

Les Cahiers de la Musique à l'Hôpital

juin 2008 - Numéro 6



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

Albert Jacquard

Sommaire

Editorial		<i>par Victor Flusser</i>	p.2
Repère 1	Le métier de malade	<i>par Abraham Moles</i>	p.3
Repère 2	Savoir construit, savoir induit	<i>par Marc Michel</i>	p.9
Portrait	Fabien Scatton, Musicien Intervenant		p.19
Fiche technique	Eléments de réflexion pour la constitution d'un répertoire	<i>par Elizabeth Flusser</i>	p.20
La vie de la musique à l'hôpital Informations pratiques	DUMIMS 2008/2009, ...		p.23

La «musique comme moyen d'humanisation de l'hôpital» porte en soi une opposition et son dépassement. C'est dans la dialectique, dans l'interrogation de cette opposition et dépassement que réside le sens que de notre action et de ce que nous cherchons à réaliser.

A partir de l'origine étymologique des trois termes : «musique», «humanisation» et «hôpital», je montrerai comment la dialectique entre les termes «musique» et «humanisation» trouve sa synthèse dans le terme «hôpital».

Le terme «musique» vient des «muses», et les muses sont les enfants des divinités grecques Zeus et Mnemosyne.

Le terme «humanisation» vient de «homme», fils de la terre. Dans humus et inhumus cette racine est bien perceptible.

Notre but est la rencontre entre la musique (étymologiquement divine) et l'homme (étymologiquement terrestre). Et cette rencontre nous la pensons et proposons à l'hôpital.

Étymologiquement, hôpital, hospice, hôtel, c'est-à-dire un espace où l'étranger est accueilli, c'est-à-dire où «l'étrangeté» de l'étranger est transformée en «altérité du semblable».

Pour nous, participer à l'humanisation de l'hôpital par la musique, c'est revendiquer un espace essentiellement relationnel, dialogique, espace de rencontre entre le musicien (intervenant) et les personnes présentes à l'hôpital. C'est revendiquer la dignité de chaque personne au delà de sa fonction, soit elle, la fonction de professionnel de la santé, soit elle, la fonction d'usager, de patient.

Être musicien intervenant à l'hôpital, c'est s'engager dans la recherche du TU qui se cache derrière le ÇA, c'est véritablement désirer rencontrer chaque personne dans son «altérité de semblable» cachée derrière de son «étrangeté fonctionnelle».

Ainsi, la musique comme moyen de humanisation de l'hôpital est un instrument qui redonne à l'hôpital sa fonction première, étymologiquement parlant : un espace de reconnaissance, espace d'altérité, espace de relation, espace du TU.

Entre le «divin» et le «terrestre» se trouve le TU.

Dans ce numéro des Cahiers de la Musique à l'Hôpital, nous avons le grand plaisir de publier l'article «Métier de malade : vies sans qualités, qualités de vie» d'Abraham Moles (publié en 1991 à l'occasion du XXème anniversaire de l'association «Economie et Santé» ; merci à Elisabeth Rohmer qui nous en a donné l'autorisation).

Abraham Moles, créateur de la micro psychologie, a été enseignant à l'Université de Strasbourg. Penseur rigoureux, créatif et profondément atypique, son parcours à l'intérieur de l'université n'a pas été sans conflits et difficultés. L'appareil universitaire a été très fortement «questionné» par la liberté et la créativité, la critique due à l'analyse systémique d'Abraham Moles. Le projet de création du CFMI de Sélestat et du DUMIMS lui doit beaucoup dans la recherche de nouveaux paradigmes de l'enseignement universitaire.

Le deuxième texte publié dans ce numéro des Cahiers de la Musique à l'Hôpital est une conférence de Marc Michel, donnée à l'occasion de l'Université Européenne d'Été «La musique comme moyen d'humanisation des institutions sociales» le 17 octobre 2007. Ami et soutien de longue date du projet du DUMIMS, je lui ai soumis l'idée de réfléchir sur l'hypothèse d'une «Université du quatrième âge», une université qui se construirait sur l'échange de savoir avec les personnes âgées vivant en institution. Lors de rencontres individuelles et en petits groupes (selon les modalités d'intervention des Musiciens Intervenants en Milieu Social et de la Santé), les enseignants universitaires viennent à la rencontre des personnes très âgées, proposant des dialogues et des échanges autour de thèmes ayant pour objectif de construire de nouveaux savoirs. Radicalement différente de l'«Université du troisième âge», qui sont des simples transpositions du modèle dominant discussif universitaire dans des espaces décentralisés, l'«Université du quatrième âge» est – comme nous le montre Marc Michel – un changement de paradigme du mode opératif de l'université, engagé, dialogique, et libre.

Merci à ces deux auteurs de nous aider à penser et à comprendre ce que le projet de «Musicien Intervenant en Milieu Social et de la Santé» souhaite réaliser.

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 - BP 20186 - 67604 Sélestat cedex. Vous pouvez consulter les numéros déjà parus sur le site www.musims.fr

Le métier de malade

Ce texte a été publié dans le document édité à l'occasion du XX^{ème} anniversaire de l'Association Economie et Santé. (Médecine et Humanisme, mars 1991)

I study to uphold the slippery state of man who dies when we have done the best and all we can from practice and from books I draw my learned skill not from the known receipts of pothecaries bill the earth my faults doth hide the world my cares do see what youth and time effects is oft ascribed to me.

par **Abraham Moles (1920-1992)**
Fondateur de l'Institut de Psychologie
Sociale des Communications à
l'Université Louis Pasteur,
Strasbourg

Croire qu'être malade est prendre un congé provisoire de la vie, est une illusion qui fut très répandue. C'est, plutôt, pénétrer dans un nouveau monde ; affronter une nouvelle situation : celle de la confrontation de son projet de vie avec des moyens diminués et l'appréciation correcte du niveau auquel est réduit l'arsenal tactique qu'on a pour le réaliser. C'est rencontrer la Citadelle de façon évidente avec les limites de son être propre. La Citadelle fut une institution totale (Goffman), elle s'étendait à tous ceux qui sont atteints par les maladies, elle régnait en tous lieux et à tout moment sur la population déclarée «malade» et même sur l'espèce médicale qui la gouverne à travers le serment d'Hippocrate. Ceci est désormais changé.



Etre malade est un métier difficile, mais c'est un métier : s'il implique des tâches (accomplir correctement ce qui est attendu de vous par le corps socio-médical, en respectant certaines règles d'exécution) et un paiement (être rétabli dans la communauté globale avec ses pleins droits). C'est fatigant : il y a des rites, des temps et des obligations ; il faut affronter un risque et se confronter à des «personnages», les médecins, l'infirmière, les ministres quotidiens d'une sécurité tout à fait sociale, tous lointains émissaires de la société «civile».

L'organisation de la Citadelle est maintenant liée à deux facteurs :

1. L'accroissement énorme de la capacité réparatrice médicale, ainsi que celui, corrélatif, de la capacité de maintenir l'homme en état (prévention). Il y a là un aspect philosophique, celui de la maîtrise du Destin.

2. L'énorme réduction due aux progrès de la technique du temps passé par capita à l'intérieur de la Cité médicale dans ses temps consacrés : hôpitaux ou cli-

niques. Le chiffre des « carcérés », car c'est de cela qu'il s'agit, ne serait plus que quelques pourcentages de ceux qui sont dans la vie quotidienne tributaires distancés et ambulatoires du Dieu Médical.

Trois types sociaux dans la Citadelle et hors de ses murs.

De fait, la Citadelle contemporaine propose trois types d'êtres :

- 1.** Les « biens portants », des hommes tout court, mais avec des qualités, qui sont quelquefois objets de la prévention,
- 2.** Ceux que les médecins appellent les « ambulatoires » (les plus nombreux des malades),
- 3.** Les hospitalisés, êtres provisoirement sans qualité, qui vivent un

temps entre parenthèse.

Les ambulatoires ne sont soumis qu'à l'observation d'un rite, de pratiques et de préceptes. Ils doivent périodiquement payer tribut au Dieu médical en retournant irrégulièrement en son Temple : cabinet médical ou lieu de traitement.

Les hospitalisés sont enfermés dans un univers conventuel - ou carcéral -, appelé Clinique ou Hôpital. Soumis à des degrés de contraintes assez différents pour

Les hospitalisés sont enfermés dans un univers conventuel - ou carcéral -, appelé Clinique ou Hôpital. Soumis à des degrés de contraintes assez différents pour les uns ou pour les autres, ils obéissent de toute façon à un Règlement totalitaire. Ils sont pris en charge dans cette institution totale, qui prévoit, en principe, un comportement normatif pour chacun des actes de leur vie, actes dont la liste elle-même est normalisée.

les uns ou pour les autres, ils obéissent de toute façon à un Règlement totalitaire. Ils sont pris en charge dans cette institution totale, qui prévoit, en principe, un comportement normatif pour chacun des actes de leur vie, actes dont la liste elle-même est normalisée.

L'homme hospitalisé n'a d'autres «qualités»

que sa maladie. Pour le soignant et pour le médecin, il sera l'objet à traiter, si l'un et l'autre veulent accomplir bien leur métier. Or, en même temps, il est «bon» pour l'horizontal de se croire un homme et d'en recevoir les

signes : cette contradiction dans les points de vue inscrit les soignants dans une double pensée vis-à-vis de lui : homme ou objet ? Or, il est toujours difficile de penser double sans hypocrisie, et il y faut un entraînement spécial.

Avec le changement des fonctions de la médecine dans la vie

urbaine – en particulier l'idée de sécurité sociale obligatoire – s'est donc construit un enrôlement progressif de tous ceux qui ne sont pas bien portants, depuis le PDG jusqu'au chômeur, dans une nouvelle société, la société Malade où, en échange d'une garantie théorique d'être soigné «au mieux des connaissances de la Science d'aujourd'hui», l'être aliène sa liberté et son droit de diffusion (on ne parle jamais autant de liberté que dans les univers de la contrainte). Disons-le tout de suite, c'est une liberté élastique, dans ses règlements comme dans ses murs, suffisamment élastique pour être appréhendée comme un lieu de la contrainte pure, sauf dans quelques cas extrêmes et instructifs. Pourtant la contrainte est là, et le malade qui se reconnaît comme tel, reconnaît sa dépendance, non plus dépendant de proches, de parents ou d'amis, sur lesquels il gardait une influence, mais dépendant d'un pouvoir médical qu'il serait absurde de nier sous prétexte qu'il est élastique.

En fait, ce Pouvoir médical irradie la société d'une façon très diversifiée selon les deux sous-univers malades que nous venons de discerner : - celui du monde encellulé de l'hôpital et de la clinique, - celui de l'être ambulatoire qui va à ses affaires. Le portrait de ce dernier nous a été donné entre autres par Kafka dans sa «théorie de l'acquiescement», qu'il soit définitif, provisoire ou qu'il se ramène à un attermoiement illimité (Le Procès).

Quel est alors le sort commun à ces deux personnages : le «malade en liberté» et le «monde carcéral», celui dont tout l'univers est absorbé par cette institution «totale» (Goffman) ? La «qualité de sa vie» est un élément, essentiel, qui surgit, indépendamment de la qualité des soins, de plus en plus clairement dans l'univers médical un peu après que le concept ait surgi dans la société contemporaine à partir du changement de structure du monde de la maladie.

L'homme hospitalisé n'a d'autres « qualités » que sa maladie.

Dans notre société en tout cas, il n'est pas dépourvu de sens de référer l'être à son projet de vie, à ce qu'il veut réaliser dans sa vie, même si ce n'est que le bonheur sans phrases – et même si ce bonheur ne se cherche pas, mais qu'il se trouve dans une rencontre aléatoire dont la probabilité est liée à l'environnement, à la réponse que celui-ci fait aux désirs, aux pulsions et à la volonté de l'être. Le bonheur ne se mesure pas, il se constate comme un fruit heureux du hasard, alors que la qualité de la vie, elle, se mesure, ou en tout cas s'apprécie, et les décisionnaires sociaux doivent chercher à l'accroître.

Le concept de «qualité de vie»

C'est l'idée qu'il existe pour tout être qui poursuit son projet de vivre un jugement sur la qualité de sa vie, jugement certes subjectif, personnel, mais dont la

cohérence des estimations par la masse des individus peut, éventuellement, garantir l'objectivité : si

tous pensent de même, il s'agit bien de quelque chose d'observable. La qualité de vie est un critère lié à l'environnement, une estimation quasi-quantitative sur cet environnement, par rapport à ce qu'il y a de plus personnel en l'homme : son projet de vie. Sa subjectivité apparente n'empêchera nullement les ministres de l'Economie, de la Santé ou ceux de l'Environnement, de construire, sur ces jugements, des statistiques objectives qui leur révèlent volonté et tendances de ces être «serviciables», auxquels ils fournissent un service leur permettant de s'améliorer.

Tout être – qu'il soit malade ou bien portant – porte nécessairement une appréciation sur la valeur de son environnement, la réponse que fait le monde matériel qui l'entoure à ses efforts pour accomplir son «projet de vie». En soi, c'est là un concept occidental, mais

généralisable ; il est lié à un «existentialisme opérationnel», selon lequel les êtres n'existent que par la réalisation de leurs valeurs : un projet qu'ils possèdent au fond d'eux-mêmes et qui sous-tend l'organisation de leur agenda.

Dans notre société en tout cas, il n'est pas dépourvu de sens de référer l'être à son projet de vie, à ce qu'il veut réaliser dans sa vie, même si ce n'est que le bonheur sans phrases – et même si ce bonheur ne se cherche pas, mais qu'il se trouve dans une rencontre aléatoire dont la probabilité est liée à l'environnement,

à la réponse que celui-ci fait aux désirs, aux pulsions et à la volonté de l'être. Le bonheur ne se mesure pas, il se constate comme un fruit heureux du hasard, alors que la qualité de la vie, elle, se mesure, ou en tout cas s'apprécie, et les décisionnaires sociaux doivent chercher à l'accroître.

Tous ces gens qui sont dans des lits, sur les trottoirs, ou bien chez eux, ont tous – au fond d'eux-mêmes – une image d'un lendemain qui chante, celle d'une réalisation de leurs désirs, de leurs ambitions et de leur volonté, et donc de leur être. Ils attendent du monde, en commençant par l'éclairage au chevet du lit et le

sourire de l'infirmière, une certaine qualité, une confluence à leurs désirs. Les malades, espèce particulière frappée par le destin, l'attendent tout autant que les «bien portants».

Sans aller jusqu'à dire avec Knock que tout être bien portant est un malade qui s'ignore, acceptant l'idée statistique que le bien-portant est défini par le silence de ses organes alors que le malade l'est par l'insurrection de ceux-ci, - en bref que c'est l'état de santé qui sert de critère à la maladie - une définition que même les médecins acceptent -, nous avons, à notre tour à définir une qualité de vie : en tout lieu et à tout moment, souvent, d'abord pour l'être normal qui change de statut pour une durée définie : la grippe, le bras cassé, mais aussi pour l'immobile : l'horizontal qui possède lui aussi, qu'il lui plaise ou non, un environnement perspectif lié à sa table de nuit, voire à son téléphone, et il compte les jours qui le séparent de l'ouverture de sa prison hospitalière pour reprendre son projet vital dans sa plénitude, avec un handicap probablement provisoire.

Nous voici donc devant trois catégories : l'homme normal, bien portant, entité peut-être mystique mais combien opérationnelle, l'homme horizontal (ou quasi) et l'homme ambulatoire (ou quasi), chacun portant son regard estimatif sur son environnement, et sur les qualités qu'a ce dernier pour servir d'instrument à un projet auquel par définition il n'a pas renoncé, sauf par intervalles dont il n'est pas coupable.

Remarquons au passage que nous abandonnons ici à son sort le condamné définitif : le malade sans espoir, pour qui le terme même de qualité de l'environnement s'arrête aux frontières mêmes de sa perception immédiate, car il n'a nul espoir raisonnable de le voir changé et son problème consiste à passer de vie à trépas par la voie la plus douce possible. Suspendu aux avis des puissants, il sait que son destin n'existe pas en soi, son projet de vie est un projet de mourir, encore faut-il, éventuellement qu'il en ait lui-même conscience, ce qui pose aux administrateurs du Pouvoir médical un

Tous ces gens qui sont dans des lits, sur les trottoirs, ou bien chez eux, ont tous - au fond d'eux-mêmes - une image d'un lendemain qui chante, celle d'une réalisation de leurs désirs, de leurs ambitions et de leur volonté, et donc de leur être. Ils attendent du monde, en commençant par l'éclairage au chevet du lit et le sourire de l'infirmière, une certaine qualité, une confluence à leurs désirs. Les malades, espèce particulière frappée par le destin, l'attendent tout autant que les «bien portants».

Nous avons, à notre tour à définir une qualité de vie : en tout lieu et à tout moment, souvent, d'abord pour l'être normal qui change de statut pour une durée définie : la grippe, le bras cassé, mais aussi pour l'immobile : l'horizontal qui possède lui aussi, qu'il lui plaise ou non, un environnement perspectif lié à sa table de nuit, voire à son téléphone, et il compte les jours qui le séparent de l'ouverture de sa prison hospitalière pour reprendre son projet vital dans sa plénitude, avec un handicap probablement provisoire.

problème difficile. Ce dernier cas n'est pas ici l'objet de notre débat : si spectaculaires soient-ils, ses représentants ne font qu'un petit pourcentage de l'univers de la maladie qui nous préoccupe.

La qualité de vie, concept opératoire concret attaché à l'environnement de chacun d'abord, de tous ensuite.

Pour décrire l'état de malade et sa qualité, nous sommes donc renvoyés automatiquement et nécessairement à l'individu bien portant : c'est bien à lui que se réfère en général le malade, sauf cas «désespérés». Ce terme envahit désormais l'univers médical, avec son parfum de revendication, à partir du moment où on découvre - ou croit

découvrir - que les malades sont des hommes et qu'ils participent donc des Droits de l'Homme ?

Quatre termes de la qualité de vie, par rapport au projet de vivre

En tant que concept normal et normatif, la qualité de vie se définit par : (QV)

1. richesse de l'environnement / coût généralisé d'accès
2. + stabilité de l'environnement
3. + fiabilité des «objets» de cet environnement
4. + inverse des temps d'attente cumulés pondérés par les angoisses qualifiant cette attente.

L'idée d'une richesse de l'environnement en objets, services, plaisirs et sources de valeurs, est évidente.

Il est bien clair que les causes mêmes de migrations sociales vers les villes se trouvent liées à la richesse d'un environnement d'une société urbaine qui contraste avec la pauvreté rurale.

Il est certain et universel que nous demandons à cet environnement, quelle que soit sa richesse relative, d'être stable, d'être permanent, de se maintenir à notre disposition, d'être constant dans le paysage de nos volontés d'actions im-

médiates. Toute réduction de ce désir profond par les contingences rituelles d'un entourage qui varie le jour et la nuit, les jours ouvrables et les jours de fêtes, les jours de grève et les jours de fonction, est vue par

l'individu patient comme compromission, réduction, renoncement à l'absolu de ses volontés – même diminuées. L'image contemporaine du monde, encore plus vraie dans la Citadelle, n'est plus celle d'un univers sabbatique, synchronisé sur l'horloge et le calendrier, c'est celle d'un monde qui ne s'arrête ni jour ni nuit, dont la permanence et la régularité sont les conditions mêmes de notre existence active, en tout cas dans la connaissance intuitive que nous en avons.

Cet univers doit, de plus, être fiable. C'est là un terme nouveau – relativement – dans le monde des valeurs. Fiable, c'est dire que non seulement il promet (le stimulus), mais il tient sa promesse (l'action) ; non seulement il propose, mais je puis en disposer sans difficultés, l'infirmière robotisée y est toujours disponible, au moindre appel, tout comme le commerçant serait (?) toujours accessible à la satisfaction de mes désirs dans le monde global. Au monde de l'automatisme, vers lequel nous tendons, objets et services doivent être fiables : on peut compter sur eux. Certes, ceci n'est qu'un principe quasi futuriste pour le monde à grande échelle, mais il doit être, à un quelconque degré, vrai a fortiori dans l'univers restreint du malade et de ses soignants, en tout cas dans l'imagination qu'il en a et dans sa pratique, ce sera un aspect déterminant dans l'image qu'il se forme d'une qualité de vie, d'autant plus précieuse que le cercle de ses actions se trouve plus restreint : la dépendance automobile de l'arthritique ou de l'infirmes est bien plus grande encore que celle du bien portant, car le rapport de l'effort de l'accès au service y est considérable. Ce qu'il veut, c'est une fiabilité totale de tous les objets complexes qui l'entourent. Il veut pouvoir faire confiance à leur service (ex. le téléphone).

Enfin l'homme moderne : celui de la rue, et **a fortiori** le patient, puisque c'est à lui que nous nous référons, veut voir diminuer, réduire, annuler cet « objet temporel » qu'est l'Attente, qui se situe entre la formulation de sa volonté et sa réalisation, cette dissipation de temps vital que la rationalisation logistique établit entre la volonté d'accès au service et la concrétisation de celui-ci. Il veut, - dans la mesure où naturellement le malade puisse vouloir quelque chose - voir se concrétiser aussitôt dans son univers proche des services lointains qui sont supposés être à sa disposition, ceci d'autant plus qu'il se trouve dans une situation de sujétion, de dépendance et de ritualisation. Il veut que la Citadelle ne soit pas le Château de Kafka.

Le patient, puisque c'est à lui que nous nous référons, veut voir diminuer, réduire, annuler cet « objet temporel » qu'est l'Attente, qui se situe entre la formulation de sa volonté et sa réalisation.

Univers d'action de l'homme tout court, univers diminué du malade ?

Tous ces éléments que nous considérons comme essentiels à la qualité de vie perçue intuitivement par l'homme normal subissent des changements substantiels dans cette différence d'état que constitue le passage de l'homme bien portant à l'homme malade. Examinons-les, dans cette optique particulière qui nous intéresse ici, dans les attentes de l'homme malade qui voudrait se considérer encore comme un homme (est-ce une erreur ?), et qui en tout cas – c'est sa nouvelle revendication – admet que les droits de l'Homme restent sa Charte fondamentale – Une Charte dont la Déclaration du droit des malades que ne serait qu'une version révisée.



Le psychologue intervient ici. Il note qu'il est bien exact, du simple point de vue conductiviste, que le malade hospitalisé, clinicisé, a certes un champ de désirs limité de façon interne, qu'il a moins faim, moins soif, et en gros moins de désirs pour la féminité, que l'homme bien portant. Que s'il a plus de temps, il a moins de champ d'action, et que la réalisation de son être ne l'implique que dans une moindre ambition. En bref, ce qu'il appellera richesse spécifique de l'environnement, par rapport à une nouvelle situation, dont il a nécessairement conscience, mauvaise conscience.

S'accepter ou devoir s'accepter comme malade, fait-il partie ou non de la situation existentielle ? Problème philosophique que nous ignorerons : nous voudrions croire que l'humilité est une qualité de l'homme actif dans sa reconnaissance de la nécessité.

Encore faudrait-il que cette nécessité ne fût pas défaillante, et c'est là que se situe la question. L'homme malade a certes, spontanément, une perception de l'environnement qui est réduite. Ce qu'implique ici le terme « qualité de vie », c'est que s'il doit normalement la pondérer à la mesure des contraintes psychologiques qu'il subit, encore faudrait-il que les responsables de son environnement agissent pour qu'elle soit pleinement satisfaisante. Un monde moins riche, certes, mais tout de même un monde riche.

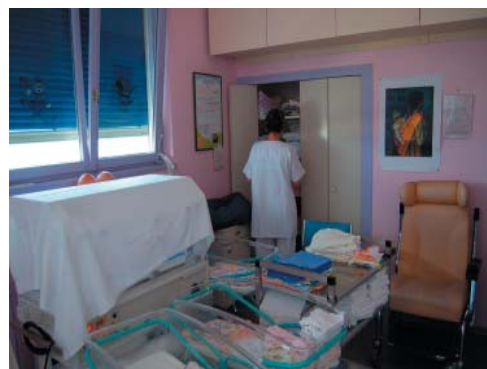
La stabilité de l'environnement est certainement l'un des facteurs fondamentaux d'une qualité de vie perçue par le malade hospitalisé, par l'homme ambulatoire – mais malade – avec des aspects relatifs bien différents qu'il faut analyser. Plutôt que l'accès aux Galeries Lafayette ou à son bureau, il requiert, voire il exige, en tout cas

il désire (!) – que médecins et soignants se trouvent disponibles (available), qu'ils assument la permanence dans la mesure même où sont environnement est limité par rapport au bien portant. Il veut que le personnel, médical et autre, soient pour lui disponibles avec le médicament qui calme les situations. L'accessibilité immédiate au service lui est essentielle. La distinction opportuniste entre le jour et la nuit, entre le dimanche et le jour de travail lui apparaît futile, inutile, condamnable, elle ne le concerne pas. Certes, il désire de façon lointaine que les petits oiseaux continuent à chanter, et que la Nature ne se dégrade pas, mais cette Nature est lointaine, elle est bien au-delà des murs de l'hôpital ou de sa chambre de malade, elle n'est plus – ou guère – une entité opérationnelle. On y pensera plus tard.



S'il est par contre un facteur de la qualité d'environnement qui importe pour ce servicable particulier qu'est «le malade» ambulatoire, c'est la notion de fiabilité. Les «horizontaux», les carcérés, ne représenteraient guère que 1 % de la légion des malades. Existence et stabilité des «Services» présents dans l'entourage ne sont pas en soi suffisants, encore faut-il que ces services «fonctionnent» avec sécurité (trustworthy), qu'ils soient techniquement acceptables et ne puissent être mis en question. La fiabilité est peut-être la vertu cardinale d'un univers complexe, difficile à maîtriser, et qui requiert une confiance d'autant plus absolue dans le résultat de la mesure, dans le fonctionnement de l'appareil du service spécialisé, dans leur capacité de répondre à la question posée ou à l'usage prévu. Ici le monde de la performance, qui fut l'axe du développement de la science médicale, cède la place à un monde de la maintenance et de la fiabilité.

Il peut être remarquable et exemplaire que l'appareillage de radiographie, le scanner ou la RMN soit disponible à l'hôpital X ou dans la clinique Y. Mais surtout il est nécessaire – est-ce évident ? – qu'il fonctionne au moment où Moi, Ici, Maintenant, j'en ai besoin, sans aléas et sans délais. Plus un objet ou service est complexe, plus la fiabilité de cet objet apparaît comme composante primordiale de la qualité de vie – non pas tellement pour le médecin qui en conçoit l'usage



– mais pour le malade qui s'en ressent tributaire. C'est peut-être évident, mais très difficile à réaliser.

Enfin, et tous les questionnaires de la Citadelle médicale le saisissent aisément, mais sont souvent incapables de le réaliser, s'il est un terme de la qualité de vie auquel l'être est psychologiquement sensible, c'est, précisément, l'idée d'attente nulle. Attendre est certes le destin de l'homme contemporain ; nous attendons partout, nous attendons, sinon toujours, en tout cas d'autant plus que notre vie est plus moderne. La société médicale est un reflet de notre société technologique. Or c'est un système où, la quantité de services restant limitée, une logique du rendement, de l'efficacité, veut qu'il soit rationnel d'augmenter le plein emploi des services en faisant attendre (dans une proportion raisonnable (?) le servicable

au voisinage immédiat du service (théorie des files d'attente). C'est bien là le cas général, car si la régulation des flux apparaît aussi importante que la provision des services, l'attente est alors un élément inéluctable, sinon irréductible, de la vie contemporaine, curieusement ignoré par les économistes, ceux de la Santé

La qualité de vie du médicalisé diminue nécessairement quand la quantité totale d'attente croît, en même temps que du degré d'angoisse attaché à celle-ci. Il faut donc que cette attente soit minimisée.

comme ceux de la Société. Or précisément c'est l'un des aspects auxquels l'être servicable est le plus sensible.

Attendre le scanner, ce n'est certes pas attendre Godot, mais c'est de toute façon un état existentiel lié à la situation de malade, même s'il a un poids différent de l'attente du train : il y a une qualité négative dans l'attente. En fait, attendre est une situation essentielle dans la vie du malade – comme du bien portant, mais pour des choses autres – c'est une attente souvent ritualisée (la salle d'attente du médecin), l'attente de la visite (médicale ou paramédicale), l'attente de la délivrance du Service. La qualité de vie du médicalisé diminue nécessairement quand la quantité totale d'attente croît, en même temps que du degré d'angoisse attaché à celle-ci. Il faut donc que cette attente soit minimisée. C'est là un terme essentiel de la qualité de vie pour le malade, ambulatoire ou non, qui se reconnaît comme dépendant de services ou de produits qu'il doit attendre de quelconque façon. L'homme malade et l'homme bien portant ont ici une situation commune devant le Droit de l'Homme à la qualité de sa vie.

Il y a donc là un facteur non négligeable de cette Déclaration du Citoyen médical que le concept même de qualité nous induit à considérer comme une contribution à une nouvelle prise en compte des rapports entre l'homme-individu et la Citadelle médicale dont nul ne dénie l'existence.

Serait-ce que dans la société de libre échange, toutes les institutions, même celles les plus entourées de murailles – qu'elles soient en brique ou en papier – l'opinion du client, expression marchande de ce qu'on a appelé le « vote des citoyens », pénétrerait partout, là où il y a en quelque sorte une masse sociale régie par des règlements – ce qu'on appelle quelquefois des lois – et que la prise en compte du serviable sur le service se fasse peu à peu un élément nécessaire du bon fonctionnement ; y aurait-il là une expression très prudente, dans un vocabulaire nouveau, de ce qu'on a appelé autrefois le Gouvernement du Peuple, par le Peuple et pour le Peuple, dans lequel les Gouverneurs, les fournisseurs de services, en bref les institutions, adoptent un rôle uniquement fonctionnel, et ne tirent un pouvoir toujours mis en question que d'une certaine forme de compétence, tout aussi fonctionnelle. Serait-ce que dans une nouvelle confrontation sociale où les malades sont des masses et les médecins, des structures, s'insère de façon nécessaire un concept opérationnel de Charte de fonctionnement, avec des valeurs qui transforment la citadelle en une vaste entreprise à responsabilités limitées. Quelle serait alors la norme d'efficacité ? Elle serait une optimisation, certes difficile car les « malades » sont peu bavards (trop au désir de certains), basée sur l'idée récente que l'univers clos, l'Etat dans l'Etat, auquel correspondait l'image de la Citadelle, se transforme en un tissu médical, sympathique et para-sympathique, dont les actions et réactions réciproques matérialisent une recherche d'un optimum défini par la nature même et les signaux issus des parties du système.

Ces signaux auraient pour critère de valeurs au premier plan la qualité de vie de l'individu qui pénètre dans le système, en l'occurrence le malade, une qualité que nous avons commentée, qui se réfère à l'homme normal pour examiner le marché que construit le Malade vis-à-vis des sources de la santé : le système médical, une qualité de vie qu'il apprécie dans le rapport entre la modification provisoire ou durable de sa ligne de vie et une homéostasie minimale dans ses rapports avec le milieu. Serait-ce que la conscience du malade mettrait

en balance le droit à la Vie dans son expression concrète (c'est-à-dire active) et les dégradations de l'aptitude à vivre infligées par la maladie, dont le traitement « médical » ne serait qu'un des aspects. Il y aurait alors, en face d'un nouveau serment d'Hippocrate qui souligne les limites d'une fonction technique de la biologie appliquée, une Charte du patient dans ses rapports avec l'institution médicale, charte déjà énoncée (Conseil de l'Europe), qui circonscrirait précisément le contrat de l'Homme avec la technique et avec ceux qui



la conduisent, souvent brillamment.

D'une définition à un propos, voire à un projet

L'examen des quatre termes précédents propose une stratégie générale pour la QV. Dans chaque situation-type, on définira d'abord avec les éléments du projet de vie, la richesse de l'environnement et le coût généralisé (ou « difficulté d'accès ») à chacun des éléments de richesse. Puis on recherchera en quoi le projet vital est normalement réduit par l'état pathologique. De là on déduira une formulation de ce que le « serviable » peut attendre de son environnement perspectif. Enfin on cherchera à l'apprécier dans une situation vitale concrète. La même procédure s'appliquera, *mutatis mutandis* au malade ambulatoire.

L'examen des quatre termes précédents propose une stratégie générale pour la QV. Dans chaque situation-type, on définira d'abord avec les éléments du projet de vie, la richesse de l'environnement et le coût généralisé (ou « difficulté d'accès ») à chacun des éléments de richesse.

Par exemple, on notera l'augmentation de l'effort ambulatoire pour l'homme diminué, ce qui conduit à suggérer des architectures intérieures compactes, ou des trottoirs roulants, ainsi qu'une variété considérable des services de relations, d'acquisition ou d'interaction directe. Le raisonnement trouve déjà de larges applications dans l'univers particulier des handicapés permanents, encore faut-il qu'il s'exerce dans une vision exhaustive des situations : nous en sommes loin.

Certains éléments vont apparaître plus pertinents que d'autres. Par exemple, la fiabilité de toutes les installations, services ou appareillages ; l'extension dans le champ de rayonnement de la Cité médicale des services permanents, leur mise à disposition à toute heure, apparaîtront comme des buts lointains, peut-être des rêves-moteurs, mais des rêves qu'on voudrait voir se réaliser.

En bref, l'analyse précédente se propose comme une grille de questionnement à une situation définie, et par là un plan d'action. ■

Savoir induit et savoir construit - l'université et l'échange de savoirs : vers l'université du 4^e âge

Conférence donnée le 17 octobre 2007 à Strasbourg à l'occasion de l'Université Européenne d'Eté



par **Marc Michel**

Professeur des Universités

Directeur du Service Commun de Formation Continue,
Université Marc Bloch, Strasbourg

Le titre «Savoirs induits, Savoirs construits» repose sur un postulat : les savoirs induits par l'expérience, l'expérience de tout un chacun, se distinguent des savoirs construits à l'aide des méthodes scientifiques. Cette distinction est au cœur de la réflexion philosophique sur les sciences, aujourd'hui comme hier, cette réflexion que l'on appelle «l'épistémologie». Epistémologie qui concerne tous les domaines de connaissances, quelles vivent, ces connaissances, l'homme dans son émergence historique, dans la construction de l'histoire, la nature, notre environnement, l'infiniment grand comme l'infiniment petit.

Certes, le statut de nos savoirs d'expérience, et qui pourrait les récuser ? – le statut des savoirs de l'expérience, que dans un jargon un peu scholastique on appellera la «connaissance empirique», ou, selon l'expression de Michel Maffesoli «les savoirs de la connaissance ordinaire», le statut de ces savoirs d'expérience varie selon qu'on la récuse tout à fait, cette connaissance empirique, au point même d'en faire un obstacle à la connaissance scientifique. Ou alors, par générosité ou idéologie, que l'on sera capable de lui accorder une existence... allez, disons le mot, peut-être propédeutique, à la connaissance construite. Ou encore une valeur minimale et provisoire.

Cette question fondamentale est ainsi présente dans la philosophie contemporaine ; elle est une question majeure à n'en pas douter. Et dans la problématique de cette Université d'Eté, nous ne saurions éluder ce débat de fond, pour éviter de parler de tout et de n'importe quoi !

En effet, le projet d'une université qui serait fondée

sur ces connaissances issues de l'expérience pourrait apparaître au premier regard totalement illusoire, si l'on s'en tenait à une vision tout-à-fait exclusiviste, voire positiviste, du savoir scientifique.

Certes, le statut de nos savoirs d'expérience, et qui pourrait les récuser ?

C'est un premier point que je voudrais examiner avec vous, pour nous intéresser ensuite, comme je l'ai dit, à explorer ce que pourrait être l'«université à l'hôpital», si vous permettez cette expression, et a fortiori le projet d'une université du quatrième âge.

Mais, comme vous le voyez, je tiens à procéder par étapes.

Tout d'abord, la recherche d'un fondement théorique à toute idée d'un projet de ce type. On ne saurait s'engager, dès lors qu'on prononce le terme d'«université», on ne saurait s'engager raisonnablement et honnêtement dans de tels projets (au pluriel) sans écouter ceux qui ont forgé la pensée contemporaine, qui s'appellent Gaston Bachelard, Karl Popper, Thomas Kuhn, ou, plus près de nous, Pierre Bourdieu. Je voudrais m'en tenir à quelqu'un qui a, depuis longtemps, marqué la pensée contemporaine, en tout cas en France, et dont l'héritage intellectuel est développé par sa fille, Suzanne Bachelard, qui est Professeur à la Sorbonne, je voudrais m'appuyer sur une affirmation, que je vais citer, de Gaston Bachelard,

Le projet d'une université qui serait fondée sur ces connaissances issues de l'expérience pourrait apparaître au premier regard totalement illusoire, si l'on s'en tenait à une vision tout-à-fait exclusiviste, voire positiviste, du savoir scientifique.

extraite d'un ouvrage que je vous conseille vivement : «La formation de l'esprit scientifique», publié chez Vrin, en 93. C'est un hyperclassique.

Je cite Bachelard : «La science, dans son besoin d'achèvement, comme

dans son principe, s'oppose absolument à l'opinion. L'opinion pense mal. Elle ne pense pas. Elle traduit des besoins en connaissance. En désignant les objets par leur utilité, elle s'interdit de les connaître.

On ne peut rien fonder sur l'opinion. Il faut d'abord la détruire. Elle est le premier obstacle à surmonter. Avant tout, il faut savoir poser les problèmes. Et quoi qu'on dise, dans la vie scientifique, les problèmes ne se posent pas d'eux-mêmes. C'est précisément ce sens du problème qui donne la marque du véritable esprit scientifique. Pour un esprit scientifique, toute connaissance est une réponse à une question. S'il n'y a pas eu de question, il ne peut y avoir de connaissance scientifique. Rien ne va de soi, rien n'est donné, tout est construit».

Ainsi, l'expérience première, parce qu'elle est étrangère à la démarche critique, est d'une certaine façon un trompe-l'œil. Il n'y a que d'entendre les propos de salon ou de bar ou de rencontre amicale pour s'en convaincre. Et le terme d'«université» est bien souvent galvaudé. La connaissance scientifique est par essence polémique, et, par voie de conséquence, notez bien cela, déstabilisatrice des certitudes premières... Ce que nous croyons voir et que nous appelons la réalité n'est pour une large part que le fruit de nos représentations, le fruit des engamassions de notre éducation et des stéréotypes de notre culture.

Dans le même temps, vous le savez, l'objet de la science n'est pas non plus la réalité en tant que telle, telle que nous l'imaginons. Tout objet de connaissance scientifique est inévitablement un objet construit. Construit par nos savoirs acquis, construit par nos méthodes d'observation et d'analyse, construit par nos savoirs, nos instrumentations.

Je veux donner un exemple pour illustrer ce propos, très simple. Si vous vous intéressez à l'histoire de la biologie, eh bien vous voyez le basculement des connaissances qu'a créé le progrès de l'instrumentation en matière d'observation. Depuis le microscope optique, cher à Spinoza, en passant par le microscope à balayage électronique, et nous en sommes aujourd'hui, si je peux me permettre ce terme, aux nano-observations. C'est-à-dire que nous ne cessons d'améliorer notre connaissance de ce que nous appelons ici «la vie» grâce aux progrès réalisés par nos méthodes d'investigation. Si vous regardez, si vous êtes passionné un peu par l'astrophysique, vous ob-

servez exactement le même phénomène. Depuis les lunettes des mages antiques, qui scrutaient déjà les astres, faisaient des premiers calculs – nous en avons des témoignages –, en passant par les premiers télescopes, – pensez à Galilée –, en allant jusqu'aux télescopes de la période contemporaine qui étaient cent fois plus performants, jusqu'aux télescopes embarqués sur des satellites, ou encore les sondes spatiales, qui sont utilisées aujourd'hui par les chercheurs de ce domaine. Et vous voyez très bien qu'il n'y a pas de commune mesure entre la compréhension de la réalité... Ici simplement je n'ai voulu donner que cet exemple en utilisant des instrumentations et donc des méthodologies, parce qu'une instrumentation c'est la mise en réel d'une méthodologie d'observation.

Je cite Bachelard : «La science, dans son besoin d'achèvement, comme dans son principe, s'oppose absolument à l'opinion. L'opinion pense mal. Elle ne pense pas. Elle traduit des besoins en connaissance. En désignant les objets par leur utilité, elle s'interdit de les connaître. On ne peut rien fonder sur l'opinion. Il faut d'abord la détruire. Elle est le premier obstacle à surmonter. Avant tout, il faut savoir poser les problèmes. Et quoi qu'on dise, dans la vie scientifique, les problèmes ne se posent pas d'eux-mêmes. C'est précisément ce sens du problème qui donne la marque du véritable esprit scientifique. Pour un esprit scientifique, toute connaissance est une réponse à une question. S'il n'y a pas eu de question, il ne peut y avoir de connaissance scientifique. Rien ne va de soi, rien n'est donné, tout est construit.»

Que dire ici – je suis personnellement passionné par l'histoire des sciences et notamment de la biologie – du débat historique entre Louis Pasteur et Pouchet, son adversaire, alors que les certitudes absolues de l'époque de Louis Pasteur tendaient à démontrer, je dis bien démontrer, que la vie naissait par génération spontanée. Qu'a fait Pasteur ? Il a démontré que l'instrumentation, les cornues utilisées par Pouchet sur sa pailleuse étaient défectueuses et qu'elles laissaient entrer l'air, et qu'elles n'étaient pas un milieu hermétique qui aurait pu légitimer l'affirmation de Pouchet

L'objet de la science n'est pas non plus la réalité en tant que telle, telle que nous l'imaginons. Tout objet de connaissance scientifique est inévitablement un objet construit. Construit par nos savoirs acquis, construit par nos méthodes d'observation et d'analyse, construit par nos savoirs, nos instrumentations.

selon laquelle la vie naissait par génération spontanée, et de là la théorie microbienne à partir des travaux de Pasteur que vous connaissez.

L'infiniment petit comme l'infiniment grand se rapproche de nous tout en s'éloignant. Nous savons cela parce que l'histoire des sciences, quel qu'en soit le domaine, l'atteste, et que l'épistémologie contemporaine, notamment depuis Bachelard que

j'ai cité, Bourdieu, Popper ou encore Thomas Kuhn nous l'ont expliqué de multiples façons, quels que soient les domaines de la connaissance scientifique.

Alors, cela veut dire qu'on ne saurait passer des connaissances premières induites de l'expérience à des connaissances passées au crible de la démarche

critique et soumises – je cite ici Karl Popper - «au principe de vérifiabilité» sans éprouver la dureté du chemin qui va de l'opinion à la connaissance, de l'illusion et de l'habitude à la perception brutale de la lumière – une lumière provisoire. Et ici me revient à l'esprit un très beau texte de l'histoire de la philosophie, que vous connaissez... C'est l'allégorie de la caverne chez Platon. Il n'y a rien de plus familier, de plus confortant et réconfortant que de croire que les ombres que nous apercevons au fond de la caverne sont la réalité. Il n'y a rien de plus traumatisant que d'être retourné brutalement vers la lumière et de découvrir l'illusion de la connaissance dans laquelle on était plongé.

Ces rappels étant faits, explorons, si vous voulez bien dans un deuxième temps et concrètement ce que pourrait être un projet intitulé «L'université à l'hôpital» après «La musique à l'hôpital» qui fait l'objet de votre Université d'Eté. Ou encore ce qui est encore plus problématique - c'est pourquoi j'ai dit que je voulais procéder par étapes – ce que pourrait signifier une université du quatrième âge.

En effet, je voudrais dans un premier temps élargir le débat à l'ensemble de l'institution hospitalière et donc à l'ensemble des publics qui sont dans ces institutions. Université à l'Hôpital, il s'agit à n'en pas douter d'un projet ambitieux, et je dois dire, lorsque Victor Flusser m'en a parlé la première fois, particulièrement séduisant. En effet, qui ne pourrait être séduit par la perspective de faire sortir la Cité Savante hors de ses murs pour mettre à disposition de publics nouveaux l'apport de ses connaissances et, pour employer un autre langage, l'apport de sa compréhension critique du monde contemporain. Quelle perspective admirable ! Une telle idée me paraît d'ailleurs et peut nous paraître totalement en harmonie avec les missions de toute université, missions que nous voyons dans tous les établissements universitaires redéfinie par l'article 1 «Les missions de l'Université», où nous voyons affirmé que, avec la recherche, les missions de l'université concernent le développement de la formation – on aime à préciser aujourd'hui parce qu'on a entendu les messages de l'Union Européenne – le développement de la formation tout au long de la vie... Tiens, au fait : tout au long de la vie... Voilà qui peut être intéressant. – missions qui concernent le développement de la culture et de l'éducation permanente. Harmonie donc de ce projet avec les missions tout-à-fait reconnues, consensuelles, de toute université, mais également, me semble-t-il, en harmonie avec la politique déjà ancienne des hôpitaux en matière d'humanisation et de culture. Cette idée générale étant admise, quelles pourraient en être les traductions possibles ?

Faire sortir la Cité Savante hors de ses murs pour mettre à disposition de publics nouveaux l'apport de ses connaissances et, pour employer un autre langage, l'apport de sa compréhension critique du monde contemporain.

On pourrait, et là je vais évoquer des modèles, imaginer que l'hôpital, comme d'autres institutions, et les publics qui passent par une période d'hospitalisation plus ou moins longue, pourrait bénéficier des programmes de l'enseignement universitaire. La chose n'est pas du tout saugrenue ! Et vous savez que pour des élèves du secondaire qui sont un moment hospitalisés, il y a bien des possibilités de poursuite de leurs études, d'assistance etc., pour éviter que la période d'hospitalisation ne porte préjudice à leur scolarisation. Pourquoi ne pas envisager, sur un modèle sans doute qui serait voisin, que l'université puisse être «présente» quelque part dans l'hôpital ? Pourquoi pas ? Cela concernerait certes des démarches individuelles, qui pourraient être identifiées, répertoriées, qui pourraient même dans certains cas, bénéficier des dispositifs de formation professionnelle continue. On pourrait imaginer, pourquoi pas, dans un lieu qui serait dédié à l'université à l'hôpital, par le biais des nouvelles technologies, voire visioconférence, etc., internet... on pourrait imaginer une combinaison d'enseignements à distance bien choisis, de séances de tutorat sur place, une sorte de monitorat qui permettrait à ce public d'entrer de

plein pied dans cette démarche universitaire... Pourquoi pas ? Ce dispositif diplômant ou simplement qualifiant existe, et je voudrais rappeler ici, à la veille d'un colloque dont j'ai la responsabilité, et qui va démarrer demain à Strasbourg, qu'il existe en France 35 000 étudiants à distance, dont

nous ne savons absolument pas quelle est la position réelle, nous savons simplement que ce sont des gens en majorité adultes et en reprise d'études, qui n'ont pas la possibilité d'être dans les amphis des facultés. Et donc, il existe, à peu près dans toutes les disciplines de l'université de tels dispositifs d'enseignement qu'un réseau, qui comporte une quarantaine d'établissements universitaires diffuse et met ainsi à disposition de ces publics dits empêchés. Pourquoi ne pas envisager quelque part dans une salle dédiée ce que j'appellerai un «relais» de ce type de dispositif d'enseignement à distance ? C'est un premier modèle, pourquoi le récuser ?

Il y en a un autre possible : amener à l'hôpital – je dis bien amener – des universitaires - j'insiste volontairement – qui seraient formés à cette fin, et susceptible de donner le dernier état de leurs recherches ou des recherches de leur discipline dans un domaine privilégié. On verrait alors dans un établissement hospitalier ou peut-être, pourquoi pas ? un regroupement d'établissements hospitaliers organiser des cycles – le mot conférences me vient spontanément à la bouche, mais on pourrait l'appeler autrement – organiser des cycles dont les sujets pourraient être choisis pour une année, en partenariat avec les établissements, en liaison bien sûr avec les patients qui

passent à l'hôpital, mais aussi les personnels soignants. Ce modèle pourrait bénéficier d'expériences déjà réalisées dans d'autres circonstances, comme le forum des savoirs, qui se déroule tous les ans à Strasbourg, la «Science en fête», pourquoi pas ? et l'Université du troisième âge... - je vous ai dit que je procéderaï par étapes – qui existe déjà dans toutes les universités et qui permet à des retraités de la vie active mais encore tout-à-fait valides de bénéficier de cycles de conférences, et ces universités du troisième âge sont un succès total de par la France. Evidemment, c'est un modèle, mais qui a ses limites. Je l'ai expérimenté moi-même il y a des années de cela, à Haute-pierre, en lançant avec des collègues de l'université un cycle qui était intitulé : «comprendre le monde tel qu'il change». Le but n'était pas de diffuser des enseignements universitaires en tant que tels, avec des programmes, avec des références à des maquettes nationales etc., le but était de faire venir à l'hôpital le fruit de réflexions centrées sur la compréhension du monde contemporain. Et cette expérience avait été un succès total.

Autre modèle, que j'appellerai un modèle à inventer. Le précédent de la formation continue des adultes en reprise d'études pourrait nous entraîner vers l'élaboration, si vous voulez un geste d'ingénierie de formation qui nous amènerait, quand nous parlons d'université à l'hôpital à nous défier des modèles que je viens de citer pour inventer un modèle qui n'existe pas encore. En définissant l'objectif recherché, qui peut être très différent – est-ce que c'est l'accroissement des connaissances ? est-ce que c'est le passage des savoirs induits de l'expérience vers des savoirs construits ? est-ce que c'est plus largement la promotion d'une culture qu'on appellera quand-même scientifique incluant ces connaissances premières, mais promue en direction des connaissances construites, comme je l'ai dit ? Si nous étions capables de définir un tel objectif, il faudrait en préciser les démarches pédagogiques, qui seraient pertinentes par rapport et à cet objectif, et au public, démarches pédagogiques qui seraient pertinentes par rapport aux conditions dans lesquelles se trouvent ces publics. Il faudrait enfin évaluer les moyens disponibles ou à créer, qu'ils soient physiques, nouvelles technologies, ressources humaines, et là j'en viens à mes universitaires amenés volontairement à l'hôpital. Enfin, il faudrait – naturellement, nous sommes tous des acteurs, aussi économiques – évaluer le coût et sans doute définir un budget qui serait nécessaire.

Maintenir une activité mentale d'un côté, ouvrir l'hôpital à la cité et particulièrement à la cité savante me paraît aller dans le sens que j'évoquais dans mon premier point, de l'harmonie, l'harmonie, entre le vécu de ces patients et la situation concrète dans laquelle ils se trouvent à l'hôpital.

Il n'y a pas d'un côté des savoirs induits par l'expérience et de l'autre un sujet en attente d'une catharsis universitaire salutaire.

Troisième point : peut-on aller plus loin ? Peut-on imaginer – dernière étape de cette modeste communication – peut-on imaginer une université du quatrième âge ? Je serai pour ma part, ici, beaucoup plus circonspect. D'un côté il y a des éléments qui plaident en faveur d'un tel projet. C'est en particulier la référence que nous pouvons avoir avec la musique à l'hôpital. Et je pense qu'avant que ne se lance le programme de musique à l'hôpital on pouvait sans doute avoir à l'esprit toutes les objections du monde pour s'opposer à la possibilité d'un tel projet

de musique à l'hôpital en particulier pour des gens du quatrième âge. Or, il se trouve que ce projet a réussi et qu'il est en plein développement ! Donc il ne faut pas s'arrêter à des objections primaires qui diraient : « Ben non, là vous rêvez ! L'université du quatrième âge ! Vous êtes à côté ! Après tout ce que vous avez dit sur l'obstacle épistémologique que constituait l'expérience première, Mais mon Dieu, mais où est-ce que vous allez ? » Il me semble, si vous me le permettez, et ce que je vais dire maintenant est un peu sous le contrôle d'éminents spécialistes, et je suis tellement heureux de ce que Francis Kuntzmann soit parmi nous ce matin, je voudrais oser dire ceci : c'est qu'il me paraît que la misère dans laquelle se trouvent des quatrième âges en long séjour par exemple, c'est de courir le risque d'un état que j'appellerai volontairement végétatif. J'ai l'expérience, non pas de praticien, je ne suis pas médecin, mais j'ai l'expérience par des membres de ma famille qui sont passés par là. Et trop souvent, je le dis vraiment de façon conviviale et très franche, j'ai pu, moi, constater le déclin progressif de ces sujets qui, souvent parce que la famille ne s'intéresse plus, progressivement à leur sort, parce que, on est, quoi

qu'on en dise, dans des traitements en nombre, et que les difficultés, les handicaps que rencontrent peu à peu ces patients, les enferment dans ce que j'appellerai un environnement que l'on peut toujours espérer positif, mais qui est un environnement d'accompagnement vers, je dirais un déclin qui sera, hélas nous le savons, fatal. J'ai l'expérience et des contacts avec des équipes soignantes, notamment à l'étranger, je voudrais ici évoquer les équipes soignantes de la Memory Clinique de Bâle, pour oser affirmer, encore sous réserve des spécialistes que j'ai mentionnés tout-à-l'heure, que un sujet ainsi hospitalisé, fut-il du quatrième âge, a besoin de voir se maintenir être ravivé, être re-sollicité, ses capacités intellectuelles, sa mémoire, pour éviter ce déclin que j'évoquais à l'instant. Et que quelque chose me dit – je le dis avec précaution,

qu'un projet de l'université du quatrième âge n'est pas aussi farfelu qu'il pourrait apparaître en première lecture, mais qu'il recèle quelque part une connivence, une compatibilité, une convergence avec l'effort dont témoignent les équipes soignantes, des praticiens, en vue de maintenir de tels sujets dans une activité mentale, dans une capacité de mémoire, d'exercice, car vous le savez bien, c'est la neurologie contemporaine qui nous l'apprend, nos neurones ne s'usent que si l'on ne s'en sert pas. Et donc solliciter la capacité intellectuelle, l'intérêt me paraît être d'un point de vue global de l'accompagnement des patients, je dirais plutôt convergeant avec les efforts qui sont tentés par ailleurs.

Mais il y a un autre argument en faveur d'un projet sur lequel je reviendrai évidemment quant à ses conditions de faisabilité. Il y a un deuxième argument, me semble-t-il. Et là, tous ceux qui travaillent à l'hôpital seront d'accord avec cette affirmation, nous avons tout intérêt à faire que l'hôpital reste ouvert sur la cité, et que tous les programmes de développement culturel, tous les programmes d'artistes à l'hôpital, tout ce qui peut entrer à l'hôpital comme signe de la cité vivante va dans le sens du maintien des relations sociales des patients avec un environnement plus large que la chambre dans laquelle ils sont hospitalisés, que les horaires auxquels ils sont astreints inévitablement dans leur établissement. Maintenir une activité mentale d'un côté, ouvrir l'hôpital à la cité et particulièrement à la cité savante me paraît aller dans le sens que j'évoquais dans mon premier point, de l'harmonie, l'harmonie, entre le vécu de ces patients et la situation concrète dans laquelle ils se trouvent à l'hôpital.

Cependant, s'il y a ainsi des arguments qui plaident en faveur de ce projet, on ne saurait, me semble-t-il, le mener à bien sans précaution. En effet, si, comme je l'ai dit dans mon premier point, le passage par une démarche critique des savoirs induits par l'expérience à des savoirs construits, qui, pour un scientifique, ne sont que provisoires, et qui ont une faculté, ces passages, de déstabilisation, il faut bien reconnaître en effet que les savoirs accumulés par

Je pense en effet que le modèle qui reste à construire devrait se fonder d'abord sur une approche anthropologique et sans doute gériatrique de ces sujets, de façon à dégager les possibilités d'un tel projet. Et que tout débordement au-delà de ces possibilités pour moi serait voué à l'échec, non seulement à l'échec dans le propos général de ce passage savoir induit vers savoirs construits, mais pourrait hélas déclencher, je dirais par excès de générosité, des effets tout-à-fait dommageables.

Il me semble qu'un tel projet devrait être centré sur la rencontre. J'ai à l'esprit, je ne voudrais pas le citer, des pages excellentes d'Emmanuel Lévinas sur l'autre, le regard.

Il faut certes susciter la participation, mais la susciter dans le respect de l'autre, ce que vous savez pertinemment faire. Dans les projets de musique à l'hôpital, il s'agit, non pas de déstabiliser les savoirs de l'expérience, mais au contraire de les valoriser.

l'expérience ne sont pas d'abord perçus par le sujet comme propédeutiques à des savoirs élaborés par la démarche critique, ils constituent même l'étoffe du sujet, ce par quoi ce sujet, lui, s'est construit, à la faveur de multiples essais et erreurs, à la faveur de multiples rencontres, de conflits sans doute, d'avancées comme de renoncements. Il peut même se cacher ici ou là, dans les replis de la conscience, des expériences refoulées dont le réveil brutal raviverait la souffrance d'un trauma originel. Il n'y a pas d'un côté des savoirs induits par l'expérience et de l'autre un sujet en attente d'une catharsis universitaire salutaire. Le sujet est son expérience. Aussi bien si l'on adopte ce point de vue, on se convaincra facilement qu'il y a des formes par lesquelles on aurait pu pouvoir passer pour faciliter ce passage des savoirs induits de l'expérience vers des savoirs construits qui sont, me semble-t-il, tout-à-fait inappropriés.

Je pense en effet que le modèle qui reste à construire devrait se fonder d'abord sur une approche anthropologique et sans doute gériatrique de ces sujets, de façon à dégager les possibilités d'un tel projet. Et que tout débordement au-delà de ces possibilités pour moi serait voué à l'échec, non seulement à l'échec dans le propos général de ce passage savoir induit vers savoirs construits, mais pourrait hélas déclencher, je dirais par excès de générosité, des effets tout-à-fait dommageables. Alors comment faire ? Il me semble qu'un certain nombre de valeurs que le CFMI connaît bien par ses différents projets, notamment de musique à l'hôpital, devraient nous inspirer quant à la définition pertinente d'un modèle réaliste tout en restant généreux. Il me semble qu'un tel projet devrait être centré sur la rencontre. J'ai à l'esprit, je ne voudrais pas le citer, des pages excellentes d'Emmanuel Lévinas sur l'autre, le regard. Il me semble qu'on n'en sort pas. Il faut en effet, certes susciter la participation, mais la susciter dans le respect de l'autre, ce que vous savez pertinemment faire. Dans les projets de musique à l'hôpital, il s'agit, non pas de déstabiliser les savoirs de l'expérience, mais au contraire de les valoriser. Et il me semble que la valeur fondamentale d'un tel projet devrait reposer sur ce que Edgard Morin, dans ses nombreux travaux nous pro-

pose, à savoir l'éminence du dialogique, et non pas la sur-éminence du modèle du maître, ces universitaires, maîtres du savoir, qui viendraient à l'hôpital dispenser leur savoir, que, beaucoup d'entre eux ne pensent pas provisoire d'ailleurs, mais confondent avec la vérité – et viendraient introduire dans la relation avec ces patients une dimension de maître à élève qui serait tout-à-fait à exclure. Donc, je verrais pour ma part, je dirais une individualisation très mesurée d'un tel projet, pour repérer simplement dans un dialogue les sujets et les thèmes qui pourraient faire l'objet cette fois-ci d'une réponse collective et non pas individuelle. Je ne crois pas au dialogue individuel universitaire-patient, mais je crois

beaucoup plus volontiers à des expériences comme des ateliers, comme des forum, qui permettraient à des quatrième âges de venir à la rencontre, en l'ayant quelque peu préparé auparavant, d'universitaires qui auraient été formés à ce type de prestation, notamment en présentant d'abord leur savoir comme des réponses à des problèmes. Je reprends l'expression de Bachelard auparavant. Et que ce serait alors, non pas l'université à l'hôpital, mais – on peut garder le titre – mais le dialogue de l'université avec les publics de l'hôpital, qu'il soit patient ou soignant. Il me semble en effet que beaucoup de domaines pourraient être investigués, notamment dans le domaine de l'histoire. Tout un chacun est un acteur de l'histoire, un acteur social, par toute sa vie, et voilà un domaine, que ce soit l'histoire universelle ou l'histoire locale, un domaine tout-à-fait intéressant. Les sciences humaines et les sciences sociales sont un des domaines tout-à-fait ouverts, l'histoire de l'art, l'histoire locale, comme je l'ai dit, régionale, mais aussi l'économie, l'histoire des métiers. Tous ces gens ont pratiqué des métiers, des qualifications professionnelles, ont traversé des mutations économiques.

Il me semble, et je vais terminer par là si vous le voulez bien, pardon d'avoir été un peu long, il me semble en conclusion qu'il y a sûrement quelque chose à faire, mais qu'il est nécessaire de le faire avec beaucoup de précautions, de sensibilité et de réalisme. Il me semble que venir la cité savante à l'hôpital est en harmonie avec les politiques hospitalières d'humanisation et d'action culturelle, en connivence totale avec les

Et il me semble que la valeur fondamentale d'un tel projet devrait reposer sur ce que Edgard Morin, dans ses nombreux travaux nous propose, à savoir l'éminence du dialogique, et non pas la sur-éminence du modèle du maître, ces universitaires, maîtres du savoir, qui viendraient à l'hôpital dispenser leur savoir, que, beaucoup d'entre eux ne pensent pas provisoire d'ailleurs, mais confondent avec la vérité – et viendraient introduire dans la relation avec ces patients une dimension de maître à élève qui serait tout-à-fait à exclure.

Il me semble en effet que beaucoup de domaines pourraient être investigués, notamment dans le domaine de l'histoire. Tout un chacun est un acteur de l'histoire, un acteur social, par toute sa vie, et voilà un domaine, que ce soit l'histoire universelle ou l'histoire locale, un domaine tout-à-fait intéressant. Les sciences humaines et les sciences sociales sont un des domaines tout-à-fait ouverts, l'histoire de l'art, l'histoire locale, comme je l'ai dit, régionale, mais aussi l'économie, l'histoire des métiers. Tous ces gens ont pratiqué des métiers, des qualifications professionnelles, ont traversé des mutations économiques.

missions de l'université, qui n'est pas de s'enfermer dans ses propres murs, mais au contraire d'aller vers les publics, y compris ceux qui sont empêchés, comme on dit habituellement. Et donc il y a là quelque chose à faire, et je voudrais dire que c'est un projet magnifique, mais c'est un projet qu'il convient d'élaborer et que si nous le réussissions, on pourrait reprendre la formule que j'ai indiquée en commençant, qui est une parodie de la légende de Vincent de Paul : «J'ai peine de votre peine, j'ai soif de votre soif d'apprendre».

Quel beau message que d'indiquer à des gens qui risquent de s'enfoncer vers un état végétatif, qui souffrent de ne pas comprendre ce qui les entoure quelquefois, quel projet humaniste s'il en est que de leur dire : «Nous pouvons encore cheminer ensemble, échanger, dialoguer ensemble, par ce que la formation est désormais un projet tout au long de la vie».

Débat suite à la conférence de Marc Michel

Prof. Francis Kuntzmann :

Je crois qu'effectivement ce sont des projets très beaux, très généreux, très larges. Je vois quand-même un certain nombre de limites dans le fait que l'hôpital à l'heure actuelle surtout, avec les contraintes qu'on lui impose sur la forme de la nouvelle gouvernance hospitalière, où les gens doivent résider à l'hôpital le moins longtemps possible, l'hospitalisation est tournée autour d'actes et d'épisodes aigus, et par conséquent là c'est un problème de formation de l'ensemble et c'est pas l'université en général qui va y modifier quelque chose. Alors, il y a toute la situation de la gériatrie, d'une part de gens qui sont longuement hospitalisés, voire hébergés définitivement, et puis il y a un certain nombre d'établissements, où sont accueillis des handicapés qui sont là très longtemps, et parfois en dés-errance là aussi, et Dieu s'il y a là des choses à faire, et là je vous suis totalement.

En ce qui concerne la gérontologie, la situation est intéressante, parce que tout le constat que vous faites est réel, nous le partageons ; il est incontestable que les personnes, pour la plupart d'entre elles, n'ont pas le privilège de s'améliorer, de s'épanouir en institution, et le risque de glisser vers un non-faire et un état végétatif est incontestablement terriblement fréquent, c'est incontestable. Pour cela, je crois qu'il y a une première chose, il faut avoir comme principe et comme idée, c'est ce qui nous guide, c'est qu'il faut entretenir la vie le mieux possible, avec tout le bagage de la personne, c'est-à-dire sa culture, sa mémoire, et travailler toutes les réminiscences et créer des dynamiques, et puis faire venir des gens qui poussent à ces dynamiques, tout ce qu'on intègre dans ce qu'on appelle « l'animation », c'est en réalité en même temps thérapeutique et c'est en même temps amener la vie, amener une vie normale, la plus normale possible, avec des inventions, il y a des gens qui apprennent à jouer aux échecs auxquels ils n'ont jamais joué ou à faire d'autres choses, ou à s'intéresser à de la musique ou à de la poésie alors qu'ils ne l'avaient pas fait, parce qu'ils ont eu l'opportunité d'être touchés par quelqu'un un animateur ou un groupe etc., et puis que tout d'un coup ils ont découvert quelque chose, là je vous suis tout-à-fait. Que ça s'appelle « l'université à l'hôpital », que ça s'appelle tout simplement cette culture des soignés à l'hôpital.

Alors je voudrais faire une réflexion, une remarque : le milieu gérontologique manque de personnel, cruellement. Il est en manque de personnel parce que les effectifs qu'on leur alloue sont peu importants, et qu'il y a peu de personnels, ou relativement peu, qui sont prêts à s'orienter vers cette clientèle, vers ce soin. Alors, nous avons affaire à deux types de soignants et d'intervenants : il y a ceux qui ont envie de s'occuper de personnes âgées, qui adhèrent à toute cette culture, qui le font très bien. Souvent, d'ailleurs, dans le cursus de ces agents, de ces professionnels, il y a l'image des grands-parents. Les grand-mères qui sont à la base de vocations gérontologiques sont fort nombreuses. Et cela paraît souvent dans le discours au départ ou cela se découvre au fur et à mesure. Donc il y a une nécessité d'une certaine culture, et il y a des gens qui restent en gériatrie tout au long de leur carrière, qui y sont tout-à-fait heureux.

Malheureusement, ils n'arrivent pas suffisamment à accrocher les autres, parce qu'on manque de personnel, et que les autres, qui ont été formés avant tout à des techniques, ont envie d'être dans les ser-

vices où on fait des techniques, et n'ont pas envie de plonger dans cette relation, dans cette culture qui consiste à aider la personne à être le plus possible elle-même, comme elle a été, de retrouver son passé, de s'enrichir de son présent. Et je dois dire que toutes les formations qui se font dans ce sens-là sont très bénéfiques. Nous formons actuellement dans le Cadre du Groupement d'Intérêt Public le GIP, dont

Il est incontestable que les personnes, pour la plupart d'entre elles, n'ont pas le privilège de s'améliorer, de s'épanouir en institution, et le risque de glisser vers un non-faire et un état végétatif est incontestablement terriblement fréquent.

je souligne en passant que ce Groupement d'Intérêt Public, qui regroupe 27 partenaires, dont la Région, les Départements du Haut et du Bas-Rhin, la Ville de Strasbourg, les 3 universités strasbourgeoises, et puis un certain nombre d'autres, des Caisses de Retraite, les caisses de Sécurité Sociale, etc., de nombreux organismes qui en font partie, a pour mission de promouvoir la formation des gens qui interviennent auprès de personnes âgées, donc pas seulement en institution. Et tous, y compris les aidants familiaux, qui s'occupent d'un parent à domicile, d'un conjoint ou d'un parent.

Il faut avoir comme principe et comme idée, c'est ce qui nous guide, c'est qu'il faut entretenir la vie le mieux possible, avec tout le bagage de la personne.

Donc, ce besoin de formation, ce besoin de développement et de culture, il est pris en compte, et la formation des bénévoles se fait dans ce sens-là, et nous formons actuellement énormément de bénévoles qui travaillent dans les institutions, et on est en train de promouvoir l'idée aussi de faire de la formation de bénévoles qui interviennent à domicile auprès de personnes âgées. Donc, il y a la dispensation, la diffusion d'une culture, qui est basée sur des connaissances en partie scientifiques etc., et si c'est ça ce qu'on appelle « Université à l'Hôpital », j'y souscris tout-à-fait.

Ca fait partie aussi de l'ouverture sur la cité que vous signaliez tout à l'heure. Voilà... la diversité des interventions que l'on propose sont variables selon les institutions, mais il est évident, et vous le savez, vous qui intervenez en tant que musiciens, que la musique apporte énormément de choses et c'est très apprécié, et qu'il y a énormément d'autres activités du même type, qui sont également appréciées et appréciables, qui permettent aux personnes de se retrouver dans leur personnalité, et éventuellement même d'apprendre des choses en plus.

Marc Michel :

Merci beaucoup au Professeur Kuntzmann, avec qui, dans un passé qui n'est pas si éloigné, nous avons travaillé précisément autour de la problématique de la qualité.

Joaquina Madeira :

Je suis le Docteur Joaquina Madeira et je viens du Portugal.

Ce que vous nous proposez, c'est vraiment un nouveau paradigme de société. Parce ce que, ce qui est moderne, c'est la dévalorisation de l'âge. Ce que vous proposez, c'est la valorisation de l'âge. Alors, ça touche des institutions, ça touche la famille, cela touche la société. Je suis complètement d'accord avec vous, ce à quoi on doit travailler et réfléchir, c'est la façon de le mettre en œuvre. Parce que je pense que ça commence à l'école, et pas à l'université. Le nouveau paradigme, la valorisation des personnes âgées, la valorisation de l'âge, de la culture commencent à l'école. Quand on sépare les petites-filles de leur grand-père depuis qu'elles sont nées, on commence à être des personnes étranges, pas de convivialité, pas de contact. Alors, je pense que le paradigme que vous proposez devrait commencer avec les jeunes, les petits enfants : convivialité avec les maisons de retraite, volontariat des jeunes, volontariat des enfants, on commence par là. De toute façon, la proposition, de mon point de vue, c'est viable. Pas à l'hôpital, je le vois mal à l'hôpital. Parce que l'hôpital c'est des actes. Mais la nécessité d'avoir des instruments de projet qui permettent l'entrée de la cité dans des institutions, mais aussi la sortie de l'institution dans la cité. Parce que les deux mouvements doivent être pensés. De toute façon, la question de méthodologie que vous proposez n'est pas l'action directe de ceux qui savent pour ceux qui ne savent pas, je suis complètement d'accord aussi. Il faut le dialogue, il faut l'interaction. Le nom n'est pas important, l'important c'est l'idée que vous apportez. Et pour moi, l'idée importante c'est qu'il faut changer le paradigme de société, de ne plus dire qu'« à partir de cet âge, les personnes sont exclues ». La personne ne vaut pas, c'est, je pense, le grand message que vous portez. Comment faire cela ? C'est là une façon de faire, peut-être y en a-t-il d'autres.

Par exemple, la collègue qui est avec moi travaille dans une maison d'hébergement de personnes âgées très grande. Elle a 150 résidents, dont la plupart est dans une situation de dépendance totale. Maintenant, elle est dans un projet de restructuration de cette maison. Et nous en avons parlé toutes les deux, et on discutait exactement de ça : les personnes commencent à être institutionnalisées, avec une maladie que l'institution isolée construit dans les gens. Comment contrarier cela ? Comment contrarier que la maladie « institutionnalite » touche les gens ? Touche les agents, les agents, touche les directeurs... Alors c'est l'ouverture. Vous proposez une méthode, peut-être qu'il y en a d'autres. Mais c'est une méthode, je suis d'accord.

Il faut le dialogue, il faut l'interaction. Le nom n'est pas important, l'important c'est l'idée que vous apportez. Et pour moi, l'idée importante c'est qu'il faut changer le paradigme de société, de ne plus dire qu'« à partir de cet âge, les personnes sont exclues ». La personne ne vaut pas, c'est, je pense, le grand message que vous portez. Comment faire cela ? C'est là une façon de faire, peut-être y en a-t-il d'autres.

Quand nous sommes au chevet des personnes âgées, où on dit que le fait d'être avec elles modifie notre propre acte.

Marc Michel :

Merci pour votre intervention, vous faites bien le lien avec l'évolution de la famille dans nos sociétés, qui n'est pas la même évolution que dans d'autres sociétés, dans d'autres pays, cette évolution qui est allée de la famille étendue, pluri-générationnelle, à ce qu'on appelle toujours la famille nucléaire, c'est-à-dire réduite à une seule génération, et je ne dirai pas qu'il y a un modèle qui est meilleur que l'autre, mais les conséquences sont exactement celles

que vous indiquez. Je suis persuadé que, quelles que soient nos fonctions, nos métiers, nos statuts sociaux des uns et des autres, il y a une chose que nous devrions tous partager : c'est l'attention à l'autre en tant que sujet irremplaçable. Alors que nos sociétés aussi, au-delà du modèle familial, par un type d'économie, tend à ne pas considérer le sujet comme irremplaçable, l'Autre irremplaçable, irréductible, mais tend à instrumentaliser l'autre dans des logiques de gestion dans lesquelles les sujets deviennent simplement des objets. Et je pense que dans le monde de l'éducation, c'est la même chose : à l'université on a trop souvent considéré les étudiants comme des plateaux disponibles, sur lesquels on venait desservir le savoir de l'université. Alors qu'il y a toute une révolution pédagogique et relationnelle à entreprendre, qui est précisément de valoriser l'autre, non pas comme le degré zéro de la connaissance, mais comme porteur déjà, si bien que même ce titre «savoir induit, savoir construit» ne voudrait surtout pas dire qu'il n'y a que les savoirs scientifiques qui sont vrais. Le problème de la vérité est autre chose.

Elizabeth Flusser :

Je voudrais participer à cette réflexion en essayant de comprendre notre geste de musicien. Quand nous sommes au chevet des personnes âgées, où on dit que le fait d'être avec elles modifie notre propre acte. Et donc, en vous écoutant parler, je me disais que finalement, si un universitaire va parler avec des personnes âgées, qu'est-ce que lui va pouvoir en apprendre ? Est-ce que c'est possible de penser là-dessus, et à partir de là, ça m'a fait penser à l'expérience que j'ai eue auprès de ma mère, qui est décédée cet été. Elle a appris qu'elle était très malade et qu'elle devait mourir, et elle nous a dit : «Voilà, je suis très embêtée parce que je n'ai pas eu la chance d'assister à la mort de mes parents, je ne sais pas comment on meurt». Et on a dit «voilà, on va inventer ça ensemble». Et les six derniers mois de vie de ma mère, ça a été vraiment... elle nous a appris à mourir. Et on a été complètement envahis et construits. C'était très triste, mais en même temps on en a sorti une force

incroyable. Je ne sais pas si on peut dire ça : mais est-ce que les personnes du quatrième âge, leur expérience d'être des personnes qui sont en train de vieillir, qui vont mourir ou qui sont en train de mourir, est-ce que ça peut faire l'objet d'un savoir, qui peut être transmis, c'est là où j'en suis dans ma question.



Enseigner, c'est apprendre deux fois.

Marc Michel :

Merci beaucoup pour votre témoignage, que je ressens très profondément. Apprendre, c'est toujours inter-apprendre. Et qu'il n'y a pas de sujet de savoir... On apprend toujours quelque chose. Et il y a une très belle formule qui appartient à la tradition de l'Education Nationale – faut bien que je parle de ma maison-mère..., qui dit que «enseigner c'est apprendre deux fois». Et a fortiori, lorsqu'il y a dialogue avec un autre, et ce que vous dites est tellement vrai, je vais l'illustrer simplement par ceci : regardez par exemple l'histoire. L'histoire des sociétés. Eh bien Michel de Sertault a parfaitement expliqué le problème de l'écriture de l'histoire. Rappelons-nous les cours d'histoire que nous avons pu avoir, les manuels d'histoire, c'était l'histoire des institutions. On disait la révolution, la restauration, le second Empire, etc., ou c'était l'histoire des grands hommes, des hommes providentiels qui avaient marqué l'histoire de ce pays. Et puis les historiens, de plus en plus, sont attachés à l'histoire des acteurs de l'histoire. Ou encore en sociologie, parce qu'il y a une très grande proximité entre l'histoire et les sciences sociales, comme en a témoigné Marc Bloch, dont mon université porte le nom, c'est de suivre l'évolution d'une société par l'histoire d'une famille. Et donc de plus en plus on attache du prix à ce qui était parfois totalement occulté par les historiens, à savoir, les gens qui vivent l'histoire, qui ressentent les événements, et qui quelquefois sont des acteurs d'événements alors qu'on pensait que les sociétés n'évoluaient, ne se construisaient que par l'intervention de quelques hommes providentiels. Et naturellement ceci n'a pas échappé, par exemple à des sociologues ou à des ethnologues. Il

L'idée de cette université du 4e âge est une idée d' « enseignant – intervenant », un enseignant qui apprend à se mettre en jeu comme les musiciens dans chaque rencontre. Mettre en jeu son savoir, le savoir. C'est ça que je trouve très intéressant dans ta proposition. Elizabeth l'a dit : qu'est-ce qu'un enseignant peut apprendre en étant face à la personne très âgée ? Il peut relativiser son rapport au savoir, à la transmission du savoir, quitter le système discursif du savoir vers un système dialogique. Je crois que c'est au moins aussi important pour l'université, ce projet, que pour les institutions accueillant des personnes âgées. Les enseignants qui veulent faire cette démarche de devenir un enseignant-intervenant auprès d'une, de deux ou de trois personnes âgées, de se mettre en question, de proposer ce dialogue autour du savoir, comme le musicien le fait, - il met le dialogue à travers, autour de la musique. Il propose toujours une invitation à un voyage. Il ne sait pas la destination, il ne sait pas où il va. Il sait qu'ils y vont ensemble.

y a des ethnologues qui recueillent la mémoire des personnes âgées, les souvenirs, parce que cela vient apporter à notre compréhension de nos sociétés. Et vous avez parfaitement raison de dire que des cho-

ses qui pourraient être transmises à partir de ces dialogues, de ces interconnaissances, si je peux dire. J'ai pris l'exemple de l'histoire, mais on pourrait prendre l'histoire de l'économie, des gens qui ont traversé des mutations sociales, la création d'entreprise, le développement d'entreprise, qui ont vécu à l'étranger, par exemple... etc. Il y a énormément de connaissances qui mériteraient d'être recueillies. Ca veut dire, qu'il ne s'agit pas de transmettre quelque chose, en pensant que les gens n'ont rien à transmettre eux-mêmes, mais au contraire, de s'inter-écouter, si je peux dire, de façon à enrichir notre compréhension du monde.

Joaquina Madeira :

Je pense que nous entrons dans une autre dimension. Je pense que le XXI^e siècle, c'est un siècle qui apporte d'autres dimensions même. Le XX^e siècle a été le siècle des droits, du respect pour les personnes, le XXI^e siècle, je pense que c'est le siècle des sentiments, des émotions, des affects, les choses intangibles. Et cela vient par d'autres agents, par d'autres choses que nous ne connaissons pas. Et la question de la mort, la question du passage de la vie vers la mort sont des nouvelles questions, que peut-être seulement les témoins, comme disait la dame, peuvent nous transmettre. Alors je pense que le 4^e âge, c'est de nouveau une construction sociologique. Je ne sais pas s'il existe un 4^e âge... Mais c'est un nouvel âge qui nous apporte d'autres choses que nous ne connaissons pas. Je pense que le siècle actuel va nous apporter des nouvelles choses, nous ne savons pas quoi. Mais nous cherchons à partir d'autres témoignages et d'autres situations nouvelles. Je pense que c'est le siècle des choses intangibles. C'est comme ça que je le dis.

Victor Flusser :

Tu as parfaitement dit que les enseignants ne doivent pas transmettre le savoir. Je suis complètement d'accord. Mais le revers de la médaille apparaît tout de suite : on dit qu'on veut recueillir le savoir. Transmettre, recueillir, c'est deux versions de

la même monnaie. Où en est le dialogue créateur de l'information, qui est le dialogue dangereux de se mettre en question devant l'altérité ? Je crois, l'idée de cette université du 4^e âge est une idée d' «en-

seignant-intervenant», un enseignant qui apprend à se mettre en jeu comme les musiciens dans chaque rencontre. Mettre en jeu son savoir, le savoir. C'est ça que je trouve très intéressant dans ta proposition. Elizabeth l'a dit :

qu'est-ce qu'un enseignant peut apprendre en étant face à la personne très âgée ? Il peut relativiser son rapport au savoir, à la transmission du savoir, quitter le système discursif du savoir vers un système dialogique. Je crois que c'est au moins aussi important pour l'université, ce projet, que

pour les institutions accueillant des personnes âgées. Les enseignants qui veulent faire cette démarche de devenir un enseignant-intervenant auprès d'une, de deux ou de trois personnes âgées, de se mettre en question, de proposer ce dialogue autour du savoir, comme le musicien le fait, - il met le dialogue à travers, autour de la musique. Il propose toujours une invitation à un voyage. Il ne sait pas la destination, il ne sait pas où il va. Il sait qu'ils y vont ensemble.

Dernière chose, peut-être que je voudrais te suggérer, c'est qu'on puisse associer à ce projet les familles des personnes âgées. L'espace de dialogue intergénérationnel et l'espace de parole familial, complètement pollués par les modèles dominants de notre société, des dominants discursifs des sociétés de consommation, etc. - si les enseignants-chercheurs peuvent aider cet espace de dialogue familial entre la personne très âgée avec ses enfants, ses petits-enfants, ses arrière-petits-enfants, qu'il puisse être enrichi, je dirais dignifié, autour de la connaissance, la connaissance créée. Pas transmise, pas recueillie, mais inventée. Ce qu'Elizabeth a dit tout à l'heure, à propos de sa maman, c'est que sa maman n'a pas enseigné, elles ont inventé toutes les deux une façon de mourir, la fille et la mère, chacune selon son intérêt, elles ont inventé quelque chose. C'est donc une vraie invention. Donc, associer la famille, ne pas trop insister sur le vocable «hôpital», Marc. J'aurais bien voulu que l'on puisse élargir à tous les lieux où la personne très âgée est accueillie : les maisons de retraite. Il y en a tellement, et cela échappe au monde hospitalier, comme Monsieur Kuntzmann nous a dit, cela échappe aux règles du système et des lieux de vie. Je sais que, quand on en a parlé tous les deux, j'ai soumis cette proposition à Monsieur Kuntzmann et aussi à Monsieur Berthel, et tous les deux m'ont alerté : «Attention ! Attention !, ce n'est pas bon de créer des rencontres, presque des duels», parce que sous l'influence du projet Musique à l'Hôpital je pensais : «Que fait un enseignant qui va auprès du lit de la personne âgée et propose une réflexion, un échan-

C'est qu'on puisse associer à ce projet les familles des personnes âgées. L'espace de dialogue intergénérationnel et l'espace de parole familial, complètement pollués par les modèles dominants de notre société, des dominants discursifs des sociétés de consommation, etc. - si les enseignants-chercheurs peuvent aider cet espace de dialogue familial entre la personne très âgée avec ses enfants, ses petits-enfants, ses arrière-petits-enfants, qu'il puisse être enrichi, je dirais dignifié, autour de la connaissance, la connaissance créée. Pas transmise, pas recueillie, mais inventée.

ge... ?». Mais ces deux professeurs, qui connaissent tellement bien le projet on dit : «On est très intéressés par la convivialité entre les personnes âgées, on veut qu'il y ait quelque chose entre eux, et qu'elles

ne soient pas victimes des discours des mass-médias, avec ses télévisions qui vomissent continuellement des non-sens, des discours du système médical, pas des médecins mais du système. Donc comment peut-on stimuler les rapports entre résidents ?». Ils ont donc suggéré que ces enseignants-intervenants puissent retrouver des

petits groupes, 3, 4, 5, 6 personnes, avec les familles, autour des thèmes autour d'un «menu». Il y a aujourd'hui - tu as parlé tout-à-l'heure de la biologie -, il peut y avoir demain de l'histoire de l'art, il peut y avoir demain, que sais-je... de la philosophie, inventer que de ces rencontres l'enseignant de philosophie puisse penser autrement la philosophie, à partir de ces rencontres. Je ne crois pas que transmission-recueillement soit bon pour la personne âgée ; c'est peut-être peu complet. Il faut penser aussi aux familles. Je crois qu'on peut aussi apprendre de ce que Messieurs Berthel et Kuntzmann m'ont dit, penser toujours la communication entre les personnes.

Prof. Francis Kuntzmann :

Ce qui n'empêche que si quelqu'un a envie d'être dans sa chambre et ne veut pas la communication, parce qu'il lit, ou parce qu'il regarde la télévision ou parce qu'il a suffisamment de force en lui et puis l'habitude de vivre davantage en solitaire, faut-il encore le respecter et ne pas systématiquement le mettre avec les autres. J'ai vu dernièrement un établissement, dans lequel les chambres sont toutes petites, et on dit aux personnes : «Surtout vous n'avez pas le droit de rester dans la chambre». D'ailleurs, il n'y a dans la chambre que le lit, il n'y a pas de chaise à côté. Les chaises sont à l'extérieur pour qu'ils puissent se rencontrer. Ça part d'un bon sentiment, il faut entretenir la convivialité, l'échange etc., mais c'est une atteinte à la personne, à son libre choix, à sa personnalité, à ses habitudes, voir à la possibilité d'accueillir dans sa chambre quelqu'un qui vient le voir, puisqu'il faut s'asseoir sur le lit ! ■



transcription : Max Grundrich

Les acteurs de la musique en milieu de la santé, qui sont-ils ?

Cette rubrique, « Portrait », a pour but de présenter les différentes personnes qui oeuvrent dans le domaine de la musique en milieu de la santé. Ce numéro des Cahiers de la Musique à l'Hôpital accueille Fabien Scatton, musicien intervenant en milieu de la santé.



Décrivez comment vous voyez l'expérience d'être un musicien intervenant pour les personnes âgées institutionnalisées.

Fabien Scatton : Le musicien intervenant en milieu gériatrique est une personne qui rompt avec les habitudes de soins. Il apporte un moment de vie (une personne différente du personnel hospitalier), d'étonnement (les sons étranges qu'il ramène et propose à l'écoute), de souvenirs et d'émotion (les chants qui rappellent des moments de vie) à la personne.

Comment est la relation entre vous et les patients ?

Fabien Scatton : Elle est multiple, cela dépend de mon état et de celui de la personne, de son caractère et du moment où l'on va la voir. La relation peut être très forte, sans pour autant qu'il y ait de mots échangés ; un sourire, des yeux grands ouverts... elle peut également ne pas sembler être présente. C'est le cas notamment des personnes qui à première vue, ne réagissent pas à la présence du musicien intervenant. A ce moment là, c'est au musicien d'avoir la conviction profonde, que même s'il ne se passe rien visuellement, il y a une part de la personne qui est touchée par ce moment.

Décrivez la situation la plus impressionnante que vous avez vécue en réalisant ce travail.

Fabien Scatton : Au Centre Hospitalier de Sélestat, il y a une unité Alzheimer. Lorsque je vais là-bas, je suis toujours impressionné par la réaction des personnes. Avant que je ne commence à faire de la musique, ces personnes sont toutes dans leur univers propre, sans réaliser ce qui se passe autour. Puis, soudain, lorsque je m'approche d'elles et que je leur chante une chanson qu'elles connaissent, leur visage se transforme, et c'est comme si la musique les avait sorti de leur état. Certaines se sont déjà mises à danser avec moi...

Quelle est votre intention quand vous intervenez avec les personnes âgées institutionnalisées ?

Fabien Scatton : Je pense que mon rôle est d'être une sorte de fenêtre ouverte vers le monde extérieur qui permet aux personnes âgées de ne pas être totalement isolées. J'essaie également d'apporter des moments de souvenirs, de découverte, d'émotions et de détente à la personne. Indiquez votre plus grande difficulté en réalisant ce travail.

Fabien Scatton : Je crois que la plus grande difficulté qui existe dans ce travail est le fait d'être toujours, à n'importe quel moment, dans l'idée de créer une relation avec la personne ; je crois que, dès que le musicien n'est pas en pleine possession de ses moyens, s'il est fatigué, stressé, soucieux, en somme, s'il n'est pas complètement dévoué à la relation avec la personne,

alors il ne fait plus de musique pour elle, mais simplement pour faire de la musique. Or dans ce métier, je crois que la musique est un moyen, pas une fin en soi.

Quel est le critère que vous utilisez au choix du répertoire pour chaque patient ?

Fabien Scatton : Pour pratiquement tous les patients, je chante des chansons françaises, traditionnelles et alsaciennes. Cependant, en fonction de la personnalité du résident et de son état, je vais privilégier d'avantage tel ou tel répertoire. Par exemple, pour une personne encore très lucide, je vais faire plus de chansons françaises, car je crois que c'est ce qui va d'avantage toucher la personne. Si c'est une personne très atteinte mentalement, je vais d'avantage faire des chants traditionnels, car ce sont les souvenirs d'enfance qui restent principalement, et qui vont faire réagir la personne. Je fais également plusieurs chants alsaciens, car cela fait partie de la culture de la région. ■

Je pense que mon rôle est d'être une sorte de fenêtre ouverte vers le monde extérieur

Éléments de réflexion pour la constitution d'un répertoire de chansons



par **Elizabeth Flusser**
Enseignante au CFMI
Université Marc Bloch,
Strasbourg

Qu'est-ce qu'un répertoire ?

Les questions relatives à la réflexion sur ce qu'est un répertoire sont liées à la notion de quantité et de choix. Un bon répertoire de chansons est une grande valise remplie de chansons. Comme les habits, il y a les chansons pour l'hiver, les chansons pour danser, les chansons pour se réchauffer le cœur et celles pour s'aérer la tête.

Comme les habits, il y a les chansons pour l'hiver, les chansons pour danser, les chansons pour se réchauffer le cœur et celles pour s'aérer la tête.

Et comme les habits, il ne suffit pas de les avoir, il faut aussi savoir où les chansons sont rangées, comment les retrouver, être capables de les sortir de notre mémoire juste au bon moment et, toujours comme les habits, être capable de les associer, savoir quelle chanson ira bien avec telle autre, comment les enchaîner intelligemment selon les situations.

Constituer un répertoire se résume à cinq actions plus ou moins concomitantes : connaître, choisir, apprendre, classer, pratiquer.

Ainsi, constituer un répertoire se résume à cinq actions plus ou moins concomitantes :

- Connaître : Découvrir des chansons, acheter des partitions, des CD, enregistrer telle voix, telle émission, repiquer tel texte, telle mélodie...
- Choisir : parmi toutes ces nouvelles chansons découvertes, seules quelques unes «valent le coup». C'est un premier tri, qui relève de l'exigence du musicien et de l'éthique de la personne. Faire entrer une chanson dans son répertoire, c'est donner plus de chances à cette chanson de vivre. Choisir une chanson est donc un acte de responsabilité.
- Apprendre : travailler musicalement ces chansons jusqu'à les apprendre par cœur et par la suite les entretenir.
- Classer : Imaginer dans quelles situations cette nouvelle chanson pourrait être utilisée, à la suite de quelle autre...
- Pratiquer : Confronter tout ce travail à la pratique sur le terrain, observer, noter, conclure pour éventuellement modifier le choix, le tri, le classement, l'interprétation.

Un répertoire est quelque chose de vivant, qui se
Juin 2008 - n° 6

modifie sans arrêt, qui n'est jamais fini, sans cesse retravaillé, recomposé, une sorte de miroir de notre curiosité, de notre pratique musicale, de notre capa-

Un répertoire est quelque chose de vivant, qui se modifie sans arrêt, qui n'est jamais fini.

cité de travail, de notre regard sur le monde et de notre engagement envers autrui.

Il me semble maintenant important de comprendre ce que la chanson a de spécifique par rapport à une autre pratique musicale. En effet de par sa structure, sa durée, l'originalité de l'articulation entre deux langages, l'un sémantique : le langage parlé et l'autre polysémique, la musique, la chanson occupe une place privilégiée dans un travail musical, en particulier dans un service hospitalier.

Qu'est ce qu'une chanson ?

Une mélodie qui révèle la voix

Une chanson, c'est une mélodie qui est révélée par des mots. Quelquefois pour vraiment apprécier la mélodie, il est important que le texte soit discret, qu'il n'en soit que le support. Au point que souvent on a plaisir à chanter ou à entendre chanter dans une

Une chanson, c'est une mélodie qui est révélée par des mots

langue qu'on ne comprend pas. Est-ce parce que dans ce cas on est plus attentif, plus sensible à la seule mélodie elle-même révélée par la voix ? Ou bien est-ce le contraire, la voix qui est révélée, mise en valeur par une belle mélodie ? Et quoi de plus porteur d'humanité, de poésie, d'émotion pure, de souvenirs que la voix chantée, murmurée, susurrée ? Parfois la mélodie joue sur deux ou trois notes, on est entre la voix parlée et chantée, l'émotion joue sur le phrasé, les accents, le jeu des attaques, pour une autre au contraire, la mélodie s'élanche et fait tremplin à la voix pour qu'elle se révèle dans toute son amplitude, dans toute sa virtuosité. Il ne faut pas croire que plus la mélodie est complexe, plus c'est difficile à chanter. Quelquefois l'écriture est si complexe que l'interprétation s'impose d'elle-même et il suffit de se laisser porter par la mélodie ; alors que dans le cas d'une mélodie très simple, on est obligé de se poser beaucoup de questions d'interprétation pour réussir à ne pas surcharger la mélodie d'émotion sans pour autant être ennuyeux.

Des mots, des histoires... un texte qui affirme ou qui suggère

Une chanson, c'est un texte porté par une mélodie. Quand le texte est plus important que la mélodie, il faut que la mélodie ait l'intelligence de se mettre au service du texte.



Une chanson, c'est un texte porté par une mélodie.

Quelquefois le texte raconte une histoire ; quelquefois le texte ne fait que décrire une situation, un personnage, un paysage. Quelquefois le texte est drôle ; quelquefois le texte joue avec des mots, avec les sonorités des mots. Souvent le texte énumère, joue avec la mémoire, avec l'inventivité ; parfois le texte se plaint, se réjouit, se moque et la mélodie est là qui s'entrelace pour porter le texte, pour l'amener au bout de ce qu'il a à dire ou au fond de l'émotion qu'il a à susciter.

Quelquefois le texte est simple, limpide, direct, il dit ce qu'il a à dire sans détours et sans sous-entendus.

Souvent le texte est plus équivoque et nous permet de ne comprendre que ce que nous voulons bien ou pouvons comprendre, et même parfois quelquefois le texte va jusqu'à parler de choses graves mais à mots couverts. Grâce à cette ubiquité du sens,

la chanson questionne et oblige le chanteur comme l'auditeur à projeter leur propre sens, à évoquer des significations, ou tout simplement à mettre en relation leur propre flou intérieur avec le flou de la chanson.

Grâce à cette ubiquité du sens, la chanson questionne et oblige le chanteur comme l'auditeur à projeter leur propre sens, à évoquer des significations, ou tout simplement à mettre en relation leur propre flou intérieur avec le flou de la chanson.

En fait, le texte d'une chanson est une poésie. Par conséquent, c'est le domaine de la métaphore, de l'image, de l'allusion. Il faut en être conscient car souvent les textes des chansons parlent d'autre chose de ce que l'on croit.

Cette notion de texte équivoque est très importante à comprendre en particulier quand on pense chanter pour des enfants. En effet ces derniers ont un rapport au langage beaucoup plus souple et libre que les adultes. Comme ils ne maîtrisent pas encore très bien la langue parlée, ils ont une grande capacité à rechercher le sens en associant ce qu'ils ignorent avec ce qu'ils connaissent déjà. Ils donnent à un mot inconnu le même sens qu'un mot semblable, le jeu des rimes

et des sonorités les fait voyager dans le langage des mots et les connecte avec le langage de l'inconscient. Ainsi, par symbolisation, par extrapolation ils finissent par mieux saisir que les adultes la multiplicité des sens dont la chanson est porteuse. Par exemple, les chansons qui parlent de voyages, de bateaux, dans lesquelles apparaît le verbe «partir», parlent surtout de départ et de retour. Ils évoquent ainsi la séparation d'avec la mère, thème fondamental pour le jeune enfant et c'est pourquoi ils sont si fréquents et si bien reçus. Les chansons qui parlent de loup parlent de la peur, de la manière dont on peut l'apprivoiser, la contrôler. Beaucoup de chansons ont également un sens sexuel caché, la clarinette par exemple, qui est souvent utilisée dans les comptines, est un mot plaisant et amusant à dire, c'est aussi l'évocation de la musique et de la gaieté mais c'est surtout une allusion au sexe masculin. De nombreuses chansons parlent également d'objets perdus, retrouvés. D'une manière générale, les chansons qui font intervenir des petits



personnages ou des petits animaux ne parlent pas directement de ces personnages ou de ces animaux mais parlent à l'enfant de lui-même car il va s'identifier de manière quasi automatique à un personnage qualifié comme petit.

Ce qui est extraordinaire c'est que cette multiplicité sémantique est contenue dans des textes qui durent entre 15 secondes et 4 minutes.

On se trouve donc face à un véritable art littéraire, qui emprunte à celui de la poésie mais qui est spécifique dans la mesure où, articulé à la musique, celle-ci prend sa part de sens non-dit et permet au texte d'être beaucoup plus succinct.

Du changement dans la répétition

Une chanson c'est un objet complexe dans une enveloppe très simple, c'est une habile alchimie entre du nouveau et de la répétition.

Une chanson c'est un objet complexe dans une enveloppe très simple, c'est une habile alchimie entre du nouveau et de la répétition.

L'étude analytique montre, à l'intérieur d'un schéma très simple et d'une durée très courte, l'extraordinaire variété des formes et l'économie des moyens de composition. On s'aperçoit que les meilleures chansons sont celles dont la forme découle d'un équilibre extrêmement intelligent entre la nouveauté et la répétition.

La nouveauté, c'est la première mélodie ou le premier motif ou intervalle, c'est un certain rythme, une certaine accentuation, la fin d'une phrase qui passe

de la dominante à la tonique... La nouveauté c'est le prochain couplet, les mêmes mots dits dans un ordre différent, une fin de phrase qui est modifiée, une rime qui change... La nouveauté, c'est ce qui interroge, qui déstabilise, qui excite la curiosité, c'est ce qui éveille et qui parfois inquiète.

La répétition c'est le refrain, c'est la même mélodie utilisée pour un autre texte, c'est le même début de phrase, c'est la ritournelle dont on ne change qu'un mot à chaque fois, c'est la stabilité de la carrure ou de l'harmonie, c'est la rime attendue... La répétition, c'est ce qui est déjà connu, ce que l'on peut prévoir, ce qui rend tout puissant, c'est ce qui rassure et qui parfois ennuie.

Ainsi par sa structure épurée et complexe, la chanson suscite chez l'auditeur des émotions fortes comme la curiosité, l'inquiétude ou la toute-puissance, mais ces émotions sont savamment articulées les unes aux autres de manière à créer un plaisir esthétique qui structure et sublime ces mêmes émotions.

Du temps offert à autrui

Une chanson c'est du temps offert à celui qui chante, à celui qui écoute. L'un comme l'autre acceptent d'être disponibles l'un à l'autre le temps de la chanson. Tant qu'elle dure, le temps ordinaire s'arrête. Une

Une chanson c'est du temps offert à celui qui chante, à celui qui écoute. L'un comme l'autre acceptent d'être disponibles l'un à l'autre, le temps d'une chanson.

chanson c'est du présent volé au passé et au futur, c'est la possibilité de la présence totale à l'autre. Cette capacité d'immobiliser le temps est sans doute une des particularités les plus essentielles de la musique. Ce n'est pas qu'elle arrête le temps, qui le peut ? mais elle remplace le temps qui s'en va, le temps qui s'écoule vers la mort, par un temps mesuré, contrôlé, prévu d'avance et totalement rempli de micro évé-

C'est la possibilité de la présence totale à l'autre.

nements incroyablement courts. En effet, les notes, organisées entre elles, tissent les secondes, les allongent au point de sembler parfois les immobiliser. Cette sorte de paralysie du temps quotidien permet d'offrir du temps vraiment présent à la relation huma-

Cette sorte de paralysie du temps quotidien permet d'offrir du temps vraiment présent à la relation humaine.

ne. Celui qui chante comme celui qui écoute s'offrent mutuellement une plage de temps qui est par avance destinée, consacrée à la musique. Ce ne sont plus les personnes qui décident du temps à passer ensemble, c'est la durée de la musique qui l'impose. Ainsi le chanteur et l'auditeur s'abandonnent l'un à l'autre. Et ils ne peuvent le faire que parce qu'ils savent que cet abandon a une fin et qu'ils vont pouvoir se reprendre ensuite.

Une chanson c'est beau et ça s'apprend vite

Les êtres humains, de tous temps et en tous lieux, ont aimé et aimeront les belles choses. Le fait de connaître, de posséder, de jouir de belles choses les rend plus heureux. Les chansons sont de belles choses, mais on ne peut les posséder qu'en les intériorisant. Elles ne s'achètent pas, elles se mémorisent. Et du fait que pour les posséder nous devons les mémoriser, les faire entrer en nous, elles agissent sur nous, à l'intérieur de nous, elles nous transforment, nous rendent plus beaux à l'intérieur. En plus, elles sont faciles à apprendre. En effet, la plupart des chansons sont faites pour être apprises oralement sans le moindre support de l'écriture. Elles sont composées dans cette optique avec des couplets à reprise et des refrains qui permettent aux auditeurs de mémoriser ra-

Chez la plupart des gens, une fois la chanson mémorisée, elle reste pour toujours dans la mémoire.

pidement une partie ou la totalité de la chanson dès la première écoute. Chez la plupart des gens, une fois la chanson mémorisée, elle reste pour toujours dans la mémoire, pas forcément complète mais suffisamment vivante pour pouvoir être rechantée à la première évocation d'un bout de texte ou de mélodie quelquefois avec l'aide d'un disque ou de quelqu'un qui la connaît bien.

Un acte culturel qui aide les humains à entrer dans l'humanité

Une chanson, c'est quelque chose qui, sauf si on vient de l'écrire, a déjà vécu. Elle est déjà passée dans toutes sortes de bouches, s'est frottée à toutes sortes de voix, s'est envolée dans toutes sortes de situations. En faisant passer par ma bouche ce qui a déjà été porté par tant d'autres, je me relie à eux, à ceux qui sont déjà morts, à ceux qui sont loin, à ceux qui sont vivants autour de moi, je me place dans une grande communauté culturelle humaine et j'invite ceux qui m'écoutent à y entrer. Une chanson tisse du lien entre les lieux et les époques, une chanson est à quatre dimensions. Comment ne pas se sentir faire partie de l'humanité au moment où on chante ou écoute un chant qui a été inventé il y a plusieurs années ou plusieurs siècles, un chant qui est venu jusqu'à nous quelquefois de l'autre bout du monde, porté par la tradition orale, par toutes ces voix qui se sont relayées pour aboutir à ce moment où la chanson sort de notre bouche. Chanter est donc un acte culturel qui permet aux humains de se projeter et de se reconnaître, c'est un appel à partager du sens, c'est une invitation à entrer dans l'humanité.

C'est sur cette invitation à entrer dans l'humanité que je termine cet article dont une deuxième partie, plus technique, sera publiée dans un prochain numéro des *Cahiers de la Musique à l'Hôpital* et abordera la question de comment et sur quels critères constituer un répertoire pour l'hôpital. ■

Huit nouveaux diplômés du DUMIMS

Suzanne BERELWITCH (*rukulele@gmail.com*)

Delphine CHENEY (*delche@netcourrier.com*)

Claire-Lise GRAFF (*cleug@wanadoo.fr*)

Christelle HARAU (*harauc@yahoo.fr*)

Camille POVILLON (*camille.povillon@orange.fr*)

Fabien SCATTON (*fabscat@free.fr*)

Agnès STROBEL (*agnes.strobel@hotmail.fr*)

Thomas ROMAIN (*thomasromain79@hotmail.fr*)

sont les nouveaux titulaires du DUMIMS, promotion 2006/2007. Félicitations à tous !

Les dates du DUMIMS 2008 - 2009

Dates des tests d'entrée :

- session de juin : vendredi 13 et samedi 14 juin 2008
- session de septembre : vendredi 12 et samedi 13 septembre 2008

Planning de formation (sous réserve de modifications)

Les week-ends de formation :

- 20 et 21 septembre 2008
- 11 et 12 octobre 2008
- 22 et 23 novembre 2008
- 13 et 14 décembre 2008
- 17 et 18 janvier 2009
- 14 et 15 février 2009
- 28 et 29 mars 2009
- 9 et 10 mai 2009
- 6 et 7 juin 2009
- 27 et 28 juin 2009

Les stages intensifs :

- du mardi 28 octobre au vendredi 31 octobre 2008
- du jeudi 5 mars au dimanche 8 mars 2009
- du samedi 18 avril au mardi 21 avril 2009

Stages à l'étranger

6 étudiants du DUMIMS partent en stage au début du mois de juillet. Ils font leurs stages respectifs en Andalousie (Centre Hospitalier de Jaén) et en Aragon (Centre Hospitalier de Zaragoza).

Nouveaux partenaires

Bienvenue à nos nouveaux partenaires : Jesus de la Cruz, chef du service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Jaén et Concepción German Bés, Directrice de l'école d'infirmières de l'Université de Zaragoza.

Formation en Espagne

Victor Flusser, Marie-Noëlle Vidal et Elizabeth Flusser vont animer un stage de formation destiné au personnel soignant, du 7 au 11 juillet prochains, à la Fondation Index de Granada en Espagne.

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 : cfmi@umb.u-strasbg.fr