A la fois guide pratique et recueil de témoignages, *Prêtez l'oreille !* reflète la vitalité des initiatives des orchestres symphoniques dans le domaine des actions éducatives ; il constitue un outil indispensable au montage de projets.

Les programmes éducatifs proposés aujourd'hui par les orchestres français à l'attention du jeune public sont d'une incroyable richesse. Concerts jeune public, répétitions ouvertes, ateliers de création, classes en résidence comptent parmi ces nombreuses actions. Elles traduisent la volonté d'une diffusion toujours plus large de la musique vivante auprès de tous les publics. C'est par leur passion et leur professionnalisme que musiciens comme enseignants en assurent la réussite.

A travers un panorama complet, cet ouvrage analyse les enjeux et les conditions des partenariats entre les orchestres, l'Education nationale, les collectivités locales, les salles de concerts, les mécènes, etc.

Un guide au service des musiciens, des enseignants, des associations... Pour tous ceux qui veulent transmettre aux enfants le plaisir de la musique.

**Prêtez l'oreille !**

Livre blanc des actions éducatives des orchestres

Marie-Pierre Macian et Philippe Fanjas

AFO éditions

AFO éditions

# PRÊTEZ L'OREILLE !

## LIVRE BLANC DES ACTIONS ÉDUCATIVES DES ORCHESTRES

MARIE-PIERRE MACIAN
PHILIPPE FANJAS

## 6 Le directeur de l'association Musique et Santé

### Philippe Bouteloup, musicien et formateur, directeur de l'association Musique et Santé

Musicien de formation, flûte à bec (Ritchie, Hayward) et guitare jazz (Sylvestre), Philippe Bouteloup est cofondateur de l'association Enfance et musique (1981). Il a été professeur d'éveil musical au conservatoire de Bagnolet et a exercé dans de nombreux cadres institutionnels (écoles, crèches, hôpitaux). En 2001, il publie l'ouvrage *Des musiciens et des bébés*, aux éditions Erès. En 1997, il fonde l'association Musique et Santé dont il est aujourd'hui le directeur.

*Comment l'association Musique et Santé est-elle née et s'est-elle développée ?*

Dans les années 1980, je travaillais dans le secteur social en tant que musicien-intervenant, avec de très jeunes enfants, et je réalisais parallèlement un important travail de formation. A l'occasion d'un colloque, j'ai rencontré des soignants qui m'ont demandé pourquoi je ne travaillais pas à l'hôpital. J'ai pu discuter avec des médecins, des cadres infirmiers, un directeur d'hôpital, jusqu'à me rendre compte que l'hôpital était un secteur ignoré de la culture.
Nombre de bénévoles intervenaient au sein de l'hôpital général, de façon plus ou moins régulière, avec des concerts ponctuels à l'occasion de la Fête de la musique ou de Noël par exemple. Mais il n'y avait pas de vraie réflexion menée autour de la musique au sein de l'hôpital. Nous avons alors décidé de défricher ce terrain, en étant au départ pris pour des farfelus.
Nous avons progressivement réussi à montrer que notre travail ne consiste pas seulement à amuser ou occuper les enfants, mais qu'il peut avoir des implications importantes : ces actions participent du lien social et d'une démarche thérapeutique générale qui s'appuient sur l'ouverture de l'hôpital sur la cité.
Aujourd'hui, nous sommes totalement associés à cette démarche thérapeutique : nous venons de l'extérieur en apportant une technicité qui repose à la fois sur nos compétences musicales et nos compétences sur le plan psychopédagogique ; nous connaissons le public qui est en face de nous, enfants, parents et soignants. Nous avons des outils adaptés, tant en ce qui concerne le choix des instruments, des répertoires et des contenus que les formes et modalités d'intervention. En tant qu'association, nous sommes arrivés à une reconnaissance de ce travail en organisant des colloques, des actions de communication, des films, en faisant donc en sorte de promouvoir nos actions aussi bien auprès du grand public que des partenaires institutionnels.
Nous avons également cherché à impliquer le ministère de la Culture,





en expliquant le sens et la place du musicien-intervenant en milieu hospitalier. Notre travail entre dans le cadre de l'humanisation de l'hôpital, pour un public spécifique, et associe des professeurs de médecine, des soignants, des directeurs d'hôpitaux, des musiciens.
Lorsque Philippe Douste-Blazy est devenu ministre de la Culture, il a porté à ces actions un intérêt professionnel, politique et d'image. Puis Catherine Trautmann a repris ce flambeau et signé une première convention avec le secrétariat d'Etat à la Santé.
Institutionnalisation et actions concrètes se sont développées en parallèle. Aujourd'hui, les associations se multiplient, des colloques s'organisent, ainsi que des séminaires pour les musiciens. Nous parvenons aussi à faire entendre l'impératif de la professionnalisation des musiciens, car être musicien-intervenant en milieu hospitalier impose que l'on puisse disposer d'outils spécifiques.

Aujourd'hui, la réalité de l'association Musique et Santé tient en quatre mots : actions, formation, recherche, médiation.

Les actions :
Elles sont menées par des musiciens de l'association, bons instrumentistes, formés à l'intervention auprès d'enfants et adolescents, qui ont des bases en psychopédagogie et sont prêts à s'investir dans ces lieux. Ceux-ci sont divers : hôpitaux généraux, centres hospitaliers universitaires, services de néonatologie, d'onco-hématologie, mais aussi centre d'accueil de personnes âgées... Notre public va du bébé né en difficulté aux personnes âgées en passant par les adolescents et les jeunes adultes. Ces actions se mènent à Brest, Strasbourg, Paris, Marseille, Nice, Florence (Italie), etc.

La formation :
Le volet formation se décline à l'intention des personnels soignants comme des musiciens.
Concernant les personnels soignants, cela consiste à leur transmettre des outils pratiques et théoriques. Nous cherchons à leur permettre de jouer un rôle actif dans la musique à l'hôpital, c'est-à-dire leur donner la possibilité de construire un projet pour lequel ils devront définir la place de la musique, apprendre à utiliser la présence des musiciens et en retirer des éléments qu'ils pourront utiliser au quotidien.
Exemple : pour une infirmière en néonatologie, il est intéressant qu'elle ait un répertoire vocal de berceuses, chansons traditionnelles, qu'elle possède des éléments de technique vocale, mais également des éléments théoriques, (pourquoi la musique dans son service, les premiers liens mère-enfant, le *motherese baby talk* entre la mère et le bébé, l'environnement sonore...).
Cette formation a un double effet théorique et pratique : les soignants

vont se réinvestir dans leur service, et seront mieux à même d'accueillir un musicien-intervenant, un chanteur lyrique ou un musicien d'orchestre, parce qu'ils auront eux-mêmes réfléchi et pratiqué, auront des exigences, et donc la capacité à un échange professionnel beaucoup plus riche avec le musicien.
Cette formation s'adresse aussi aux musiciens qui veulent se spécialiser sur cette question de la musique en milieu hospitalier, notamment par la psychopédagogie, la connaissance du milieu et la mise en pratique de leurs techniques dans cet univers bien particulier.

Dans certains stages, les publics peuvent être mélangés.
Nous organisons aussi quelques formations spécifiques ; ainsi nous travaillons beaucoup avec certains CFMI qui proposent une formation spéciale pour les futurs "dumistes", sous forme d'option facultative, avec des stages à l'hôpital. Les cours portent sur la connaissance du milieu sur le plan institutionnel, les formes et modalités d'intervention (ex : comment travailler avec des bébés), la place des parents, la place des soignants, l'espace, l'environnement sonore, la voix chantée, les instruments adaptés, les questions d'hygiène... Mais l'enseignement porte aussi sur l'analyse systémique de l'intervention à l'hôpital, en aidant à appréhender les multiples situations auxquelles le musicien peut être confronté : peut-il jouer dans les couloirs, dans la salle d'attente, dans la salle de soins, pendant un soin, après un soin, peut-il entrer avec sa guitare dans le bloc opératoire, quelles sont dans la hiérarchie les places et rôles respectifs de l'aide-soignante, de l'infirmière, du chef de service...
Ce travail de formation est réalisé par les équipes de Musique et Santé, qui se sont elles-mêmes formées sur le terrain. Il n'y a pas d'autre cursus actuellement, ce qui nous confère la qualité d'association ressource. C'est la raison pour laquelle a été développé le troisième volet de nos activités.

La recherche :
Nous avons souhaité nous donner des outils théoriques forts pour ne pas être seulement acteurs, mais contribuer à nous forger des convictions : pourquoi et comment la musique doit-elle être présente à l'hôpital, quelles incidences peut-elle avoir, réfléchir aux liens entre musique et thérapeutiques, à l'environnement sonore et à l'apport de la musique dans un service de néonatologie...
Nombre de nos actions lient travail de terrain, formation et travail d'observation (vidéo, analyses de situation, en interne et avec des médecins, des pédopsychiatres, des soignants), publications dans des revues spécialisées, colloques et séminaires.
Cette dimension nous rend intelligent, elle peut aider d'autres à avancer et permet de valider notre démarche auprès des médecins par exemple qui, par défaut d'information, sont souvent sceptiques.





Cette démarche permet aussi une validation par rapport aux ministères de la Santé et de la Culture.
Il s'agit-là d'un volet important que peu d'associations pratiquent.
Je prendrai un exemple : nous nous sommes associés à la Cité de la musique à Paris pour organiser tous les ans un séminaire de réflexion. Cette réunion peut par exemple permettre l'intervention d'un médecin sur le thème du lien entre douleur et musique, puis la projection d'une vidéo de l'un des musiciens-intervenants suivie d'une analyse psychopédagogique avec un pédopsychiatre. Il s'agit de réaliser des analyses éthologiques de situation : de la musique elle-même (quel répertoire, l'importance du "par cœur") à une analyse très approfondie des comportements.

La médiation :
L'ancienneté et les connaissances de Musique et Santé mettent notre association en position d'interface entre les univers de la santé et de la culture. Ainsi le CHU de Nice nous a demandé de réfléchir avec eux à la place de la musique dans le cadre de leur projet culturel. Nous avons donc engagé un travail pour savoir qui former, dans quels lieux intervenir, vers quel type de public se tourner, quelle implication attendre des musiciens locaux, etc.

*Pourquoi avoir engagé tout ce travail ? Quel sens donnez-vous à la présence de la musique à l'hôpital ?*

Pourquoi la musique à l'hôpital ? Pourquoi pas ! Elle existe à l'école et dans la vie de tous les jours. On a eu longtemps la vision de l'hôpital comme lieu de silence, où se reposer, hostile à tout ce qui vient de l'extérieur, et imposant donc de fait que les musiciens restent aussi au dehors.
Historiquement, les choses ont évolué très vite, dans les quinze dernières années, parce que nous avons fait un travail de fond, prouvé dans le temps la pertinence de notre professionnalisme, appuyé par un intense travail de réflexion et de communication.
Nous avons bénéficié d'une reconnaissance en confirmant notre compétence sur le terrain. L'hôpital, haut lieu de technicité, est particulièrement exposé du fait des enjeux de santé. Il attend de tous ceux qui y travaillent un niveau professionnel très élevé.
Les musiciens ont montré qu'ils avaient ce niveau de compétence et d'exigence ; ils ont aussi prouvé leurs capacités d'insertion dans cet univers, en prenant, sans perdre leur âme, une place qui a un sens.
La démarche de Musique et Santé est celle d'un acteur dans la cité, dans la vie de tous les jours. Nous avons à l'origine porté notre choix sur les bébés, en situant la musique dans le développement de l'enfant : langage, travail corporel, relation aux autres, découverte, éveil à l'art en général et à la musique en particulier... Puis les soignants, qui ont vu la qualité

de notre travail, nous ont proposé de travailler avec des enfants plus âgés. Pour être franc, j'ai longtemps pensé : "Moins tu vas à l'hôpital, mieux tu te portes ; moins tu y penses, mieux tu te sens." Parce qu'il s'agit de lieux qui sont, dans les fantasmes de chacun, forcément associés à la souffrance, donc au silence, à la mort et à la disparition...
Puis il y a eu cheminement, des rencontres, j'ai passé une semaine dans un service de soins et je me suis doucement décidé à accepter ces sollicitations des personnels soignants.
Le sens de ces actions n'apparaît donc pas un beau matin, où nous aurions la révélation soudaine du sens de la vie... En revanche, je peux évoquer aujourd'hui quelques réflexions autour de la musique et de l'hôpital, qu'il m'est plus facile d'exprimer a posteriori : l'hôpital est un lieu difficile, où il y a de la souffrance, de l'attente, de l'isolement, de la solitude. Or, ce que je défends dans la musique, c'est l'idée de rassembler, d'écouter, de partager, de faire ensemble, de s'évader, de rêver. Tout cela correspond à la dimension humaine qui manque parfois à l'hôpital ; animer, c'est donner une âme, et tous les soignants disaient "Il faut humaniser l'hôpital", parce que l'institution génère de l'inhumanité et de la solitude. Je crois que l'on peut dire que le sens est donc là : il faut jouer, ce qui représente une dynamique de vie dans un endroit qui en manque, apporter un souffle de l'extérieur, ouvrir des fenêtres.
Le sens de mon travail rejoint ma position de citoyen : "A quoi ce que je fais peut-il servir ? Dans ce lieu, peut-être puis-je être utile à quelque chose…" Et finalement, le sens vient presque après. Comme le dit Simon Daniel Kipmann, l'hôpital est un rassemblement de solitudes. Or, la musique crée du lien. La musique fait qu'il y a des échanges de regards et de sons, que l'on construit ensemble. L'hôpital n'est plus "hôpital-silence" mais "hôpital-expression", où le malade peut ne plus se taire, alors même que souvent des gamins m'ont dit : "Ici on nous regarde mais on ne nous écoute pas."
La musique est aussi communication à distance : à l'hôpital on touche sans cesse le patient objet de soins. Or le toucher est une intrusion dans l'espace de l'autre qui peut être ressentie comme violente. La musique permet de prendre contact à distance et elle dépasse les barrières des langues et des cultures. Même si cela paraît une évidence, il faut le rappeler ; une maman turque qui entend un blues sera touchée même s'il ne s'agit pas de sa culture, parce qu'il s'agit de quelque chose qui est exprimé par l'autre, dans le sens musical profond du terme. La qualité musicale de l'intervenant, sa musicalité, est donc essentielle, c'est-à-dire sa capacité à exprimer quelque chose au-delà de sa seule technique.
Peu importe qu'il s'agisse de Mozart ou de jazz, le musicien doit avoir quelque chose à dire, à transmettre ou à partager à travers sa musique.





*Comment les hôpitaux ont-ils évalué les résultats ?*

L'évaluation est précisément l'un des axes de notre réflexion actuelle. Nous devons nous donner les moyens de valider la présence des musiciens à l'hôpital.
Il s'agit d'un travail complexe car l'évaluation doit se faire sur des critères qualitatifs et pas seulement quantitatifs.
Le travail sur les critères qualitatifs est intéressant : nous avons, par exemple, mis en avant des thèmes comme le sourire des parents, le *turn-over* et le taux d'absentéisme des soignants, le fait que les soignants chantent avec nous, qu'ils viennent nous accueillir, l'organisation d'une exposition avec une institution culturelle extérieure...
Nous réfléchissons à des sujets comme celui de la participation de l'enfant : de l'enfant passif à l'enfant acteur, l'amélioration de la confiance en soi, facteur de rencontres, le développement de l'expression des émotions, le musicien comme porte-parole des émotions de l'enfant, l'amélioration des interactions entre enfants, parents et soignants...
Un certain nombre de travaux d'évaluation sont en chantier, notamment avec les hôpitaux universitaires de Strasbourg.

*A travers votre expérience, que pouvez-vous nous dire des réactions des musiciens professionnels ?*

Nombreux sont ceux qui me disent leur trac. Par exemple, Jean-Jacques Milteau, harmoniciste qui a joué avec Montand et Barbara et joue maintenant avec Cabrel, Goldmann... disait avoir davantage le trac dans une chambre d'hôpital qu'à Bercy. Mais le trac constitue un facteur créatif chez le musicien, qui se retrouve dans une situation dynamique, où il doit se préoccuper de soi et de l'autre, parce que le trac correspond aussi à la peur de la rencontre.
A l'hôpital, cette peur est aussi la conséquence de plusieurs éléments inhabituels pour le musicien : la proximité avec le public, puisque la distance de la scène n'existe pas, mais aussi la rencontre, souvent face à face, durant laquelle on doit convaincre. Ici, l'auditeur ne paye rien et le musicien doit montrer pourquoi il est là. C'est une "mise en péril" dynamique, qui renvoie à la question du sens. Qu'ai-je à donner ? Ai-je quelque chose à partager ?
Les musiciens d'orchestre sont davantage en péril quand ils s'exposent à l'hôpital. Ils peuvent subir comme une atteinte à leur amour-propre et considérer qu'on les écoute mal lorsque, pendant qu'ils jouent, l'infirmière ou le médecin par exemple arrivent et parlent.

*La nature de la pathologie a-t-elle une influence sur le travail ?*

Un enfant est d'abord un enfant, qu'il soit malade ou pas. Seul l'imaginaire du musicien va le conduire à faire une différence entre l'enfant qui a un cancer et celui qui a une maladie bénigne.

Soit le musicien est préparé à ce type d'intervention et il peut agir immédiatement, soit il ne l'est pas et il sera alors assailli par les images que le patient va lui renvoyer.
Mais il y a, bien entendu, des modalités d'interventions différentes selon la maladie, que l'on peut apprendre, selon par exemple que l'on est face à un groupe homogène ou hétérogène, que l'on a des bébés avec leur maman ou un bébé tout seul dans son lit, que l'on doit jouer dans un couloir ou accompagner un enfant dans un bloc opératoire, que l'on verra l'enfant une fois seulement ou pendant plusieurs mois, selon la pathologie et la connaissance que l'on peut avoir ou ne pas avoir de la maladie...

*Comment accompagnez-vous les musiciens ?*

Le travail de préparation est essentiel. Mais si les musiciens se voyaient imposer une semaine de séminaire avant de rentrer à l'hôpital, rien ne se ferait... Les musiciens eux-mêmes n'auraient pas été d'accord : c'est par la pratique que les musiciens peuvent en venir aux questions théoriques et demander eux-mêmes un soutien de notre part.
Notre travail de médiateur ne s'exerce pas seulement entre des institutions et l'hôpital, mais entre un musicien et un terrain d'application.
Prenons un exemple : face à des enfants cancéreux, il faut expliquer au musicien que 75 % des enfants guérissent du cancer, et sur ces 75 %, 12 % rechutent et retournent à l'hôpital. Dans l'imaginaire, ce ne sera pas tout à fait la même chose. Un dialogue avec le musicien permet aussi d'entendre sa demande s'il ne se sent pas à l'aise dans tel ou tel service.

*En rédigeant ce livre sur les actions éducatives, nous avons très vite compris la difficulté à distinguer ce qui est pédagogie de ce qui est éveil, sensibilisation... Je suppose que la question ne se pose pas du tout de la même manière en secteur hospitalier, où l'on va à l'essentiel et où l'on prend la musique comme vecteur de rencontre et de dialogue ?*

Nos interrogations sont toujours les mêmes : le sens (que cherche-t-on à faire ?), les intentions (celles du musicien et le projet du service), et les modalités (pathologies et conditions de l'intervention).
Au sein de l'hôpital, il est certain que l'on est davantage dans une dynamique d'éveil, de rencontre, de découverte et de jeu, plutôt que d'apprentissage. Parce que tout est contrainte à l'hôpital, que tout est subi, il n'est évidemment pas utile d'ajouter un cours de solfège qui renforcerait l'aspect passif, alors que le projet est d'ouvrir d'autres espaces.
A l'opposé, le seul amusement est ambigu : sommes-nous juste des saltimbanques qui passons, ou le projet est-il aussi de transmettre une passion, d'impliquer des équipes, de réfléchir sur la musique, d'inciter les parents à être acteurs, de redonner une place active à l'enfant...





Même dans cet aspect de divertissement, je dois me poser des questions et savoir si j'agis pour l'enfant et avec lui. Il faut toujours revendiquer quelque chose car si l'on est seulement l'amuseur de service, le médecin ne comprendra pas et n'acceptera pas notre présence. Il doit donc y avoir une revendication de l'intervenant qui doit pouvoir dire pourquoi il est là.
Je vais reprendre un exemple : il y a quelques années, les infirmières en néonatologie me demandaient d'aller jouer pour un bébé qui pleurait. Puisque l'enfant s'apaisait lorsque je jouais, les infirmières reproduisaient la même demande. J'étais heureux de cette impression de servir à quelque chose, constatant avec elles un changement de rythme cardiaque et une plus grande tranquillité. Puis, je me suis mis à réfléchir et à demander aux infirmières la raison des pleurs de ce bébé : a-t-il mal ? Faim ? Peur ? Besoin de quelqu'un ? Dès lors, on se positionne autrement que comme le musicien de service qui vient endormir les enfants.
Ma propre exigence augmente, et l'on constate que l'on est là aussi pour favoriser le lien entre l'infirmière et le bébé, parce que la musique c'est du lien. Il s'agit également d'un travail de partenariat.

*Ce que vous venez de dire correspond à une théorisation postérieure à votre expérience pratique ?*

Oui, j'ai acquis cela en travaillant sur le terrain et le musicien aussi doit s'y confronter. S'il y a des points sur lesquels l'intervenant doit être prévenu, il y a surtout des expériences émotionnelles que chacun doit vivre par soi-même. Quand des musiciens jouent et que des parents pleurent, on ne sait pas très bien que faire. Les musiciens sont bien entendu touchés, mais ils ne savent pas forcément faire la part des choses car les émotions, sont très complexes. Il ne faut donc pas les terroriser trop en leur décrivant la situation à l'avance. Toute la difficulté de la formation est là, entre le "trop dire" et le "pas assez".
L'hôpital a trop souffert et souffre encore de la compassion et de la bonne action. Les bons sentiments ne sont pas le nerf de la guerre du travail à l'hôpital. Historiquement, l'hôpital, ou l'hospice, c'est l'accueil, et c'était la compassion qui était censée sauver les gens. Les professionnels souffrent encore beaucoup de cette histoire des soins et des bénévoles qui viennent faire une bonne action.
Nous devons sans cesse affirmer notre professionnalisme : nous devons le faire sur le plan musical évidemment, mais en même temps le musicien doit être capable de revendiquer des compétences relatives à sa connaissance du lieu et à la place qu'il prétend y occuper.
Concernant les musiciens de formation classique, je dois faire ici quelques remarques : peu d'entre eux jouent par cœur. Cette situation les handicape sur plusieurs plans. Celui de la mobilité et de leur capacité, par exemple, à suivre un enfant. Mais aussi sur la disponibilité du regard,

car comment être en interaction avec son public si l'on reste figé dans sa partition ? Lorsque je travaille avec des musiciens-intervenants, j'attends d'eux qu'ils jouent par cœur et qu'ils développent leurs capacités d'improvisation. Même si l'on ne peut pas imposer cela aux musiciens d'orchestre, il faudrait quand même pouvoir le leur proposer.
Se pose aussi une question de revendication de compétence : peut-on être musicien et toujours derrière sa partition, ou médecin toujours derrière son "Vidal" ?
Il faut toujours que le musicien accepte que l'autre le regarde et accepte lui aussi de le regarder. Il doit donc être dégagé des problèmes de technique instrumentale.
Ce que je souhaiterai, c'est que le musicien d'orchestre puisse apporter la dimension de la musique de chambre. J'aimerai que le musicien joue avec l'espace, avec une mise en scène, qu'il travaille sur un répertoire original qui aille de Mozart à la musique d'aujourd'hui. J'aimerai qu'il accepte de jouer sur la surprise, qu'il s'interroge sur comment surprendre, par exemple avec un trio à cordes...

*Y a-t-il parfois des réactions de rejet ? Des enfants "a-musicaux" ?*

C'est le sujet le plus délicat pour le musicien. Il doit être capable d'anticiper l'absence d'envie de la personne qui est face à lui. Normalement s'il travaille bien, il n'est pas confronté au refus, ou, s'il l'est, il ne doit pas considérer cela comme un échec.
La musique ne peut pas être obligatoire. C'est d'ailleurs ici une position intéressante sur le plan symbolique, car pour le musicien d'orchestre, il y a obligation à jouer. Or, dans la relation au malade, il doit accepter que l'enfant puisse ne pas avoir envie qu'il joue pour lui. De telles situations sont difficiles, car le musicien vient offrir quelque chose, après avoir réussi à se convaincre lui-même qu'il devait le faire, après avoir réussi à franchir les portes de l'hôpital et tous les fantasmes que l'établissement hospitalier véhicule, et soudain l'enfant dit ou fait comprendre, tout simplement, qu'il n'a pas envie.
Il faut donc être capable d'anticiper l'envie ou l'absence d'envie de la personne malade.

*Et aller jusqu'à ne pas faire la proposition ?*

Oui, ça c'est idéal. On peut aussi recourir à des techniques, comme proposer à l'enfant qu'il appelle le musicien, à un moment qu'il choisit, s'il a envie qu'il joue pour lui.
C'est très difficile d'avoir la capacité d'accepter de ne pas jouer si le malade n'en a pas envie. Souvent les musiciens s'avancent, et l'enfant tourne simplement la tête, disant ainsi non à sa façon.
Mais la musique reste un espace de liberté où l'on a le droit de choisir.
Il s'agit-là pour moi d'une position éthique fondamentale, qui est parmi





les plus difficiles, et qui renvoie une fois encore à l'attitude particulière du musicien-intervenant en milieu hospitalier.
Prenons l'exemple des applaudissements. Les musiciens se placent généralement en situation de concert, de représentation. Après qu'ils ont joué, les applaudissements sont l'habitude. Mais qu'une maman pleure lorsque le musicien joue, c'est pour moi beaucoup plus positif que lorsqu'elle applaudit.
On peut d'ailleurs faire en sorte que l'hôpital soit aussi un lieu de spectacle. Ainsi en Grande-Bretagne, il est fréquent que l'orchestre intervienne à l'hôpital : on prend alors une situation sociale classique et bien identifiée, avec les musiciens, le concert, on déplace le tout à l'hôpital, et on se contente de cela. Dans une certaine vision de la musique, on peut le comprendre et l'accepter. Mais je pense que l'on peut et que l'on doit aller beaucoup plus loin. L'hôpital doit être un lieu qui génère de nouvelles pratiques pour les musiciens, de nouvelles relations avec leur propre culture musicale, leur histoire et leurs compétences et de nouvelles façons d'envisager les relations au public et à la musique. Une association comme Musique et Santé n'est pas utile s'il s'agit seulement de déplacer les productions du lieu de concert à l'hôpital, et de compter le nombre de concerts et le nombre de personnes touchées...
Si les applaudissements sont utiles aux musiciens et à son public dans un contexte classique, le silence après qu'il ait joué interroge bien davantage sur le travail qu'il a réalisé, pourquoi il l'a fait et comment. Avec l'expérience on peut lire beaucoup dans ces réactions.