

Université March Bloch
Strasbourg 2
DOUBLET Natacha
DU de Musicien Intervenant en Milieu de la Santé et en Milieu Social
Année 2008

La place du Musicien Intervenant en service de réanimation néonatale.

Exemple du service de réanimation
néonatale de l'hôpital Antoine Béchère
à Clamart.

Table des matières :

<u>Introduction</u>	3
1 Qu'est ce qu'un service de réanimation néonatale ?	4
1.1 Description, fonctionnement, particularités.	4
1.2 Considération : l'audition et les conditions psychologiques d'un bébé prématuré.	8
1.2.1 L'audition chez le bébé prématuré.	8
1.2.2 Conditions psychologiques d'un bébé prématuré.	13
1.2.3 Conditions psychologiques des parents.	23
2 Modalités de travail.	25
2.1 La musique pour communiquer.	25
2.2 Questionnaire.	30
2.2.1 Pour l'équipe :	30
2.2.2 Pour les parents :	32
2.2.3 Pour les bébés :	33
2.2.4 Question : « Qu'est ce que notre présence vous a apporté personnellement durant ces deux semaines ? »	34
2.2.5 Constats :	34
2.3 Interview de Musiciens Intervenants.	35
2.4 Fils relationnels.	37
2.4.1 Relation parent(s)-bébé.	38
2.4.2 Relation soignant(s)-bébé.	45
2.4.3 Relation soignant(s)-parent(s).	54
2.4.4 Relation parent(s)-parent(s).	54
2.4.5 Relation Musicien Intervenant-bébé.	54
<u>Conclusion</u>	32
Perspectives	33
Bibliographie	34
Remerciements	35

Introduction :

La musique est un langage que nous possédons sans jamais l'avoir étudié. Ce langage est à la portée de tous et nous sert à nous exprimer et à communiquer.

La musique est composée de plusieurs éléments qui suscitent l'émotion, font naître des images et provoquent le mouvement. Chacun peut saisir ce langage sans avoir aucune connaissance préalable, car chacun lui donne une signification propre.

Le service de réanimation néonatale est un milieu difficile dans lequel le bébé apparaît au premier plan, entouré de diverses machines aidant à sa survie mais le rendant aux yeux de l'observateur moins humain.

L'enfant prématuré est entouré d'une équipe qui cherche avant tout un résultat et qui côtoie la mort et la détresse vitale de bébés nés trop tôt.

Les parents sont perdus dans tous ces soins et ces machines.

Où se place le Musicien Intervenant ? Qu'apporte la musique qu'il amène ?
Qu'apporte sa présence humaine ?

Après avoir décrit ce milieu et ses protagonistes, nous verrons comment le Musicien Intervenant peut mettre en place des liens et pourquoi cela est de la plus grande importance.

1 Qu'est ce qu'un service de réanimation néonatale ?

1.1 Description, fonctionnement, particularités.

Selon le petit Robert, réanimer signifie « faire revivre ». Et la réanimation est l' « ensemble des moyens visant à rétablir les grandes fonctions vitales, surtout respiratoires et cardiaques abolies ou fortement perturbées ». A propos de la prématurité on trouve : « Etat d'un enfant né avant la trente-septième semaine de la grossesse ». A l'heure actuelle, on peut réanimer des nouveau-nés à partir de la vingt-quatrième semaine de grossesse.

Le service de réanimation néonatale de l'hôpital Antoine Béclère permet d'accueillir près de mille enfants par an : aussi bien des enfants très prématurés que des nouveau-nés à terme en détresse vitale. Ce service est en liaison directe avec les salles de naissance de la maternité et se situe à côté des locaux du SMUR pédiatrique. L'espace de soin se compose de 30 lits dont 2 permettant l'observation des enfants en attente de transfert.

L'Unité Kangourou, qui se situe dans l'enceinte même de la maternité, accueille des bébés de la maternité qui ont besoin de soins réguliers et des bébés qui viennent de l'unité de réanimation et dont l'état de santé s'est amélioré. Cette unité accueille surtout les bébés dont la mère se trouve encore hospitalisée à la maternité et favorise le lien mère-enfant.

Les bébés qui sont de grande prématurité mais dont l'état de santé s'est amélioré passent dans le service de néonatalogie de Pédiatrie.

En réanimation sont admis des nouveau-nés en grande détresse vitale. Beaucoup pèsent moins de mille cinq cent grammes et quelques bébés arrivent avec un poids inférieur à mille grammes.

Ils ont besoin d'une assistance ou d'une aide supplémentaire, selon les cas, sur le plan respiratoire, au moyen d'appareils, dans les premières heures et parfois les premières semaines, et reçoivent des soins très spécifiques. Leur état peut entraîner une très longue hospitalisation, pouvant aller jusqu'à plusieurs semaines ou plusieurs mois. Ils font l'objet d'une stricte surveillance cardiaque et respiratoire en permanence. Leur pression artérielle, leur oxygénation, leurs échanges gazeux sont également sous contrôle constant. C'est un univers de très haute technologie qui prend en charge un bébé en réanimation, « un monde à la mesure des difficultés qui l'accablent ».

Le chef de service est assisté par 3 cadres, entourés eux-mêmes de pédiatres réanimateurs, d'internes, de médecins échographistes, de neuropédiatres, de médecins biologistes et d'intervenants extérieurs qui sont appelés ponctuellement pour une intervention ou une consultation.

L'équipe paramédicale rassemble des infirmières-puéricultrices qui exécutent les prescriptions médicales, prodiguent les soins aux bébés et s'occupent de leur confort et de leur éveil. Elle comprend aussi des auxiliaires de puériculture, des aides soignants et

des agents hospitaliers. Dans cette équipe, la psychomotricienne qui doit aider les

enfants par des manipulations et les laborantins qui font sur place les analyses

biologiques jouent un rôle bien particulier. Un secrétariat assure la gestion administrative de tout cela. Une assistante sociale et une psychologue sont aussi présentes.

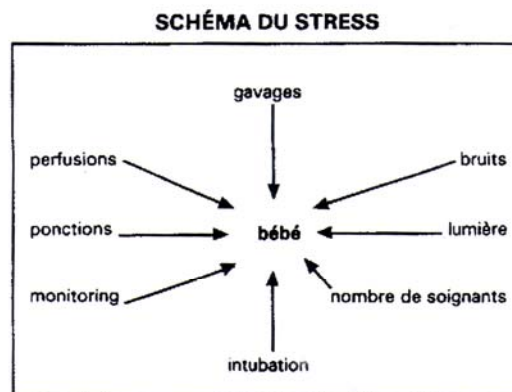
Les parents peuvent rendre visite à leur enfant à n'importe quelle heure de la journée et de la nuit et la fratrie commence à pouvoir accéder au service les jours où le personnel est en nombre plus important.

Le service de réanimation néonatale possède un grand nombre d'appareils servant à la survie des bébés. Je vais décrire ce matériel car il faut se rendre compte de l'environnement dans lequel travaillent les professionnels et la complexité matérielle devant laquelle se retrouvent les parents, le bébé et le Musicien Intervenant.

- La table chauffante est reliée par une électrode à la peau du bébé et diffuse la quantité de chaleur requise pour le maintenir à la température considérée comme idéale.
- L'incubateur permet de réchauffer et d'humidifier l'air qui circule autour du bébé. Il permet également une certaine protection du bébé contre les agents infectieux.
- Le moniteur cardiorespiratoire enregistre le rythme des battements cardiaques et des mouvements respiratoires du bébé par le biais d'électrodes collées sur sa peau. Une alarme retentit dès que ces rythmes se situent en dehors des paramètres acceptables qui sont programmés sur le moniteur.
- L'appareil à tension artérielle.
- Le saturomètre sert à mesurer le pourcentage de saturation de l'hémoglobine par l'oxygène dans le sang du bébé. Le capteur de cet appareil est collé sur la peau du bébé.
- La paO_2 transcutanée sert à mesurer, à l'aide d'un capteur collé sur la peau du bébé, le taux d'oxygène contenu dans le sang qui irrigue la peau au niveau de l'abdomen, du dos et du thorax.
- La $paCO_2$ transcutanée mesure le taux de gaz carbonique dans le sang qui irrigue la peau du bébé.
- La pompe à gavage est branchée sur une seringue contenant le lait et pousse lentement la quantité que le bébé doit recevoir dans le tube de gavage.
- La pompe à soluté fonctionne de la même manière.
- Le respirateur mécanique insuffle au bébé de l'air enrichi en oxygène.
- Le CPAP nasal aide le bébé à respirer et à faire moins d'apnées en lui insufflant une pression positive d'air et d'oxygène dans le nez et le pharynx.
- La lunette nasale est un petit tube fixé sous le nez relié à une bouteille d'oxygène humidifiée. Ce supplément d'oxygène se mêle avec l'air respiré par le bébé et l'enrichit.
- Le casque de plexiglas permet de dispenser au bébé un mélange d'air et d'oxygène à des concentrations entre 21 et 100% d'oxygène.
- La lampe à photothérapie permet de détruire la bilirubine présente au niveau de la peau des nouveau-nés atteints de jaunisse.
- La perle de température est une électrode collée sur la peau du bébé et sert à mesurer sa température.
- Le bilirubinomètre calcule le taux de bilirubine dans le sang du bébé.

Si l'environnement de l'enfant en incubateur se veut quelquefois rassurant par le biais de caresses, de paroles douces, de chaleur humaine, apportés à la fois par les

parents et les soignants, il est plus souvent porteur d'agression pour la sensorialité du prématuré dont les sources sont nombreuses et schématisées dans le tableau ci-dessous.



1.2 Considération : l'audition et les conditions psychologiques d'un bébé prématuré.

1.2.1 L'audition chez le bébé prématuré.

Selon les spécialistes de l'oreille, il semble que l'humanité devienne de plus en plus sourde ! Le niveau de décibels a considérablement augmenté depuis le début de l'industrialisation. Malheureusement, on ne peut pas se boucher les oreilles ! On peut fermer les yeux pour les reposer, mais l'oreille, elle, subit les sons. L'oreille a souvent besoin de se reposer, elle qui est constamment sollicitée dans le quotidien.

Le mécanisme de l'audition est ingénieux et extrêmement précis. Le voici en résumé (Vaillancourt, G. *Musique, musicothérapie et développement de l'enfant*) : « Des vibrations arrivent à l'oreille, il s'agit d'ondes sonores ayant des fréquences différentes dans l'air. Ces ondes sont captées par le pavillon de l'oreille externe et traversent le tympan pour se rendre à l'oreille moyenne, un compartiment rempli d'air. Elles sont alors amplifiées par trois petits osselets et ensuite transmises à l'oreille interne, un compartiment rempli de liquide. A l'intérieur de l'oreille interne se trouve la cochlée, qui ressemble à un colimaçon. Les ondes y sont alors transformées en influx électriques, puis à nouveau en impulsions électrochimiques qui sont finalement transmises au nerf auditif. Les impulsions voyagent par ce nerf auditif, qui emprunte un circuit complexe, avec différents relais, avant d'atteindre dans le cerveau le lobe temporal de l'aire auditive et d'être décodées comme sons reconnaissables. L'ensemble de ce processus se fait presque à la vitesse de l'éclair.

Il est intéressant de savoir que notre capacité auditive est intimement liée à la cochlée, et que nous n'atteignons la maturité auditive qu'au début de l'adolescence. »

Les premiers sons que le fœtus perçoit sont les battements cardiaques de sa mère. Déjà, autour du cinquième ou du sixième mois, le fœtus entend. A sept mois, le

systeme neurologique qui assume la fonction auditive est déjà en place. Un mois avant

la naissance, le bébé est déjà prêt à réagir aux sons qui se transmettent par le liquide

amniotique, comme des sons qu'on entend sous l'eau.

Les expériences réalisées démontrent clairement que le bruit intra-utérin se situe dans l'échelle des moyennes et basses fréquences. Quand la mère parle et chantonne, les sons aigus que l'on nomme les hautes fréquences sont atténués par le filtre que constituent son utérus, sa poitrine et son diaphragme. Quand à la voix du père, elle est superposée aux bruits de fond intra-utérin et s'y confond de telle sorte que pratiquement seule la voix de la mère est saisie par l'oreille du fœtus dans des variables de moyennes et basses fréquences.

T.B. Brazelton a observé avec son équipe, qu'un fœtus de 6-7 mois, non seulement réagissait à différents sons, mais était capable de se détourner des stimuli négatifs, et de faire attention aux stimuli positifs. Ainsi une sonnerie de réveil le fait sursauter, mais si on la lui fait entendre plusieurs fois, il s'en détourne et ne réagit plus.

Dès sa naissance, le bébé est attentif à la voix et y répond. Plusieurs recherches démontrent qu'une fois au monde, le bébé reconnaît, parmi d'autres sons, la voix de sa mère qu'il a entendue pendant son séjour intra-utérin. On a aussi observé que les sons graves calmes les bébés, tandis que les sons aigus produisent l'effet contraire et le rendent plus agité. « Les sons de moyennes et basses fréquences sont perçus dans les régions profondes et consolidées de la cochlée. En empêchant la cochlée de se développer, toujours à partir de ses régions moyennes et profondes, en utilisant trop régulièrement des sonorités aiguës, surtout à un âge où le cerveau semble peu mature pour les évaluer, on stresse le système auditif à une époque où le cerveau acquiert les bases de ce qu'il sera capable de contrôler ultérieurement » (DESPIN, J.P. *Musique et neurosciences*).

C'est comme si on essayait de monter un escalier en oubliant les premières marches. Il faut veiller à ce que le système auditif de l'enfant s'édifie à son rythme.

La fonction auditive d'un bébé prématuré est parfois encore très immature. En effet, les cils de la cochlée sont déjà présents mais ils sont trop immatures pour être continuellement en vibration. Le nerf auditif lui-même est immature. Et pourtant, les oreilles d'un bébé prématuré sont soumises aux bruits suivants (le seuil de la douleur étant de 150 dB, pour un adulte) :

- Le moteur de l'incubateur émet de 50 à 60 dB ;
- Le clapotement de l'eau dans les tubes du respirateur, de 62 à 87 dB ;
- Le mécanisme et le moteur du respirateur, de 65 à 85 dB ;
- Les alarmes de 40 à 80 dB ;
- Les bruits par résonance lorsqu'on dépose un objet sur le capot de l'incubateur, de 95 à 120 dB.
- Le propre cri du bébé non intubé, résonant à l'intérieur de l'incubateur, peut atteindre 100 dB.
- Sans compter le déplacement de certains objets, la sonnerie du téléphone, les voix du personnel.

Quand on soumet le nouveau-né à trop de sons à la fois, on l'oblige à faire un travail imposant de discrimination. De plus, le nombre élevé de décibels auquel il est soumis nuit au développement de son oreille et rend l'écoute très désagréable.

C'est pour cette raison que le Musicien Intervenant doit accorder la plus grande

importance au volume sonore et au choix de ses instruments. Il doit également prendre en compte la surstimulation auditive du bébé. En effet, si ce dernier est déjà très stimulé par les appareils qui l'entourent, il me semble que le Musicien Intervenant doit choisir ses moments, la durée de l'intervention et le volume sonore proposé au bébé, sans pour autant se montrer trop discret, car cela pourrait être interprété comme un effacement et un manque de présence.

1.2.2 Conditions psychologiques d'un bébé prématuré.

1.2.2.1 Notions.

Pour la naissance de la vie psychique, la seule solution dont nous disposons est de tenter d'imaginer des modèles qui révèlent des vécus et des éprouvés de l'enfant, difficilement imaginables car très primitifs, très archaïques, très originaires. Actuellement la réflexion s'oriente suivant plusieurs données :

- Le bébé ne peut être considéré qu'en relation, c'est-à-dire en interaction avec un environnement matériel et humain. « C'est la réciprocité mais aussi la dissymétrie obligée de ses échanges avec ses partenaires interactifs adultes qui, seules, vont lui permettre de jeter les bases de son appareil psychique personnel. » (GOLSE, B. *Bébés en réanimation, naître et renaître.*) De nombreux auteurs ont insisté sur ce point comme Winnicott (« un nourrisson tout seul, ça n'existe pas »), Green (« tout psychisme, pour s'instaurer et s'éprouver comme tel, doit d'abord se donner à penser à un autre psychisme ») ou Bion (avec le concept de « capacité de rêverie maternelle »). L'interaction avec le bébé ne pourra donc prendre sens que dans la capacité contenante de l'autre, en fonction de sa faculté d'attention, dans sa disponibilité à recevoir les messages du bébé, qu'ils soient de l'ordre des expressions corporelles ou émotionnelles.
- Grâce à l'étude des compétences néonatales du bébé et de son système interactif précoce, on sait maintenant que l'enfant humain est un « être à orientation sociale immédiate » et qui doit s'inscrire dans une filiation pour pouvoir s'approprier une pensée et un langage qui préexistent naturellement à sa naissance.
- Le passage des sensations corporelles aux perceptions et aux toutes premières formes de représentation demeure encore très largement énigmatique. Mais l'enfant a absolument besoin d'un encrage interactif ou relationnel pour pouvoir progressivement ordonner et catégoriser ses premières mises en forme, les mettre en scène au sein de scénarios fantasmatiques et ultérieurement les mettre en énoncés. C'est parce que l'adulte qui s'occupe de l'enfant dispose déjà de ces trois registres de processus psychiques qu'il va pouvoir tirer l'enfant en avant, en quelque sorte, dans son activité de psychisation.

Pendant les premières semaines, le bébé est dans un état de « nébuleuse psychique » qu'il nous est difficile de nous représenter. Il ne connaît rien du monde qui

l'entoure, il n'a aucune notion du temps, ni de l'espace. Il vit seulement dans le

présent, ne peut ni prévoir, ni se souvenir et il ne se distingue pas du reste du monde. Il

lui faudra longtemps pour savoir ce qu'est son corps. Il est l'objet de sensations

diffuses de bien-être ou de malaise. Entièrement absorbé en lui-même, il est dans un état de « tout ou rien » : tantôt le bien être semble l'envahir dans sa totalité ; tantôt le malaise a ce même caractère de malaise total, insupportable, que son organisme, à travers ses contractions, cherche à éliminer.

Ses efforts à cet égard demeurent souvent infructueux : il n'arrive généralement pas à se soulager seul. Pour y arriver il dépend totalement des adultes qui l'entourent.

Passivité, repli sur soi, dépendance sont trois tendances psychologiques du nouveau-né.

Quand on n'a jamais vu un bébé de huit cent grammes, on ne peut imaginer à quel point il est « la réduction » d'un bébé à terme. Ces bébés sont très petits et maigres, mais rien ne leur manque extérieurement ; en revanche, ils présentent une immaturité interne.

Si le bébé prématuré est avant tout considéré par rapport à ses interactions avec le monde qui l'entoure, et que ces interactions ne prennent sens que quand l'autre a une fonction contenante, alors le Musicien Intervenant, lorsqu'il se trouve en présence d'un bébé, doit à mon sens, utiliser ses capacités d'écoute, d'observation et de présence, afin que le bébé soit contenu dans son regard et la musique qu'il lui propose. Il lui faut également apprendre à lire les réactions du bébé puisque celui-ci lui répond dans un langage non verbal difficile à décrypter.

Favoriser le lien entre les parents et leur enfant fait sens lorsque nous considérons que l'enfant doit s'inscrire dans une filiation pour pouvoir s'approprier une pensée et un langage. Sans compter qu'il vit à travers l'amour et la reconnaissance qu'on lui apporte.

1.2.2.2 Paradoxes.

Les orifices corporels de l'enfant sont presque tous détournés de leurs fonctions naturelles, pervertis. L'ombilic est souvent maintenu perforé pour les nouveau-nés qui ont besoin d'un cathétérisme de la veine ou de l'artère ombilicale. Les narines reçoivent de la nourriture indépendamment de l'air du respirateur artificiel. La bouche, du fait de l'intubation, n'est plus utilisée ni pour le passage des aliments ni pour celui des sons. De ce fait, tout plaisir oral se voit désamorcé avec certains risques à long terme sur le plan de l'alimentation et du développement du langage.

Corps troué (trachéotomie), orifices déviés, liquides et gaz recueillis, analysés et comptabilisés : le bébé devient objet de science. L'enveloppe corporelle est malmenée. Ce qui fait frontière ou barrage (la peau) est contourné (échographies, radiographies diverses). Le corps devient transparent. Où est le sujet ? Les soignants ont donc une double tâche quand les parents ne sont pas là : soigner l'« objet » et lui permettre de rester sujet.

Le Musicien Intervenant peut aider les soignants dans cette tâche, nous en aurons d'ailleurs un exemple plus bas : l'enveloppe sonore que nous proposons renforce l'enveloppe de mots et l'enveloppe du toucher instaurées par les parents et les soignants. Nous pouvons donc aider à la création d'une enveloppe globale suffisamment solide autour de l'enfant nu.

Les soins intensifs interviennent de manière répétitive, parfois tous les quarts d'heure, brisant le rythme de l'enfant. Toutefois, à ce discontinu s'oppose le continu de

l'éclairage et du bruit, sans distinction de l'alternance jour/nuit. Il y a là un paradoxe dans le registre du temps.

Hyperstimulations sonores et d'éclairage, bips continuels, téléphones omniprésents... : à ces hyperstimulations s'opposent certaines hypostimulations. Le corps manque de contacts englobants et doux ; l'oralité et les plaisirs qui s'y attachent (suction, déglutition, goût) font cruellement défaut. Il y a là un paradoxe dans le registre du corps.

1.2.2.3 La douleur.

Face à une douleur envahissante, le bébé peut présenter deux tableaux cliniques principaux : un tableau avec atteinte du niveau de conscience et un tableau pseudo-dépressif avec apathie, hostilité, immobilisme et ralentissement psychomoteur. Toutefois le risque majeur de la douleur forte prolongée chez le nourrisson est en fait la perte du sentiment de la continuité d'exister.

Les zones érogènes classiques (anus, bouche, ombilic) se trouvent hyperstimulées, ce qui introduit un renversement entre plaisir et douleur. En outre la mobilité réduite de l'enfant du fait du risque d'arrachage de ses prothèses diminue considérablement son niveau d'activité sensori-motrice. Sa vision du monde et de ses objets s'en trouve profondément altérée, voire anéantie, pour un temps, avec un accroissement notable d'un certain sentiment d'impuissance qui réactive ou accentue pathologiquement le sentiment d'impuissance première propre aux premiers temps de la vie humaine.

La prise en compte de la douleur de l'enfant en réanimation néonatale est aujourd'hui tout à fait réelle dans les services de néonatalogie et de fortes douleurs sont désormais évitées ou exclues. Restent toutefois les soins quotidiens, fréquents et répétés, qui peuvent procurer des douleurs certes relativement légères mais récurrentes.

Pour faire ces gestes d'une manière précise, l'infirmière a besoin de pouvoir se détacher émotionnellement de l'enfant afin de ne pas se sentir « persécutée » par ses manifestations de souffrance. Néanmoins, elle demeure présente psychiquement et prend soin, auparavant, de prévenir le nourrisson des gestes à venir. Dès que le soin douloureux est achevé, elle « répare » son intervention par des paroles et des caresses rassurantes, afin de rétablir une enveloppe corporelle sécurisante.

Ici le Musicien Intervenant a certainement un rôle à jouer. Le soin est un acte qui est répété de nombreuses fois dans la journée et le Musicien assiste parfois sans le vouloir à un soin. En effet, lorsqu'il rencontre un soignant qui se trouve près d'un bébé, son objectif, s'il en a un, est de permettre un autre type de rencontre entre ce soignant et le bébé. Or, en général, si le soignant est près du bébé, c'est qu'il va lui administrer un soin. Alors peut être que le Musicien Intervenant pourrait être là dans ces moments soit pour distraire l'enfant et permettre que le soin soit moins angoissant et donc moins douloureux (le soignant se sentirait donc moins persécuté par la douleur du nourrisson), soit pour créer une introduction au soin pendant laquelle le soignant et l'enfant pourraient prendre un temps pour « s'appivoiser » et se reconnaître l'un l'autre.

Le bébé, et en particulier le prématuré, n'exprime pas sa douleur de manière directe ou, en tout cas, de manière analogue à celle du grand enfant ou de l'adulte. Il s'agit de manifestations comportementales explosives : cris, grimaces, agitation ou

perturbation de certains paramètres physiologiques (tachycardie, hypertension

artérielle...). Parfois il peut adopter certaines positions qu'on appelle antalgiques avec des attitudes figées qui en font un bébé relativement immobile. Les expressions faciales du nouveau-né sont souvent associées à des événements émotionnels tels que le plaisir, la tristesse, la surprise mais aussi, parfois, la douleur.

En néonatalogie, la douleur est quasi permanente car, souvent, il s'agit d'enfants hospitalisés pendant des semaines voire des mois. Sur ce fond de mal-être constant, auquel s'ajoutent la privation de la famille et le vécu désagréable de la ventilation mécanique prolongée, viennent se greffer des épisodes de douleur aiguë liés à des gestes techniques le plus souvent invasifs. La douleur peut être mixte, physique et psychique. Un bébé trop sage peut être à tort considéré comme un bébé calme et dans un état de bien être alors qu'il peut tout à fait s'agir d'un bébé qui souffre mais qui adopte cette attitude figée pour minimiser sa souffrance et « économiser » son psychisme. On dispose maintenant d'échelles de retrait mais celles-ci peuvent avoir du mal à distinguer le retrait douloureux d'autres formes de retrait (dépressif, asthénique, autistique...). Il n'existe pas de douleur sans psychisme pour l'éprouver. En revanche, l'excès de douleur peut laisser de véritables « cicatrices psychiques ». Même le grand enfant qui est capable de penser et de parler ne comprend pas toujours pourquoi les traitements sont parfois beaucoup plus douloureux que la maladie elle-même, souvent indolore. Face à une douleur physique, psychique ou mixte, le psychisme peut tenter de se couper de sa partie souffrante, ce qui explique qu'une partie du corps puisse parfois demeurer comme figée et désinvestie. En néonatalogie, la douleur psychique est essentiellement représentée par la douleur liée à la séparation et elle se trouve en partie liée aux sentiments d'angoisse et de culpabilité transmis aux bébés malades par leurs parents et par les équipes soignantes.

Il m'a paru difficile, dans mon expérience en service de réanimation néonatale, de savoir si le bébé prématuré « supporte » notre présence et l'intensité de la musique. En effet la douleur qu'il peut ressentir n'a rien à voir avec notre intervention mais peut produire des grimaces sur son visage ou une attitude figée. De plus notre interprétation est très subjective : alors que je pensais déranger un bébé, plusieurs fois des soignants m'ont affirmé le contraire.

D'après ce que j'ai pu apprendre de l'équipe du service de réanimation de l'hôpital Antoine Bécclère, le mieux serait d'observer le bébé avant de se présenter à lui, puis de comparer ses réactions à l'état dans lequel il était avant.

1.2.2.4 Les fils relationnels.

Les soignants, comme la mère, ont une relation avec l'enfant qui concerne les besoins de son corps et sa survie (c'est même leur tâche primaire), mais, qu'ils le sachent ou non, qu'ils le veuillent ou non, leurs actions comportent également une charge pulsionnelle d'amour et de haine.

C'est pourquoi, dans un certain sens, les soins des bébés en service de réanimation viennent remettre en jeu cette situation de séduction originaire qui fait partie de la

trajectoire développementale de tout bébé mais qui prend ici une dimension d'autant

plus aiguë qu'elle se trouve étroitement liée avec de véritables enjeux vitaux.

Pour Winnicott la fonction de *holding*, ou de contenance, est centrale dans les processus de personnalisation. Or, cette fonction de contenance se trouve d'abord assurée par la mère, en raison de l'immaturation initiale du bébé humain, tant par ses capacités de *holding* physique (manière de tenir, de maintenir et de contenir gestuellement son enfant) que par ses capacités de *holding* psychique (manière de le soutenir et de le contenir dans sa voix, son regard, sa tête...) avant d'être reprise progressivement à son compte par l'enfant lui-même.

Le bébé, dans les moments d'attente, dispose de toute une série de moyens qui lui permettent de vivre l'expérience que sa mère est bel est bien là. Non pas comme si elle était là, mais qu'elle est là véritablement, phénomène que les psychanalystes désignent du nom d' « hallucination primitive ».

C'est du travail initialement défensif face à la perte que va graduellement émerger le sentiment d'un Soi continu et stable qui concourt au maintien d'une certaine omnipotence narcissique. Il importe de noter que ce sentiment d'une continuité d'exister se trouve mis à mal, et probablement mal instauré, par les conditions de vie difficiles en service de réanimation néonatale.

Le cadre de cette naissance « pas comme les autres » se trouve d'emblée posé. C'est en effet le père qui, le plus souvent, initie la mère aux visites à l'enfant ; c'est le père qui va lui présenter l'enfant et le service ; c'est le père qui joue le rôle initiateur, habituellement tenu par la mère dans une naissance à terme. Cette place de « premier arrivé » du père auprès de l'enfant et la culpabilité, presque systématique de la mère liée à la prématurité de la naissance vont introduire parfois une faille dans l'investissement affectif du bébé par celle-ci, et ouvre un champ, souvent inconscient, chez le père et lui fait remplir un rôle maternel auprès de l'enfant. On verra alors, si l'on n'y prend pas garde, la mère s'effacer complètement au profit du père, ce qui peut entraîner chez elle une dépression.

Catherine Druon pose la question suivante : « Les bébés vivent dans un monde de sensations. Le stade de développement des bébés prématurés est tel que nous avons peu de références et d'ancrages conceptuels pour étudier leur comportement et appréhender les relations qu'ils peuvent amorcer avec autrui. Mais peut être le terme de relation n'est-il guère approprié. Ne serait-il pas plus juste de parler d'interaction, dans la mesure où nous sommes à l'aube, à peine levée, de la vie psychique ? »

Selon la psychanalyste anglaise Esther Bick, « l'état mental et corporel du nourrisson est un continuum », et « la plupart des choses que l'on ressent émotionnellement sont d'abord ressenties naturellement par le corps et puis doivent être en quelque sorte analysées ». L'observation des manifestations corporelles du bébé nous donne petit à petit la clé de ses états intérieurs.

Dans les premiers jours et les premières semaines, le regard de l'équipe soignante et des parents sur le nouveau-né prématuré est rempli de doutes quant à sa survie dans de bonnes conditions. Mais que peut-on savoir de ce que le bébé va percevoir des regards inquiets de ceux qui se penchent vers lui ?

Catherine Druon raconte : « Malgré sa souffrance et un apparent retrait de toute relation, lorsque l'on reste suffisamment longtemps auprès de lui, l'enfant s'agite un peu : ce n'est parfois qu'un léger mouvement des paupières, où il tente d'ouvrir un peu les yeux. Manifeste-t-il qu'il a senti notre regard posé sur lui ? »

Les spécialistes de l'haptonomie ont montré que les derniers mois de la grossesse favorisent un début d'interaction entre le bébé et les parents. Il n'est donc pas si étrange que l'on puisse amorcer un échange, certes très furtif, avec ces nourrissons si petits.

Des situations de difficulté d'interaction entre l'enfant et sa mère sont fréquentes en néonatalogie. L'enfant est presque toujours ressenti comme un être avec lequel la relation est difficile à établir, au moins dans les premiers temps. Le regard des parents, emplis de sentiments ambivalents à l'égard de leur bébé malade, les empêche parfois de soutenir une interaction avec celui-ci, tant que l'état de leur enfant ne s'est pas amélioré avec certitude. Le parent, envahi par sa peine, s'identifiant à la souffrance de l'enfant, ne parvient pas, ou plus, à recevoir ou à décoder les signaux que lui envoie celui-ci. Catherine Druon dit à ce propos : « Tout ce qui favorisera la mise en place d'un lien de la meilleure qualité possible doit absolument être recherché par les équipes soignantes. Il est urgent, dans tous les cas, que l'enfant et ses parents se reconnaissent mutuellement, malgré toutes les barrières relationnelles dues à la gravité de l'état de l'enfant, dans cette situation à hauts risques entre le bébé et sa famille. »

Il existe parfois des situations désespérées que les techniques ne parviennent pas à régler : redonner à l'enfant l'envie, le goût de vivre. Pour des enfants pourtant très atteints, on peut observer qu'au contact régulier, fréquent de la présence de la voix de la mère, du père, ces enfants reprennent plus vite du poids, s'ouvrent très doucement au monde alors que leurs « difficultés à vivre » dans les premiers instants de la vie les avaient amenés à souffrir, se replier, se fermer.

L'enfant est avant tout lui-même mais il lui faut cependant un référent, quelqu'un pour devenir quelqu'un. Un enfant qui appartient à quelqu'un se laisse façonner par ceux à qui il appartient. Le plaisir de devenir soi-même, de savoir qui on est, d'où on vient passe par le lien que l'on peut créer avec les autres, d'où l'importance, il me semble, de veiller sur ces liens.

Donc, si le Musicien Intervenant a pour objectif principal de favoriser les liens avec toutes les personnes présentes dans le service, il a complètement sa place dans ce service, d'autant plus que tous les regards sont tournés vers le bébé prématuré qui semble avoir urgemment besoin de ces liens.

1.2.3 Conditions psychologiques des parents.

Il faut absolument prendre en compte l'état dans lequel se trouvent les parents devant cet enfant qu'ils ont du mal à investir, puisque la principale interaction se trouve, à mon sens, entre le bébé et ses parents.

Le désinvestissement de l'enfant en tant que sujet, nécessaire à l'équipe pour réaliser des soins délicats, est difficilement supportable par les parents qui ne peuvent toucher leur enfant et qui, dans le même temps, le sentent extrêmement fragile et

dépendant du respirateur artificiel et de tout son système de monitoring. A cette atmosphère s'ajoute parfois les nécessaires sédations du tout petit enfant qui le rendent inerte et le plongent dans un sommeil profond.

Alors que les médecins s'occupent de la réanimation de l'enfant, une autre forme de réanimation est en cours : redonner vie aux liens relationnels entre l'enfant et ses parents. Car l'annonce du risque de handicap ou de la maladie du fœtus fait brutalement basculer les parents et principalement la mère dans un processus de deuil anticipé et de rejet du bébé. Dans la plupart des naissances prématurées les parents ne sont pas prêts à accueillir psychiquement leur bébé. Et il y a encore un plus gros décalage de la représentation que se font les parents de leur enfant avant la naissance. Tout au long de la grossesse, les représentations de cet enfant imaginé se rapprochent peu à peu de la réalité anatomique de l'enfant à la naissance. Si l'écart est trop grand, il peut y avoir déception. Un manque sera ressenti, lié à l'idéalisation d'une grossesse facile.

Le retour de couches, qui signe la reprise de la fertilité, peut amener des difficultés quand le bébé est prématuré. Il est arrivé que des femmes évoquent leur envie de refaire aussitôt un autre enfant, alors que leur premier est encore hospitalisé pour longtemps. Le fantasme sous-jacent est l'idée de refaire un enfant sans problème cette fois, dans l'espoir inconscient ou préconscient d'annuler la grossesse précédente.

Cette rupture dans son cheminement fantasmatique met en difficulté la mère car elle ne lui permet plus la confrontation entre la réalité et ses rêveries. Il manque un espace-temps nécessaire à l'investissement de la grossesse et du bébé.

La rigueur et le respect à l'égard des parents obligent parfois les médecins à prévenir d'un risque grave, même s'il n'y a pas de séquelles visibles. L'enfant restera marqué pour toujours, dans l'esprit de ses parents, de ce doute sur sa normalité. Ce qui altérera cette fois la relation de ces parents avec l'enfant.

Lors de son intervention, le Musicien Intervenant permet aux parents de porter un autre regard sur leur enfant, ils peuvent alors voir un enfant « normal » avec qui on vient partager un moment musical hors du temps et de l'espace du soin et de la maladie.

2 Modalités de travail.

2.1 La musique pour communiquer.

La musique offre deux modes de communication : le mode non verbal et le mode verbal.

Comme mode non verbal de communication, la musique est le langage du senti, de l'intuition et de l'affectivité. Il arrive que la communication non verbale – langage corporel, expression faciale, intonation de la voix – soit plus efficace que la communication verbale.

La musique est un langage qui exprime ce que les mots ne permettent pas de dire. Ainsi, une chanson ou une pièce instrumentale peut représenter, avec une assez grande exactitude, ce que l'on ressent ou ce que l'on aimerait dire.

La musique a des effets physiques, intellectuels, affectifs et sociaux. Elle rejoint l'enfant dans toutes les sphères de son développement. Il se fait beaucoup de recherches, partout dans le monde, sur les effets de la musique. Ces recherches prennent en compte beaucoup de variables, car la musique et l'être humain sont des réalités complexes. Des études ont démontré que la musique influence notre métabolisme en agissant sur la respiration, le rythme cardiaque et la pression artérielle.

Cette donnée doit être prise en compte car nous nous situons dans un lieu où tout est fait pour soulager, calmer le bébé prématuré. Or la musique permet la plupart du temps, lorsqu'elle est douce, un ralentissement de la fréquence cardiaque. Pour les soignants, et c'est ce que prouve le questionnaire ci-dessous, nous sommes là en grande partie pour les bébés et si nous pouvons participer à leur apaisement, cela est encore mieux. Nous ne pouvons donc pas ne pas prendre en considération cette « demande ».

La musique a aussi pour effet de stimuler la production d'endorphine, une hormone naturelle qui calme la douleur. De plus, des études indiquent que l'utilisation judicieuse de la musique tend à diminuer le niveau de stress et à renforcer le système immunitaire. Bien sûr, le stress est nécessaire pour réagir devant le danger. Le corps produit alors de l'adrénaline qui, à son tour, fait monter le taux de cortisol, l'hormone du stress. Cependant, quand une condition de stress persiste, le corps reste « sous tension » de manière continue et le cortisol tend à inhiber le travail du système immunitaire. Or, le système immunitaire est conçu pour combattre la maladie causée par des virus ou des bactéries. Si ce système est inhibé, le corps est plus vulnérable. Par conséquent, en écoutant une musique qui lui plaît, une personne augmente sa production d'endorphines. Cette hormone est liée à la sensation de plaisir et neutralise les effets du stress. Ce phénomène devient un atout quand on l'applique à des enfants qui vivent des situations de stress ou qui ont des problèmes de santé.

La musique fait partie, depuis toujours et dans toutes les sociétés, des rituels qui célèbrent la naissance, le mariage, la mort... La musique rassemble et unit les gens dans une action commune, celle d'écouter de la musique ou d'en jouer. Elle renforce les liens à l'intérieur d'un groupe.

La musique est aussi un phénomène culturel. La couleur particulière d'une sonorité,

d'un rythme et d'une mélodie est intimement liée à la terre où elle a pris naissance.

Quand on la qualifie d'universelle, c'est qu'elle a le pouvoir de rassembler des gens

qui viennent de tous les horizons, qui sont de toutes les origines, qui parlent des

langues différentes, mais qui sont semblables dans leur humanité.

Le bébé écoute toutes sortes de musiques, sans a priori culturel, avec curiosité. Il est sensible aux variations d'ambiances sonores et il renvoie en écho son bien-être, mais aussi son inconfort ou ses peurs. Peu préoccupé au départ par la forme globale d'un morceau, le très jeune enfant et très certainement le bébé prématuré est particulièrement sensible à la sonorité d'une voix, l'originalité d'un bruit, l'expression qui se dégage d'un chant. La matière sonore semble constituer pour lui un certain plaisir.

2.2 Questionnaire.

J'ai laissé un questionnaire (cf annexe) dans la salle de détente l'avant dernier jour de stage, en précisant qu'il devait également être rempli par les parents. Le but était de me rendre compte comment était perçue notre présence alors que nous n'avions que vaguement présenté nos modalités de fonctionnement. J'ai rajouté une note demandant aux personnes qui avaient des ressentis négatifs de bien vouloir les remplir également. Le questionnaire était à l'écrit et anonyme.

« J'effectue un mémoire sur le rôle du Musicien Intervenant dans un service de réanimation néonatale. Pouvez-vous m'aider en remplissant ce questionnaire ?

D'après vous, que peut apporter la présence d'un musicien intervenant dans un service de réanimation néonatale ? »

2.2.1 Pour l'équipe :

Réponses des soignants, soient 12 personnes :

« De la sérénité, une ambiance plus détendue donc moins de tension et de stress ; découverte d'un profil hors milieu de la santé. »

« Cela diminue le stress, apporte le calme et on est content de travailler. »

« Façon différente d'aborder le bébé ; soins effectués avec plus de calme. »

« Calme, apaisement, bien être, détente. »

« Apport de calme, envie d'écouter et de participer, ambiance sereine. »

« Des moments d'échanges inédits. »

« Permet de faire les soins dans le calme. »

« Détente ; aider à calmer l'enfant ; plus de partage et d'échanges. »

« Cela permet au personnel soignant de réaliser les soins dans un contexte différent

avec des soins plus doux que les alarmes habituelles. »

« Une ambiance plus calme et détendue ; moins de sentiment de stress pour la personne qui travaille. »

« Une bonne entente/humeur, moins de stress. »

« Une atmosphère plus calme, sereine. »

Réponse de la psychologue :

« Difficile de dire concrètement les effets de votre intervention...mais les retours sont positifs tant de la part de l'équipe que des deux ou trois parents qui m'en ont parlé. »

Réponse d'un parent :

« Une agréable présence. »

2.2.2 Pour les parents :

Réponses des 12 soignants :

« De la distraction, plus de sérénité aussi. »

« Le bébé va mieux donc les parents sont plus contents. »

« Permet de moins voir le « médical » ; voir son enfant autrement que par le soin ; communiquer avec son bébé. »

« Humanisation. »

« ... »

« Un rôle actif auprès de leur bébé. »

« Les comptines les éloignent des problèmes liés à la prématurité et les rapprochent plus de l'enfance □ normale □. »

« Permettre de dédramatiser un peu ; voir une prise en charge différente que les soins. »

« Permet de voir les bienfaits de la musicothérapie. »

« La musique permet aux parents de moins sentir l'ambiance pesante de l'hôpital. »

« Un réconfort pour leurs enfants ; rompre avec la monotonie. »

« Détente, repos. »

Réponse de la psychologue :

« Sentiment qu'on apporte un plus en dehors du médical à leur bébé ; effets apaisants. »

Réponse du parent :

« Savoir qu'il y a des personnes qui s'intéressent à leurs enfants. »

2.2.3 Pour les bébés :

Réponses des 12 soignants :

« Diminution du stress ; d'autres sonorités que l'agression des différentes alarmes des machines. »

« Ça aide au soin. »

« Apaisement, diminution de la douleur. »

« Apaisement, bien être, zen attitude. »

« Calme, détente. »

« De la stimulation positive ; d'autres échanges avec les soignants. »

« Du calme ; le rappel de comptines quelquefois déjà entendues dans le ventre. »

« Détente ; aide à l'endormissement. »

« Les nouveau-nés prématurés sont calmes, ne pleurent pas. Ils ne sont pas stressés pendant les soins. Ils sont attentifs aux différents sons émis ; cela permet d'établir un contact, une relation. »

« Pour les grands cela permet de les calmer et de les apaiser. »

« Apaisement et stimulations. »

« Détente, repos ; une harmonie entre parents et enfants, un rapprochement dans la quiétude. »

Réponse de la psychologue :

« Enveloppe sonore douce qui peut être contenante, unifiante pour ces petits bébés menacés par des angoisses archaïques de manque dans l'unité de leur corps, de morcellement, etc... »

Réponse du parent :

« Un bruit doux et agréable pour les enfants. »

2.2.4 Question : « Qu'est ce que notre présence vous a apporté personnellement durant ces deux semaines ? »

Réponses des 12 soignants :

« Une rencontre agréable, de la douceur et de l'apaisement lors de vos interventions. »

« J'ai appris des chansons et j'ai pris conscience que la musique peut aider. »

« Une autre façon d'aborder les soins avec les bébés. »

« Ça a changé notre façon de travailler, de mieux respecter le silence lorsqu'il le faut et rassurer en chantant même si vous n'étiez pas là. Stage trop court. Possibilité de CDI ?? »

« Agréable surprise, envie de continuer à avoir cette présence musicale. Ecouter et parler moins fort. »

« Un peu d'ouverture d'esprit. »

« De l'apaisement pendant les soins. »

« Découverte de la musique à l'hôpital ; plaisir de faire des soins en musique. »

« Votre présence m'a permis d'apprendre une nouvelle chanson (les bulles) et aussi de chanter avec vous et pour les enfants. Permet de voir une autre dimension du soin avec la musique. Merci. »

« Je ne vous ai vu qu'un seul jour mais j'ai trouvé cela très apaisant. »

« J'ai appris l'existence d'une telle formation et j'ai pu constater l'effet de la musique sur le personnel, les parents et les enfants. »

« Une bouffée d'oxygène dans les moments de tracas, dans le quotidien. »

Réponse de la psychologue :

« Sentiment de douceur apaisante et respectueuse des personnes (bébés compris). »

Réponse du parent :

« Un rayon de soleil !! »

2.2.5 Constats :

Les points fondamentaux qui ressortent sont :

- La prise de conscience de notre démarche ;
- Un mieux être général pendant et en dehors des soins ;
- Une façon différente d'aborder le bébé pour les soignants, autre dimension du soin ;
- Des moments d'échange et de partage ;
- De la distraction pour les parents avant tout ;
- Voir l'enfant autrement que « malade » ;
- Les parents communiquent et ont un rôle actif avec leur bébé ;
- Contact et relation avec le bébé ;
- Aide au soin ;
- Apaisement, diminution de la douleur, du stress, aide à l'endormissement du bébé ;
- Respect du silence.

2.3 Interview de Musiciens Intervenants.

J'ai posé les mêmes questions à des Musiciens Intervenants en formation, ayant une expérience en service de néonatalogie à l'étranger. La dernière question diffère : je leur ai demandé de me parler des difficultés qu'ils avaient rencontrées.

- A propos des soignants :
« On joue un rôle thérapeutique pour calmer et apaiser, on permet une ambiance sonore plus agréable. A mon avis nous sommes là aussi pour aider à la création du lien entre le bébé et le soignant, et on apporte de la complicité entre les soignants. »
A propos des parents :
« J'ai vu très peu de parents mais j'imagine que notre présence peut être mal venue. Ce qui est sûr c'est qu'on fait sortir de l'émotion car la maman redécouvre son bébé autrement à travers la musique. »
A propos des bébés :
« Ça les calme et les apaise. On les aide aussi à s'endormir. »
Difficultés :
« Je trouve que c'est difficile d'intervenir si les soignants ne sont pas sensibilisés à ce qu'on fait et leur stress prend beaucoup de place. Le premier jour a été assez éprouvant car je me suis projetée en tant que maman. J'ai eu du mal à aller de l'avant et à être spontanée. Et enfin, j'ai eu un problème de positionnement face aux bébés, surtout quand il n'y avait pas de soignant avec moi. »
- A propos des soignants :
« Je pense qu'on peut les aider à diminuer leur stress en créant, par exemple, un autre environnement sonore. Notre présence apporte certainement de la douceur en dehors du soin, le soignant peut s'adresser à l'enfant sur un registre qui n'a rien à voir avec son problème. »

A propos des parents :

« Notre présence leur apporte un apaisement (quand c'est le bon moment) et leur montre qu'on peut aussi s'adresser à leur bébé de la même manière qu'à un bébé « normal ». On leur permet de pleurer et de lâcher leurs émotions. »

A propos des bébés :

« On leur propose un changement d'environnement sonore et on s'adresse à eux différemment. On prend soin du bébé d'une autre manière, par le regard et l'intention. »

Difficultés :

« J'ai eu du mal à savoir quel était le bon volume sonore.

L'espace réduit des pièces et la précipitation des soignants ont également été un paramètre difficile à gérer car je devais souvent « m'effacer » pour laisser la place au soin.

Parfois quand je regardais un bébé, je me demandais vraiment ce que je faisais là. Je pense qu'il faut vraiment préparer le personnel à notre venue.

Avec les parents, il a été difficile de créer une relation car souvent ils tournent le dos et se créent une bulle. Peut être que je n'avais pas la bonne méthode d'approche ou qu'ils n'avaient pas envie de partager le moment présent avec quelqu'un d'inconnu. »

▪ A propos des soignants :

« Je pense qu'on fait « respirer » les équipes et qu'on amène quelque chose qui sort du quotidien et de l'habitude. Le fait que les soignants soient confrontés tous les jours à des conditions extrêmes, influence peut être leur vision du monde extérieur. Peut être qu'on leur permet, par la surprise, le rire, la tendresse, de modifier leur regard sur des personnes qui ne sont devenues plus que patients. A mon sens on les aide également à créer du lien avec les parents, les bébés et entre eux-mêmes.

Peut-être que pendant nos interventions un autre rapport se crée entre les personnes, autre que soignant/soigné ou aidant/aidé. Un rapport d'être humain à être humain, une relation de confiance.

Cela peut être fait d'une manière indirecte quand, par exemple, les soignants sont témoins de l'acte musical sans forcément participer : un soignant peut éprouver de la tendresse et son regard peut changer en voyant le Musicien Intervenant s'investir dans une relation avec le bébé. »

A propos des parents :

« Je n'ai vu que des mères.

Je trouve qu'il est très délicat d'arriver dans les premiers moments de rencontre entre la mère et son bébé parce qu'on ne sait rien de leur relation (depuis quand le bébé est né, est ce que c'est le premier enfant ?...).

J'ai remarqué que les mères ont du mal à investir leur enfant et je pense qu'à travers notre intervention, on leur permet un changement de regard. Une mère, par exemple, semblait très loin de son bébé dans les premiers jours de notre stage. Puis au fil des jours son regard s'est transformé, elle est devenue actrice de ce qu'on faisait, pour son bébé. Les soignants aident aussi à ce changement et sans doute même plus que nous.

J'ai le sentiment aussi que la musique et la chanson représentent un sas temporel où la mère peut se laisser aller au plaisir dans un moment où elle ne cherche pas à maîtriser le temps et cela joue sur la relation car elle se trouve dans un espace où elle peut s'ouvrir à son enfant et car ce n'est pas intellectualisé. »

A propos des bébés :

« Je pense qu'on leur apporte quelque chose mais c'est très difficile d'en avoir la certitude car on ne sait pas quelle perception du son ils ont et comment ils ressentent les choses. Je pense qu'il peut se passer quelque chose donc j'entre en relation avec le bébé mais c'est seulement un ressenti qui me guide.

Je pense qu'on peut leur apporter de la détente, faire baisser leur rythme cardiaque. »

Difficultés :

« Je trouve qu'il est difficile de faire attention à tout en même temps : le volume sonore, la petitesse des espaces, la circulation des soignants, ne pas être là pendant les tétées... Je me suis souvent posé la question si je gêrais physiquement.

Il faut gérer l'intervention sans savoir ce qui se passe avant ou après et sans connaître les ressentis. »

▪ A propos des soignants :

« On leur apporte certainement du calme et de l'apaisement face au stress des machines.

Peut être que lorsqu'on a partagé la musique avec eux, ils sont plus reposés et détendus, donc ils ont une meilleure qualité de travail.

Notre présence sert aussi à dédramatiser certaines situations et apporte de la joie. »

A propos des parents :

« On développe l'intimité entre les parents et leur bébé, surtout grâce au chant. C'est dur de le faire naturellement devant les soignants mais nous on les autorise et on leur montre l'exemple.

Nos interventions aident à développer les liens affectifs. »

A propos des bébés :

« On leur fait écouter d'autres sons qui pourraient se rapprocher des sons intra-utérins, ce qui peut les calmer et faire baisser leur fréquence cardiaque.

On aide à stimuler leurs sens et peut-être participe-t-on à leur envie de vivre. »

Difficultés :

« J'ai du fournir un assez grand travail de recherche pour trouver quels sons sont réellement appropriés à l'ambiance des salles. J'ai finalement exclu les sons aigus.

C'est difficile d'avoir les soins en même temps que l'intervention musicale.

J'ai vécu le bruit des machines comme une pollution sonore.

Trouver le répertoire adéquat est compliqué car on tombe vite dans la berceuse, alors qu'on peut jouer des univers doux avec des mélodies orientales par exemple.

Je trouve que l'incubateur peut entraîner un blocage dans le côté relationnel.

Il est difficile d'emmener les soignants avec nous près des bébés car à mon avis il y a un problème de sens : la mort n'est pas loin. Ce qui est sûr c'est que notre approche doit être dans la douceur. »

2.4 Fils relationnels.

Comment savoir si la musique est adéquate ? En observant le langage corporel de l'enfant, son état de tension ou de détente, ses signes vitaux (pression artérielle, rythme cardiaque et rythme respiratoire) et, chez le prématuré, la prise de poids. Il faut toujours protéger l'oreille de l'enfant tout en l'exposant à des sons intéressants, qui contribuent à son développement. Des recherches démontrent qu'un bébé prématuré prend plus de poids quand on lui « administre » judicieusement de la musique dans l'incubateur, car cela diminue le stress lié aux sons environnants. Le rythme cardiaque et respiratoire fluctue, selon qu'on soumet le bébé à des stress répétés : sons subits et interventions fréquentes. L'utilisation de la musique contribue à régulariser ses signes vitaux et lui demande donc moins d'énergie pour s'adapter.

Le bébé prématuré est à mon sens au centre des relations. Il est en tout cas au centre des angoisses, des questions et des actes. Créer du lien autour de lui donne du sens au fait qu'il soit vivant et lui donne peut être la force, l'envie et le goût de vivre.

Par mon expérience en maternité et à travers l'enseignement que j'ai reçu, mon rôle de Musicienne Intervenante est clairement de favoriser le lien entre les personnes, sans compléter le soin et sans objectif thérapeutique. Parce que j'ai vu que lorsque l'enfant est apaisé, le soin se passe mieux et est plus agréable pour le soignant, je peux alors me poser la question quant à mon rôle en réanimation néonatale. Mais, trop apaiser l'enfant ne provoque-t-il pas un contraste entre son état et le soin ? A ce stade, j'ai remarqué que ma présence influence le taux de saturation en oxygène et la fréquence cardiaque. Il m'a alors paru essentiel de comprendre ces indications pour adapter au mieux mon répertoire à l'histoire de l'enfant.

Le stage que j'ai effectué (en binôme) dans le service de réanimation néonatale de l'hôpital Antoine Bécclère va servir à donner des exemples et argumenter les propos qui suivent.

2.4.1 Relation parent(s)-bébé.

Il est pour moi très délicat de favoriser les liens parents-enfant quand on ne sait pas encore si l'enfant va vivre. Mais c'est peut-être parce que les parents vont investir leur enfant qu'il va vivre.

Intervenir pendant les premières visites semble difficile car les parents sont en état de choc et réalisent à peine ce qui se passe. Le fait que leur bébé soit malade empêche parfois les parents de soutenir une interaction avec celui-ci, tant que son état ne s'est pas amélioré avec certitude. Notre présence peut certainement aider certains parents à établir une relation avec leur enfant mais pour d'autres il faut leur laisser le temps de découvrir leur enfant seuls, dans l'intimité familiale. Après, notre présence peut être justifiée.

Pour créer un lien entre les parents et leur enfant nous proposons aux parents de chanter pour leur bébé, grâce à des feuilles de parole, ou encore, ils peuvent créer avec nous des ambiances sonores autour de lui, tout en le caressant par exemple.

La berceuse est très importante en service de réanimation néonatale car c'est une

chanson d'amour et elle procure un sentiment de sécurité dont l'enfant a besoin. De

plus elle est un moment d'échange intime entre l'enfant et l'adulte qui la lui chante.

Lors de son intervention, le Musicien Intervenant permet aux parents de porter un autre regard sur leur enfant, ils peuvent alors voir un enfant « normal » avec qui on vient partager un moment musical hors du temps et de l'espace du soin et de la maladie.

Voici quelques exemples d'interactions avec les parents et leur enfant, extraits de mes interventions :

« Nous sommes restées un moment devant la porte entre-ouverte de la chambre de I car sa maman était à ses côtés. Chaque fois qu'elle a tourné la tête en notre direction, nous avons détourné le regard et lorsque nous regardions à nouveau dans sa direction, elle retournait la tête vers son enfant. Nous avons apprécié le geste d'une soignante qui a proposé à la maman de nous faire entrer. Cette dernière a accepté. Elle touchait son bébé d'une main et de l'autre tenait le pot ballon que nous lui avons donné. Elle regardait beaucoup son enfant et nous la sentions en harmonie avec lui. Lorsque nous avons chanté « Pour toi maman » elle a eu les larmes aux yeux. Elle semblait très touchée par notre présence. Il était toutefois difficile pour nous d'évaluer le ressenti de la maman car nous n'étions pas en face d'elle. »

« Dans le couloir, nous avons rencontré la maman de M, accompagnée d'une soignante qui nous a demandé si nous pouvions venir auprès de son enfant. Cette rencontre fut assez courte mais très intense, comme si la mère avait senti que, pour répondre au besoin de sa fille, ce moment ne devait pas durer plus longtemps. Un sourire éclairait son visage lorsque nous sommes parties. »

« Dans le couloir, nous avons croisé deux parents. Ils nous ont regardés en souriant et le papa nous a demandé si les bébés aimaient ce que nous faisons. Nous avons fait un signe de tête pour lui répondre. Nous ne les avons pas suivis lorsqu'ils sont allés voir leurs enfants afin de leur laisser un temps seuls avec eux. »

« Nous sommes restées quelques instants devant la porte de la chambre de V et L puis nous avons proposé à leurs parents d'entrer. Ils étaient chacun devant un incubateur. Je suis allée vers le papa tandis qu'Aurélie est allée auprès de la maman. Cette dernière souriait beaucoup, touchait son bébé d'une main mais ne participait pas (au chant ou avec les instruments). J'ai donné un pot ballon au papa qui a joué pour son enfant puis j'ai joué la « Berceuse de Brahms » à la flûte traversière. Le papa est allé poser le pot ballon pour pouvoir toucher son enfant. Les parents regardaient tous deux les réactions de leurs bébés. Puis la maman a refermé la couveuse et est allée retrouver le papa auprès de V. Le papa semblait très réservé mais aussi touché par le chant que nous propositions. Il semblait malgré tout un peu gêné. Voulait-il cacher qu'il avait envie de pleurer ? La maman a commencé à faire un soin à V. et nous sommes parties. »

« Devant la chambre de M. nous avons vu que ses parents étaient près d'elle. Nous savions qu'ils venaient pour la première fois. Nous sommes restées dans l'entrée de la chambre car nous les sentions préoccupé par le soin qu'une soignante était en train de faire à leur enfant. Plus tard la soignante nous a remerciées pour les parents et pour elle. »

« La maman de A. était près de son fils et une soignante tenait E. dans ses bras et passait un moment intime avec elle. Aurélie s'est dirigée vers E. qui a beaucoup réagit

au pot-ballon. La soignante ne désirait pas chanter quand Aurélie lui a donné les

paroles, puis elle l'a fait naturellement au bout de quelques minutes. Comme la

soignante ne pouvait pas tenir le pot-ballon, Aurélie lui a tenu près du visage pour

qu'elle puisse souffler dessus. Elle a dit : « C'est marrant les réactions qu'elle a ! ». J'étais vers A. et sa maman, et je faisais en sorte qu'il y ait un lien entre les deux grâce au chant et à l'instrument.

La maman de A. avait l'air très touchée, elle avait les larmes aux yeux et souriait lorsque son fils souriait. A l'écoute de la Sanza, A. a poussé quelques cris. Aurélie a donc arrêté d'en jouer en pensant qu'il n'aimait pas ce son et elle me l'a passée pour que j'en joue à E. qui ouvrait de grands yeux à cette écoute. La soignante l'a regardée en souriant.

Lorsque A. s'est calmé, sa maman a fermé le hublot et nous sommes sorties. Derrière la vitre nous avons pu observer la maman de A. souffler pour lui sur le pot-ballon que nous lui avons donné. »

« Dans la chambre de E, son papa était présent. Lorsque nous sommes entrées, il a demandé à son enfant s'il entendait la musique. Puis il n'a pas arrêté de le regarder pendant que nous étions là. Nous avons fredonné « Papa » puis nous lui avons donné les paroles et il a chanté avec nous. Il était très touché et avait les larmes aux yeux. Mais il ne voulait pas nous le montrer. Je me suis ensuite éloignée un peu pour jouer la « Berceuse de Brahms » à la flûte tandis qu'Aurélie est restée près du papa. Lorsqu'elle a chanté « Tous les deux, nous serons très heureux », le papa lui a dit en souriant : « Je l'espère ! ». Ce dernier n'osait pas pleurer. Lorsque nous sommes sorties, il nous a remerciées par un signe. »

« Nous avons rencontré la maman de A. dans le couloir et elle s'apprêtait à partir. Elle nous a demandé si nous serions d'accord pour être présentes lors du bain de son fils le lendemain matin afin d'associer l'apaisement de l'eau et le calme de la musique. Nous avons accepté. »

« Nous nous sommes arrêtées quelques instants devant la chambre de M. où ses parents étaient présents. Nous avons chantoné « La berceuse cosaque » et je suis entrée pour leurs apporter les paroles. La maman connaissait le russe et faisait la traduction à son mari. Nous la sentions gênée à côté du papa qui avait l'air de se moquer un peu. Ils parlaient beaucoup et ne voulaient pas chanter. Nous sommes parties assez rapidement. »

Je crois que nous nous sommes retrouvées dans une situation où les parents ne se sentaient pas à leur place et fuyaient l'émotion. La maman a rempli notre questionnaire après et j'ai pu voir combien notre présence avait été importante pour elle (cf. questionnaire parent).

2.4.2 Relation soignant(s)-bébé.

Les machines entourant le bébé prématuré et les soins qui lui sont administrés de façon presque constante le rendent aux yeux de l'observateur moins humain. Il s'agit là

de sa survie, et le côté médical prend une grande place. Pourtant les soignants passent

une grande partie de leur temps à faire en sorte que leur séjour soit le plus agréable et

le plus humain possible.

Dès le début de nos interventions, plusieurs professionnels ont fait l'expérience de jouer pour l'enfant ou seulement d'effectuer un soin en notre présence. Les retours étaient très positifs car ils pouvaient observer les réactions des bébés et sentir leur apaisement.

Le Musicien Intervenant peut aider les soignants à renforcer l'enveloppe contenante indispensable au bien être du nouveau-né, à entrer en relation avec lui de façon différente, hors du soin et de la maladie, à instaurer un échange d'humain à humain.

Ma binôme et moi avons vécu une très belle expérience avec une soignante qui complétait l'enveloppement musical par un contact physique autre que celui du soin : un contact doux, caressant et enveloppant. Cette soignante n'a jamais chanté avec nous et a très peu utilisé les instruments que nous lui proposons mais toujours, elle a créé un lien grâce au contact physique et à la parole. Voici deux moments que nous avons passés avec elle :

La première fois, elle est arrivée au milieu de la séance que nous faisons avec un enfant. Ce dernier commençait à s'endormir après un échange doux. La soignante est restée près de nous et nous a écoutées. A la toute fin, elle a recouvert le bébé d'une couverture en nous expliquant plus tard qu'elle avait complété l'action couvrante de la musique. L'enfant s'est alors retrouvé dans un agréable cocon sonore et de contact.

Puis elle nous a demandé si nous avions un peu de temps et nous l'avons suivie dans une autre chambre. Nous avons commencé à chanter une berceuse et à jouer des ambiances sonores et pendant ce temps la soignante a fait connaissance avec l'enfant qu'elle ne connaissait pas encore, en le touchant et en lui disant bonjour. Elle lui a également expliqué doucement ce qui allait se passer entre elle et lui.

Puis elle a commencé son soin, en écoutant à la fois ce que nous faisons et comment réagissait le bébé. Nous avons alors ressenti une triangularité entre la soignante, le bébé et nous puisqu'elle prenait soin du bébé en écoutant notre rythme et notre intention, et que le bébé se laissait porter par les gestes précis mais dansants de la soignante, en étant à l'écoute de ce que nous faisons. Nous étions également attentives aux gestes de la soignante et aux réactions de l'enfant.

Le soin est apparu alors comme moins pénible pour la soignante. Pour le bébé je ne peux être que subjective mais son rythme cardiaque était moins élevé qu'avant, il n'a pas fait de grimaces et n'a pas pleuré.

Je me pose alors une question : est-il judicieux d'intervenir pendant les soins alors que c'est un moment désagréable, voire douloureux pour le bébé ?

Je pense que si ce n'est pas fait de manière systématique et que le soin n'est pas trop pénible ni trop long, alors nous pouvons avoir ce rôle d'apaisement. Surtout si le soignant prend un moment pour interagir avec le bébé en dehors du soin.

Donc comme je l'imaginai plus haut, le Musicien Intervenant peut être là, dans un moment de soin, soit pour distraire et rendre le soin plus agréable au soignant (puisque le bébé bouge, grimace et pleure moins), soit pour prendre un temps agréable entre êtres humains, avant ou après le soin.

Voici quelques exemples d'interactions entre des bébés et des soignants :

« Une soignante nous avait proposé d'intervenir pendant le bain de S. et nous

avons accepté. Nous sommes entrées dans la chambre alors qu'il était presque

déshabillé. Nous avons peu d'espace du fait que nous étions quatre (deux soignantes et nous) et qu'il y avait trois chariots (leur chariot de soin, le chariot sur lequel était installé le bain et le notre).

L'une des soignantes a terminé de le déshabiller puis l'a savonné sur son lit. Nous étions chacune d'un côté du lit. S. tournait la tête du côté où il entendait le bruit. Il a été particulièrement attentif à la Sanza.

La soignante l'a ensuite mis dans le bain pour le laver. Je me suis rapprochée d'elle et elle s'est retrouvée entre nous deux.

S. semblait détendu, attentif à nous et la soignante chantait un peu. Quand elle s'est apprêtée à le sortir du bain, elle nous a prévenues qu'il risquait de pleurer. Mais quand elle l'a sorti, il est resté calme. Nous avons pu remarquer que la soignante lui parlait beaucoup et chantait un peu. C'était un beau moment de complicité avec beaucoup de sourires tant de la part de la soignante que de S. La deuxième soignante présente dans la chambre participait également. Elle chantait, utilisait les instruments que nous lui donnions.

Après le bain, la soignante lui a fait une inhalation. Samuel semblait toujours attentif à nous mais nous pensons, après réflexion, que nous aurions dû partir après le bain car ce moment fut très long. Nous nous sommes demandé si nous ne l'avions pas trop stimulé. »

Doit-on dire « non » quand on nous demande d'intervenir dans ce genre de situation ? Je ne crois pas car l'attente des soignants à notre égard me semble importante. Seulement cela ne doit pas se reproduire de façon systématique (encore une fois !) et il est important de ne pas rester trop longtemps.

« Nous nous sommes arrêtées devant une chambre où une soignante venait tout juste de terminer son soin. Nous sommes restées quelques instants devant la porte puis la soignante nous a fait signe d'entrer. Voyant le rythme cardiaque du bébé plus bas que celui de S, je lui ai demandé si nous devions chanter quelque chose de plus entraînant. La soignante m'a répondu que non puisque c'était un bébé très stressé.

Après coup, nous nous sommes rendues compte que la question était inutile puisque la fréquence cardiaque est propre à chaque bébé. De plus, il n'est pas dans notre rôle de nous en préoccuper puisque nous devons nous fier plus particulièrement à notre ressenti. Nous nous sommes rapprochées du bébé qui était en chauffeuse. Nous avons proposé à la soignante de participer mais elle nous a dit qu'elle avait beaucoup de travail. Nous sommes restées près de l'enfant alors que la soignante était partie s'occuper d'autres bébés. Nous étions chacune d'un côté de la chauffeuse. Une autre soignante est arrivée. Je lui ai tendu un pot ballon qu'elle a pris avec plaisir. Nous lui avons fait signe de s'approcher du bébé, ce qu'elle a fait et a joué pour lui. Ce fut un beau moment partagé avec elle. Elle semblait très heureuse d'avoir participé. »

« Alors que nous nous apprêtions à terminer notre intervention, une soignante nous a interpellé et nous a demandé si nous voulions bien venir auprès d'un bébé avec elle. Nous avons accepté. Le bébé était en couveuse. Nous nous sommes positionnées toutes du même côté. La soignante a ouvert les deux portes. Elle a participé avec nous en utilisant les instruments que nous lui avons confiés et en chantant. Nous lui avons donné une feuille de paroles afin qu'elle puisse chanter pour le bébé. Elle semblait très heureuse de participer. »

« La veille on nous avait demandé si nous pouvions être présentes pendant le biberon de S. car nous l'avions apaisé pendant son bain. On nous a expliqué qu'il

prenait l'habitude de régurgiter son biberon. Notre présence pouvait-elle empêcher

cela ? Nous avons accepté de tenter l'expérience en étant conscientes que cela ressemblait plus à de la distraction qu'à un partage ou un échange avec les personnes présentes près de S.

Finalement S. n'a presque rien bu mais il n'a rien recraché. L'expérience était donc en partie concluante.

Mais notre intervention a duré trop longtemps. S. a fini par être complètement distrait, ce qui l'a empêché de boire, puis il s'est lassé et a montré des signes de stress (hoquet, bâillements...). La Musicienne Intervenante professionnelle qui nous suivait ce jour là nous a fait également remarquer que les soignants aussi se lassaient. Nous avons ensuite discuté avec la psychomotricienne qui était présente lors du biberon et elle nous a dit que le calmer avant et partir serait sans doute la meilleure solution.

La soignante qui donnait le biberon avait l'air gênée de notre présence. Nous pouvons comprendre cela car ce n'était pas elle qui avait fait la demande et lorsque nous intervenons nous entrons d'une certaine manière dans l'intimité des personnes. Si nous avons réussi à impliquer la soignante et à partir au bon moment, peut être que cette expérience aurait été plus concluante. »

Là encore nous pouvons nous demander : sommes-nous à notre place de Musicien Intervenant ? Nous sortons effectivement du cadre habituel de nos interventions. Mais nous ne sommes pas dans un lieu où tout va relativement bien, comme à la maternité. Pourquoi ne pas tenter des expériences comme celle-là (en travaillant plus avec la psychomotricienne par exemple) si cela favorise les relations après (si S. boit correctement son biberon, la soignante a plus de temps pour passer un moment doux avec lui.) ?

« Un peu plus tard, deux soignantes nous ont fait signe de venir dans la chambre de E. et A. Quelques temps avant, nous leur avons appris l'air de Tutu maramba que nous avons chanté ensemble pour A. Ce fut un beau moment de douceur qu'elles ont offert à A. avant son soin. »

« Nous sommes passées devant la chambre de S. où étaient présentes deux soignantes. L'une d'elle a entre-ouvert la porte et nous a fait signe d'entrer. La deuxième soignante savonnait S. avant de le mettre dans le bain. Il pleurait un peu puis il a été très attentif à ce que nous faisons. Il avait les yeux grands ouverts et nous regardait beaucoup. Les soignantes n'ont « pas participé » mais celle qui tenait S. était très attentive à ses réactions. Nous sommes parties lorsqu'elle l'a sorti du bain. C'était un moment qui nous a paru agréable pour S. mais nous n'avons pas assez impliqué les soignantes. »

« Dans la chambre de T. et M. nous avons donné une feuille de paroles à la soignante et elle a chanté avec nous. Après un moment musical, elle nous a dit qu'elle devait faire prendre le bain à T. Elle trouvait qu'il appréciait ce que nous faisons alors elle nous a demandé si nous pouvions rester pendant ce moment. Il était un peu agité mais la soignante le calmait en le berçant sur le rythme de notre musique. Elle lui parlait beaucoup pour lui dire ce qu'elle allait faire. Elle nous a dit, par la suite, que c'était un bébé qu'elle ne connaissait pas et qu'elle le trouvait très agité, qu'il avait peur de tout. C'était un beau moment passé avec elle, qui a fait son soin en harmonie avec ce que nous proposons. »

« Dans la chambre de T, une soignante pratiquait un soin. Nous sommes restées devant la porte entre-ouverte puis elle nous a invitées à entrer. Nous avons chanté « La

pluie » et nous lui avons donné les paroles. Elle a chanté avec nous. Elle a également participé avec un pot ballon. Deux soignants n'osaient pas entrer de peur de déranger ce moment. Elle leur a fait signe et ils sont entrés. Elle a continué à chanter et a posé sa main sur le ventre de T. pour l'apaiser. C'était un beau moment d'intimité entre la soignante et T. »

2.4.3 Relation soignant(s)-parent(s).

L'intérêt, la richesse tout autant que la difficulté de travailler dans ce service sont dus aussi en partie à la grande variété de familles que l'on peut y rencontrer. Toutes les cultures et tous les milieux sociaux s'y trouvent réunis. Il faut essayer de s'adapter à chacun et à tous en même temps, ce qui exige une très grande souplesse pour l'équipe soignante.

Nous n'avons pas vraiment réussi à créer de lien entre les soignants et les parents. Pourtant cela me semble important puisque les soignants prennent le relai des parents lorsque ceux-ci ne sont pas là.

« Les parents de T. étaient là et nous nous sommes dirigées vers eux. Nous avons partagé un moment fort en les faisant jouer pour leur fils et en chantant « Papa » (avec une feuille de paroles). Une des deux soignantes présentes se trouvait près de L. mais nous ne sommes restées qu'un court moment, comme si le plus important était les parents. Nous avons regretté après coup de ne pas avoir favorisé le lien entre la deuxième soignante et les parents. »

2.4.4 Relation parent(s)-parent(s).

Je crois qu'il peut se passer énormément de choses si nous réussissons à créer des liens entre les parents. Mais dans le service où nous étions, il y a des chambres individuelles ou à deux et les parents ne se rencontrent presque jamais, en tout cas pas près des bébés.

2.4.5 Relation Musicien Intervenant-bébé.

On propose aux bébés un changement d'environnement sonore et on s'adresse à eux différemment. On prend soin d'eux d'une autre manière, par le regard et l'intention. On interagit directement avec lui en faisant attention au volume sonore et à la durée de la séance.

Voici quelques exemples de nos interactions avec les bébés prématurés :

« Nous avons passé un moment plus long avec T. car les soignants nous avaient dit en début de séance qu'il n'avait pas supporté son extubation et avaient émis

l'hypothèse qu'un peu de musique lui ferait du bien. Nous sommes restées alors que T.

ne montrait aucune réaction. Dormait-il ? Il est encore très difficile pour nous de voir

si un enfant dort ou non car nous savons qu'ils ne bougent pas forcément quand ils

sont éveillés.

Finalement nous sommes restées près de lui parce que nous savions qu'il n'allait vraiment pas bien. Se serait-il passé plus de choses si nous n'avions pas su ? Probablement car nous aurions laissé des « portes » ouvertes sur notre imagination, nous n'aurions pas eu de but précis, donc pas d'attente et pas de frustration devant la non-réaction de T. Nous avons certainement projeté son mal-être et de ce fait nous étions trop sensibles à sa souffrance ou à l'idée que nous nous en faisons. »

« Dans la chambre de N, lorsque nous sommes arrivées, nous ne savions pas s'il dormait. Très vite, il a fait des grimaces, gigotait et contractait son corps (il levait les bras, les jambes et fronçait les sourcils). Il poussait également des petits cris. Nous ne savions pas si nous le dérangions ou si au contraire il appréciait, alors nous avons préféré sortir. Lorsque nous en avons discuté avec deux soignantes, elles nous ont dit que ses gestes ne voulaient pas dire qu'il n'appréciait pas mais simplement qu'il s'exprimait car si nous l'avions dérangé, il aurait pleuré. »

« Nous sommes allées dans la chambre de T. Nous étions seules avec lui. Il semblait tranquille. Lorsqu'Aurélié a joué un morceau de flûte, il a souri. Nous pouvons donc penser qu'il était bien. Il ne pouvait pas beaucoup bouger dans son lit mais nous pouvions voir ses bras s'étirer. De temps en temps, il grimaçait mais restait calme. »

« Dans la chambre de E., nous ne sommes pas restées longtemps. Elle s'agitait beaucoup et pleurait un peu. Nous pensions que nous la dérangions et qu'elle était trop fragile. Lorsqu'une soignante est arrivée, nous lui avons demandé si c'était le cas mais elle nous a dit que non. »

Il est très difficile, quand on ne connaît pas bien le bébé, d'interpréter ses gestes. Des soignants nous ont conseillé d'écouter avant tout notre ressenti face aux réactions des enfants.

Conclusion :

Pourquoi le Musicien Intervenant joue un rôle important dans un service de réanimation néonatale ? Il favorise le lien et permet de créer un fil relationnel plus aisément grâce à la musique. Les bébés en réanimation ont besoin, pour se construire, d'une histoire qui ne soit pas seulement une histoire médicale ou biologique mais aussi une histoire relationnelle. Il est certain que les soignants sont acteurs dans la relation mais l'avantage du Musicien Intervenant est qu'il ne participe pas à l'acte médical.

Quelle est finalement la place du Musicien Intervenant dans un service de réanimation néonatale ?

Il n'est pas soignant mais on le regarde comme quelqu'un qui peut apaiser les souffrances. L'utilisation de la musique peut devenir « thérapeutique » mais elle n'est pas à confondre avec la musicothérapie qui requiert un thérapeute.

On lui fait donc des demandes qu'il n'est pas obligé d'accepter : il décide, grâce à son ressenti, si ce qu'on lui propose de faire est juste par rapport à la place qu'il prend. Je pense que ça peut être différent dans chaque hôpital car l'équipe donne aussi sa place au Musicien Intervenant.

Il est là avant tout pour permettre l'interaction entre les différents membres du service : personnel de santé, personnel d'entretien, parents, bébés.

Il doit rester à l'écoute de chacun, pour ne pas gêner, ne pas blesser.

Il ne doit pas chercher absolument à faire chanter ou faire jouer des instruments : les regards et les gestes sont parfois plus importants.

Il propose une ambiance sonore plus douce et plus agréable que celle qui préexiste déjà et qui est source de stress.

Perspectives :

J'ai eu envie de rajouter un paragraphe pour décrire tout ce qui peut faire partie de notre rôle mais que je n'ai pas pu mettre en place pendant mon stage. Ces idées, je les ai eues lors de mes lectures ou grâce à des soignants.

Lorsque le bébé est resté de longues semaines, voire des mois, dans le service, son départ est souvent un moment chargé d'angoisses pour les parents qui se retrouvent seuls sans la protection de l'équipe médicale, même si ce retour à la maison était souhaité depuis longtemps et exprimé comme tel à plusieurs reprises. Le Musicien Intervenant a peut être sa place pour faire un lien entre ce qu'ils ont vécu pendant ces longs mois et le retour à une vie « normale ».

Je pense qu'il y a quelque chose à établir avec les mamans qui se trouvent encore à la maternité, à la suite d'une césarienne par exemple et qui ne peuvent pas descendre voir leur bébé seules. Le Musicien Intervenant pourrait venir les chercher dans leur chambre et symboliserait le lien entre la mère dans sa chambre, souvent seule, entendant les pleurs des autres bébés et la même mère, enfin près de son enfant.

La fratrie a maintenant le droit de venir voir le petit frère ou la petite sœur. Il me semble que le Musicien Intervenant a complètement sa place parmi eux.

Bibliographie :

- DESPIN, J.P. *Musique et neurosciences*. Montréal, 2002
- DRUON, C. *A l'écoute du bébé prématuré*. Aubier, 2005
- GOLSE, B. *Bébés en réanimation, naître et renaître*. Paris, 2001
- VAILLANCOURT, G. *Musique, musicothérapie et développement de l'enfant*. Montréal, 2005
- Dr ANTIER, E. *Mémoires d'un nouveau-né*. Paris, 1991
- DAVID, M. *0 à 2 ans, vie affective et problèmes familiaux*. 1998
- JOST, S. *Mémoire de DESS, L'Etre-Avec « Relations d'aide et de soutien en service de néonatalogie au bénéfice du prématuré et de ses parents »*. Paris, 1994
- PERNOUD, L. *J'attends un enfant*. 2002
- GROSLEZIAT, C. *Les bébés et la musique. Premières sensations et créations sonores*. 1998
- LOUIS, S. *Le grand livre du bébé prématuré*. 2002

Annexe.

J'effectue un mémoire sur le rôle du Musicien Intervenant dans un service de réanimation néonatale. Pouvez-vous m'aider en remplissant ce questionnaire ?

D'après vous, que peut apporter la présence d'un musicien intervenant dans un service de réanimation néonatale ?

Pour l'équipe :

Pour les parents :

Pour les bébés :

Autre :

Qu'est ce que notre présence vous a apporté personnellement durant ces deux semaines ?

Je vous remercie d'avoir consacré quelques instants à la rédaction de vos réponses.

Natacha Doublet, Musicienne Intervenant

Remerciements :

Je tiens à remercier chaleureusement toute l'équipe du service de réanimation néonatale de l'hôpital Antoine Béclère de Clamart qui nous a offert un accueil exemplaire et avec qui nous avons pu partager des moments très forts. Et plus particulièrement le Docteur Pascal Boileau sans qui nous n'aurions pu effectuer notre stage.

Merci à Victor Flusser qui nous a fait confiance et qui nous a ouvert les portes de l'hôpital Antoine Béclère.

Merci à Aurélie Gonçalves, ma chère binôme !