

Les Cahiers de la Musique à l'Hôpital

mai 2006
Numéro 3



Photo : Christophe Meyer

« ... des
humains qui
se rencontrent,
qui échangent,
qui se créent
les uns les
autres ... »

Albert Jacquard

Sommaire

Charte	Charte du Musicien Intervenant en Milieu de Santé <i>par Victor Flusser et Danièle Wohlgemuth</i>	p.3
Repère	Le bébé et la pulsion <i>par Catherine Mathelin</i>	p.5
Regard	Considérations autour de la berceuse <i>par Elizabeth Flusser</i>	p.10
Eclairage	La musique à tous les étages : Saverne	p.14
Fiche technique	Références sur la berceuse <i>par Elizabeth Flusser</i>	p.21
Fiche technique	Les boîtes à musique <i>par Nathalie Fornecker</i>	p.22
Formation	Le DUMIMS 2006/2007	p.23
Informations pratiques	Recherche, colloques, articles, réunions ...	p.24



Éditorial

Les Musiciens Intervenant en Milieu de la Santé sont présents dans des services hospitaliers accueillant la vie (les maternités et les services de néonatalogie) et dans les services ou institutions accueillant la fin de la vie (services de long séjour ou maisons de retraite).

Dans le numéro deux des « Cahiers de la Musique à l'Hôpital », nous avons publié un article de Marc Berthel, chef du pôle de gériatrie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, sur la place et la résonance des Musiciens Intervenant auprès des personnes âgées.

Le numéro trois des « Cahiers » s'intéresse au début de la vie. Vous trouverez ainsi dans la rubrique « Repère » un article de Catherine Mathelin, psychanalyste au service de néonatalogie de l'hôpital de Saint Denis (93), et un article d'Elizabeth Flusser, formatrice au Centre de Formation de Musiciens Intervenant de Sélestat. Les deux auteurs, chacune à partir de son approche professionnelle, le médecin et la musicienne, nous livrent leurs réflexions sur l'accueil de l'enfant dans ce monde. Enfant sujet inscrit dans un rapport d'intersubjectivité et enfant sujet s'inscrivant dans la culture.

Catherine Mathelin, en comparant le sort de deux bébés prématurés, l'un accueilli dans le monde par la parole de la mère et des soignants (avec le support évident des équipements techniques) et l'autre accueilli seulement avec l'aide de ces supports techniques, nous explique comment la parole, terrain de relation, est essentielle pour le développement du désir vital du bébé. Catherine Mathelin propose aussi dans son texte l'idée que la régularité rythmique des soins, des rencontres avec le bébé « déshumanise » le temps vécu et que l'élan vital a besoin d'un temps construit de présences et d'absences, de tensions et de repos. L'élan vital a besoin de ce que nous pourrions appeler un « temps musical ».

L'article d'Elizabeth Flusser à travers une réflexion sur la berceuse, insiste sur un aspect important de notre action : la musique à l'hôpital est la présence de la culture en tant que langage articulé d'humanité. Par la berceuse, Elizabeth Flusser nous dit que nous accueillons l'enfant dans le monde des humains, que nous articulons nos sentiments et que nous nous par-

lons en tant que « sujets de culture ».

Dans la rubrique « Eclairage » nous pouvons lire les commentaires des soignants, usagers et musiciens engagés dans le projet Musique à l'Hôpital au Centre Hospitalier Sainte Catherine de Saverne. Ce projet est intéressant à suivre car il présente une certaine globalité. En effet non seulement des musiciens intervenants sont présents dans plusieurs services, mais les soignants ont suivi des formations continues et les futurs soignants, élèves de l'IFSI, sont sensibilisés dans le cadre de leur cursus de formation à la musique à l'hôpital.

Dans la rubrique « Fiche technique » vous trouverez une bibliographie et une discographie de berceuses, et vous trouverez une fiche indiquant comment se procurer et utiliser des boîtes à musique dans le travail de musicien intervenant en milieu de la santé.

En ouverture de ce numéro des « Cahiers » vous trouverez la « Charte du Musicien Intervenant en Milieu de la Santé », que nous avons rédigée en collaboration avec Danièle Wohlgemuth de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins du Ministère de la Santé. Ce document cherche à donner aux musiciens intervenants et aux professionnels de la santé une définition de l'action des musiciens intervenants, les finalités et les critères d'évaluation d'un projet d'intervention musicale en milieu de la santé.

Parmi les informations pratiques qui concluent la revue, veuillez réserver les dates de notre prochaine rencontre de recherche et d'échanges, l'Université Européenne d'Européenne 2006 « Vers un élargissement des champs d'application de la Musique en Milieu de la Santé : le Musicien Intervenant en milieu de la santé et en milieu de l'exclusion sociale ».

Bonne lecture.

Victor Flusser
Directeur de la publication

Pour recevoir régulièrement Les Cahiers de la Musique à l'Hôpital, vous pouvez souscrire un abonnement en nous faisant parvenir l'équivalent de 20 € en timbres postaux à l'adresse suivante :
CFMI - Les Cahiers de la Musique à l'Hôpital 1 rue Froelich 67600 SELESTAT

Charte du Musicien Intervenant en Milieu de la Santé

Définition

L'intervention musicale en milieu de la santé :

- ✓ est un acte musical authentique et une démarche d'écoute
- ✓ est une musique partagée et un environnement sonore enrichi
- ✓ est une étroite interaction entre des musiciens et des équipes hospitalières, dans le respect des compétences et des attentes de celles-ci
- ✓ est une étroite interaction entre des musiciens et les patients et leurs proches, dans le respect des compétences et des attentes de ceux-ci
- ✓ est un partenariat entre des professionnels de la santé et de la culture

Finalités

L'intervention musicale en milieu de la santé :

- ✓ peut participer au projet d'humanisation de l'hôpital, en créant des moments privilégiés de plaisir et d'émotion, au cours desquels le poids de la maladie et de l'hospitalisation est mis entre parenthèses
- ✓ peut collaborer à l'amélioration de la qualité de vie pour toutes les personnes séjournant ou travaillant à l'hôpital
- ✓ peut participer à la prise en charge globale des patients, aux soins relationnels ; elle s'adresse à la personne hospitalisée comme étant un sujet à part entière dans son présent et dans ses projets d'avenir, elle cherche à rencontrer son énergie vitale et son désir de vie
- ✓ peut sensibiliser les personnes travaillant ou séjournant à l'hôpital à se confronter et à s'ouvrir à de nouvelles expériences artistiques et culturelles

Evaluation

L'intervention musicale en milieu de la santé peut être évaluée par :

- ✓ l'appropriation mutuelle par les personnels hospitaliers, les patients et leurs proches, et par les musiciens, de l'acte musical en commun
- ✓ son intégration dans le projet de l'hôpital ou dans le projet du service par les professionnels hospitaliers
- ✓ la transformation de l'environnement sonore à l'hôpital, en le rendant moins bruyant et plus riche
- ✓ la dynamisation de la communication entre les personnes présentes à l'hôpital
- ✓ l'amélioration de la représentation de l'hôpital auprès des professionnels de santé et du public

Les musiciens intervenants

Les Musiciens Intervenant en milieu de la santé sont des professionnels. Musiciens compétents, ils sont formés à l'action en milieu hospitalier :

- ✓ par l'acquisition de compétences relationnelles : ils sont capables de créer des liens avec les patients, leurs proches et les équipes soignantes ; ils sont capables de créer des interactions musicales avec les différentes personnes présentes à l'hôpital
- ✓ par l'acquisition de connaissances sur les règles et le fonctionnement du milieu hospitalier : ils sont capables d'agir au sein d'un service hospitalier en respectant l'ensemble des consignes et des règles de fonctionnement
- ✓ par l'acquisition de compétences organisationnelles : ils sont capables de gérer, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, la mise en place de projets de musique à l'hôpital ; ils ■■■

■■■ sont capables de participer à la coordination des projets de partenariats entre des services hospitaliers et des structures musicales de la communauté, tels qu'une école de musique, un orchestre ou un groupe musical ; ils sont capables d'insérer leur action dans un projet de service

✓ par le développement d'une réflexion personnelle et d'un travail d'ordre psychologique sur la douleur, le stress, la solitude, la séparation, l'angoisse, la mort : ils ont les ressources intérieures pour partager ces sentiments avec les différentes personnes à l'hôpital

En rapport avec d'autres modalités de la musique à l'hôpital

L'intervention musicale en milieu de la santé diffère :

✓ de la musicothérapie : le Musicien Intervenant en milieu de la santé n'a ni désir, ni stratégie de transformation des autres. Il cherche à rencontrer des patients dans leur altérité, il cherche à rencontrer la « personne en état de présence » derrière la « personne en état de maladie ou d'hospitalisation ». C'est dans l'entière liberté du dialogue intersubjectif que le musicien, avec les patients, leurs proches et avec les équipes hospitalières, construit un espace de communication, un espace de vie, un espace sensible artistique. Son action ne se substitue pas à un protocole de soins et n'est pas évaluée en termes d'efficacité thérapeutique

✓ de l'animation musicale : les modalités de l'action du Musicien Intervenant en milieu de la santé sont plus variées que celles qui sont appelées communément « animation musicale » : amener la fête, la distraction et le divertissement à l'hôpital. Les Musiciens Intervenant en milieu de la santé peuvent, dans certaines circonstances, faire de l'animation, mais le cœur de leur action est la rencontre et l'interaction individuelle ou en petits groupes avec les patients, leurs proches et les équipes hospitalières. L'étonnement, la surprise, le calme, le retour sur soi, la détente, l'apprentissage mutuel, l'endormissement, voire la libération de tristesse et d'angoisse font partie des émotions mises en mouvement par la musique à l'hôpital

✓ d'un nouvel espace de concert ou de présentation de musiciens à la recherche d'un nouveau public : basé essentiellement sur une interaction individuelle ou avec des petits groupes, l'acte musical est profondément transformé et se construit dans la dynamique des rencontres. C'est pourquoi, nous ne le considérons pas comme une présentation de musique, mais comme un partage créatif musical

✓ de l'intrusion de musiciens jouant de manière inconsiderée dans les services : le Musicien Intervenant en milieu de la santé connaît et respecte les règles, modalités et contraintes de fonctionnement des services hospitaliers. Avec les équipes hospitalières, le Musicien Intervenant en milieu de la santé insère son action dans le projet du service

✓ de l'arrivée de musiciens émus par la maladie ou par les conditions de l'hospitalisation, désireux de faire une action de bonne volonté ou de générosité en milieu hospitalier : le Musicien Intervenant en milieu de la santé est un professionnel avec des compétences spécifiques pour intervenir dans différentes situations, différents lieux et avec différentes personnes à l'intérieur de l'hôpital. Il est reconnu par les équipes hospitalières pour le professionnalisme de son action. ■

Victor Flusser

Centre de Formation de Musiciens Intervenant,
Université Marc Bloch, Strasbourg

en collaboration avec

Danièle Wohlgenuth

Chargée du dossier « culture à l'hôpital »
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Bureau des droits des usagers et du fonctionnement général des établissements de santé
Ministère de la santé et des solidarités

Le bébé et la pulsion

Le sourire de la Joconde quelques années plus tard

Catherine Mathelin
psychanalyste

Photo : D.R.



• Catherine Mathelin est docteur en psychologie et psychanalyste, chercheur associé au « Centre de Recherches Psychanalyse et Médecine » de l'Université Paris VII, membre de l'école freudienne jusqu'à sa dissolution. Membre et ancienne présidente d'« Espace Analytique », elle travaille depuis 1972 en service de pédo-psychiatrie et en service de réanimation néonatale dans les hôpitaux de Saint Denis (93).

Inès, 29 semaines, 750 grammes, était née par césarienne. Sa mère se remettait très lentement des suites de son opération. Les médecins avaient été formels : « Votre bébé souffre d'un retard de croissance intra-utérin. Elle sera mieux en couveuse que dans votre ventre. » Elle ne voulait pas venir voir son enfant. « Je préfère penser qu'elle n'est pas née, que tout ça n'est pas arrivé. » Cette maman n'avait pas voulu entrer dans le service pour voir son bébé, mais elle était venue au rendez-vous que je lui avais fixé. Alors que sa blessure au ventre commençait à la faire un peu moins souffrir, elle me parla d'une autre blessure, celle de son enfance ; elle me parla de la violence de sa mère, de sa peur à elle de ne jamais pouvoir aimer son bébé. Face à cette maman en difficulté, l'équipe prit le relais sans exiger d'elle qu'elle entre dans le service pour s'occuper de la petite fille. « Ça me fait trop peur », disait-elle. « J'ai peur pour Inès et peur pour moi. Je pense que le cauchemar de sa naissance n'a jamais eu lieu. » Il fallut beaucoup de temps à cette maman pour venir à la rencontre de sa fille.

Un jour finalement, auprès de la couveuse dans le service, elle se tourna vers l'infirmière et lui dit : « Je crois qu'elle pleure parce qu'elle a faim. Maintenant je sais qu'elle est là et qu'elle m'appelle. » Cette maman pouvait enfin entendre le cri de sa fille comme un appel. Jusque-là, c'est l'équipe qui avait tenu pour Inès cette fonction.

Mais les soignants sont-ils toujours en mesure de le faire ? Au moment où arrive le bébé dans notre service, sa prise en charge se déroule chaque fois de la même façon : les médecins, penchés sur les couveuses, intubent, posent des cathéters, perfusent avec des gestes calmes et précis, selon des protocoles mille fois répétés. Aucune fausse manœuvre, aucune hé-

sitation n'est possible. La concentration sur le geste doit être absolue. Mieux vaut ne pas trop penser dans ces moments-là.

Une heure plus tard, les puéricultrices prennent le relais, les constants du bébé sont stabilisés. Alors, les réanimateurs laissent tomber les masques et se mettent à parler. Ils échangent bien sûr des avis diagnostiques, prennent des décisions de soins pour les heures à venir, prescrivent des investigations supplémentaires, mais pas seulement. Une fois l'urgence terminée, ils commencent à se questionner autrement : « Qu'allons-nous dire aux parents ? » Si cette question n'a plus la même portée qu'il y a quinze ans lorsque j'ai commencé à travailler avec eux, c'est que les bébés ont beaucoup changé. D'après les normes de l'OMS, on peut réanimer aujourd'hui des bébés de 22 semaines d'âge gestationnel et de 500 grammes. Dans les jours qui suivent la naissance, ils pèseront 490



Photo : Christophe Meyer

ou 450 grammes. En secteur 3, le pronostic vital est engagé. Le taux de risque de séquelles est très élevé. Alors, les médecins, lorsqu'ils laissent tomber les masques, après la réanimation, sont beaucoup plus inquiets qu'avant. Ils savent qu'il est impossible de se prononcer pour l'instant, impossible de rassurer les parents. Ils savent que de graves complications sont probables. Le bébé, s'il est très petit, sera en danger de mort pendant des semaines, et de toute façon, des séquelles seront sans doute à craindre. ■■■

■■■ Ils viennent de décider de redonner la vie sans savoir vraiment à long terme quel en sera le prix. Ils savent aussi que cette réanimation, ils ne pourront peut-être pas la poursuivre. Et là, d'autres décisions très difficiles seront à prendre.

Quoi de plus angoissant que ce pouvoir-là ? Seule une croyance absolue en la science pourrait les soutenir, mais la technique confronte aux limites et les réactions de certains enfants aux soins échappent à toute logique médicale. Mais ils savent aussi que chaque corps, inscrit dans une parole différente, est différent ; que leur savoir, qui concerne le corps en général, se heurte à la vérité du corps particulier de chacun. La multiplicité des inconnus leur donne le vertige. Jusqu'où faut-il aller ? Le pari qu'ils viennent de prendre en réanimant cet enfant n'est pas simple à assumer. De leur côté, les puéricultrices, qui s'occupent à plein temps des bébés, sont en première ligne. Lors des visites des parents, confrontées au quotidien, à leurs questions et à leur angoisse, elles suivent les décisions des médecins et administrent leurs prescriptions non sans payer, elles aussi, le prix de la peur. Les soignants risquent alors de se retrouver, tout comme les parents, en panne avec un bébé qu'ils hésitent à investir, un bébé dont la réanimation leur procure plus d'angoisse que de plaisir.

Il y a quinze ans, lorsqu'on réanimait ces enfants de 1000 grammes et de 30 semaines, on savait qu'il faudrait faire un exploit technique, mais on y croyait parce qu'on savait aussi que les enfants, si tout se passait bien, avaient de grandes chances de s'en sortir sans séquelles, et l'équipe se risquait davantage, au-delà des soins, auprès des parents et des bébés. Aujourd'hui, tout est plus difficile. L'extrême fragilité des petits et le poids de la responsabilité effraient. Nous n'avons que cinq ou six ans de recul dans les statistiques concernant les très jeunes bébés, les « prématurissimes », comme on les appelle. Entre 22 et 25 semaines, la mortalité est terriblement élevée, tout comme les risques de très graves séquelles. Après 25 semaines, le changement est net puisqu'on note 50% de chances de survie, 50% de risques de handicap. Si les séquelles sont le plus souvent pulmonaires ou neurologiques, elles sont aussi d'un autre registre : autisme, psychose, retards psychomoteurs, troubles de l'apprentissage, hyperactivité. A chaque semaine de gestation supplémentaire, les risques baissent de façon significative du côté neurologique et pulmonaire ; par contre, des risques d'un autre ordre – autisme et psychose – demeurent.

De réunion en réunion, les médecins s'interrogent. Notre société, en même temps qu'elle normative au

maximum, avec la prévention, les avortements thérapeutiques, les dépistages en tout genre, fabriquerait-elle ses propres handicapés par l'intermédiaire des néonatalogistes ? Mais par ailleurs, comment accepter de ne pas réanimer un bébé puisqu'on sait le faire et qu'on ne peut jamais à l'avance évaluer vraiment les séquelles ? Dès lors, nous nous trouvons aujourd'hui confrontés à la contradiction suivante : réanimer en prenant du recul pour évaluer, au fil des semaines, ce qui va se passer pour le devenir de l'enfant ; réanimer, tout en ne réanimant pas ; réanimer en se protégeant de trop y croire.

Que devient le bébé pendant ce temps-là ? Si l'équipe se retire dans l'attente que se lèvent les incertitudes, si les mères sont invalidées, tout comme les soignants, mais pour d'autres raisons, le bébé est dans le vide ; funambule entre la vie et la mort, il risque de basculer dans un statut de non-être puisqu'il ne peut pas être ne fût-ce qu'objet de jouissance. Il est en-deçà du vivant, bien que déjà né. Quelles traces resteront de ce temps mort au début de la vie ? Les enfants plus grands et les jeunes adultes, lorsque nous les recevons aujourd'hui en analyse, nous renseignent sur la persistance de ces traces : désir et fantasme, élan vital, en sont marqués.

A la naissance, le bébé n'existe que dans et par sa mère, ou tout autre personne qui se penche sur lui, qui s'adresse à lui.

À la naissance, le bébé n'existe que dans et par sa mère, ou tout autre personne qui se penche sur lui, qui s'adresse à lui, qui le nomme, qui lui dit qui il est, garçon ou fille, ce qu'il ressent, ce qu'il pense. Nous savons qu'au commencement, le petit n'est pas un sujet ; le sujet est dans l'Autre. S'il y a de l'Autre préalable au sujet, puisque le bébé est parlé avant de parler, lorsqu'à la naissance, il n'y a pas de parole de la mère s'adressant à lui, l'enfant ne peut pas se faire son objet.

Pour Inès, ce sont les infirmières qui, dans un premier temps, ont tenu cette place. Tout se passait pour cette maman comme si elle n'avait pas accouché. Cet enfant ne pouvait pas la satisfaire ; Inès n'était pas un plus pour elle, mais une blessure. Au début de sa vie, Inès était fragile. L'équipe a beaucoup insisté pour entrer en contact avec elle. Pas d'être qui ne tienne sans être objet de la jouissance de l'Autre. Sans le discours de l'Autre, le circuit pulsionnel ne peut se mettre en place. Mais la mère d'Inès avait besoin d'être protégée de son bébé et que l'on protège son bébé d'elle. Alors l'équipe s'est mise au travail au-delà du geste technique pour maintenir cet enfant vivant, en attendant sa mère. Et il faut quelquefois beaucoup attendre.

Accoucher d'un enfant prématuré, c'est être prématurément mère. Les femmes qui accouchent sont immédiatement submergées de culpabilité et d'ambivalence et leurs repères sont bouleversés. « Je ne ■■■

■ ■ ■ suis pas bonne pour lui », me disait une autre maman. « Je lui ai donné la mort, c'est les médecins qui lui ont donné la vie. Moi, je n'ai même pas été capable de le garder suffisamment longtemps dans mon ventre pour qu'il soit hors de danger. » Les pères qui ne peuvent plus s'appuyer sur les médecins, puisqu'ils ne se prononcent pas, échouent à rassurer les mères, et la culpabilité est encore accentuée en voyant souffrir l'enfant. Mais ce qui est là en souffrance, c'est la possibilité d'investissement libidinal du bébé. Comment cet enfant si maigre, si douloureux, peut-il être créateur de mère ? Elle ne peut se reconnaître dans ce bébé qui ne se reconnaît pas en elle. Miroir brisé, rêve impossible, l'illusion se heurte à la violence du réel et l'enfant risque bien de n'être réduit qu'à ce pur réel si rien de symbolique ne vient permettre sa phallicisation. La séparation ainsi redoublée s'annule, et tout se passe comme si la naissance n'avait, en effet, pas eu lieu. La mère est alors invalidée, non pas parce qu'elle est séparée du bébé, mais justement parce qu'elle n'est pas séparée de lui. Le zèle dont font preuve la plupart des services de réanimation à mettre les bébés dans les bras de la mère ne suffira pas. Il restera inutile si n'est pas travaillé parallèlement cette forme de déni,

la demande qui ramènera le bébé à la vie. Le bébé ne peut se passer de cette demande et de l'idée qu'il doit satisfaire l'Autre. La mère est invalidée du fait qu'elle ne peut pas donner par amour ce qu'elle n'a pas à cet enfant. Sa possibilité d'être mère pour cet enfant-là est gelée. C'est pour elle aussi un « temps mort ». Si rien ne bouge, si personne ne peut prendre le relais, les risques de mélancolie, d'autisme et de psychose, retrouvés dans les statistiques, sont en effet présents. Mais le service peut permettre pour la mère que du manque et de la séparation existent, peut permettre pour le bébé qu'il ait la possibilité de répondre à une demande en l'inscrivant dans un discours, fût-il médical, qui fasse de lui autre chose qu'une machine à vivre, autre chose que de la chair à réanimer. Si les médecins se retirent eux aussi, il ne restera plus au bébé que les machines.

L'enfant se confond toujours avec le monde qui est autour de lui ; le monde est un réel absolu puisque lui, le bébé, est sans repères et qu'il ne peut donner encore aucun sens. Il est l'objet de cet Autre absolu-machine avec lequel il se confond si personne ne vient prendre le relais auprès du bébé.

Anne était une petite fille née à 26 semaines et qui pesait 850 grammes. Au début de la prise en charge, l'équipe ne rencontra pas de difficultés particulières du point de vue médical, mais se plaignait beaucoup de la mère, très présente auprès de l'enfant, et très agressive avec eux. Les soignants finalement furent amenés à prendre soin de la mère autant que du bébé. « Cette mère est accrochée à nous, me dit un jour une soignante, comme son bébé à nos perfusions. » Anne, de son côté, allait de mieux en mieux lorsqu'un peu avant son 150e jour de vie, les médecins décidèrent d'arrêter la ventilation, les difficultés commencèrent et les ralentissements cardiaques apparurent. Dès qu'Anne tombait dans un sommeil trop profond, le scoop se mettait à hurler jusqu'à ne dessiner qu'une ligne droite sur l'écran.

Très vite, elle comprit qu'elle risquait sa vie en dormant. Accrochée à nos doigts, des heures entières, elle luttait contre le sommeil. Le simple fait d'être près d'elle et de lui parler, sans aucune manœuvre de réanimation, faisait remonter sa fréquence cardiaque. Anne mobilisait en permanence quelqu'un à côté d'elle. « C'est curieux, me dit un jour un interne, on dirait qu'elle a remplacé l'oxygène par les mots qu'on nous demande de lui dire. » C'est en lui parlant qu'Anne supportait, semble-t-il, de perdre une partie essentielle d'elle-même. Cette machine, qui soulevait à rythme régulier son thorax, bloquait sa tête et la maintenait en vie faisait jusqu'ici partie de son corps. En la lui arrachant, on l'a privé de sensations qui lui permettaient de se construire. La machine éloignée, sans doute ressentait-elle de la panique. Alors, nous lui expliquions qu'elle souffrait peut-être de ce trou au niveau de sa bouche et qu'elle avait certainement peur. Nous pouvions penser que se constituait pour elle ■ ■ ■

en permettant à la mère de se protéger, en lui laissant le temps de parler de la violence du traumatisme et de son ambivalence, reprenant souvent une histoire familiale où la répétition meurtrière est à l'œuvre.

La recherche du bien-être psychologique de la mère et de l'enfant est un projet louable mais insuffisant. Il s'agira plutôt de permettre à la mère de passer par un moment dépressif qui amènera la création d'un lieu dans l'Autre, qui appelle le sujet. Le bébé, s'il n'a pas l'idée de ce qui peut satisfaire sa mère, ne se proposera pas comme objet puisqu'elle est sans manque. Il n'aura rien à lui donner. Il ne viendra pas occuper la place du phallus imaginaire ce qui permettrait justement la séparation.

Le souffle de vie, dont il est question dans l'étymologie du mot réanimation, n'est pas seulement l'oxygène que les machines apportent, mais aussi l'appel d'air de



Photo : Christophe Meyer

■■■ un premier élément de perte ; le trou pouvait alors exister autrement ; nos paroles, sans le reboucher, le constituaient.

Le rythme du bruit de nos voix n'avait pas la régularité du rythme de la machine, mais était pour Anne porteurs de désir de vie. Pendant cette période, la mère à nouveau perdit pied.

Elle n'en peut plus :

« Laissez-la mourir, elle ne veut pas vivre ! C'est mieux si elle meurt. » Mais au moment de partir, elle glissait à l'oreille d'Anne : « Tiens bon cette nuit. Je serai là demain. » De nouveaux entretiens avec la mère et la diminution des bradycardies

ramenèrent le calme dans l'équipe et chez la maman, qui dit un jour à une surveillante : « Ma fille et moi, on vous doit la vie. » La présence continue de sa mère auprès d'elle et celle de l'équipe, dans les moments où sa mère n'en pouvait plus, ont rapidement amené Anne à un véritable échange. La machine n'était plus essentielle, elle devenait un outil de ceux autour d'elle qui prenaient plaisir à la savoir vivante.

Une autre petite fille, Anna, était entrée en même temps qu'Anne dans le service. Leur histoire médicale était presque identique, tout comme leur prénom. 820 grammes pour un terme de 27 semaines, la réanimation s'était déroulée dans les mêmes conditions, et Anna n'avait pas plus de difficultés qu'Anne, à ceci près que sa mère, contrairement à la mère d'Anne, ne venait pas ou très peu, malgré tous les efforts de l'équipe. Elle restait très distante. L'équipe aussi, qui profitait du répit que leur laissait Anna qui ne demandait rien. C'était un bébé absent et lointain, un bébé qui ne les dérangeait pas. Vers le cinquantième jour de vie, les médecins pensèrent qu'Anna, tout comme Anne, était capable de respirer toute seule. A cette époque, la mère ne venait plus qu'une fois par semaine. C'est donc en-dehors de sa présence que nous arrêta la machine. Mais Anna était incapable de respirer seule et à chaque fois, il fallait tout rebrancher. Lorsqu'un matin j'arrive dans le service, on m'annonce qu'enfin Anna est sevrée. « On a trouvé une solution, me dit-on, elle tient sans oxygène à condition de laisser en route à côté d'elle le bruit de la machine. » Anna est accrochée cette fois au bruit de la machine, tout comme Anne est dans le même temps accrochée à notre présence, à nos paroles et aux mots prononcés par sa mère. Mais cette fois, il s'agit d'une bien autre musique, une musique de machine qui ne pouvait pas supposer du sujet chez Anna. Si la machine devenait la seule possibilité d'identification



Photo : Christophe Meyer

« On a trouvé une solution, me dit-on, elle tient sans oxygène à condition de laisser en route à côté d'elle le bruit de la machine. »

pour elle, comme nous le voyons souvent chez les autistes, rien ne pouvait véhiculer du désir. Si le bébé n'est pas pris dans le discours de l'Autre, il est dans un lien d'horreur à ce qui l'entoure et c'est certainement cette horreur qu'on retrouve certaines fois dans la violence de l'archaïque lorsqu'on travaille avec des enfants.

Anna était sortie du service en même temps qu'Anne ; le dernier rapport médical avant la sortie stipulait, comme pour Anne, que l'enfant était en parfaite santé, aucune séquelle visible de la réanimation. Huit jours plus tard, le SAMU est revenu à l'hôpital rapporter le corps d'Anna, décédée de mort subite dans la nuit. L'autopsie confirmera qu'il s'agissait bien d'une mort inexpliquée. Sans la machine, Anna avait oublié de respirer.

L'histoire d'Anna que certains d'entre vous connaissent remonte à une dizaine d'années. Anne et Anna étaient les premières 28-semaines réanimées dans le service. Nous avons beaucoup appris avec elles et ces

dernières années, la prise en charge de prématurés encore plus jeunes, nous a amenés à remanier nos questions et à nous remettre au travail. Les enfants nécessitant plus longtemps d'être sous machine, nous avons tenté de nous servir des machines et des médecins différemment. D'emblée, se

pose pour ces bébés le problème du rapport à l'Autre. Qui va pouvoir, si la mère en est empêchée, supposer du sujet chez ce bébé ? L'enfant qui n'accroche pas de regard, qui ne répond pas à la voix, même à 25 semaines et au poids de 450 grammes, est un bébé qui ne va pas bien. Tous communiquent, si on s'adresse à eux, si on se met entre eux et la machine, quels que soient leur âge ou leur poids. La fonction de la voix mêlée au bruit de la machine change la donne, si celui qui s'adresse à lui n'est pas lui-même identifié à la machine, c'est-à-dire imperturbable et infallible.

Quoi qu'il arrive, la machine donne l'oxygène, donne la nourriture, donne les médicaments nécessaires à la survie ; quoi qu'il arrive et sans interruption, sans coupure, sans délai, sans attente, il n'y a pas de rythme dans la vie de ces bébés, pas de discontinuité ; il n'y a pas de jour, pas de nuit ; l'enfant n'a jamais faim ; le temps est hors-temps. Avec les machines, il n'existe pas de décalage temporel. Difficile de mettre en place une historisation. La machine nourrit et oxygène sans rien dire et sans faire attendre. De son côté, la machine n'attend rien.

Ce qui se transmet d'essentiel habituellement ■■■

Photo : Christophe Meyer



■ ■ ■ à un certain moment pour le bébé, c'est justement le point où la mère se dérobe. Mais une machine ne se dérobe jamais. Alors, si la pulsion vient en écho d'un dire dans le corps, comment se met en route le circuit pulsionnel pour les bébés ? Dans cet environnement, la découpe pulsionnelle devient en effet problématique. Qu'en est-il du corps de jouissance de l'enfant ? Dans un premier temps, la présence des mères auprès des bébés est souvent fantomatique : elles viennent très peu ; ça ne suffit sans doute pas à instaurer une présence-absence ; elles ne savent pas à qui il ressemble, ont du mal à lui donner un nom, ne l'imaginent pas. Le seul rythme sur lequel on peut compter, c'est le rythme des soins, des soins souvent douloureux. On évoque la douleur comme élément pulsionnel supplémentaire ; qu'en est-il pour ces bébés ? Les rythmes réguliers des soins des infirmières, la visite des médecins à heures fixes, les aspirations, les prélèvements, tous programmés à intervalles précis, vont sans doute jouer un rôle important dans cette possibilité de mettre en place un rythme.

Où puisera-t-il la force de survivre encore ?
Certainement pas dans la machine, même si elle est indispensable. Il faudra la présence de l'Autre.

Nous pensons aujourd'hui que la coupure sera à trouver dans ce rythme-là, présence-absence, du soignant. Ce qui va se jouer à ce moment-là sera essentiel pour l'enfant. Mais il faudra que les soignants mettent un peu de côté leur infailibilité, qu'ils acceptent de se comporter autrement que ces machines et qu'ils se laissent suffisamment prendre au jeu pour supposer du sujet chez le bébé, qu'ils acceptent qu'ils peuvent venir, comme la mère, dans une situation normale à se dérober. Ce n'est pas facile et parfois même douloureux pour eux, tant ils sont entraînés à ce que la médecine ne se dérobe jamais. Et pourtant, c'est à ce prix-là que le pulsionnel pourra entrer en jeu pour l'enfant, car malgré toutes les dénégations de ceux qui l'entourent, il est déjà né, ce bébé, déjà vivant. Où puisera-t-il la force de survivre encore ? Certainement pas dans la machine, même si elle est indispensable. Il faudra la présence de l'Autre. Pas de registre pulsionnel sans sa demande ; pas de satisfaction sans que vienne se poser la question de sa jouissance. Encore faut-il que

cet Autre, baissant les armes de son immunité scientifique, puisse témoigner de quelque chose de sa jouissance à la présence du bébé, au fait qu'il mange ou qu'il respire ; qu'il puisse témoigner de ses limites, de son inquiétude pour lui.

Dans le mot réanimer, l'étymologie nous rappelle qu'il s'agit d'insuffler la vie mais aussi d'entraîner à l'action, d'enflammer ; « entraîner à l'action » évoque bien l'élan, la dynamique, la poussée sans laquelle le désir ne s'enflammera pas.

Mais ces dernières années, l'augmentation des facteurs de risque nous a amenés à nous confronter plus souvent à la mort des bébés. Nous avons beaucoup appris en accompagnant des enfants dans la mort. Accepter de courir le risque d'accompagner un enfant dans la mort permet d'être à même de l'accompagner dans la vie. Alors que rien ne pouvait se dire, que tout était dissimulé derrière des protocoles et des machines, la peur est venue au premier plan et nous en avons parlé. C'est un choix courageux, ce fut celui des médecins de notre service. Ils ont pu renoncer à se protéger de supposer l'enfant viable, ils ont accepté de jouer le jeu, et le bruit de la parole s'est peu à peu articulé au bruit des machines. C'est dans cette aventure que les soignants ont accepté de me

suivre et qu'ils se sont risqués, non sans en payer le prix. Nous commençons maintenant à en voir les effets sur les bébés.

Un des médecins du service me disait, il y a quelques jours, alors que tout était calme et que chacun d'entre nous travaillait près d'une couveuse ou plongé dans un dossier : « C'est curieux, ici, depuis qu'on parle, même le silence fait un autre bruit. » ■

Catherine Mathelin est notamment l'auteur et co-auteur de plusieurs ouvrages :

Comment survivre en famille quand on a 10 ans (avec Bernadette Costa-Prades), 2002, Albin Michel

Comprendre votre enfant à l'adolescence, (avec Jonathan Bradley, Hélène Dubinsky, Florence Winter-Lhermitte et Marie-Sylvie Rivière), 2001, Albin Michel

Comprendre votre enfant de 9 à 12 ans (avec Dora Lush, Jonathan Bradley, Eileen Orford, Marie-Sylvie Rivière et Isabelle Py-Balibar), 2002, Albin Michel

Comprendre votre enfant de 3 ans à 6 ans, (avec Judith Trowell, Lisa Miller et Lesley Holditch), 2001, Albin Michel

Comprendre votre enfant de la naissance à 3 ans, (avec Lisa Miller, Deborah Steiner et Susan Reid), 2001, Albin Michel

Qu'est-ce qu'on a fait à Freud pour avoir des enfants pareils ?, 2000, Denoël (épuisé)

Le sourire de la Joconde, 1998, Denoël (épuisé)

Raisins verts et dents agacées - clinique psychanalytique avec les enfants, 1994, Denoël (épuisé)

Considérations autour de la berceuse

par **Elizabeth Flusser**
Musicienne

Au départ de la berceuse il y a un bébé et un adulte, souvent une mère mais pas toujours. Le bébé a sommeil et a besoin de dormir. Souvent il s'endort tout seul mais pas toujours.

Mal aux dents, crampes intestinales, excitation, anxiété, le maintiennent éveillé et il a besoin d'aide pour se laisser aller dans le sommeil.

En fait, dans les tout premiers jours, le nourrisson s'endort très souvent dans les bras de la mère, soit qu'il s'endorme au sein, soit que la mère le tienne dans ses bras, le promène, le secoue doucement ou le berce. C'est dans cette proximité corporelle que vient se glisser la voix, murmure, chantonement, ou berceuse.

• Elizabeth Flusser enseigne la pédagogie musicale au Centre de Formation de Musiciens Intervenants, Université Marc Bloch, Strasbourg.

Nous allons considérer la berceuse, non pas et contrairement à ce que son nom indique, comme le support rythmique du bercement, mais comme l'accompagnement ou le support musical de l'interrelation de la mère ou de l'adulte et du bébé.

Ce que j'ai compris en préparant cette conférence et que je vais essayer de vous transmettre, c'est que l'importance et la spécificité de la berceuse sont étroitement liées aux qualités et à la structure de la musique. J'aimerais vous convaincre que ce que la berceuse permet, favorise, encourage, elle seule peut le faire. J'aimerais vous convaincre que la berceuse, le chant, sont indispensables dès les premières heures de la vie et même avant, et vous donner ainsi des arguments pour revendiquer la place de la musique en maternité.

Je vais donc construire mon exposé à partir de différents aspects de la musique et voir comment ces aspects trouvent leur fonction et leur utilité dans la berceuse.

Nous aborderons donc et dans cet ordre quatre points : la berceuse et le rythme, la berceuse et la mémoire, la berceuse et la culture, la berceuse et le temps.

La berceuse et le rythme

Comme je vous disais en introduction, la berceuse accompagne bien souvent, surtout dans les premiers jours, des situations de proximité corporelle entre la mère et le bébé. Les psychologues et

les psychanalystes insistent sur l'importance de cette entente corporelle, de cet accord, ils parlent de synchronie. Cette synchronie concerne la capacité que la mère et le bébé ont, dans les tout premiers jours, de s'associer, de se rendre complémentaires. C'est une capacité très physique, très corporelle, qui est essentielle pour construire l'attachement indispensable à la survie et au bon développement physique et affectif de l'enfant. Or la berceuse est une sorte de bain sonore harmonisant qui permet à la mère et au bébé de se mettre en phase corporelle par le balancement, le bercement. La musique permet que ce bercement soit régulier et que les deux s'accordent sur ce bercement plutôt que l'un à l'autre. La berceuse, grâce à son rythme régulier, sa mesure généralement à deux temps, son tempo proche de celui du battement du cœur (entre 60 et 80 à la pulsation) permet à l'enfant et à la mère non plus de s'accorder l'un sur l'autre avec des cassures de rythme probables, des « désaccordages » possibles, mais de s'accorder à un troisième « personnage », ■■■



Photo : Christophe Meyer

■■■ qui s'impose à l'un comme à l'autre. On pourrait parler d'une sorte de triangulation musicale qui rend possible la fusion sans qu'elle soit pathogène, l'un se perdant dans l'autre, fusion non pathogène qui va ensuite permettre la séparation.

Nous voyons là déjà que la berceuse va bien au-delà du simple accompagnement d'un geste d'endormissement, ou plutôt que le rôle que joue cet accompagnement est subtil et complètement lié à la structure même de la musique dans sa capacité à mobiliser et organiser le mouvement à travers le rythme.

La berceuse et la mémoire

Je voudrais maintenant insister sur un aspect de la musique qui va peut-être vous sembler très évident. C'est la possibilité que nous avons de mémoriser la musique et de la restituer intégralement, à tout moment, par le chant. En effet, non seulement la musique entre en nous par nos oreilles et agit sur nous, sur nos états émotifs et corporels, mais elle reste en nous et par la magie de la mémoire musicale, nous pouvons non seulement l'évoquer mais la restituer immédiatement.

Cela semble évident mais en réfléchissant on s'aperçoit que nous n'avons pas cette possibilité avec les autres sens : essayez de reconstituer mentalement exactement un paysage ou un tableau, essayez de le peindre, essayez de retrouver un goût, une odeur, une sensation tactile par la simple mémorisation, c'est pratiquement impossible. Vous avez besoin d'une stimulation externe pour retrouver les émotions liées à ces sens. Pour la musique et particulièrement la chanson, vous en êtes porteur, c'est en vous. Et cette mémoire est d'une solidité incroyable puisqu'elle persiste même quand la mémoire est par ailleurs altérée ou même détruite.

C'est cette possibilité de mémoriser la berceuse qui la rend calmante. Grâce à la simplicité de sa structure, dès la seconde audition, l'enfant connaît le chant. Or ce qu'il mémorise, ce sont bien sûr les notes, la musique, la voix mais aussi les sensations, les situations qui y ont été liées dès la première audition. Il est probable que le fait d'entendre la voix de la mère chantant une berceuse lui rappelle les premiers moments de connivence corporelle auxquels cette berceuse est associée. La berceuse lui rappelle les moments très forts où s'est soudé l'attachement entre elle et lui. Même s'il l'entend de loin, elle est complètement là et elle amène dans son sillage les sensations, les émotions qu'elle a drainés la première fois, quand le bébé et sa mère étaient si proches.

D'autre part, plus l'enfant connaît la berceuse, plus il anticipe juste, moins le futur est incertain, moins le futur est porteur d'angoisses. Dès les premières notes, c'est comme si la mère disait à l'enfant : « Voilà, je suis là, je t'aime et tu peux être sûr que je suis là jusqu'à la fin de la chanson car je me suis mise au service de ce chant. Voilà du temps que tu peux prévoir et dans lequel tu peux t'abandonner à toi-même et à ton sommeil. Ce n'est plus de toi directement dont je m'occupe, c'est du chant. Mais, à travers ce chant, tu peux t'endormir tranquillement comme si tu étais dans mes bras. »

La berceuse et la culture

Se mettre au service du chant est pour l'adulte se mettre au service d'une culture qui l'englobe et qui le dépasse. On a vu à propos du rythme que la berceuse crée une sorte de triangulation dans la relation mère/enfant, triangulation qui les rapproche l'un de l'autre dans une fusion qui n'est pas pathogène puisqu'elle a lieu dans un objet extérieur à eux deux. Cet objet extérieur triangulateur, sur lequel nous nous étions arrêtés pour en examiner l'aspect

On sait à quel point le petit d'homme a besoin de culture autant que de nourriture et de sommeil pour grandir et devenir humain.

purement rythmique, est en fait un objet culturel. Or on sait à quel point le petit d'homme a besoin de culture autant que de nourriture et de sommeil pour

grandir et devenir humain. Parce que la culture fait entrer ce petit mammifère dans la famille humaine, dans l'humanité, en lui donnant une filiation.

Cette filiation est à deux dimensions :

- une dimension familiale dans la mesure où la mère chante principalement des chants que sa propre mère lui a chanté ou qu'elle a entendu chanter à d'autres enfants dans son enfance
- une dimension culturelle puisque la berceuse est porteuse des caractéristiques musicales propres à la culture à laquelle elle appartient, organisation de la mélodie, type de rythmes utilisés, traitement de la voix, harmonie, et que le texte dans la langue maternelle évoque souvent des thèmes, des préoccupations directement liées à la culture ambiante.

Les différents textes de berceuses

Qu'est ce qui fait que la berceuse est tellement humanisante ? Parce qu'elle est à sens multiples. D'abord parce qu'elle conjugue deux langages : la parole et la musique et par cette conjugaison elle multiplie le sens, elle le rend à la fois plus équivoque et plus cohérent.

En effet, même si la musique est clairement construite dans une tonalité « calmante », les ■■■

■■■ textes eux-mêmes sont souvent équivoques, ils ont roulé de mémoire en mémoire, se sont transformés et évoquent tout un tas de choses qui ont plus ou moins de rapports, et quelquefois aucun, avec le but poursuivi.

cher qui restent plus en surface.

C'est ici que je voudrais terminer mon entretien en abordant le rapport de la musique et de la durée et en vous montrant comment la musique, art de la présence et de la mémoire, mais surtout art du temps, occupe et doit occuper une place privilégiée dans la vie du tout petit enfant.

La berceuse et le temps

Je vais, dans cette dernière partie, essayer de vous démontrer que c'est le traitement spécifique que la musique inflige au temps qui permet à la berceuse de procurer à l'enfant et à sa mère le bien-être nécessaire à l'endormissement. C'est pourquoi je vais m'interroger avec vous sur la place du temps dans la musique ou plus précisément, chercher à comprendre comment la musique contraint le temps à ses propres lois. Cette réflexion sur le temps musical devrait également nous aider à comprendre le rôle que joue la musique

dans la relation à l'autre, en quelque situation que ce soit et notamment en service de soin, et c'est pourquoi j'ai choisi de finir par ce point.

La musique n'existe que dans la durée. Mais pour qu'elle ne disparaisse pas au fur et à mesure que les sons s'éteignent, il est nécessaire que l'auditeur, celui qui écoute, relie ce qu'il vient d'entendre (passé) à ce qui va être entendu (futur). Quand nous écoutons de la musique, nous nous livrons à un travail mental inconscient qui consiste, avec l'aide de la mémoire immédiate, à regrouper une série de sons entendus pour leur donner forme.

Prenons n'importe quelle mélodie connue, par exemple le début de «Au clair de la lune». Nous n'entendons pas chaque note l'une après l'autre, nous regroupons les six premières notes en un tout mélodique que nous identifions au début de la chanson. À partir de là, l'oreille fait l'hypothèse que ce qui va suivre correspond à la suite de la chanson et va se montrer surprise voire déconcertée si l'hypothèse n'est pas confirmée.

Donc, cet ensemble de notes va se fixer en une sorte d'élément stable (mémorisation) à partir duquel l'oreille va pouvoir deviner, prévoir ce qui suit (anticipation).

C'est cette gymnastique de l'audition (mémorisation/anticipation) qui nous permet de substituer au temps physiologique au déroulement immuable, un temps fictif, artificiellement immobilisé.

Je m'explique : le temps physiologique auquel nous sommes soumis est un temps qui s'enfuit, dans lequel chaque minute chasse la précédente, un temps dans lequel le présent n'existe pas car il n'est que le passage fulgurant du passé au futur. Dans le temps fictif de la musique, cette fulgurance du déroulement est, grâce au mécanisme ■■■



Photo : Christophe Meyer

On peut regrouper les thèmes sous les « chapitres » suivants :

- **La sollicitation directe** : dors, fais dodo...
- **Le questionnement** : pourquoi l'enfant pleure ?
- **La persuasion** : tout le monde dort, la nature, les oiseaux...
- **La menace** pour laquelle sont sollicités des personnages imaginaires souvent monstrueux qui représentent l'impatience ou la colère de la mère : si tu ne dors pas, un monstre va venir te prendre.
- **La transmission, l'avenir** : le bonheur c'est... quand tu seras grand, tu...
- **La garantie d'amour** : je t'aime même si je veux que tu dormes.
- **Les problèmes quotidiens** : problèmes d'argent, de nourriture, d'absence du père, de survie. Quelquefois ce n'est pas la mère qui parle, mais la voisine : ta maman est aux champs, elle travaille, elle va revenir.
- **Les histoires, les personnages** : la berceuse vient construire la place que prendront les histoires et les livres quand l'enfant aura grandi.
- **La poésie, le rêve** : l'évocation de belles images qui vont accompagner les rêves, succession de mots, de phrases dont le sens est souvent caché, on est proche du langage de l'inconscient, on utilise des onomatopées incantatoires ...

On voit donc ainsi que par la musique et par le texte, la berceuse est une des premières portes par lesquelles le petit d'homme va entrer dans la culture humaine, l'autre grande porte étant celle des odeurs et de la nourriture. On peut dire à ce sujet que l'audition comme l'olfaction sont des sens qui pénètrent plus dans le corps que la vision et le tou-

■ ■ ■ « mémorisation/anticipation », artificiellement immobilisée : le passé, grâce à la mémoire reste présent et féconde le futur qui, par le pouvoir de l'anticipation, est appelé par avance dans le présent.

La musique immobilise le temps. Elle fait entrer l'interprète et l'auditeur dans un temps extraphysologique, extra-ordinaire, elle crée une contre-réalité dans laquelle le quotidien s'efface, la personne s'oublie, se détache de son moi et du temps auquel elle est soumise. A travers la musique, cette personne accepte de se soumettre, de s'abandonner à un discours qui la rassure, ou qui la surprend, en tout cas qui la dépasse. Se rendant disponible par l'écoute, elle offre d'avance une certaine durée de son propre temps à la musique, que ce soit une nuit pour un raga indien, 20 minutes pour une symphonie ou 45 secondes pour une chanson.

À partir du moment où ce qu'elle écoute lui permet d'imaginer, de prévoir ou d'être surprise par ce qu'elle entend, cette musique va entraîner la personne qui l'écoute ailleurs qu'en elle-même ou plutôt ailleurs que dans son propre moi. Car la musique, par l'échappée qu'elle procure, permet paradoxalement d'être très présent à soi-même mais d'une manière très particulière, très profonde, très intime, intérieure et abandonnée, dans l'absence d'un discours sur soi.

C'est ici que nous revenons à la berceuse. Nous avons dit au commencement que bien souvent l'enfant s'endort tout seul. Le sommeil est un besoin naturel et il est impossible d'empêcher quelqu'un de dormir sans des moyens coercitifs. C'est pourtant un moment chargé de stress et d'angoisse, pour l'enfant et la mère.

Pour l'enfant dans la mesure où l'endormissement est un moment de séparation plus ou moins bien vécu.

Pour la mère parce qu'on sait que si l'enfant ne parvient pas à s'endormir, il risque d'être grognon, fatigué et fatigant. D'autre part la mère est souvent elle-même fatiguée, elle compte sur le temps de sommeil de son enfant pour se reposer, se ressourcer. Elle a aussi et surtout énormément de choses à faire pendant qu'il dort pour assurer le quotidien. Elle espère donc qu'il s'endorme rapidement.

Or plus elle pressée et plus il semble résister au sommeil. Cette attente peut être usante, chaque mi-

nute peut sembler durer une heure et la mère ressent parfois un sentiment de culpabilité dans sa hâte à vouloir se séparer de l'enfant.

Ce sentiment de culpabilité peut s'articuler avec des angoisses de mort que le passage de la veille au sommeil peut réactiver, on sait que certaines mères ne peuvent s'empêcher d'aller régulièrement regarder leur enfant dormir pour vérifier que tout va bien, qu'il n'est pas en train de s'étouffer, certaines vont même jusqu'à les réveiller pour être sûres qu'ils ne sont pas morts.

Si nous acceptons de considérer ce traitement que la musique inflige au temps, nous pouvons dire que la berceuse crée entre la mère et l'enfant une sorte de sas qui échappe au temps ordinaire, ce que Winnicott aurait pu appeler « un temps potentiel » dans lequel la mère et l'enfant peuvent entrer en

eux-mêmes et se séparer tout en restant unis par l'intermédiaire du chant. La berceuse sert à immobiliser le temps à la fois pour l'enfant et pour la mère et dans ce temps immobilisé, pacifié, prévisible, désangoissé, un décrochage paisible va pouvoir s'opérer qui va permettre à l'enfant de s'endormir.

Nous pouvons dire que la berceuse crée entre la mère et l'enfant une sorte de sas qui échappe au temps ordinaire, [...] dans lequel la mère et l'enfant peuvent entrer en eux-mêmes et se séparer tout en restant unis par l'intermédiaire du chant.

Conclusion

J'ai donc essayé de vous montrer les différents rôles que la berceuse occupe dans la construction du bébé comme être humain, à la fois dans la relation à son corps et à sa culture, dans la relation mère/enfant et dans une filiation triangulée, et j'ai voulu vous démontrer que la musique a une place prépondérante parmi les autres arts parce qu'elle est *l'art de l'audition*, sens qui entre et reste en nous, parce qu'elle est *un art de la présence*, il faut qu'elle soit incarnée pour exister vraiment, et parce qu'elle est *l'art du temps* et qu'elle offre du présent, de la possibilité de présence à la relation humaine.

Que toutes ces réflexions ne nous fassent pas oublier que la berceuse est d'abord et surtout, sur tous les continents et sous tous les climats, un chant d'amour, le premier.

Je trouve fascinant de penser qu'à tout moment, par exemple au moment où je vous parle, immanquablement quelque part quelqu'un chante une berceuse à un enfant qui s'endort. ■

La musique à tous les étages

Au Centre Hospitalier Sainte Catherine de Saverne, la musique accompagne tous les âges de la vie. De la maternité au long-séjour en passant par la pédiatrie, ces trois services accueillent aujourd'hui des Musiciens Intervenant en Milieu de la Santé. A cela, s'ajoute un souci de sensibilisation des futurs soignants et le désir d'offrir des formations continues aux professionnels des divers services.

Maternité

Liliane Klein est cadre de santé à la maternité

Comment réagissent les mères qui accouchent dans votre service quand la musicienne leur rend visite ?

Liliane Klein : La musicienne permet en général de centrer la mère sur son enfant. Il y a un échange qui s'installe entre les trois. Pour la maman, il y a aussi une écoute de soi et de son bébé. Ce que j'ai aussi pu constater, c'est qu'il y a des moments plus forts lorsqu'il y a des aînés.

J'ai vu un jour une petite fille avec son papa, fascinée par la musicienne. Le contact avec les enfants de la fratrie qui viennent visiter leur mère est frappant. En fait, il y a le bébé que l'enfant découvre enfin, la maman qu'on retrouve et cette musicienne qui est là au milieu. Je ne sais pas comment ces enfants ont vécu ça mais j'avais l'impression qu'ils pensaient que la musicienne était là pour eux. Ils ne s'y attendaient pas et du coup il y avait une découverte. ■



Photo : Christophe Meyer

Claudine Isch : « Même à trois jours, Lucas était captivé ! »

La première fois que Claudine Isch a rencontré Nathalie Fornecker, la musicienne de la maternité, elle venait visiter une amie. « Je ne m'y attendais pas. Je l'entendais chanter dans le couloir et je me demandais quelle infirmière chantait si bien », confie-t-elle.

Musicienne intervenante elle-même, en milieu scolaire, elle savait que des musiciens travaillaient dans les hôpitaux. « Mais je pensais que c'était réservé aux grands hôpitaux. Je ne savais pas qu'il y en avait dans des petites structures comme à Saverne ». Quand elle a accouché de Lucas, début novembre, c'est avec plaisir qu'elle a accueilli Nathalie dans sa chambre.

« Ma nièce de un an était là. Elle était nerveuse, elle ne tenait pas en place. Quand Nathalie nous a proposé d'entonner Frère Jacques en canon avec les parents, elle ne bougeait plus. Elle était attirée par cette magie ». Que ce soit en allaitant ou pour oublier le « baby blues », Claudine Isch chante. « Ca ne peut faire que du bien ». ■

Quelques souvenirs :

Nathalie Fornecker, Musicienne Intervenant :

« Lorsque j'entre dans une chambre du service de maternité, je ne sais jamais si la nouvelle maman se repose, si elle allaite son bébé ou si elle a de la visite. De toute manière cela n'a pas d'incidence sur le moment musical, car je suis attendue (actuellement les aides soignantes se chargent de m'annoncer auprès des mamans qui acceptent ou pas ma venue dans leur chambre). Un jour une maman m'a même demandé de passer ultérieurement pour faire profiter sa fille aînée du moment de musique. Un peu plus tard j'y suis retournée et il y avait une petite fille de cinq ans et ses deux grands-mères. La fille s'est complètement ouverte à toutes les propositions sonores que je lui ai faites : avec toujours l'envie d'apprendre et de jouer pour sa petite sœur. La maman, très heureuse de constater toute la tendresse et la joie qui se dé-

gageaient à travers ce partage musical en était très émue. Nous étions dans un tel plaisir de jeu que je leur ai appris une berceuse et de ce fait la maman et les grands-mères en ont chanté et fredonné bien d'autres encore.

Ce ne sont pas que les mamans et les grands-mères qui sont touchées par la tendresse qui se dégage à travers ces petits moments musicaux transporteurs de bonheur. J'ai vu bien des papas portant leur enfant dans les bras heureux de constater que leur bébé se détendait complètement, ou se calmait et s'endormait paisiblement. D'ailleurs un jour alors que je ressortais de la chambre en chantant la même petite chanson qu'en entrant, une maman dont le mari avait porté la fille dans ses bras m'a suivie et a ouvert la porte alors que j'ai déjà dans le couloir, pour me remercier mille et une fois de ce merveilleux petit moment. ■

le Docteur Albert Schnebelen est chef de service, Michèle Muller-Parisot est cadre de santé et Catherine Paira-Mosser est éducatrice de jeunes enfants

Qu'apporte la musique en pédiatrie ? Facilite-t-elle les soins ?

Albert Schnebelen : Il nous arrive de faire de la petite chirurgie et notamment des sutures à des enfants. En général, c'est des hurlements, des appréhensions des parents, etc. On est arrivé quelques fois, lors de sutures délicates, à ce que le médecin, les parents et le patient chantent ensemble ! Ce sont des moments extraordinaires. En plus, le malade bouge moins, on travaille dans une bonne ambiance et les parents se déculpabilisent.

Catherine Paira-Mosser : La musique crée un moment hors du temps qui a une dimension poétique, magique. Ça apporte un calme et ça désamorce le stress. Avec les parents, ça permet aussi de changer le regard qu'ils ont sur l'enfant. Ce n'est plus un enfant malade, c'est de nouveau leur enfant, qui sait rire, qui joue.

Michèle Muller-Parisot : Ça apporte quelque chose de différent, d'insolite. Il y a une proximité avec l'instrument, avec le musicien. Il y a une dimension relationnelle qui touche toujours l'enfant ou l'adolescent, même s'il n'est pas branché avec le type de musique qu'on peut lui proposer ; c'est une autre dimension de la musique.

A. S. : Il est intéressant de remarquer qu'il y a souvent de la diffusion de musiques enregistrées dans le service. Mais ceci est un moyen technique et le musicien c'est une âme, un être humain présent. Il y a un regard, un abord. L'apport humain est considérable et la formation essentielle. C'est un art, pas une technique.

Est-ce que le Musicien intervenant est toujours bienvenu ?

M. M.-P. : Si c'est arrivé au bon moment, ça nous facilite la relation ou le soin. Il y a des gens à qui ne convient pas le moment où se fait la musique. Plus on y est confronté, plus on arrive à trouver le geste, le comportement pour gérer ce moment et savoir quand il est propice d'amener la musique.

C. P.-M. : Il y a des enfants qui ne veulent pas de musique, et il faut respecter ça. Mais en général, ça ouvre le dialogue, ça permet le partage avec eux. Aujourd'hui on récolte les fruits de quatre années d'intervention et de formation. ■

Nathalie Fornecker : « J'essaie sans cesse d'améliorer »

Nathalie Fornecker est musicienne intervenante professionnelle à Sainte Catherine depuis 2004 en maternité, néonatalogie et pédiatrie. Pour l'année à venir, elle a décidé, en accord avec les équipes soignantes, de changer un peu son approche.

« Avant, j'allais de chambre en chambre. Cette année, je commence à jouer dans les couloirs, et j'attends que les portes s'ouvrent ».

Une approche qui laisse le choix aux patientes de l'accueillir, mais qui lui permet aussi d'avoir plus de contacts avec le personnel. *« C'est très important d'informer les équipes sur notre approche. On ne vient que trois heures par semaine donc on ne voit qu'une partie*

de l'équipe. C'est quelque chose que j'aimerais travailler davantage aussi ».

Cette remise en question de son travail est constante. *« J'essaie d'adapter les objets musicaux, en fonction de ce que j'observe. Pour qu'ils soient plus faciles à tenir, à utiliser ».* Après chaque intervention, elle analyse ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas marché, pour toujours améliorer le contact avec son public. Dans le service des urgences de pédiatrie, j'ai bien souvent été guidée par un membre de l'équipe soignante qui me disait : *« n'oublie pas d'aller voir cette fille, cela lui fera plaisir »* ou voyant que j'étais dans une salle de soins, attendre que j'avais terminé pour ne pas « casser » l'ambiance sonore. Je trouve qu'il y a un réel respect et désir des uns et des autres à veiller ensemble à ce que les enfants hospitalisés soient heureux et entourés. ■



Photo : Christophe Meyer

Le CFMI a réalisé pendant trois ans des cycles de formation continue pour les soignants sur la place de la musique et des sons dans le service de pédiatre.

Albert Schnebelen : « La musique est essentiellement un lien. D'abord entre personnel : les formations ont réuni des personnels de toutes les catégories, et il s'est créé des amitiés et une dynamique. Ensuite, ce lien s'est étendu aux enfants, aux parents, et aux relations entre les différents intervenants. »

Michèle Muller-Parisot : « Après la formation du personnel à la musique, les soignants chantent plus facilement pendant le soin parce qu'ils se sont sentis le droit de le faire. Quand on est soignant on a souvent peur du regard de l'autre. Cette formation a apporté une légitimité à cette pratique. C'est une autorisation de faire le soin avec un peu plus de légèreté, ce qui n'empêche pas le professionnalisme. »

Catherine Paira-Moser : « La formation réalisée avec les musiciens à l'intérieur même du service, à proximité des enfants malades, nous a unis, infirmières, éducatrices, auxiliaires de puériculture, agents des services, dans une activité commune particulièrement valorisante. Nous avons pu réfléchir ensemble sur l'environnement sonore du service, prendre conscience des nuisances du bruit, et évaluer ce qui était facilement améliorable (l'intensité des voix, les claquements de portes, les grincements des chariots...). Explorant des jeux vocaux, nous avons joué avec les sons, travaillant sur l'écoute des autres, puis nous nous sommes constitué un répertoire commun qui a été la base de moments musicaux partagés par la suite pendant notre travail. Une partie de la formation concernait les objets sonores, l'intérêt étant de découvrir comment faire de la musique à partir d'objets simples à fabriquer, utilisables sans technique musicale particulière, si ce n'est l'écoute de l'autre et dans un rapport de plaisir et le jeu. J'ai apprécié l'étendue du répertoire étudié, des jeux de doigts et comptines jusqu'aux musiques pouvant intéresser les adolescents. » ■

Sandrine Pfister, maman d'Emelyne :

« C'est la deuxième fois que je suis ici en néonatalogie. Il y a deux ans déjà, un musicien est passé et je me rappelle combien j'ai été touchée... »

Cette fois, ça fait déjà deux semaines qu'on est ici et mon ami m'a raconté que la semaine dernière, il a chantoné avec Nathalie pour Emelyne. Ça m'a fait un grand plaisir ! Je sais qu'il était très content, sinon il ne me l'aurait pas raconté...

Aujourd'hui Nathalie est restée à peu près 15 minutes avec nous et Emelyne a pleuré quand la musique s'est arrêtée. C'était rigolo quand Emelyne a sorti sa petite main de la manche du pyjama pour l'agiter avec la musique. C'est comme si elle dansait...

Nathalie a aussi fait des petits sons avec une grappe sonore autour de ma fille. D'une oreille à l'autre... et Emelyne regardait et écoutait... Ça m'a rassurée car, comme elle a eu une méningite, nous avons peur des séquelles... mais elle voit et entend...

C'est vraiment bien que les musiciens viennent faire de la musique que pour nous. C'est difficile de rester tout ce temps ici. On entend jour et nuit des pleurs des bébés (le nôtre et les autres). C'est très stressant pour nous et j'imagine que c'est aussi stressant pour le bébé. Alors vient une musicienne qui est là pendant quelques minutes que pour nous ; qui chante et joue tout doucement ... » ■

Quelques souvenirs

Catherine Paira-Moser, éducatrice de jeunes enfants :

«... Au contact des musiciens intervenants stagiaires dont j'ai suivi le travail plusieurs années, je me suis constitué un répertoire, j'ai partagé des moments uniques avec les enfants, les parents. Mon travail auprès des parents dans les chambres mères-enfants dont les enfants sont isolés, a considérablement changé : alors que je n'avais que des contacts assez restreints avec ces enfants la musique a ouvert un autre univers d'échange où les parents et les enfants étaient concernés ensemble, au cours desquels les parents redécouvraient leur enfant non plus comme malade mais comme un enfant souriant, rieur, étonné... Des liens différents pouvaient se tisser, instants d'évasion, de tendresse, de joie. Souvent, les berceuses ont permis l'endormissement d'enfants fatigués qui ne trouvaient pas le sommeil dans les bras de mamans elles-mêmes tendues et nerveuses. Je pense que la voix chantée a cette qualité de désamorcer la tension, en enveloppant comme une caresse, en créant un espace apaisant, porteur.

... Je me souviens, dans l'unité de néonatalogie, d'un après-midi, les médecins penchés sur une couveuse, préoccupés, ambiance tendue, une infirmière faisant signe à Nathalie et moi-même que ce n'était pas le moment de faire de la musique, mais une autre infirmière nous incitant à chanter quand même dans le couloir adjacent. Timidement, nous avons entonné une berceuse, un chant et petit à petit des sourires encourageants de l'équipe médicale, le pouce levé en signe de reconnaissance, un climat qui se modifie. Ce jour-là, pourtant, nous étions prêtes à repartir discrètement sans bruit.

... Mais le chant, s'il calme et emplit de tendresse, peut aussi être le révélateur de la tristesse, de l'angoisse étouffée, cafeutrée, cachée, et permettre à ces sentiments de s'exprimer. À l'hôpital de jour, un matin, j'entre dans la salle de consultation, une jeune maman porte son bébé, un mois tout juste, le père est debout à côté. J'entonne une berceuse puis une deuxième et à mon grand étonnement, cette maman apparemment si tranquille éclate en sanglots. C'est comme un flot qui l'envahit. Quand je m'arrête, elle raconte que son enfant a été hospitalisé à la naissance, elle dit sa peur de devoir le laisser. Ces paroles ont été entendues, reprises par le médecin et la maman a été soulagée et s'est détendue. » ■

Long-séjour

Marie Benjamin, Martine Léorat et Inge Koehl sont infirmières diplômées d'état, Rosita Jambois est aide soignante et Georgette Jaeg est agent de service et animatrice. Martine, Marie et Georgette ont suivi une formation à la musique en institution pour personnes âgées à l'Université Marc Bloch de Strasbourg



Photo : David Zumely

Quel effet a la musique sur les personnes âgées en long-séjour ?

Martine Léorat : La musique c'est quelque chose qui interpelle les pensionnaires. Ça éveille en eux des souvenirs. Ils aiment chanter.

Inge Koehl : Ils ont des souvenirs et c'est incroyable comme ils ont un répertoire de chants, de poésies et de proverbes qui revient et qui s'exprime. Autrefois on chantait beaucoup plus.

Qu'est-ce qui a changé depuis votre formation à la musique ?

Georgette Jaeg : On le remarque maintenant, dès qu'il y a un bruit comme des portes qui claquent, des chariots qui grincent, on est beaucoup plus attentives, alors qu'avant ça nous paraissait normal.

M. L. : En début de formation on allait dans un couloir de l'hôpital et on notait toutes les sortes de bruits qu'on entendait. On les a classés et on a répertorié ceux qu'on pouvait changer en mettant des tapis par exemple pour la vaisselle, des serviettes sur les chariots, etc.

Mais il y a aussi des bruits agréables : les bruits d'oiseaux, du vent.

Comment est-ce que vous mettez la musique en pratique dans votre travail ?

G. J. : Certains personnels chantent plus facilement et ça apaise les pensionnaires avant le coucher. C'est une bonne liaison pour s'endormir.

I. K. : Hier j'ai entendu *Femme libérée* à la radio, alors pendant la journée j'avais ça en tête et je chantonnais... Et il y a une pensionnaire qui s'est tout à coup mise à chanter avec moi, et elle connaissait les paroles ! C'est assez étonnant parce qu'elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer et parfois il y a des choses, comme ça, qui lui reviennent.

Vous ne chantiez pas avant la formation ?

Marie Benjamin : Avant j'avais peur qu'on me juge, qu'on me trouve trop expansive. Le fait qu'on ait suivi la formation, ça permet de se dire que c'est normal, qu'on a le droit de chanter.

Rosita Jambois : Nous, on vient toujours en tant que soignants et quand on chante on nous regarde aussi différemment. On n'est pas seulement des soignantes.

Et les patients ?

G. J. : Quand on faisait la formation, on n'était pas en blouse. C'est une autre approche pour

les pensionnaires et ils nous le disaient. On n'est plus la personne qui vient les embêter. Quand on chante, ils voient qu'on peut aussi apporter du plaisir.

I. K. : Si on commence et que la personne se met à chanter avec, ça dégage vraiment une énergie incroyable. Ça fait plaisir et ça fait du bien à tous ceux qui participent. Nous aussi des fois on ne voit les personnes âgées que comme des patients et ça

nous donne aussi une autre image d'eux.

R. J. : On les voit sous un autre angle, avec leur sensibilité, leurs émotions.

M. B. : On a une patiente de maison de retraite qui déambule toujours. Elle s'est mise à chanter alors qu'avant elle ne chantait pas du tout. Et quand elle est venue, tout le monde s'est mis à la regarder comme si c'était une grande chanteuse en concert. Elle était mise en valeur par les pensionnaires et elle faisait plaisir aux gens. C'est aussi un moyen pour eux d'entrer en contact. ■■■

Madame Grad, résidente au service de long-séjour : « La nuit, quand je suis seule, je tourne la boîte à musique et je chante avec. »

Il y a trois ans, Chloé a offert une boîte à musique à Madame Grad. Elle s'en est beaucoup servie, au point que la boîte à musique s'est cassée. Chloé (maintenant musicienne intervenante professionnelle dans le service) vient de lui en donner une nouvelle. ■

Salomé Aschenbrenner : « On pense à son jeune temps »

C'est avec impatience que cette pensionnaire de 92 ans attend Chloé Soudière, la musicienne du long-séjour. Salomé Aschenbrenner ne chante pas, « je chante faux », dit-elle. Mais elle aime écouter la musicienne jouer et chanter pour elle. « Ça fait du bien, on pense à son jeune temps, au bon temps », répète-elle. Ce sont des chansons qu'elle chantait à l'école ou en famille, mais qui lui évoquent surtout un autre univers qu'elle appréciait tout particulièrement : le cinéma. « Ça me rappelle les musiques de films. J'étais ouvreuse de cinéma pendant 35 ans. J'ai entendu des tas de musiques ». ■

Yvette Huy-Kern est cadre de santé du service long-séjour

■■■ Comment concevez-vous cette présence culturelle à l'hôpital ?

Yvette Huy-Kern : J'ai l'habitude de dire que c'est un cadeau que la vie fait encore à ces patients. Les moments de plaisir pour eux sont rares. Même s'ils oublient très vite le passage de Chloé : c'est le plaisir d'un instant présent.

Comment les familles reçoivent-elles l'intervention de la musicienne ?

Y. H.-K. : Les familles attendent beaucoup la musicienne. De manière générale, elles sont très présentes. Il y a entre 12 et 15 personnes qui viennent chaque soir visiter leur parent. Quand les familles sont là, elles participent et ce sont des moments fabuleux. J'ai souvent entendu des personnes dire : « je n'avais jamais entendu mon père chanter » ou « tiens, tu connais cette chanson, maman ? ». C'est aussi l'occasion d'un contact. Je me souviens d'une nièce qui aidait sa tante à utiliser un instrument. Elle lui montrait comment il fallait faire. Ce contact n'aurait peut-être pas existé autrement.

La présence d'une personne extérieure, c'est un défi ?

Y. H.-K. : Oui, c'est un défi qu'on relève. On dit souvent que les hôpitaux doivent être des lieux de vie. Mais comment cela serait-il possible si on ne fait entrer personne et si on laisse tout ce qui fait la vie en-dehors. La musique fait partie de la vie.

C'est aussi un défi parce que les volontaires pour travailler en long-séjour ne sont pas nombreux, ce n'est pas aussi spontané qu'en maison de retraite. Et puis l'intervenant est un tiers régulateur, un regard extérieur, qui nous renvoie des observations sur notre travail de soin.

Le personnel soignant ne pourrait pas faire ce travail ?

Y. H.-K. : Si un soignant faisait ce travail, cela n'aurait pas la même valeur. Les soignants sont là au quotidien. L'intervention extérieure implique une attente des personnes, qui rend le moment exceptionnel. ■■■



Photo : Christophe Meyer

Chloé Soudière : « La musique nous mobilise et nous protège en même temps »

Alors qu'elle n'était pas encore musicienne intervenante professionnelle, Chloé Soudière s'était aperçue de l'impact de la musique sur les personnes âgées. « J'ai été veilleuse de nuit en maison de retraite pendant cinq ans. Un soir, une pensionnaire avait du mal à s'endormir. Je lui ai chanté une chanson et je me suis rendu compte à quel point c'était efficace », raconte-t-elle.

« En choisissant ce travail, je savais que j'allais me confronter à beaucoup d'émotions, de peurs mais également de joies. Je me suis rendu compte que j'allais aussi beaucoup apprendre sur moi. Et c'est vrai et la remise en question est permanente. Mais chaque fois que je sors d'une intervention, je suis heureuse de l'avoir fait, même si quelquefois cela me coûte beaucoup ».

Intervenir en long séjour, auprès de personnes souvent confrontées à un affaiblissement des fonctions cérébrales, n'est pas aisé. Mais la musique permet d'aller plus loin que les activités habituelles : « Cela permet à la personne de se retrouver, de re-visionner sa vie, à travers des musiques qu'elle aime, ou que ses proches ont aimé ». Chloé se sert également de la musique pour redonner à ces personnes une image positive d'elles-mêmes. « Elles se sentent souvent dépassées par leur état physique ou par les changements de leur cadre de vie ; le fait qu'une personne jeune vienne les voir, et chante avec elles, leur dédie un moment de musique entièrement personnel, les vivifie et leur redonne du plaisir. Certains pensionnaires m'apprennent des chansons en alsacien et cela est très important pour moi. Ce sont des moments d'échange très riches. »

Bien que n'ayant pas de fonction thérapeutique, la musique peut permettre à une personne de se calmer. « Un pensionnaire était très agité. Le médecin hésitait à lui faire une piqûre d'un calmant. Il a eu l'idée de venir nous voir avant (j'étais à l'occasion en stage avec une collègue du DUMIMS), et nous sommes allées jouer dans sa chambre. Cela n'a pas été simple, mais la musique a fini par le calmer ».

Chloé peut recourir à la psychologue du service si elle en ressent le besoin, mais la musique lui permet aussi de se protéger de ses sentiments et émotions : « Au début, je m'arrêtais aux apparences des résidents en long séjour (les odeurs, les expressions, les sons...). Avec l'expérience, j'ai appris à passer outre et de trouver la personne dans son entière dignité et humanité. La musique propose une relation particulière entre les personnes. Elle nous mobilise et nous protège en même temps. » ■

Institut de Formation en Soins Infirmiers

Marie-Laure Jundt est directrice de l'IFSI, Pascale Meyer et Isabelle Bayle y sont formatrices.

■ ■ ■ Pourquoi sensibiliser les soignants à l'environnement sonore ?

Marie-Laure Jundt : Au départ, nous avons inclus dans la formation la dimension sensorielle des soins à travers les cinq sens. En effet, en tant que soignant, nous mobilisons nos sens pour entrer en contact avec les patients.

Isabelle Bayle : Cette approche par les sens, nous l'avons particulièrement approfondie pour les sons. Nous avons donc commencé par observer quels sont les bruits générés par l'hôpital. Nous avons ensuite essayé de déterminer quelles sensations cela provoque chez les gens qui subissent ces sons.



Photo : David Zurneiy

Pascale Meyer : L'hôpital est un lieu de vie, c'est pourquoi il nous faut une approche autre que seulement celle du soin. Il y a une continuité avec l'existence à l'extérieur. On choisit rarement d'entrer à l'hôpital. C'est parfois très brutal, du jour au lendemain. C'est à nous de permettre aux soignés de conserver le lien avec leur existence à l'extérieur.

Ce sont des cours théoriques ?

I. B. : Plutôt des travaux pratiques. Les étudiants-infirmiers mobilisent durant leurs stages ce qu'ils ont expérimenté lors d'exercices. Ce sont des réflexes qu'ils doivent s'approprier plus que des connaissances.

P. M. : Un étudiant nous a par exemple rapporté qu'au cours d'un stage en maison de retraite il avait été frappé par une musique de fond dans l'ensemble du bâtiment : c'était une radio pour jeunes, qui était imposée à tout le monde, patients et soignants ! Il a réalisé que c'était bien mieux d'aménager des moments musicaux plus adaptés et précis.

M.-L. J. : Nous cherchons vraiment à développer leur analyse critique. Ils seront les soignants de demain et on ne soignera plus demain comme on soigne aujourd'hui. Ce sera à eux de s'adapter aux changements. C'est ■ ■ ■



Photo : Victor Flusser

La démarche de l'IFSI est plutôt bien reçue par les étudiants infirmiers. Certes, ils sont généralement surpris par les ateliers sensoriels qui les accueillent dès la première journée.

Nous avons rencontré un groupe d'étudiants infirmiers ayant suivi des cours de première année sur « La musique et l'environnement sonore dans les services de pédiatrie et pour personnes âgées » proposés par le CFMI.

Qu'en est-il resté ?

« L'expérience du terrain nous fait prendre conscience de la place qu'occupent les bruits en milieu hospitalier », explique un étudiant. Il faut dire que les ateliers mettent rapidement les étudiants en face de la réalité, explique une étudiante.

« Ces cours ont été importants et enrichissants pour nous ! Nous avons découvert des nouveaux sons. On n'imaginait même pas qu'ils pouvaient exister et qu'ils pouvaient améliorer l'ambiance sonore d'un service. »

« Cela nous a permis aussi de nous rendre compte qu'il y avait des sons qui nous dérangent et qui par conséquent pouvaient déranger les patients à l'hôpital. C'est un cours qui nous a ouvert l'esprit. »

« Lors d'un cours, on devait par exemple fixer un point au plafond, se mettre à la place du patient qui ne peut pas bouger. Quelqu'un se promenait et produisait les bruits habituels de l'hôpital. En seulement un quart d'heure, on était excédé »

« Grâce au travail que nous avons fait en cours sur l'environnement sonore, nous faisons maintenant beaucoup plus attention aux bruits dans les services et nous faisons aussi attention à diminuer nos bruits, comme par exemple claquer les portes, parler fort. Nous essayons aussi de faire moins de bruit en déplaçant les chariots. »

« J'ai moi-même expérimenté un chant que j'ai appris en cours avec un enfant qui pleurait. C'est très efficace. »

Une étudiante ajoute : « Moi, J'ai découvert l'importance du chant. J'ai pu lors de mon stage d'élève infirmière chanter à des personnes démentes et j'ai vraiment vu qu'elles réagissaient alors que d'une manière générale elles n'avaient pratiquement pas de réaction. Des personnes tout à fait apathiques se réveillent et sortent de leur coquille. Dès que j'en ai l'occasion, je chante pour voir ce qui se passe et je constate avec un très grand plaisir des manifestations de gaieté et de joie des résidents. »

« Quand on chante avec les personnes âgées, j'ai vraiment constaté qu'une autre relation se formait avec les patients. Du fait que les personnes ne peuvent plus s'habiller toutes seules ou manger toutes seules, c'est une fierté pour elles de pouvoir chanter et connaître les chansons. Cela leur redonne de l'autonomie, de l'estime de soi, et modifie le rapport qu'elles ont aux soignants. » ■

■ ■ ■ pourquoi nous leur demandons de la prise d'initiative, de la créativité et de l'observation au sens large du terme. Ce sont des capacités professionnelles qui leur permettront de répondre aux nouveaux besoins qui apparaîtront.

Que peuvent faire les soignants pour rendre l'hôpital plus humain ?

P. M. : Il n'y a pas que les sons agressifs de l'hôpital sur lesquels on peut jouer. A travers des sons naturels comme le bruit du vent à travers les feuilles, le bruit des animaux... On peut provoquer l'émergence de souvenirs qui créent ce lien avec l'extérieur. Dans notre démarche, nous concevons les sons comme une tentative de faire entrer dans les services des éléments de la vie de l'extérieur, permettant aux patients de ne pas trop souffrir de la rupture qu'occasionne l'hospitalisation.

M.-L. J. : Ce qui est très important, c'est que les soignants ainsi que les étudiants en soins infirmiers soient autorisés à développer leurs propres qualités. C'est ce qui en fera des professionnels ouverts à ce visage humain du soin et qui rend celui-ci plus efficace. ■

Marie-Laure Jundt,

Directrice de l'IFSI du Centre Hospitalier Sainte Catherine de Saverne

« La présence de formation musicale dans le cursus d'études des futurs soignants répond pour moi et pour l'équipe des formateurs à plusieurs nécessités. En effet, les futurs soignants vont devoir être capables de s'adapter aux évolutions socio-culturelles assurant une réelle mission de santé publique. Il leur faut par conséquent des capacités professionnelles transversales telles que l'initiative, la créativité, l'auto-évaluation qui permettent l'affirmation dans leur rôle. Or la musique, surtout de la manière dont elle a été abordée pendant la formation, en faisant découvrir des sons inconnus, en proposant des situations d'improvisation, permet de développer ces compétences conjuguées à une attitude professionnelle adaptée.

Je crois aussi à la nécessité de stimuler chez nos étudiants le sens de l'observation et dans la formation musicale proposée c'est un élément très important. Le fait de demander aux étudiants de faire attention aux sons qu'ils produisent ou qui sont présents dans un service les sensibilise au problème du bruit et de ses nuisances pour pouvoir y donner SENS. Nos étudiants apprennent à observer finement avec leurs oreilles et je pense qu'ils développent par là une attitude d'attention et par conséquent de respect par rapport à soi et à autrui.

Le soin comporte aussi une dimension relationnelle qu'il ne faut surtout pas négliger et ce n'est pas facile de former à la relation. Or, à travers la musique,

l'étudiant est mis directement dans des situations relationnelles fortes avec les patients, il se rend compte que c'est possible et qu'il peut être en syntonie émotionnelle avec ces personnes sans pour autant être envahi par cette émotion. Je remarque que les réflexions des étudiants ont légèrement changé depuis que nous faisons cette formation musicale. Quand ils parlent de leur stage chez les personnes âgées, ils laissent davantage parler leur émotivité, nous percevons qu'ils ont mieux accepté de se laisser toucher par la rencontre avec les personnes, comme si la musique avait été un contenant qui avait permis à cette émotion de trouver une place.

Pour cela il faut avoir pu se rendre compte par exemple de l'impact que peut avoir dans la vie d'une personne de 95 ans la possibilité de chanter avec une musicienne qui la guide et la soutient dans l'éveil de sa mémoire, mémoire qui au grand étonnement du musicien, du soignant et surtout du patient lui-même, est quasiment intacte et ne demande qu'à fonctionner. Or le fait de pouvoir rechanter des mélodies entendues et chantées dans les années 30, 40 ou 50 permet à la personne de revivre les émotions de cette même époque, de puiser dans la mémoire émotive les souvenirs qui la constituent et qui sont bien souvent enfouis. Ce travail s'inscrit complètement dans ce que j'appelle la dimension relationnelle du soin et il me semble évident que ce type d'approche fasse partie intégrante du programme de formation infirmier au même titre qu'une technique de soin, car c'est une démarche qui s'apprend, qu'il faut construire de manière à ce qu'elle soit suffisamment intégrée pour être opérationnelle quand le soignant aura à l'utiliser. » ■



Photo : Victor Flusser

Objet sonore fabriqué par des étudiants de l'IFSI Sainte Catherine lors d'une formation

Références sur la berceuse

par Elizabeth Flusser
Enseignante au CFMI

LE REPERTOIRE

Pour se constituer un répertoire de berceuses, il existe 4 démarches parallèles :

- 1 écouter des CD de compilation de berceuses ou des CD de chants d'enfants dans lesquels il y a quelques berceuses, en particulier les CD de musique du monde
- 2 déchiffrer des partitions, soit dans des compilations de berceuses, soit dans des anthologies de chansons populaires ou des anthologies de chansons pour enfants
- 3 apprendre auprès des mamans et des adultes qui chantent à leurs enfants, et dans ce cas l'enregistrement est un précieux accessoire
- 4 inventer de nouvelles berceuses, soit créer le texte et la musique, ou mettre en musique des poésies, ou inventer un texte à partir d'une mélodie connue, ou traduire une berceuse d'une langue étrangère.

LA VOIX

Bien sûr, plus la voix est belle, mieux c'est. Mais il faut toujours avoir en tête que pour le bébé la plus belle voix est celle de sa mère ou de son père. Dans le travail en maternité, notre présence est là pour encourager les parents et les professionnels à chanter pour l'enfant. Dans certains cas il faut faire attention à ne pas chanter « trop joliment » car cela peut exclure les parents ou les soignants qui n'osent pas chanter avec nous de peur d'abîmer le chant ou après nous par peur de la comparaison. Il faut aussi faire attention avec le choix de la tessiture, si elle est trop aiguë, les personnes ont peur de ne pas pouvoir « monter ».

L'ACCOMPAGNEMENT

Le chant le plus naturel est le chant a cappella mais on peut soutenir le chant avec un petit instrument rythmique, dans la mesure où le rythme, répétitif, encourage et soutient cette synchronie des corps de l'enfant et de la mère dont je parle dans mon article.

Références de CD

Cette liste n'est pas exhaustive, faites-moi part de vos découvertes

Les berceuses des grands musiciens

CD livre, Gallimard Jeunesse

Dodo la planète do, volumes 1 et 2

La montagne secrète productions, Québec

Le chant des enfants du monde

Arion, 12 volumes, en particulier le volume 3

Berceuses du monde entier

Le chant du monde, Harmonia Mundi

Collection de chants d'enfants du monde

chez ARB music : de nombreux titres existent, par pays : Afghanistan, Vietnam, Tunisie ...

À pas de velours, 28 berceuses

CD livre chez Didier Jeunesse

À l'ombre du flamboyant

CD livre chez Didier Jeunesse

Comptines et berceuses du baobab

CD livre chez Didier Jeunesse

Comptines et chansons du papagaio

CD livre chez Didier Jeunesse

À l'ombre de l'olivier

CD livre chez Didier Jeunesse

Comptines du jardin d'Eden

CD livre chez Didier Jeunesse

À pas de géant comptines et chansons pour l'enfant qui grandit

CD livre chez Didier Jeunesse (préface de Chantal Grosleziat)

Les berceuses du monde entier, volumes 1 et 2

Gallimard Jeunesse

Chansons pour un petit poisson

Michèle Eliat et Yves Prual, Didier Jeunesse

Petit oiseau d'or

Nathan

Chansons pour les petites oreilles

Elise Caron

CD berceuses contemporaines pour boîtes à musique

Albin Michel / CIRM / Paris Musées

Dans la collection *Enfance et Musique*, de nombreux CD sont intéressants et proposent des berceuses traditionnelles ou nouvelles, en français ou dans d'autres langues. Je signale aussi dans les créations actuelles deux ou trois très jolies berceuses de Steve Waring (Petit frère) et de Gilles Vigneault (berceuse du temps de la colonie, berceuse pour Julie, ...)

PETITE BIBLIOGRAPHIE

ALTMANN DE LITVAN, M. (sous la direction de) « *La berceuse, jeux d'amour et de magie* » (2001)

Ramonville St-Agne, éditions Erès

BRUNER J. « *L'éducation, entrée dans la culture* » (1996) Paris, Retz

BUSTARRET A. « *L'oreille tendre* » (1982)

Paris, Les éditions ouvrières

CYRULNIK, B. « *Les nourritures affectives* » (2000)

Paris, Odile Jacob

CYRULNIK, B. « *Sous le signe du lien* » (1989)

Paris, Hachette

DELIEGE I, SLOBODA J. (sous la direction de) « *Naissance et développement du sens musical* » chapitre 4 : PAPOUSEK M. « *Le comportement parental intuitif* » (1995) Paris, Puf

GROSLEZIAT C. « *Bébés chasseurs de sons* » tomes 1 et 2 (1999) Ramonville St Agne, Editions Erès

MANEVEAU G. « *Musique et éducation* » (1977)

Aix en Provence, Edisud

STERN D. « *Le monde interpersonnel du nourrisson* » (1999) Paris, Puf

WINNICOTT D.W. « *Jeu et réalité* » (1971) Paris, Gallimard

WINNICOTT D.W. « *L'enfant et le monde extérieur* » (1971) Paris, Payot

Références de partitions

Anthologie des chants populaires français (1951)

4 tomes. Paris, Durand et Cie

1000 chants

3 tomes, Paris, Presses d'Ile de France

Enfantines (1988)

Bruley M. Claire et Tourn Lya, Paris

Les boîtes à musique

par **Nathalie Fornecker**

Musicienne Intervenant à l'École

et en Milieu de la Santé

Les boîtes à musique sont souvent le support fragile et légèrement aigrelet des premières mélodies de notre enfance. Qu'elles reprennent des chansons traditionnelles, des berceuses populaires ou savantes comme de Mozart ou de Brahms, elles sont indémodables et enchanteront encore de nombreuses générations. Par la légèreté sonore, s'offrant et ne s'imposant pas, le timbre si spécifique et la tessiture souvent dans l'aigu, la boîte à musique induit une attitude d'écoute faisant appel à des évocations liées à l'enfance. De par sa petite taille, la boîte à musique porte aussi à un attendrissement : c'est un instrument enfant, qui deviendra piano quand il sera grand ! ...

Comment utiliser la boîte à musique ?

Fixée à l'aide de trois vis sur un support résonnant (une planche ou une boîte en bois), elle est amplifiée et colore tout un environnement sonore.



Attention en fixant les trois vis : ne pas dépasser l'épaisseur du bois pour que les vis ne puissent pas blesser une main et s'assurer qu'elles ne peuvent pas être enlevées facilement par un enfant bricoleur et par la suite avalées.

Utilisation avec une seule personne

Moins intrusive que la voix, elle est un excellent moyen d'entrer très doucement en contact avec une personne. Elle permet d'introduire un chant et de passer très progressivement à la voix si on sent que le chant est connu par la personne. On peut aussi demander à la personne ou à un des ses proches ou soignant de tenir et tourner la boîte à musique pendant qu'on chante ou qu'on joue d'un autre instrument.

Pour les personnes mal entendant on peut la fixer à l'aide de trois petites vis, sur une petite planche de bois arrondie, d'un diamètre de 6 centimètres et de 2 centimètres d'épaisseur et collée à l'extrémité d'un cône en carton qui fera un excellent amplificateur très utile en particulier dans les institutions de personnes âgées.



Photo : Nathalie Fornecker

Utilisation en groupe

En fixant deux ou plusieurs boîtes à musique sur une planche (veillez à ce que chaque boîte à musique puisse être tournée simultanément avec les autres !), le Musiciens Intervenant peut proposer des dialogues sonores, des canons ou des superpositions de mélodies.

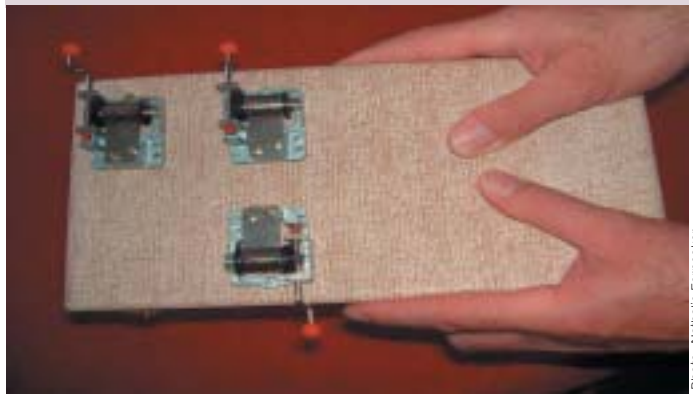


Photo : Nathalie Fornecker

Utilisation comme un signal et comme élément d'environnement sonore

En pédiatrie, à la maternité ou en gériatrie, la boîte à musique posée contre une porte fermée d'une chambre annonce tout en douceur et en poésie la venue du Musicien Intervenant. Dans un service de néonatalogie par exemple, le jeu d'une mélodie sur une boîte à musique donne une « tonalité » plus calme et relaxante à l'environnement si habité par les « bips » des moniteurs.

Où se procurer des boîtes à musique ?

Sur les marchés, dans certains magasins de bricolage spécialisés ou dans des catalogues spécialisés dans la diffusion d'instruments de musique, on commence à pouvoir disposer à un prix d'environ 5 euros d'une grande variété de mélodies, que ce soient des chansons traditionnelles comme Au clair de la lune ou Frère Jacques, ou des chansons de variété comme certains succès de Piaf, ou des airs célèbres de musiques de film comme La panthère rose, ou d'opéra comme le glockenspiel de Papageno de La Flûte Enchantée.

Il existe aussi un instrument, le Petit Componium, qui

est une boîte à musique dans laquelle on fait passer des fiches cartonnées et trouées et qui permet de choisir ses propres airs et ses propres accompagnements car on peut acheter des fiches que l'on trouve soi-même avec une petite pince prévue à cet effet. Cela coûte 50 euros avec la pince. On peut se le procurer à Paris, Boîtes à musique Anna Joliet, 9 rue de Beaujolais, 75001 Paris. Tél. : 01 42 96 55 13 et site www.boitesamusiqueannajoliet.com. ■

Le Diplôme d'Université de Musicien Intervenant en Milieu de la Santé et du social 2006/2007

La musique en milieu de la santé et dans des institutions sociales est une action d'humanisation, de plaisir, d'émotion, de relance de devenir pour toutes les personnes présentes (usagers, accompagnants et professionnels). Elle se construit en partenariat étroit avec les équipes professionnelles des institutions. Le Musicien Intervenant en Milieu de la Santé et en milieu social n'est ni un animateur (les actions du Musicien Intervenant sont plus variées que celles qui sont communément et de façon réductrice appelées « animation musicale » : amener la fête, la distraction et le divertissement à l'hôpital), ni un musicothérapeute, ni un éducateur, ni un travailleur social. Il est un professionnel qui allie les techniques musicales et les aptitudes relationnelles qui lui permettent de mener à bien des interventions avec les personnes dans les diverses structures. Grâce à une formation qualifiante, le Musicien Intervenant en Milieu de la Santé et en milieu social acquiert des compétences, qui lui permettront d'être reconnu comme un professionnel par les autres professionnels des structures et de tisser ainsi des relations de confiance avec eux.

Le cadre professionnel

Être Musicien Intervenant en Milieu de la Santé et en milieu social ne doit pas devenir une activité professionnelle à plein temps. L'intervention dans les institutions s'enrichit des apports musicaux extérieurs et des expériences dans d'autres cadres d'activités.

La formation

Formation théorique

3 stages intensifs de 3 jours en internat (frais d'hébergement pris en charge par la formation, ...)

- ✓ connaissance des institutions (règles de fonctionnement, organisation, missions)
- ✓ connaissance des publics (approche sociologique, psychologique et anthropologique de l'enfant, du nourrisson, de la personne âgée - hospitalisés ou en institution, des personnes en exclusion ou en rupture sociale)
- ✓ gestion de projets de partenariats culturels

Formation musicale, Analyse des pratiques et du vécu et Modalités de l'intervention musicale

9 week-ends à Strasbourg

Formation musicale

- ✓ connaissance des répertoires
- ✓ construction et jeu d'objets sonores
- ✓ technique vocale
- ✓ harmonisation, improvisation
- ✓ analyse et transformation de l'environnement sonore

Analyse des pratiques et du vécu

- ✓ espace de parole sur le vécu émotionnel lors des interventions

- ✓ rédaction des bilans des interventions
- ✓ rédaction d'un mémoire de fin d'études

Modalités de l'intervention musicale

- ✓ communication non verbale (l'espace, le regard, le toucher)
- ✓ les lieux et les moments de l'intervention
- ✓ le respect, la centralité et la mobilisation de la personne comme priorité de l'intervention

Stages tutorés sur le terrain

Les lieux de stage sont choisis en fonction du lieu d'habitation du stagiaire, dans la mesure du possible :

- ✓ stage hebdomadaire obligatoire dans une institution accueillant des personnes âgées
- ✓ stage hebdomadaire au choix dans une institution sociale et/ou au sein d'une structure de santé
- ✓ stage intensif d'été : 2 semaines de stage, soit dans un pays européen partenaire, soit dans une autre région de France. (frais d'hébergement pour les stages européens pris en charge par la formation). Afin de préparer le stage intensif d'été, une formation à une langue étrangère est possible

Durée de la formation

La formation de Musicien Intervenant en Milieu de la Santé et en milieu social dure une année. Les stages tutorés sur le terrain peuvent être aménagés sur deux années :

- ✓ première année : stage obligatoire dans une institution pour personnes âgées
- ✓ deuxième année : stage dans une institution sociale et/ou une structure de santé (pédiatrie et/ou maternité) et stage intensif d'été

L'entrée en formation est soumise à la réussite aux tests de sélection.
Le dossier d'inscription est à demander au CFMI.

Université Européenne d'Eté 2006 : bonne nouvelle

Le Ministère de l'Education Nationale a validé le projet «Vers un élargissement des champs d'application de la Musique en Milieu de la Santé : le Musicien Intervenant en milieu de la santé et en milieu de l'exclusion sociale » présenté par le CFMI comme Université Européenne d'Eté, et a octroyé une subvention pour l'organisation de cette manifestation. L'Université Européenne d'Eté se tiendra en octobre prochain à Strasbourg et au Portugal.

Trois mois d'expérimentation en Alsace et au Portugal

Le CFMI met en place une série d'interventions de Musiciens Intervenant dans des institutions sociales. Les résultats et les questionnements soulevés par ces expériences seront communiqués lors de l'Université Européenne d'Eté 2006.

Recherche de post-doctorat

Mme Eliseth Leão, infirmière, directrice du département de recherche de l'hôpital Samaritano de São Paulo, Brésil, travaille sous la direction de Victor Flusser sur l'identification des contenus de la communication non verbale entre les Musiciens Intervenant et les personnes âgées en institution. Mme Leão a visité des services accueillant des stagiaires du DUMIMS à Lisbonne et sera à Strasbourg en mai prochain. Sa recherche s'appuie sur une analyse détaillée d'une série de situations filmées montrant des musiciens avec les personnes âgées.

Les CMH publieront les résultats de sa recherche au cours du deuxième semestre 2006.

Le Professeur Marc Berthel et Victor Flusser à Lisbonne

Dans le cadre de la formation DUMIMS décentralisée à Lisbonne, Marc Berthel et Victor Flusser ont participé au séminaire d'ouverture officielle de la formation 2006 - 2007. Les autres participants à ce séminaire étaient le Docteur Ana Jorge, pédiatre, chef du service de pédiatrie de l'hôpital Garcia de Orta à Almada, présidente de l'Association Portugaise pour la Musique à l'Hôpital, Pedro Santos, psychologue spécialisé en gériatrie, formateur du DUMIMS Lisbonne, et le père Victor Feitor Pinto, responsable de divers programmes d'humanisation de la santé.

Victor Flusser dans le colloque Senior Agora Santé organisé à Metz par LOR-MED

Victor Flusser a fait une conférence et a présenté un documentaire vidéo sur la musique avec les personnes âgées en institution à un parterre de plus de 300 personnes, parmi lesquelles beaucoup de professionnels de la santé et de maisons de retraite. Des contacts intéressants ont été noués, qui laissent présager des collaborations intéressantes entre le DUMIMS et les institutions musicales et d'accueil des personnes âgées en Lorraine.

Articles sur la musique et les malades d'Alzheimer

Marc Berthel et Victor Flusser ont collaboré à la Lettre du mois de mars 2006 de l'Association Alsace Alzheimer 67 avec deux textes : l'un sur la formation des musiciens intervenants et l'autre sur la pertinence de l'intervention musicale avec ces malades en institution.

Réunion avec des institutions sociales à Strasbourg

Victor Flusser et Pierre Charby se sont réunis le 9 mars 2006 avec des représentants de diverses institutions sociales de Strasbourg afin d'étudier l'éventualité d'élargir le champ d'action des musiciens intervenants. Etaient représentés les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale Flora Tristan, le Home Protestant, l'Association Etage, la Sonacotra du Bas-Rhin, l'Association Les Sept Pains, l'Association Tôt ou l'Art, l'Association Européenne pour la Musique à l'Hôpital ainsi qu'un représentant de la Préfecture, monsieur Xavier Boos. Les représentants des institutions sociales iront dans les prochaines semaines accompagner des musiciens intervenants dans les institutions de santé pour ensuite, lors d'une deuxième réunion de travail, aborder les modalités pratiques d'une collaboration.

Musique en maternité lors des Assises Nationales des Sages Femmes

Un stand avec des photos et une documentation ont été exposés lors des Assises Nationales des Sages Femmes qui se sont tenues du 10 au 12 mai à Strasbourg. Un grand merci à Martine Roesch et Fabienne Clauss, sages femmes responsables des maternités Adassa et du Centre Hospitalier de Sélestat, pour avoir accepté d'animer ce stand.

Formations continues

Des formations continues organisées par le Service de Formation Continue de l'Université Marc Bloch en partenariat avec le CFMI, sur la place de la musique dans les institutions pour personnes âgées, pour les soignants du Centre Départemental de Repos et des Soins de Colmar et du service de gériatrie du Centre Hospitalier de Mulhouse doivent se dérouler dans les prochains mois. La Maison de Retraite Saint Charles de la Fondation Saint Vincent devrait être la prochaine institution à signer une convention de formation continue avec le CFMI. Ces formations seront assurées par Victor Flusser, Pierre Charby, Elizabeth Flusser et divers musiciens intervenants en milieu de la santé.

Exposition

L'exposition «la Musique à l'Hôpital», réalisée par le photographe Christophe Meyer, a été exposée du 12 janvier au 9 mars 2006 à la Maison de Retraite Sainte Agnès.

Cette exposition est destinée à être installée dans diverses structures de santé de la région. Son prêt est gratuit, il suffit simplement de venir la chercher au CFMI (et de la retourner à l'issue de l'exposition) et de l'assurer pendant la durée de l'exposition. Pour connaître les périodes disponibles, il faut contacter Pierre Charby au CFMI.

La Musique en Milieu de la Santé ouvre le Congrès de la Société Internationale de Psychogériatrie

Avec la présentation d'un documentaire vidéo sur la musique en institutions accueillant des malades souffrants de la maladie d'Alzheimer, le projet Musique en Milieu de la Santé ouvre le Congrès Européen de Psychogériatrie qui s'est tenu en mai 2006 à Lisbonne. Lors de ce congrès, les étudiants du DUMIMS - Lisbonne ont proposé un moment sonore et Victor Flusser a co-animé une communication avec Pedro Santos, psychologue spécialisé en gériatrie et enseignant du DUMIMS à Lisbonne.

CETTE RUBRIQUE EST DESTINÉE À RECEVOIR TOUTES LES INFORMATIONS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE COMMUNIQUÉES À NOS LECTEURS. NOUS VOUS INVITONS À NOUS FAIRE PART DÈS À PRÉSENT DES ÉLÉMENTS QUE VOUS SOUHAITERIEZ INSÉRER DANS LE PROCHAIN NUMÉRO. POUR CELA, ENVOYEZ-NOUS UN MAIL : CAHIERSMUSIQUEALHOPITAL@YAHOO.FR