CSI, leurs interactions avec les soignant-e-s et la place de la musique dans leur vie⁷. La passation (papier-crayon) s'est faite en présence du ou de la soignant-e référent-e qui a ainsi pu répondre aux éventuelles questions. En complément, des entretiens approfondis (d'une durée de 45-60 min) ont été réalisés avec 20 patient-e-s (10 du groupe expérimental, 10 du groupe contrôle) ayant manifesté leur intérêt à échanger avec un-e membre de l'équipe de recherche. Ces entretiens portaient principalement sur leur vécu de la contention, du dispositif musical et de la relation soignante.

La troisième collecte de données s'intéressait au vécu subjectif des soignant-e-s. Selon le service dans lequel ces personnes travaillaient, ils et elles faisaient partie du groupe expérimental (service avec CSI équipée du dispositif d'écoute musicale) ou du groupe contrôle (service avec CSI sans dispositif d'écoute musicale). Chaque soignant-e ayant donné son consentement pour participer à l'étude a rempli différents questionnaires standardisés, notamment sur la place de la musique dans sa vie et ses interactions avec les patient-e-s pour lesquels il ou elle est plus particulièrement responsable⁸. En complément, 20 entretiens approfondis (d'une durée de 45-60 minutes), faisant écho à un entretien avec les patient-e-s, ont été réalisés avec certain-e-s soignant-e-s, ce qui a permis de croiser le discours et le vécu des deux populations.

En ce qui concerne les questionnaires, les réponses des soignant-e-s et des patient-e-s ont été saisies à double dans RedCAP, vérifiées, puis exportées dans le logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Les données ont été nettoyées et recodées si nécessaire, puis les valeurs moyennes pour chaque échelle des différents questionnaires ont été calculées. Pour vérifier si les patient-e-s du groupe expérimental vivent différemment le séjour en CSI que le groupe contrôle, des tests T pour échantillons indépendants ont été calculés. Quant aux entretiens avec les patient-e-s et les soignant-e-s, ils ont été retranscrits intégralement, puis anonymisés et codés à l'aide du logiciel NVivo, avant d'être étudiés selon les

7 Il s'agit des questionnaires suivants qui ont été traduits de l'anglais au français pour les besoins de l'étude : Barcelona Music Reward Questionnaire (BMRQ ; Saliba *et al.* 2016) ; Survey of Nurses' Attitudes to Seclusion (SNAS ; Heyman 1987) ; Nursing Students Questionnaire (VSI-NS ; Rask *et al.* 2018).

8 Voir les questionnaires BMRQ et VSI-NS mentionnés en note 6.

principes d'une analyse énonciative qui tient compte à la fois du contenu des discours, des modalités de leur énonciation et du cadre interactionnel dans lequel ils s'insèrent. Le codage a suivi une logique inductive : les catégories de codage n'étaient pas déterminées à l'avance mais ont émergé au fur et à mesure de l'analyse du discours des enquêté-e-s.

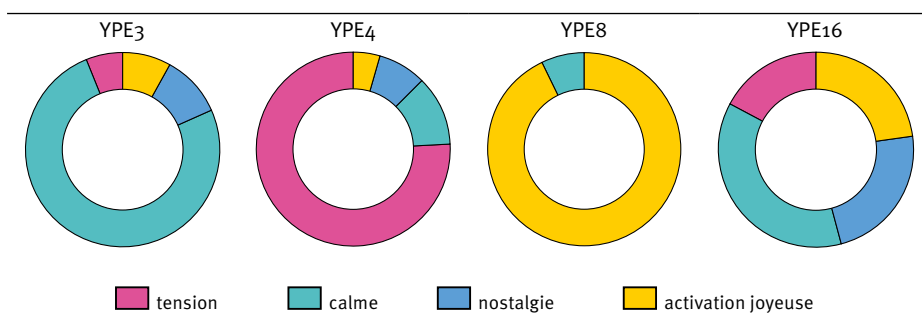
15.3 Résultats

Après avoir présenté notre dispositif méthodologique, nous allons maintenant aborder les résultats obtenus en suivant l'ordre énoncé à la fin de l'introduction : l'utilisation du dispositif musical par les patient-e-s (3.1), l'impact de ce dernier sur le vécu des patient-e-s (3.2) et sur la relation soignante (3.3).

15.3.1 Utilisation du dispositif

Les 48 patientes et patients inclus dans l'étude ont passé de 1 à 38 jours en CSI (moyenne du groupe expérimental 4,5 jours ; moyenne du groupe contrôle = 5,7 jours). Les personnes qui disposaient du dispositif d'écoute musicale ont passé entre 0.14 et 29.10 % de leur temps en CSI à écouter de la musique (moyenne = 11 %). Toujours en pourcentage du temps de séjour, la catégorie la plus écoutée a été « tension » (moyenne = 3,2 %), suivie de « nostalgie »

Graphique 15.1 : Exemples de profils d'écoute, pourcentage du temps d'écoute total attribué à chacune des quatre catégories de contenu émotionnel (patient-e-s YPE3, YPE4, YPE8 et YPE16)

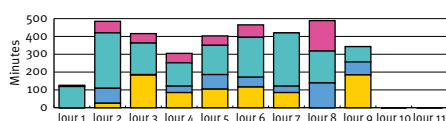


Les profils d'écoute des 28 patient-e-s du groupe expérimental sont très divers, tant du point de vue de la catégorie de contenu émotionnel privilégiée (Fig. 1) que du point de vue de l'évolution (de la durée d'écoute par jour et de la répartition de cette durée sur les différentes catégories) sur l'ensemble du séjour (Fig. 2). Ce résultat va dans le sens d'une écoute sélective en fonction des besoins du moment : les patient-e-s ne font pas tourner les 20 morceaux de musique en boucle pour remplir de manière indifférenciée le silence de la chambre, mais choisissent les catégories ainsi que les morceaux et équilibrent les moments d'écoute et de silence.

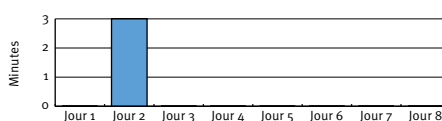
(moyenne = 2,8 %) et « calme » (moyenne = 2,7 %), la catégorie « activation joyeuse » ayant été la moins écoutée (moyenne = 2,3 %).

Graphique 15.2: Exemples de profils d'écoute: durée d'écoute totale et répartition du temps d'écoute sur les quatre catégories de contenu émotionnel (en minutes) par jour (patient-e-s YPE2, YPE6, YPE15, YPE12, YPE3 et YPE4)

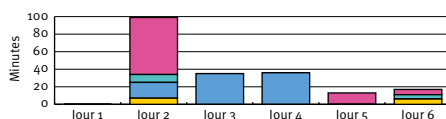
Catégorie par jour, patient YPE2, 2018-09-19 – 2018-09-29, chambre Ivoire A, Yverdon



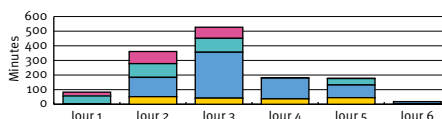
Catégorie par jour, patient YPE6, 2019-03-11 – 2019-03-18, chambre Ivoire A, Yverdon



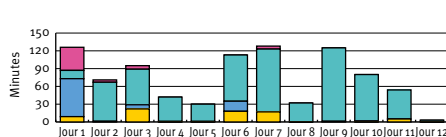
Catégorie par jour, patient YPE15, 2019-05-31 – 2019-06-05, chambre Ivoire A, Yverdon



Catégorie par jour, patient YPE12, 2019-05-01 – 2019-05-06, chambre Ivoire A, Yverdon



Catégorie par jour, patient YPE3, 2018-11-04 – 2018-11-15, chambre Ivoire B, Yverdon



Catégorie par jour, patient YPE4, 2019-01-10 – 2011-01-16, chambre Ivoire B, Yverdon



■ tension ■ calme ■ nostalgie ■ activation joyeuse

15.3.2 Impact du dispositif sur le vécu subjectif du séjour en CSI

Le tableau 15.1 montre comment les patient-e-s du groupe expérimental et groupe contrôle décrivent leur ressenti durant le séjour en CSI (*Survey of Nurses' Attitudes to Seclusion*, Heyman 1987). Il ressort de la comparaison que les émotions négatives dont rendent compte les patient-e-s du groupe expérimental sont en moyenne moins élevées que celles dont font part les patient-e-s du groupe contrôle. Cette différence est particulièrement marquée pour la colère ($\Delta^9 = 0.44$), moins importante pour la peur ($\Delta = 0.22$). La tendance n'est inverse que pour le

sentiment d'être déresponsabilisé qui semble avoir été vécu plus fortement par les patient·e·s du groupe expérimental que par les patient·e·s du groupe contrôle ($\Delta = 0.57$). Ce résultat est d'autant plus intéressant qu'en même temps, les patientes et patients qui ont eu accès à la musique se sont sentis moins contrôlés que celles et ceux qui n'ont pas eu cette opportunité. La relative autonomie que le dispositif confère aux patient·e·s placé·e·s en CSI pourrait leur faire ressentir d'autant plus fortement qu'ils et elles sont par ailleurs totalement dépendant·e·s du rythme qui leur est imposé par les équipes soignantes. De manière inverse, les patient·e·s qui ont pu écouter de la musique durant leur séjour font en moyenne état d'émotions positives plus élevées que celles et ceux qui n'ont pas eu cette opportunité. Cette différence est particulièrement marquée pour le soulagement ($\Delta = 0.46$), le calme ($\Delta = 0.32$) et le sentiment d'être en échantillons sécurité ($\Delta = 0.29$). À noter qu'aucune de ces différences n'est significative (échantillons de petite taille).

Tableau 15.1: Vécu des patient·e·s du séjour en CSI

| | vécus négatifs | | | vécus positifs | |
|-------------------------------|---------------------|-----------------|------------------|---------------------|-----------------|
| | groupe expérimental | groupe contrôle | | groupe expérimental | groupe contrôle |
| 1. effrayé | 1.62 | 1.84 | 5. soulagé | 1.96 | 1.50 |
| 2. colère | 2.04 | 2.45 | 7. maître de soi | 1.79 | 1.74 |
| 3. confus | 1.96 | 2.00 | 8. calme | 1.88 | 1.56 |
| 4. démuni | 2.22 | 2.15 | 9. sécurité | 2.35 | 2.16 |
| 6. déprimé | 2.00 | 2.12 | 10. satisfait | 1.70 | 1.63 |
| 11. dégoûté | 2.04 | 2.17 | 12. heureux | 1.41 | 1.32 |
| 13. puni | 2.04 | 2.05 | | | |
| 14. déresponsabilisé | 2.24 | 1.81 | | | |
| 15. incapable de se contrôler | 1.52 | 1.67 | | | |
| 16. contrôlé par autrui | 2.18 | 2.33 | | | |
| 17. apeuré | 1.68 | 1.83 | | | |

Moyennes du groupe expérimental ($N = 28$) et du groupe contrôle ($N = 20$) pour chacun des 17 items (11 vécus négatifs, 6 vécus positifs ; Min = 1, Max = 3) du Survey of Nurses' Attitudes to Seclusion (SNASS ; Heyman 1987).

L'analyse des entretiens permet de préciser la signification que les patient·e·s accordent au dispositif d'écoute musicale. Dans l'ensemble, ces personnes apprécient de pouvoir utiliser l'interface musicale pendant leur séjour en CSI. Il ressort des entretiens que le dispositif leur donne une certaine autonomie

dans un environnement sur lequel ils et elles n'ont aucune emprise et dans lequel leur pouvoir d'action est quasi nul.

L'écoute musicale en CSI induit plusieurs types d'*effets* sur le vécu des patient·e·s. Nous pouvons en relever deux principaux. Le premier renvoie au pouvoir apaisant de cette écoute. Plusieurs patient·e·s interrogé·e·s affirment que la musique leur a permis de se calmer dans un moment de crise psychique. Ainsi, Camille¹⁰, une patiente de 24 ans qui a passé environ quatre jours en CSI, explique qu'elle se sentait complètement perdue lors de la mise en CSI et que la musique l'a aidée à s'apaiser d'un coup :

Je me souviens surtout de cette scène, justement ce truc où d'un coup j'ai fait ta-ta, ça a mis play, « ouf », y a eu vraiment ce truc où ça a fait « ouf », genre « ah voilà, c'est bon ». C'était apaisant, vraiment apaisant, tranquilisant. (Camille)

Le dispositif musical peut fonctionner comme un soutien affectif face à la situation difficile du séjour en CSI et de la crise psychique. N'ayant aucun mobilier et matériel à disposition, hormis un lit, un canapé et une fenêtre, les patient·e·s en CSI éprouvent souvent un fort sentiment de solitude, comme ils et elles l'expliquent durant les entretiens. Confronté·e·s à eux ou elles-mêmes et à ce qui leur arrive, ils et elles n'ont pas d'échappatoire. Dans ces cas, la musique semble aider à se sentir moins seul·e et à éviter de « ruminer » les mêmes événements, comme le raconte Nicolas, un patient âgé de 31 ans qui a passé quelques jours en CSI en raison d'une décompensation maniaque :

Mais qu'il y ait au moins quelque chose c'est déjà magnifique, que ce soit pas le silence total, parce que c'est le pire. Surtout dans ces moments-là où tu sais que t'as fait une connerie. Tu vois, tu peux te dire, ta famille, elle pense ceci de ça, tes potes, ils pensent quoi de ça, ton patron, il pense quoi de ça, donc tu fais que ruminer, t'as pas de musique, t'es assis sur ton matelas ou tu pleures au fond de toi. Déjà là, t'as de la musique, tu peux un peu t'apaiser. (Nicolas)

Pour les patient·e·s, la musique représente une forme de présence dans la solitude qu'impose la CSI. C'est bien cette présence nouvelle qui remplit l'espace et, dans un rapport analogique, l'esprit, permettant ainsi de « s'évader » de la pièce confinée, pour utiliser les mots employés par une autre patiente. En d'autres

10 Afin de préserver l'anonymat des patient·e·s, les prénoms mentionnés sont fictifs.

termes, la musique devient un moyen de focaliser son attention sur autre chose que soi-même et donc de s'échapper de soi-même.

Le deuxième effet induit par l'utilisation du dispositif musical consiste en une forme de stimulation à la fois corporelle et cognitive. Le dispositif fonctionne ici comme une « *affordance* » (Gibson 2014 ; Menin et Schiavio 2012) au sens où la musique offre et invite à la réalisation d'actions spécifiques. Le dispositif donne en effet des *prises* aux patient-e-s pour se mouvoir et s'activer en lien avec la musique (Clarke 2005). Lors des entretiens, une partie des patient-e-s interviewé-e-s ont évoqué la manière dont la musique les a amenés à danser, à battre le rythme ou encore à faire de l'exercice physique :

J'ai mis de la musique classique et je me suis mis à faire de la danse classique, enfin que ce soit danse classique, muay-thaï, tai-chi, entraînement de gainage, que ce soit entraînement à bouger en mouvement et esquiver les coups, tout ça je l'ai appris en chambre d'isolement. (André)

L'écoute musicale apparaît donc comme un moyen de se dépenser physiquement et, plus largement, de s'occuper pour « faire passer le temps ». Cette dernière idée revient presque systématiquement dans le récit des patient-e-s. Comme ils et elles l'ont souvent souligné dans les entretiens, il n'y a rien à faire en CSI. Il s'agit alors de s'occuper pour que le temps ne paraisse pas « immobile ». Si cet effet du dispositif est avant tout d'ordre pratique, voire prosaïque, il semble central pour les patient-e-s étant donné l'enjeu que représente pour eux le fait de ne rien (pouvoir) faire en CSI. Dans un registre similaire, le dispositif d'écoute musicale opère comme un objet qui focalise l'attention cognitive des patient-e-s. Ils et elles se montrent en effet souvent intéressé-e-s par cet objet qu'il leur faut découvrir. L'appropriation du dispositif passe par l'exploration de ses potentialités musicales, comme le raconte Arthur, patient âgé de 42 ans qui a passé 12 jours en CSI. Son entretien avec l'enquêteur a été consacré presque intégralement à la façon dont il a découvert le dispositif, son fonctionnement et progressivement les différents morceaux qu'il recelait, durant son séjour en CSI. La curiosité des patient-e-s à l'égard du dispositif se remarque également à travers leurs questions, durant l'entretien, à propos de sa fabrication ou sur le choix des catégories musicales et des morceaux. Une majorité de patient-e-s profitent d'ailleurs de ce moment d'échange hors du cadre hospitalier pour développer leur propre théorie sur les effets supposés de la musique et pour proposer des modifications pour améliorer le dispositif. Les demandes de changement sont variées et concernent

les catégories musicales proposées, le nombre de morceaux à disposition, la durée des pièces ou encore l'ergonomie de l'interface.

Pour résumer, à la lumière de l'analyse des entretiens approfondis, il apparaît que l'utilisation du dispositif musical a un réel impact sur le vécu des patient·e·s placé·e·s en CSI. Le dispositif modifie de façon significative le rapport des patient·e·s à eux ou elles-mêmes, à la temporalité de leur séjour en CSI et à l'environnement de la chambre. D'un côté, lorsque le dispositif est utilisé pour s'activer, réfléchir ou mieux dormir, il prend la forme d'un *opérateur d'occupation* aidant à « faire passer le temps ». De l'autre, quand le dispositif musical permet de se calmer, de reprendre conscience de soi-même et de s'évader, il apparaît comme un *opérateur d'encaissement* aidant à mieux supporter le séjour en CSI¹¹. L'hypothèse que le dispositif musical pourrait permettre aux patient·e·s qui l'utilisent de retrouver une certaine autonomie et contribuer à réduire le sentiment de solitude semble ainsi se confirmer.

15.3.3 Interactions

Dès le début de la recherche, l'équipe avait émis l'hypothèse que l'interface musicale pourrait servir de support à une interaction entre soignant·e·s et patient·e·s, contribuant ainsi à la qualité relationnelle du soin. En effet, lors d'un séjour en CSI, les soins prodigués par les soignant·e·s sont prioritairement « techniques » : surveillance du patient lors de passages réguliers, médication ou mesures physiologiques. Les échanges verbaux des soignant·e·s avec les patient·e·s hospitalisés en CSI sont donc rares et principalement axés sur l'état de la patiente ou du patient en crise, ainsi que sur les informations et consignes à lui fournir. Par ailleurs, l'acte même du placement de patient·e·s en CSI, généralement effectué par plusieurs soignant·e·s, tend à être vécu comme très lourd par les deux parties : rares sont les patient·e·s qui souhaitent séjourner en CSI, la décision d'imposer un tel séjour est donc difficile à prendre. Dans ce contexte particulier, il est complexe de trouver les mots pour que s'opère une alliance thérapeutique et tenter de réduire les tensions relatives à cette situation.

De ces constats avait découlé l'idée que l'interface musicale pourrait ouvrir un nouvel espace relationnel. Premièrement, au moment de la mise en CSI, l'entrée en communication avec le patient ou la patiente pourrait prendre appui sur la description, par les soignant·e·s, du dispositif et de son usage. Il s'agirait ainsi

11 Nous empruntons le concept d'« encaissement » au sociologue Joan Stavo-Debaugé (2012) qui l'a développé pour penser la manière dont un « choc » travaille les individus qui le subissent et dont ces derniers tentent de le surmonter en retour.

d'aménager un *détour* – ou une médiation – dans la communication afin d'éviter une approche trop directe des soignant-e-s et instaurer un début d'alliance thérapeutique avec les patient-e-s, sans se focaliser uniquement sur l'altération de leur état psychique et sur les raisons justifiant leur mise en CSI. Deuxièmement, au cours du séjour en CSI, l'interface musicale pourrait permettre d'aborder le vécu émotionnel, qu'il soit lié à l'état actuel des patient-e-s ou à leur histoire de vie. Notre équipe avait ainsi envisagé que les soignant-e-s pourraient non seulement encourager les patient-e-s à mettre des mots sur des émotions ou des souvenirs surgissant au moment de l'écoute de morceaux en particulier, mais aussi partager avec elles des moments d'écoute musicale. Pour ce faire, des fiches plastifiées contenant des informations relatives à chacun des vingt morceaux (compositeur, origine, style musical, instruments joués) avaient été préparées, en vue de favoriser les échanges entre patient-e-s et soignant-e-s.

Durant la première phase de la recherche (2012-2016), les soignant-e-s étaient interviewés quotidiennement sur la manière dont les patient-e-s en CSI utilisaient l'interface, ainsi que sur les éventuels changements qu'il provoquait dans la relation soignant-e-soigné-e. Les propos des soignant-e-s et des patient-e-s allaient dans le sens d'une validation de notre hypothèse (Güsewell *et al.* 2019) : les soignant-e-s rapportaient en effet que la diffusion de la musique leur permettait d'échanger différemment avec les patient-e-s (« ça permet vraiment de parler à propos de quelque chose hors de leurs préoccupations du moment, de susciter de l'intérêt » ; « la relation est devenue du coup plus authentique, plus calme »). La plupart des soignant-e-s rapportaient que suite à l'écoute d'un morceau ou à la lecture des fiches informatives, certain-e-s patient-e-s avaient évoqué des souvenirs, des émotions ou encore des sensations telles que l'apaisement.

Il s'avère dans la deuxième phase de la recherche (2018-2020), menée sur un nombre bien plus important de soignant-e-s et de patient-e-s, et dans plusieurs hôpitaux psychiatriques, que l'interface musicale ne semble pas véritablement influencer les échanges entre les deux parties.

Les soignant-e-s rapportent que le dispositif est surtout destiné au patient ou à la patiente et qu'il ne fait pas vraiment l'objet d'échanges avec les soignant-e-s :

On voit que les patient-e-s l'utilisent, on voit que certains, ça leur fait du bien, mais c'est vrai qu'on n'en parle pas, on n'en parle pas spécialement, même si on voit qu'ils écoutent tel ou tel truc, ouais je sais pas pourquoi, mais on n'en parle pas [elle rit]. On constate mais on n'en fait rien de spécial. (Suzanne)

Pour ma part, j'ai pas spécialement utilisé la musique pour entrer en contact avec [...] En général à l'admission, si les gens ne sont pas complètement démontés, on leur dit que « ben voilà, le truc gris là c'est pour mettre de la musique ». En général on essaie de leur dire assez rapidement. (Mélanie)

Étonnamment, les soignant-e-s qui ont évoqué la possibilité d'entrer différemment en lien avec les patient-e-s en CSI par le biais de la musique appartiennent au groupe « contrôle » et n'ont donc pas été en contact direct avec l'interface musicale. Ainsi, les propos de Matteo et Romain se rapportent plus à leurs représentations sur les bénéfices d'un échange autour de la musique dans l'interaction soignant-e-s-soigné-e-s qu'à un constat sur les apports concrets de l'interface musicale :

Ça permet d'entrer en lien d'une autre manière. [...] Partager une conversation sur la musique plutôt que sur comment vous allez vous suicider dans les prochaines 48 heures, ben ça peut amener aussi un peu de légèreté qui n'est pas négligeable. (Matteo)

Tout est bon comme prétexte pour rentrer en relation. La musique en fait partie. On parle du beau temps, on s'en fout, on parle du beau temps. Au moins on pourra se remémorer qu'on aura parlé ensemble du beau temps et que y a une connivence, une histoire qui va se créer quoi. (Romain)

Les propos de Gaétan, un soignant qui a eu affaire à l'interface musicale, montrent qu'il entrevoit une possibilité d'interaction, sans pour autant saisir l'opportunité quand elle se présente :

Gaétan : Je t'avoue qu'il m'a plutôt raconté un peu les déceptions. Il aurait voulu avoir du rap parce qu'il écoute du rap ou des trucs comme ça, mais il m'a pas vraiment expliqué dans la liste ce qui lui avait plu. Et en même temps je lui ai pas demandé, j'ai pas orienté vraiment vers ça, mais ouais ça pourrait être intéressant. Nan, désolé, je peux pas te dire.

L'enquêteur : pas de soucis, c'était si vous en aviez fait quelque chose, mais peut-être que c'était pas pertinent.

Gaétan : si sûrement ! [nous rions] [...] je me dis « allons-y » mais il faudra s'améliorer dans les questions à poser.

Cet échange révèle également le souci du soignant de poser les bonnes questions et de parvenir à structurer un éventuel échange autour de la musique, souci qui pourrait l'avoir empêché de prendre le risque d'une interaction différente de celle qui prévaut habituellement lors d'une mise en CSI. Hormis ces quelques exceptions, les soignant-e-s interrogé-e-s ne semblent pas envisager le rôle « médiateur » (Hennion 2007) du dispositif dans la relation thérapeutique. L'objet est généralement perçu comme bénéfique pour les patient-e-s, mais ses fonctions s'arrêtent là. Les propos des patient-e-s témoignent également du désintérêt des soignant-e-s pour l'interface :

Je me rappelle toujours, y a un infirmier une fois, j'écoutais sans discontinuité de la musique, il a jeté un coup d'œil à cette machine, mais il s'est jamais intéressé, il la connaissait pas, il devait se demander « ah tiens, ça joue de la musique ». Il s'est demandé comment ça marchait, il savait même pas que ce panneau gris au mur servait à écouter de la musique. (Aurélien)

Aux propos des soignant-e-s et des patient-e-s s'ajoute le constat que les fiches informatives conçues au début de la recherche n'ont jamais été mobilisées dans la phase actuelle. La plupart des équipes n'est d'ailleurs pas (plus) informée de leur existence. Le dispositif tel qu'envisagé au départ a donc progressivement été modifié au gré des changements d'équipe et de la diversité des consignes qui leur ont été transmises.

15.4 Conclusion

La présente recherche avait deux objectifs principaux. Tout d'abord, elle visait à analyser l'impact du dispositif d'écoute musicale sur la qualité des soins proposés aux patient-e-s placé-e-s en CSI : d'une part en documentant l'utilisation du dispositif musical par les patient-e-s, d'autre part en examinant son impact sur leur vécu subjectif. L'analyse des données tant quantitatives que qualitatives collectées par rapport à ce premier objectif met en évidence que le dispositif de musique est largement utilisé par les patient-e-s et que cette utilisation est individuelle et spécifique (l'écoute ne se fait pas n'importe comment), ce qui va dans le sens d'une écoute ciblée et de choix musicaux réalisés en fonction des besoins du moment. De manière générale, le retour des patient-e-s sur les apports du dispositif dans le contexte des CSI est très positif – même pour celles et ceux qui n'ont pas particulièrement apprécié le choix de musique proposé. Plusieurs axes émergent : l'écoute musicale permet de s'occuper et de mieux « encaisser » le séjour : le dispo-

sitif redonne une forme d'autonomie et la possibilité de faire des choix ; l'écoute musicale favorise la régulation des stimulations sensorielles ; le dispositif contribue à l'apaisement ou à la stimulation (physique ou cognitive) durant le séjour. Ainsi, le constat est très positif en ce qui concerne le premier objectif, à savoir une amélioration de la qualité des soins proposés dans le contexte difficile des CSI.

Un deuxième objectif de la recherche concernait la possible utilisation du dispositif d'écoute musicale pour l'établissement ou le renforcement de la relation soignante. Par rapport à ce deuxième objectif, les conclusions sont plus mitigées. En effet, il ne semble pas que les soignant-e-s se soient appropriés le dispositif comme un outil dans leur pratique soignante, même si certain-e-s entrevoient cette possibilité.

Ces constats en lien avec l'interaction soignant-e-s-soigné-e-s poussent à s'interroger sur les obstacles auxquels se heurte une recherche appliquée lorsqu'il s'agit de susciter l'adhésion des équipes soignantes sur le long terme et d'implanter un dispositif technique dans le quotidien des soins. Au cours de la première phase de la recherche, l'équipe soignante était régulièrement amenée à prendre en compte l'influence de l'interface musicale dans la qualité de la relation thérapeutique et à partager ses impressions avec l'équipe de recherche. L'interaction ne pouvait pas « ne pas être pensée » car elle était induite par nos questions aux soignant-e-s. Et, de fait, puisqu'elles étaient consciemment envisagées, des modifications dans la relation pouvaient se produire. Dans la seconde phase de la recherche, les équipes soignantes étaient beaucoup plus nombreuses et diversifiées, puisque réparties dans des institutions qui ne partagent pas forcément les mêmes politiques et pratiques de soin. Malgré l'intervention de notre équipe de recherche dans tous les hôpitaux pour sensibiliser les soignant-e-s au dispositif, il n'a pas été possible de suivre quotidiennement chaque équipe pour s'assurer qu'elle mobilise l'interface musicale dans ses interactions avec les patient-e-s. Dans ce contexte, nous observons que les soignant-e-s envisagent l'interface comme « une consigne en plus » à donner lors de la mise en CSI, et non pas comme un transformateur de la relation thérapeutique.

À partir de ces constats, il nous faut maintenant revenir sur la question évoquée au terme de l'introduction, à savoir si et en quoi l'implémentation d'un dispositif d'écoute musicale (une innovation technologique) dans les chambres de soins intensifs en psychiatrie constitue une innovation sociale¹². Afin de discuter

12 Karsz (2012) formule bien la question que nous allons placer au centre de la dernière partie de cette contribution : « qu'entendre par « innovation sociale », quelles en sont les caractéristiques les plus significatives ? Comment et pourquoi un acte, une mesure, un dispositif relèvent-ils de l'innovation sociale, ou n'en relèvent-ils pas, ou plus ? » (p. 44).

cette question, nous allons partir de la définition que propose Cloutier (2003) du concept polymorphe d'innovation sociale. Il embrasse largement ses multiples facettes lorsqu'il écrit : « De façon générale, l'innovation sociale est une « réponse nouvelle » à une situation sociale jugée insatisfaisante, situation susceptible de se manifester dans tous les secteurs de la société. L'innovation sociale répond à ce titre parce qu'elle vise le mieux-être des individus et/ou des collectivités. Elle se définit dans l'action et le changement durable. Elle vise à développer l'individu, le lieu de vie (territoire) ou l'entreprise [...] Certain-e-s chercheur-e-s définissent également l'innovation sociale par son processus. L'innovation sociale est alors celle qui résulte de la coopération entre une diversité d'acteurs » (Cloutier 2003 : XII).

Analysé à l'aune de cette définition, il apparaît que notre projet avait effectivement pour objectif d'apporter une « réponse nouvelle » (un dispositif technologique et un choix de musique) à une « situation sociale jugée insatisfaisante » (les questions éthiques que soulèvent les mesures de contention et d'isolement dans le domaine des soins en psychiatrie et les dilemmes auxquels font face les équipes soignantes), autrement dit, à « couvrir un besoin justifié » (Parpan-Blaser 2020). L'innovation proposée visait le mieux-être de tous les acteur-trice-s concerné-e-s : une certaine autonomie pour les patient-e-s placé-e-s en chambre de soins, un plus grand bien-être au travail pour les équipes soignantes et une possibilité d'entrer différemment en interaction pour ces deux groupes d'usagères et d'usagers.

Un dispositif « technologique » est toujours une innovation sociale *potentielle* qui se réalise ou s'active pleinement (ou partiellement) par la pratique d'un-e ou de plusieurs usagères et usagers. Ainsi, l'innovation sociale de notre dispositif se révèle à travers les activités de découverte de l'objet physique, d'écoute ou d'interactions qu'il a déjà pu induire et qu'il continuera à stimuler, ce qui est en phase avec l'idée que l'innovation sociale « se définit dans l'action » (Cloutier 2003 : 41). En revanche, force est de constater qu'elle ne s'est pas (ou pas encore) concrétisée par un changement durable (des pratiques et des protocoles de soin) et un développement institutionnel (accordant plus d'importance au quotidien à la musique et à l'écoute musicale).

Ainsi, à l'avenir et en vue de l'implémentation de l'interface musicale dans d'autres institutions, il est prévu de travailler avec les équipes soignantes (approche collaborative) en vue de développer avec celles et ceux qui sont directement concerné-e-s (recherche-action) des manières de considérer la musique comme un « actant » (Latour 2006) de la relation thérapeutique.

15.5 Références bibliographiques

- Bardet Blochet, Anne. 2009. Les chambres fermées en psychiatrie : poursuivre le débat pour dépasser les conflits. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 160 : 4-11.
- Bonner, G., Terri Lowe, David Rawcliffe et N. Wellman. 2002. Trauma for all : A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9(4) : 465-473.
- Bornand, Cédric, Alexia Stantzos, Angelika Güsewell, Émilie Bovet, Gilles Bangerter et Goutam Chakraborty. 2017. User Aware Interface for Seclusion Rooms. *Conference paper, IEEE 8th International Conference on Awareness Science and Technology* (iCAST 2017).
- Bornand, Cédric, Alexia Stantzos, Angelika Güsewell, Émilie Bovet, Gilles Bangerter et Matthieu Thomas. 2019. Engineering for psychiatry : a case study. *Conference paper, 10th IEEE International Conference on Awareness Science and Technology* (iCAST 2019).
- Bovet, Émilie, Gilles Bangerter, Vinciane Constantin et Alexia Stantzos. 2015. Un dispositif musical en chambre d'isolement. *Santé Mentale* 198 : 18-22.
- Bovet, Pierre. 2009. *Mesures de contention dans les hôpitaux psychiatriques du Canton de Vaud*. (Rapport adressé à M. le secrétaire du DSAS, à la demande de M. le Conseiller d'État P.-Y. Maillard). CHUV.
- Clarke, Eric F. 2005. *Ways of listening : an ecological approach to the perception of musical meaning*. Oxford : Oxford University Press.
- Cloutier, Julie. 2003. *Qu'est-ce que l'innovation sociale?* Montréal : CRISES.
- Fisher, William. A. 1994. Restraint and seclusion : a review of the literature. *American Journal of Psychiatry* 151(11) : 1584-1591.
- Friard, Dominique. 1998. *L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ?* Paris : Elsevier Masson.
- Gibson, James. 2014 [1979]. *The Ecological Approach to Visual Perception*. London : Routledge.
- Güsewell, Angelika, Émilie Bovet, Cedric Bornand, Alexia Stantzos et Gilles Bangerter. 2019. Music in seclusion rooms – development, implementation and initial testing of a music listening device. *Issues in Mental Health Nursing* 40, 268-277.
- Gutheil, Thomas G. 1978. Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient. *American Journal of Psychiatry* 135(3) : 325-328.
- Hennion, Antoine. 2007 [1993]. *La passion musicale. Une sociologie de la médiation*. Paris : Métailié.
- Heyman, Ellen. 1987. Seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 25(11) : 8-9.
- Holmes, Dave, Suzanne L. Kennedy et Amelie Perron. 2004. The mentally ill and social exclusion : A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing* 25(6) : 559-578.
- Karsz, Saül. 2012. Point de vue – Pourquoi faudrait-il de l'innovation sociale ? Un cas exemplaire : le travail social. *Informations sociales* 174 : 42-49.
- Klein, Georges et Damian König. 2016. Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie : klinische Perspektive. *Schweizerisches Medizin-Forum* 16 : 137-141.
- Latour, Bruno. 2006 [2005]. *Changer de société, refaire de la sociologie*. Paris : La Découverte.

- Martinez, Ruby J., Mary Grimm et Mary A. Adamson. 1999. From the other side of the door : Patients views of seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing et Mental Health Services* 37(3) : 13-22.
- Meehan, Tom, Helen Bergen et Kevin Fjeldsoe. 2004. Staff and patient perceptions of seclusion : Has anything changed? *Journal of Advanced Nursing* 47(1) : 33-38.
- Menin, Damiano et Andrea Schiavio. 2012. Rethinking musical affordances. *AVANT* 3(2) : 202-215.
- Nelstrop, Louise, Jackie Chandler-Oatts, William Bingley, Tony Bleetman, Frank Corr, Jane Cronin-Davis, Donna-Maria Fraher, Phil Hardy, Sophie Jones, Kevin Gournay, Sue Johnston, Stephen Pereira, Peter Pratt, Rick Tucker et Aki Tsuchiya. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 3(1) : 8-18.
- Palazzolo, Jérôme. 2002. *Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie*. Paris : Elsevier Masson.
- Parpan-Blaser, Anne. 2020. Innovation sociale. In Jean-Michel Bonvin, Valérie Hugentobler, Carlo Knöpfel, Pascal Maeder et Ueli Tecklenburg (dir.), *Dictionnaire de politique sociale suisse* (pp. 278-280). Zurich et Genève : Seismo.
- Rask, Mikael, Gunilla Albinsson, Jalal Safipour, Stig Wenneberg, Lisbet Andersson, Monica Carlsson Blomster, Lise-Lotte Ozolins, Christel Borg et Gunilla Lindqvist. 2018. Validation of the verbal and social interaction questionnaire for nursing students – The focus of nursing students in their relationship with patients. *Journal of Nursing Education and Practice* 8(4) : 81-88.
- Saliba, Joe, Urbano Lorenzo-Seva, Josep Marco-Pallares, Barbara Tillmann, Anthony Zeitouni et Alexandre Lehmann. 2016. French validation of the Barcelona music reward questionnaire. *PeerJ* 4:e1760. <https://doi.org/10.7717/peerj.1760>.
- Stavo-Debaugé, Joan. 2012. Des événements difficiles à encaisser. Un pragmatisme pessimiste. In Daniel Cefaï et Cédric Terzi (dir.), *L'expérience des problèmes publics* (pp. 191-223). Paris : EHESS.
- Steinert Tilman et Ralf-Peter Gebhardt. 2000. Erfolgen Zwangsmassnahmen willkürlich? *Psychiatrische Praxis* 27(6) : 282-285.
- Wynn, Rolf. 2004. Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 15(1) : 124-144.
- Zentner, Marcel, Didier Grandjean et Klaus R. Scherer. 2008. Emotions evoked by the sound of music : Characterization, classification, and measurement. *Emotion* 8(4) : 494-521.

Pascal Maeder, Milena Chimienti, Viviane Cretton, Christian Maggiori, Isabelle Probst et Stéphane Rullac (dir.)

➤ Innovation et intervention sociales

Impacts, méthodes et mises en œuvre dans les domaines de la santé et de l'action sociale

Questions sociales



Pascal Maeder, Milena Chimienti,
Viviane Cretton, Christian Maggiori,
Isabelle Probst et Stéphane Rullac
(dir.)

Innovation et intervention sociales

**Impacts, méthodes
et mises en œuvre dans
les domaines de la santé
et de l'action sociale**

Publié avec le soutien du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS). Cet ouvrage bénéficie également du soutien du PRN LIVES ainsi que de la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO).

La maison d'Édition Seismo bénéficie d'un soutien de l'Office fédéral de la culture pour les années 2021-2024.

Publié par

Éditions Seismo, Sciences sociales et questions de société SA
Zurich et Genève

www.editions-seismo.ch

info@editions-seismo.ch

Texte © les auteur-e-s 2024

Conception de la couverture : Hannah Traber, St.Gall

Image de couverture : Sylvia Garcia Delahaye, Valérie Frossard et les jeunes créateur-e-s
(voir le chapitre 14 dans le livre)

ISBN 978-2-88351-120-0 (Imprimé)

ISBN 978-2-88351-764-6 (En ligne)

ISSN 2813-7922 (Imprimé)

ISSN 2813-7930 (En ligne)

<https://doi.org/10.33058/seismo.20764>



Cet ouvrage est couvert par une licence Creative Commons Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

Auteur·e·s

Emmanuelle Anex, Responsable de recherche, facilitatrice, LIVES, Université de Lausanne (UNIL).

Brenno Balestra, Directeur médical et médecin-chef de médecine interne à l'Hôpital régional de Mendrisio, professeur contractuel à l'Université d'Insubria (Italie), médiateur culturel.

Gilles Bangerter, Maître d'enseignement à la Haute école de santé Vaud (HESAV, HES-SO).

Isabel Baumann, Doctoresse et collaboratrice scientifique au Centre de recherche des sciences de la santé de la Haute école spécialisée de Zurich (ZHAW).

Erica Benz-Steffen, Retraitée, membre du réseau Innovage et de divers groupes de travail de l'Université des seniors de Zurich ainsi que du Conseil consultatif de l'Académie participative des sciences (*partizipative Wissenschaftsakademie*) de l'Université de Zurich et de l'École polytechnique fédérale de Zurich (ETHZ).

Laura Bertini-Soldà, Enseignante-chercheuse au *Centro competenza lavoro, welfare e società* et au *Centro documentazione e ricerca sulle migrazioni* de la Haute école des sciences appliquées et des arts du Tessin (SUPSI).

Aude Bessmann, Actuellement responsable de la formation au Diplôme d'État d'ingénierie sociale à l'IRTS Paris Île-de-France, a auparavant occupé des fonctions d'attachée de recherche et de chargée d'édition.

Gaël Blanchet, Collaborateur scientifique à la Conférence intercantonale de l'instruction publique, Neuchâtel, anciennement responsable de secteur adultes à l'Œuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO).

Cédric Bornand, Professeur à la Haute école d'Ingénierie et de Gestion du Canton de Vaud (HEIG-VD, HES-SO).

Émilie Bovet, Maître d'enseignement à la Haute école de santé Vaud (HESAV, HES-SO).

Edo Carrasco, Directeur de la Fondation *Il Gabbiano* au Tessin.

Nicolas Charpentier, Chercheur associé à l'Institut de recherches sociologiques de l'Université de Genève, coordinateur de lieux de mobilisation de l'association AIDES, association française de lutte contre le sida et les hépatites.

Monique Chevalley Piguet, Coordinatrice au Service de la Cohésion sociale de Chavannes-près-Renens.

Milena Chimienti, Professeure à la Haute école de travail social de Genève (HETS-Genève, HES-SO).

Françoise Christ, Secrétaire générale de la Fondation La Pouponnière et l'Abri à Lausanne, consultante indépendante et membre du conseil de fondation de plusieurs institutions socio-sanitaires.

Annamaria Colombo, Professeure à la Haute école de travail social de Fribourg (HETS-FR, HES-SO).

Sandrine Corbaz-Kurth, Adjointe scientifique à la Haute école de santé ARC (HE-Arc Santé, HES-SO) et aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

Viviane Cretton, Professeure à la Haute école et École supérieure de travail social de la HES-SO Valais-Wallis (HES-SO).

Sandro De Gasparo, Ergonome et intervenant-chercheur au Laboratoire Atemis, membre du Pôle ergonomie et écologie humaine, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

Luca Decroux, Travailleur social, doctorant en sciences humaines et sociales et assistant à la Haute école de travail social de Genève (HETS-Genève, HES-SO).

Aurélien Dejeu, Chercheur et coordinateur de séminaire; coordinateur Adophé, Droit d'Enfance (F).

Maël Dif-Pradalier, Professeur à la Haute école de travail social à Fribourg (HETS-FR, HES-SO).

Matthias Drilling, Professeur à la Haute école de travail social de la Haute école spécialisée du Nord-ouest de la Suisse (FHNW).

Sonja Feer, Assistante scientifique au Centre de recherche des sciences de la santé de la Haute école spécialisée de Zurich (ZHAW).

Patricia Fontannaz, Travailleuse sociale hors murs à la Fondation Le Relais - Rel'Aids.

Valérie Frossard, Photographe et plasticienne indépendante.

Nicolas Gachet, Responsable Veille sociale et stratégique à l'Hospice général de Genève.

Sylvia Garcia Delahaye, Professeure à la Haute école de travail social de Genève (HETS-Genève, HES-SO).

Nathalie Gey, Directrice générale de l'Institut de ressources en intervention sociale (IRIS), Paris.

Maria Begoña Gonzalez Garcia, Conseillère pédagogique Eben-Hézer Lausanne, enseignante à la pratique professionnelle et formatrice d'adultes.

Daniel Gredig, Professeur à la Haute école de travail social de la Haute école spécialisée du Nord-ouest de la Suisse (FHNW).

Angelika Güsewell, Professeure à la Haute école de musique Vaud Valais Fribourg (HEMU, HES-SO).

Anne Jetzer, Maître d'enseignement à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL, HES-SO).

Émilie Jung, Coordinatrice des contrats sociaux multipartites pour le Haut-Rhin. Centre Hospitalier de Rouffach (F).

N'Dri Paul Konan, Professeur à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL, HES-SO).

Alexandre Lambelet, Professeur à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL, HES-SO), membre du réseau de compétence « Âge, vieillissements et fin de vie » (AVIF).

Jérôme Mabillard, Collaborateur scientifique à la Haute école de travail social de Genève (HETS-Genève, HES-SO).

Pascal Maeder, Responsable de projet scientifique à la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO).

Christian Maggiori, Professeur à la Haute école de travail social de Fribourg (HETS-FR, HES-SO).

Fabienne Malbois, Chargée de recherche à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL, HES-SO).

Hélène Martin, Professeure à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL, HES-SO).

Catherine Mérigot-Guitton, Directrice adjointe des Dispositifs d'accompagnement éducatifs de Seine-Saint-Denis, Association Jean Cotxet.

Sylvie Mezzena, Professeure à la Haute école de travail social de Genève (HETS-Genève, HES-SO).

Nathalie Clovis Monbaron, anciennement chargée de recherche et travailleuse psychosociale à Viol-Secours.

Guérick Montmayer, Infirmier responsable d'unité de soin, Département de santé mentale et psychiatrie, Hôpitaux universitaires Genève (HUG).

Brigitte Müller, Collaboratrice scientifique à la Haute école de travail social de la Haute école spécialisée du Nord-ouest de la Suisse (FHNW).

Fatou N'Diaye, Chargée de recherche à la Haute école de travail social et de la santé de Lausanne (HETSL, HES-SO) jusqu'en mars 2020, depuis éducatrice spécialisée et coach en formation professionnelle à Neuchâtel.

Anne Parpan-Blaser, Professeure à la Haute école de travail social de la Haute école spécialisée du Nord-ouest de la Suisse (FHNW).

Camille Pellaton, Chargée de recherche à la Haute école de gestion ARC (HEG Arc, HES-SO).

Marc Pittet, Maître d'enseignement et superviseur à la Haute école de travail social de Genève (HETS-Genève, HES-SO).

Alain Plattet, Chef du Service Cohésion sociale de Chavannes-près-Renens.

Anne-Françoise Pont, Maître d'enseignement à la Haute école de travail social et de santé Lausanne (HETSL, HES-SO).

Murielle Pott, Professeure à la Haute école de santé Vaud (HESAV, HES-SO) et coordinatrice du Centre HESAV/Pallium relatif aux pratiques de fin de vie, Lausanne (HESPal).

Isabelle Probst, Professeure à la Haute école de santé Vaud (HESAV, HES-SO).

Sabrina Roduit, Sabrina Roduit, Collaboratrice scientifique à l'Institut de recherches sociologiques de l'Université de Genève.

Ulrich Roth, Ancien directeur et cofondateur de Sigmaplan AG, conseiller et membre du réseau Innovage.

Stéphanie Rudaz, Thérapeute en psychomotricité CDIP indépendante et au Service de Psychologie scolaire de la Ville de Lausanne, cofondatrice de l'Association Espace-Liens et cocréatrice de Makan El Tawasol, centre de jeux et de rencontres parents-enfants à Bethléem, Palestine.

Stéphane Rullac, Professeur d'innovation sociale à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL, HES-SO).

Stefan Schnurr, Professeur à la Haute école de travail social de la Haute école spécialisée du Nord-ouest de la Suisse (FHNW).

Leanne Schubert, Chercheure, éducatrice et travailleuse sociale indépendante à Newcastle en Australie.

Laurence Seferdjeli, Professeure (retraîtée) à la Haute école de santé de Genève (HEdS-Genève, HES-SO).

Maria Sokhn, Professeure à la Haute école de gestion ARC (HEG Arc, HES-SO).

Dario Spini, Professeur en psychologie sociale et parcours de vie, ancien directeur du Centre de recherche LIVES, Université de Lausanne.

Alexia Stantzios, Infirmière santé mentale et psychiatrie, Département de Psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Secteur psychiatrique nord.

Bhama Steiger, Professeure à la Haute école de travail social et de la santé de Lausanne (HETSL, HES-SO).

Kim Stroumza, Professeure à la Haute école de travail social de Genève (HETS-Genève, HES-SO).

Amanda Terzidis, co-responsable de la recherche, intervenante dans un foyer pour personnes victimes de violences conjugales.

Matthieu Thomas, assistant de recherche à la Haute école de musique Vaud Valais Fribourg (HEMU, HES-SO).

Rafaël Weissbrodt, Professeur à la Haute école de santé de la HES-SO Valais-Wallis (HES-SO).