



Une expérience prometteuse

De la musique en chambre de soins intensifs

Une équipe de chercheurs a mis en place un dispositif interactif pour permettre au patient placé en chambre d'isolement d'écouter librement des airs musicaux, une expérience qui promet de nouvelles perspectives de communication soignant-soigné.

Texte: Émilie Bovet, Gilles Bangerter, Vinciane Constantin, Alexia Stantzios / **Photos:** Fotolia

En Suisse romande, l'hospitalisation d'un patient en psychiatrie se limite souvent à une prise en charge de la phase aiguë de sa détresse psychique. À ce stade, le risque de traverser des états critiques (troubles du comportement, interprétabilité délirante...) reste accru. L'arrivée dans l'environnement inhabituel de l'hôpital est par ailleurs susceptible d'augmenter les troubles et de provoquer chez le patient des attitudes de méfiance envers les soignants. Lorsqu'ils estiment que le patient représente un danger, pour lui-même ou pour autrui, les soignants décident, gé-

néralement en équipe, de sa mise en chambre de soins intensifs (ou chambre d'isolement). Cette mesure, censée diminuer les symptômes aigus présentés par le patient, varie de quelques heures à trois jours.

La chambre de soins intensifs est une pièce fermée, qui ne peut être ouverte que de l'extérieur, avec un lit et un fauteuil en mousse. Les patients peuvent appeler le personnel soignant par le biais d'une sonnette.

Objet de controverses chez les usagers, les soignants, mais aussi le grand public, la chambre de soins intensifs est

l'un des espaces de soins qui pose le plus question en psychiatrie. On reproche entre autres à cette mesure

Les auteurs

Emilie Bovet est sociologue, **Gilles Bangerter** et **Alexia Stantzios** sont enseignants-chercheurs, tous trois travaillent à la Haute Ecole de Santé Vaud. Vinciane Constantin est anthropologue et travaille à l'Université de Lausanne, Institut Religions, Cultures, Modernité.
Contact: Emilie.BOVET@hesav.ch

d'entraver la liberté individuelle et d'atteindre à la dignité, d'être traumatisante pour les patients, de fragiliser la relation thérapeutique ou encore d'aggraver les troubles psychiques (Guedj et al. 2004; Bovet et al. 2009; Baratta, 2010; Cano et al. 2011)¹. Malgré tout, la chambre de soins intensifs reste encore utilisée dans la plupart des hôpitaux psychiatriques.

Cet article relate l'élaboration d'un dispositif musical dans une chambre de soins intensifs du Centre de psychiatrie du Nord-Vaudois (CPNVD) à Yverdon, en Suisse romande. Fruit d'une collaboration interdisciplinaire, cette expérience souligne la nécessité de réfléchir aux manières de redonner une autonomie au patient dans cet espace de contention et de diminuer les rapports de pouvoir entre soignants et patients au cours de l'hospitalisation.

Pourquoi la musique?

Notre projet part d'un constat assez simple: afin d'occuper les patients en chambre de soins intensifs, les équipes de soins leur ont permis d'écouter la radio. Régulé par les soignants depuis l'extérieur, le son passait par la bouche d'aération et arrivait ainsi directement au-dessus du lit. Au vu des retours positifs émanant des patients comme des soignants, des chercheuses de la Haute école de santé Vaud (HESAV) (dont l'une fait également partie de l'équipe soignante du CPNVD) ont décidé d'étudier l'impact de la musique sur les patients hospitalisés en chambre de soins intensifs. Si les études spécifiques à cette thématique sont pratiquement inexistantes, la revue de la littérature montre tout de même l'importance accordée à l'écoute musicale dans les pays industrialisés (DeNora 1999, 2000, 2002; Schramm & Kopiez, 2009) et ses apports thérapeutiques à de multiples niveaux. Au-delà de la musicothérapie à proprement parler, la musique permettrait notamment d'élargir

la perception, active et motive (Plahl 2009), d'approfondir le vécu émotionnel (Juslin & Sloboda 2001), de structurer les interactions (Plahl 2009), de couvrir la perception auditive du corps (battements cardiaques, bruits dans les

«La musique, c'est un baume pour le cœur et l'âme.»

oreilles...) (Okamoto, Stracke, Stoll & Pantev, 2009) ou encore d'atténuer les problèmes de sommeil (Vink, 2001). Plusieurs recherches se sont en outre focalisées sur les émotions provoquées par l'écoute musicale (Gomart et Hennion 1999; DeNora 2002; Sloboda et O'Neill, 2001; Hesse, 2003; Yvart 2004; Peretz & Sloboda, 2005; Zentner et al. 2008; Kreutz 2009).

Les nombreux bienfaits de la musique évoqués dans la littérature ont donc encouragé l'équipe de recherche à collaborer avec différents spécialistes et usagers afin de conceptualiser un dispositif musical qui pourrait être directement manié par les patients isolés. Le projet a rapidement regroupé des soignants du CPNVD, des usagers du Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique (GRAAP), des chercheurs de l'HESAV, de la Haute École de Musique de Lausanne (HEMU) et de la Haute École d'Ingénierie et de Gestion du canton de Vaud (HEIG-VD).

Des mots à l'objet

Une première étape a consisté à participer aux ateliers d'écriture hebdomadaires organisés par le GRAAP, pour bénéficier du regard d'usagers de la psychiatrie sur la musique. Autour du thème «musique et crise», patients et chercheurs ont ainsi couché leurs impressions et émotions sur le papier, avant de les lire à tour de rôle au reste du groupe. De cet atelier très intense sont ressortis de nombreux passages soulignant clairement l'apport de la musique dans les moments de souffrance psychique. L'encadré ci-contre en donne quelques extraits. Cet atelier

L'apport de la musique

Ce qu'ils en disent

- «La musique est importante pour notre vie. Surtout dans ces temps difficiles. Elle est bonne pour la maladie psychique. Elle peut nous aider à surmonter des moments difficiles.»
- «La musique enchante et délivre des choses d'en bas, bercez ma douleur je vous en supplie ne lui parlez pas», je ne sais qui a dit cela, un poète bien entendu. Mais il y a toutes sortes de musiques, cacophonies et autres qui répondent peut-être à un besoin d'expression. Pour mon compte, j'aime l'harmonie et la profondeur qui touche le fond de mon cœur.»
- «À chaque étape de ma vie, la musique m'a apporté bonheur, réponses, échange, parties de rires lorsque nous essayions des duos. Et même si certains textes paraissent «tristes», ce qu'ils expriment correspond peut-être à un état d'âme du moment. La musique est telle que notre humeur.»
- «La musique, c'est un baume pour le cœur et l'âme. Je pense que si j'avais pu entendre, lors de mes hospitalisations, de la musique classique, cela m'aurait bien aidée. Cela touche le fond de notre être, l'âme, qui est nourrie par la musique.»
- «Que serait-on sans musique? De pauvres êtres desséchés. Envie de saluer bien fort ces musiciens de l'âme.»

a renforcé l'intérêt des équipes de recherche pour le projet.

La seconde étape a été de réfléchir aux moyens d'élaborer un dispositif dans l'espace particulier de la chambre de soins intensifs. En effet, il était indispensable de respecter les règles de sécurité imposées par l'hôpital universitaire et, par conséquent, d'éviter tout objet que l'occupant pourrait utiliser contre lui. Le défi était donc de concevoir un objet incassable, facilement maniable et ne présentant aucun risque de blessures pour le patient. Les ingénieurs ont rapidement renoncé à un objet de type tablette, pour privilégier un dispositif implanté directement dans la porte de la chambre. La proposition re-

¹ Pour approfondir le sujet par un regard anthropologique, voir l'excellent travail de master en sciences sociales de Mathieu Le Mentec, infirmier en psychiatrie: «Isolement et contention en psychiatrie, (thérapies) de la docilité» (2011). Disponible sous ce lien: M Le Mentec – masters-contributions.fr

tenue a été d'installer des touches digitales sur le battant intérieur de la porte, reliées à un ordinateur avec les morceaux de musique.

Mettre la musique sur des touches

Parallèlement, l'équipe de la Haute école de musique de Lausanne (HEMU) s'est chargée de la sélection de morceaux de musique adéquats. Afin de ne pas imposer une vision musico-thérapeutique trop uniforme et trop subjective, il s'agissait de privilégier la diversité et la variabilité dans le contenu émotionnel de la musique proposée. Une rencontre avec des chercheurs du pôle des sciences affectives de l'Université de Genève, spécialisés dans le domaine de la musique et des émotions, a permis dans un premier temps de revenir sur les différents types d'émotions que nous attribuons à des morceaux. Dans ses nombreux travaux, l'équipe de Zentner, Scherer et Granjean distingue en effet neuf «dimensions émotionnelles» susceptibles de primer lors d'une écoute musicale: l'émerveillement, la transcendance, la tendresse, la nostalgie, le calme, la puissance, la joie, la tension et la tristesse. Les chercheurs HEMU ont repris les dimensions émotionnelles proposées par Zentner et

l'une des quatre catégories émotionnelles². Nous avons ainsi cinq morceaux par catégorie.

Le rôle des ingénieurs

De leur côté les ingénieurs devaient réaliser concrètement le modèle de dispositif imaginé par l'ensemble de l'équipe. Le choix des touches à dessiner à l'intérieur de la chambre a nécessité plusieurs discussions, puisqu'il fallait qu'elles soient peu nombreuses et assez intuitives pour que l'utilisateur puisse les activer à sa guise. Il a été retenu que quatre touches devaient permettre de sélectionner une catégorie émotionnelle évoquée précédemment, et que d'autres, similaires à celles figurant sur les appareils audio standards, d'enclencher un morceau, de l'arrêter (momentanément ou non), de passer au suivant ou au précédent, d'augmenter ou de baisser le volume. Quand il frôle une touche, l'utilisateur active un des capteurs situés sur le battant extérieur, ce qui enclenche une fonction dans l'ordinateur central où sont contenus les morceaux et enregistrées toutes les données relatives à l'écoute (fréquence des morceaux écou-

Des entretiens téléphoniques semi-directifs quotidiens avec le personnel soignant et un entretien approfondi avec les patients consentant à parler de leur hospitalisation en chambre de soins intensifs ont permis aux chercheurs HESAV de confirmer les multiples apports du dispositif pour les patients, les soignants et pour la relation thérapeutique. Par ailleurs, toutes les données enregistrées par l'ordinateur sur les écoutes musicales ont été d'une grande utilité pour l'ensemble de l'équipe, car elles ont apporté beaucoup de précisions sur les morceaux privilégiés par chaque patient. Au vu de leur richesse, l'ensemble des propos recueillis dans les entretiens fera certainement l'objet de publications ultérieures.

Selon nos travaux, la présence de cet objet permet au patient, au sein de l'univers hypermédicalisé de l'hôpital, de construire un espace où il peut libre d'interagir. L'objet tiers a fait rentrer à l'hôpital de nouveaux modes d'interactions, susceptibles d'augmenter la qualité du soin. Cette expérience est ainsi venue confirmer l'hypothèse soutenue par les chercheurs HESAV d'un «faire agissant» de l'objet (Latour 2007)³. En effet, l'introduction d'un dispositif musical à l'intérieur de la pièce (dont les murs délimitent un champ d'interactions circonscrites) favorise un nouveau mode d'interaction (patient-objet) et conduit aussi à une modification au sein des interactions existantes (patient-soignant).

Garder un contrôle

Manier le dispositif à sa guise offre au patient la possibilité de garder un certain contrôle, et une prise sur son espace, dans un moment vécu comme particulièrement chaotique et insécurisant. La présence de l'objet lui confère un sentiment d'autonomie et d'indépendance, sentiment précieux dans un milieu où ses aptitudes sont souvent mises à mal. Par ailleurs, une place est faite à son expertise musicale propre. Nous avons vu que l'écoute musicale peut répondre à des besoins en matière de régulations émotionnelles. Consciemment ou non, chaque personne

«Des entretiens avec les personnes impliquées ont permis de confirmer les multiples apports du dispositif pour les patients, les soignants et pour la relation thérapeutique.»

al, en les testant sur un public cible de quarante personnes, de tout âge et de différentes formations (non-usagers de la psychiatrie). Concrètement, cinquante morceaux instrumentaux provenant de répertoires classiques et non classiques ont été écoutés par le public cible, ce dernier attribuant à chaque titre une ou deux catégorie(s) émotionnelle(s) parmi les neuf proposées. Une fine analyse statistique des réponses a permis de dégager un modèle contenant quatre principales catégories émotionnelles parmi les neuf proposées au départ: activation joyeuse, nostalgie, tension et calme. L'équipe HEMU a finalement retenu vingt morceaux fréquemment reliés par le public cible à

tés, durée de l'écoute du morceau, temps écoulé entre chaque écoute...). L'utilisateur pilote ainsi l'objet à sa guise.

Le «faire agissant» de l'objet

Une fois le dispositif installé, et des discussions pour le présenter aux équipes soignantes, la phase concrète d'utilisation a démarré. Afin de faciliter un dialogue entre patients et soignants autour de l'objet en question et de la musique en général dès la mise en chambre, des cartes plastifiées contenant un descriptif de chaque morceau ont été distribuées au personnel soignant, pour qu'il puisse également les laisser au patient s'il le désirait.



se positionne, dans ses rapports avec la musique, comme experte de ses propres besoins. Dès lors, laisser le libre choix du morceau ou de l'intensité sonore à l'usager c'est lui reconnaître son expertise musicale singulière. Cette expérience peut s'avérer particulièrement rassurante pour des personnes vivant une expérience psychotique qui trouble le champ de leurs perceptions.

Valeur-refuge

Deuxièmement, le dispositif musical offre un point de stimulation visuelle, tactile et auditive au patient, dans un espace de soins qui propose de réguler les stimulations sensorielles. Dès lors, nous pensons qu'il constitue une solution intéressante aux problèmes liés à la déprivation sensorielle. Dans le cadre dépouillé de la chambre, il a en effet été considéré par certains comme une valeur-refuge, un repère susceptible de créer une distinction entre soi et non-soi.

Objet transitionnel

Le dispositif joue troisièmement le rôle «d'objet transitionnel». En effet, l'objets introduit dans la pièce modifie les relations entre patients et soignants et améliore la qualité relationnelle du soin. Autrement dit, la médiation de l'objet musical doit être appréhendée comme le support à une véritable interaction entre le soignant et le patient. Souvent, la communication s'avère difficile à ce moment de la prise en charge. L'entrée dans la chambre par le soignant peut être ressentie comme une intrusion par le patient. Les soins tendent alors à se réduire à leur dimension technique (surveillance, médication, prise de mesures physiologiques). Ces interventions techniques constituent



déjà une forme possible de médiation, mais elles ne sont pas pensées ainsi. Elles restent liées à la gestion de l'urgence, et consistent à vérifier que les paramètres physiologiques répondent à une certaine norme, quantifiable (la relation d'aide, bien évidemment, ne saurait être quantifiée de la sorte, et passe alors au second plan dans l'ordre des préoccupations). L'introduction de l'écoute musicale cherche précisément à améliorer les premières interactions avec les patients en crise.



La musique d'avenir

L'accès aux ressources musicales par la médiation d'un objet interactif est à la fois original et prometteur, et nous pensons que les patients mis en chambre de soins intensifs pourront, à l'avenir, bénéficier de ce dispositif musical. Il est effectivement question

de proposer, dès la mise en chambre, la possibilité d'écouter de la musique pour atténuer la souffrance des patients et des soignants dans cet acte de soins. L'objet-tiers permet non seulement d'instaurer une nouvelle alliance thérapeutique, mais aussi de rendre une certaine autonomie au patient dans cet espace de contention si controversé.

Les réflexions se poursuivent pour améliorer les soins et nous travaillons actuellement sur de nouveaux échantillons musicaux, dans le but d'équiper les autres chambres d'isolement du canton et, pourquoi pas, de trouver d'autres espaces de soins à même d'accueillir ce dispositif. ■

Cet article a été publié dans la revue Santé mentale en mai 2015. Nous le reproduisons ici avec l'aimable autorisation des auteurs et de la rédaction.



Références: la bibliographie en lien avec cet article est disponible dans la version digitale sur www.reader.sbk-asi.ch

² Les choix de former quatre catégories émotionnelles plutôt que les neuf proposées par Zentner et al, ainsi que de retenir vingt morceaux sur cinquante, étaient surtout liés à des contraintes techniques imposées par l'utilisation du dispositif musical en lui-même. Il était en effet indispensable de concevoir un dispositif contenant peu de touches, afin que le patient puisse le manier facilement.

³ Le sociologue des sciences et des techniques Bruno Latour reprend au philosophe Michel Serres le faire actif de la chose. Ce dernier utilise l'exemple du jeu de football, où le ballon n'est pas un objet «ordinaire» (Serres, 1980, p. 404). Il doit être considéré comme un «actant» capable de créer et modifier les modes d'interactions présents dans le champ.