



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



Université Claude Bernard



Lyon 1

DÉPARTEMENT DE FORMATION EN ÉRGOTHÉRAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'État en Ergothérapie

2022-2023

L'ergothérapie face aux problématiques de santé du musicien d'orchestre professionnel.

Plaidoyer pour une politique de santé publique
en faveur d'une population de « travailleurs créatifs ».

Soutenu par : Isaure LAVERGNE PONTVIANNE

p2018619

Tuteur de mémoire : Monsieur Laurent FIDRY



Université Claude Bernard Lyon 1

Président

FLEURY Frédéric

Président du Conseil Académique

BEN HADID Hamda

Vice-président CA

REVEL Didier

Vice-président CFVU

BROCHIER Céline

Directeur Général des Services

ROLLAND Pierre

Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est

Doyen **Pr. RODE Gilles**

U.F.R d'Odontologie

Directeur **Pr. MAURIN Jean-Christophe**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -

Lyon-Sud Charles Mérieux

Doyen **Pr. PAPAREL Philippe**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques

Directeur **Pr. DUSSART Claude**

Comité de Coordination des Études

Médicales (C.C.E.M.)

Présidente **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)

Directeur **Pr. LUAUTE Jacques**

Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences

ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon

Directeur **GUIDERDONI Bruno**

U.F.R. Biosciences

GIESELER Kathrin

Institut National Supérieur du

Professorat et de l'Éducation (I.N.S.P.E.)

Administrateur provisoire

Pierre CHAREYRON

U.F.R. de Sciences et Techniques des

Activités Physiques et Sportives

(S.T.A.P.S.)

Directeur **BODET Guillaume**

POLYTECH LYON

Directeur **PERRIN Emmanuel**

Institut des Sciences Financières et

d'Assurance (I.S.F.A.)

Directeur **LEBOISNE Nicolas**

Institut Universitaire de Technologie de

Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)

Directeur **MASSENZIO Michel**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE RÉADAPTATION

Directeur **Pr. LUAUTE Jacques**

DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHÉRAPIE

Directrice du département

LIONNARD-RETY Sabine

Coordinateurs pédagogiques

BODIN Jean-François

FEBVRE Marine

IBANEZ Amandine

LIONNARD-RETY Sabine

Responsables des stages

LIONNARD-RETY Sabine et IBANEZ Amandine

Responsable des mémoires

IBANEZ Amandine

Secrétariat de scolarité

PASSE Cindy



Remerciements

La réalisation de cet écrit n'aurait pu être menée à bien sans le précieux concours :

- de Claudine, Anne, Claude, Liselotte, Armelle, Charles, A & T : pour leurs patientes et scrupuleuses relectures et leurs suggestions bienveillantes ;
- de mes parents, famille et amis : pour leur soutien et leurs encouragements durant ces trois années studieuses et d'ascèse sociale ;
- de Céline Bouissou : pour son vis-à-vis nourrissant et sans concession, et pour m'aider à réfléchir et à croire en une alliance féconde de la musique et de l'ergothérapie ;
- des compositeurs et musiciens d'hier et d'aujourd'hui : pour avoir nourri mon solitaire travail de rédaction. En particulier Mozart et sa *Flûte enchantée*, fontaine intarissable d'inspiration et d'énergie positive ;
- de tous mes collègues musiciens : source d'émerveillement et d'innombrables questionnements ;
- des formateurs de l'ISTR de Lyon et de son personnel administratif : pour m'avoir accordé le statut d'Étudiante Artiste de Haut-Niveau (EAHN) qui m'a permis de concilier formation au D. E. d'ergothérapie et nécessités de ma vie musicale ;
- de Monsieur Laurent Fidry : pour la confiance et la grande liberté qu'il m'a accordées durant ce travail de recherche, et pour son tutorat méthodologique.

Avec une grande gratitude, je leurs adresse mes sincères remerciements.

Table des matières

Table des tableaux et illustrations	4
Glossaire	5
Préambule	7
Introduction	8
Partie théorique et Problématique	9
<i>1.1 Population d'intérêt : le musicien d'orchestre professionnel</i>	<i>9</i>
1.1.1 Caractéristiques socio-économiques et socio-professionnelles.....	9
1.1.1.1 Un secteur professionnel atypique	9
1.1.2 Caractéristiques identitaires	9
1.1.2.1 Les compétences du musicien instrumentiste.....	10
1.1.2.2 Le sens du contrôle	11
1.1.2.3 L'ambivalence du musicien instrumentiste	11
<i>1.2 Problématiques de santé chez le musicien professionnel</i>	<i>12</i>
1.2.1 Les risques du métier	12
1.2.2 Présentation des troubles.....	12
1.2.2.1 Troubles physiques : PRMD, RSI, overuse syndrome, TMS.....	13
1.2.2.2 Troubles mentaux et psychologiques	14
1.2.3 Douleur et souffrance	15
1.2.3.1 L'expérience du musicien instrumentiste	15
1.2.3.2 Le sens du travail.....	16
1.2.3.3 Travailler dans la douleur.....	17
1.2.4 L'exemple du basson.....	17
1.2.4.1 Description organologique, posture et mode de jeu	18
1.2.4.2 Les risques liés à la pratique du basson	20
<i>1.3 Prise en soin de la santé du musicien professionnel</i>	<i>21</i>
1.3.1 Approches non encadrées par des professionnels de santé	21
1.3.1.1 Approches non médicamenteuses.....	21
1.3.1.2 Approches médicamenteuses.....	21
1.3.2 Approches encadrées par des professionnels de santé	22
<i>1.4 Point d'étape sur la problématique de recherche</i>	<i>23</i>
<i>1.5 Approche en ergothérapie</i>	<i>23</i>
1.5.1 La question des modèles conceptuels	23
1.5.1.1 Compétences et actes professionnels	24
1.5.2 Proposition d'intervention en ergothérapie.....	24
1.5.2.1 Cadre d'intervention	25
1.5.2.2 Outils d'évaluation	27

1.6 Problématisation et question de recherche.....	31
Méthodologie	32
2.1 Objectifs de l'enquête de terrain	32
2.2 Déroulement de l'enquête	32
2.2.1 Choix et présentation de la population	33
2.2.2 Aspects éthiques et méthode d'investigation	34
2.2.3 Choix et élaboration des outils d'investigation	34
2.2.4 Méthode de traitement et d'analyse des données	34
2.3 Biais, limites et difficultés liés à la méthodologie.....	35
2.3.1 Liés aux critères de choix des répondants	35
2.3.2 Liés aux thématiques abordées	35
2.3.3 Liés à la passation et au traitement des données	35
Résultats et Discussion	36
3.1 Analyse comparative des résultats des entretiens	36
3.1.1 Éléments de consensus.....	36
3.1.2 Éléments de dissension.....	42
3.2 Discussion.....	43
3.2.1 Confrontation des résultats en rapport aux études théoriques.....	43
3.2.2 Intérêts et limites de l'étude	45
3.3.3 Retour sur la question de recherche initiale	46
Conclusion	48
Annexes.....	I
Table des annexes.....	I
Annexe A – Compléments relatifs aux troubles physiques	II
Playing-related musculoskeletal disorders	II
Annexe B – Compléments relatifs au basson.....	IV
Éléments de pédagogie.....	V
International bassoonist questionnaire (IBQ) : présentation et résultats.....	V
Annexe C – Compléments relatifs au MOH.....	VII
Présentation du Modèle de l'occupation humaine (5 ^e version).....	VII
Présentation des outils du MOH identifiés comme pertinents pour les problématiques des musiciens professionnels	XII
Annexe D – Référentiel d'activités et référentiel de compétences de l'ergothérapeute	XV
Référentiel d'activités et principales actions constitutives	XV
Référentiel de compétences.....	XVII

<i>Annexe E – Accord du 29 juin 2009, relatif à la santé au travail des intermittents du spectacle (extrait)</i>	XXIII
<i>Annexe F – Questions de recherche</i>	XXXV
<i>Annexe G – Présentation des répondants</i>	XXXVII
E1 :	XXXVII
E2 :	XXXVII
K1 :	XXXIX
P1 :	XXXIX
D1 :	XL
T1 :	XLI
<i>Annexe H – Guides d’entretien vierges</i>	XLII
Guide d’entretien ergothérapeute (E1 et E2)	XLII
Guide d’entretien kinésithérapeute (K1)	XLIV
Guide d’entretien psychologue (P1)	XLVI
Guide d’entretien médecin généraliste (D1)	XLVIII
Guide d’entretien chargé de projet Thalie Santé (T1)	L
<i>Annexe I – Grilles d’analyse vierges</i>	LII
Grille générale	LII
Grille thématique 1	LIII
Grille thématique 2	LIII
Grille thématique 3	LIV
Grille thématique 4	LIV
Grille thématique 5	LIV
<i>Annexe J – Formulaire de consentement vierge</i>	LV
<i>Annexe K – Tableau thématique des résultats</i>	LVII
Abstract	LXXII
Résumé	LVII

Table des tableaux et illustrations

Tableau 1 - Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion	33
Tableau 2 - Attributs perçus des PRMD vs Attributs perçus des atteintes communes (d'après P. Brusky (2009)	III
Figure 1 - Fagott, planche de <i>Musicalisches Theatrum</i> , gravure sur cuivre de Christoph Weigl, Nuremberg, 1722	IV
Tableau 3 - Domaines explorés par l'IBQ (libre traduction, d'après Brusky, 2009).	V
Tableau 4 - Tableau des résultats de l'IBQ (Brusky, 2009).	VI
Figure 2 - Modèle de l'occupation humaine, version 2021 (Université de Laval, s. d.)	VII
Figure 3 - Sélection d'outils d'évaluation du MOH (Université de Laval, s. d.)	XI
Figure 4 - Sélection d'outils d'évaluation du MOH (Université de Laval, s. d.)	XIII
Figure 5 - Instruments de mesure selon le MOH (Université de Laval, s. d.)	XIV
Tableau 5 - Tableau général préparant la rédaction des guides d'entretien.	XLII

Glossaire

Adaptation occupationnelle : résultante de toute la dynamique du MOH, elle est liée à trois composantes : l'identité occupationnelle, la compétence occupationnelle et l'impact environnemental (Université de Laval, s. d.). Elle se développe tout au long de la vie, au fur et à mesure de l'acquisition d'expériences. L'OPHI-II est l'un des outils du MOH qui permet de l'évaluer.

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. Établissement public administratif créé en 1973, régi par le code du travail. Installée à Lyon, elle est placée sous la tutelle du Ministère en charge du Travail.

ARACT : Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail.

CDDU : contrat à durée déterminée dit d'usage, défini par le Code du travail L1242-2 et D.1242-1.

Douleur : d'après l'International association for the study of pain, « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou encore décrite en des termes évoquant une telle lésion ». D'après Freud, « réaction à la perte d'une évidence d'exister à travers une brisure intérieure : un deuil, une séparation ou une cassure de l'unité corporelle » (IFSI, s. d.).

INRS : créé en 1947, l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles est une association loi 1901. Il est géré par un conseil d'administration paritaire. Organisme généraliste en santé et sécurité au travail, l'INRS intervient en lien avec les autres acteurs institutionnels de la prévention des risques professionnels. Il propose des outils et des services aux entreprises et aux dix-huit millions de salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale.

MOH : Modèle de l'occupation humaine

Organologie : étude des instruments de musique et de leur morphologie, d'après les sources manuscrites ou iconographiques (Larousse, s. d.).

Overuse syndrome/syndrome de surmenage : syndrome de sur-utilisation. Toute activité qui produit un symptôme musculo-squelettique comme la douleur, qui affecte le fonctionnement de n'importe quelle zone du corps (Brusky, 2009). Il se rencontre « chez

les sujets soumis à des activités musculaires intenses et répétitives, chez les travailleurs manuels et les athlètes » (Tubiana, 2002, p. 131).

PRMD : performance related musculoskeletal disorders, que nous traduirons par “troubles musculo-squelettiques liés à la pratique instrumentale”. Ils recouvrent toutes sortes de symptômes physiques (douleur, faiblesse, picotement, engourdissement, perte de dextérité et/ou de flexibilité), ou blessures diagnostiquées qui interfèrent avec l’habileté de jouer d’un instrument au niveau souhaité par le musicien (Brusky, 2009). Ils peuvent également se manifester par des distorsions de perceptions sensorielles (Betzl & al., 2020).

RPS : « éléments qui portent atteinte à l’intégrité physique et à la santé mentale des salariés au sein de leur environnement professionnel » (Delorme, 2019, p. 101).

Santé au travail : démarche interdisciplinaire, associant employés et employeurs, dans le but de créer un lieu de travail favorable à la santé (Wikipédia, 2022). Elle consiste en deux missions principales : la surveillance des risques et leur prévention, au moyen d’actions d’information et de contrôle.

Stress : « signifie aussi bien agression psychologique que sentiment d’insécurité ; c’est avant tout un phénomène adaptatif » (Tubiana, 2002, p. 190).

TMS : troubles musculo-squelettiques. Ce sont « des souffrances physiques liées à une tension et à une surcharge de travail. Ils résultent d’un déséquilibre entre les capacités fonctionnelles des personnes et les sollicitations qui apparaissent, notamment dans un contexte de travail, sans possibilité de récupération suffisante » (Opale, 2021, p. 13).

TOC : trouble obsessionnel compulsif, associant obsessions et compulsions. Dans le DSM—5, le TOC n’est plus classé comme un trouble anxieux mais se situe dans une catégorie à part entière, les troubles obsessionnels compulsifs et apparentés. Les symptômes du TOC semblent associés à des dysfonctionnements dans les boucles neurologiques régissant la création des programmes moteurs et cognitifs (Beriel, s. d.).

Trac : « peur irraisonnée que l’on ressent avant d’affronter une épreuve et que l’action dissipe généralement [...] ; chez l’artiste, c’est la peur du public et des auditions » (Tubiana, 2002, p. 189).

Préambule

Music for a while

Shall all your cares bequile.

Wond'ring how your pains were eas'd

...

John Dryden & Henry Purcell,

Oedipus (1692) - Z 583

La musique un moment,

Trompera tous vos tourments.

Vous vous étonnerez de voir vos

douleurs soulagées...

Traduction : D. Yed

Musicienne de premier métier, il me reste des prémices de ma jeune carrière le souvenir d'indiscibles instants de solitude et de questionnements silencieux, durant lesquels je luttais intérieurement pour comprendre pourquoi. Pourquoi mes doigts se raidissaient à force de répétition. Pourquoi mon souffle s'épuisait. Pourquoi ma langue se crispait. Et pourquoi certains jours, ces instruments que j'aimais tant se muaient en un fardeau. J'en venais même à les détester et à récriminer contre eux avec une triste colère, incapables qu'ils étaient de sonner comme je l'entendais. Certains jours, je désirais vouloir ne plus y toucher. Et pourtant, je voulais jouer. J'avais besoin de ressentir ce son, de sentir ces vibrations. Alors j'ai travaillé. Parfois dans la douleur, souvent dans l'ignorance ou la méconnaissance. Je voulais comprendre, et pouvoir jouer.

« Jouer juste », pour un musicien, c'est bien plus que produire un son à une hauteur donnée. La justesse n'est pas qu'une question de physique. Ou... plutôt si ! Puisqu'il s'agit du corps, d'un corps en mouvement, d'un corps pensant, d'un corps qui ressent et qui agit, passerelle vers l'instrument, tabernacle de la musique. Un corps soumis à l'esprit, mais qui en est pourtant l'arbitre et le maître.

Au détour d'une brutale pandémie, mon univers musical, ma vie, s'est effondré. Mes instruments ne sonnaient plus. Pour certains gouvernants, ce n'était pas essentiel. J'ai alors entrepris la formation au D. E. d'ergothérapie. Détour apparent, qui n'en fut finalement pas un ; j'ai aujourd'hui le sentiment d'avoir pu trouver quelques éléments de réponse aux questionnements qui m'habitent depuis tant d'années. Puissent-ils transparaître au fil des pages de ce mémoire et pouvoir être utiles à tous mes futurs confrères, ergothérapeutes ou musiciens.

Introduction

Arthur Rubinstein (quatre-vingt-quinze ans), Yehudi Menuhin (quatre-vingt-trois ans), Aldo Ciccolini (quatre-vingt-dix ans) : voici quelques grands noms de musiciens du XX^e siècle à la longévité remarquable, et dont la carrière musicale égala presque leur temps de vie sur terre. Mais si l'on en croit la littérature scientifique, ils font figure d'exception. L'instrumentiste commun, lui, aura à faire face au cours de sa vie professionnelle à au moins un trouble de santé lié à son métier, comme 62 % à 93 % de ses homologues (Kok & al., 2016). Trouble qui mettra parfois un terme à sa carrière. Il y a là un incontestable enjeu de santé publique, notamment pour les dispositifs de santé au travail du secteur artistique. En effet, les spécificités de la profession de musicien d'orchestre engendrent de nombreux facteurs qui interfèrent avec la santé et la qualité de vie des salariés. Bien que cette problématique soit connue depuis plusieurs décennies, elle n'a récemment fait l'objet d'aucune étude rigoureuse en France. Ceci s'explique en partie par la difficulté qu'il y a à identifier des troubles de nature polymorphe, qui vont d'une pathologie somatique ou psychique à une variété de symptômes apparemment inorganiques, mais pouvant être très invalidants pour les musiciens, dans leurs activités. De plus, en l'absence d'une étiologie organique, les approches thérapeutiques aujourd'hui proposées sont relativement décevantes et inefficaces.

Une première section théorique s'attachera à décrire la population choisie : l'instrumentiste professionnel évoluant dans les répertoires dits « classiques », par opposition aux musiques actuelles. Chanteurs et compositeurs en sont donc exclus. Néanmoins, les recherches représentatives réalisées pour cette population étant peu nombreuses, les écrits portant sur des artistes aux caractéristiques similaires (« spectacle vivant », « intermittents du spectacle », « artistes-interprètes »...) ont pour certaines thématiques été retenus, faute de mieux. Seront ensuite abordés les problématiques de santé de cette population, la manière dont le système de soins y répond actuellement en France, et en quoi l'ergothérapie, comme discipline de soin reconnue par l'État, peut avoir un rôle à jouer auprès d'elle.

La confrontation des données de la littérature à celles collectées auprès de professionnels de terrain impliqués dans la santé des musiciens permettra en dernier lieu d'esquisser des pistes de réponses quant à ce que l'ergothérapie pourrait apporter à ces derniers, pour les aider dans la gestion de leur santé.

Partie théorique et problématique

1.1 Population d'intérêt : le musicien d'orchestre professionnel

Parmi tous les artistes, ce sont les instrumentistes professionnels qui présentent le plus fréquemment des problèmes de santé, notamment du fait de l'exigence de perfection qui est pour eux une nécessité, dans un milieu très compétitif (Tubiana, 2002).

1.1.1 Caractéristiques socio-économiques et socio-professionnelles

1.1.1.1 Un secteur professionnel atypique

Le volume d'emploi du secteur du spectacle vivant (SSV) correspondait en 2009 à celui du secteur automobile (Larcher & al., 2009). Domaine atypique et non traditionnel sur le plan de l'organisation, le SSV est caractérisé par des conditions de travail particulières, dont :

- l'irrégularité des rythmes et la grande amplitude des horaires de travail (Coler, 2018; Larcher & al., 2009; Opale, 2021) ;
- la diversité des lieux d'exercice ;
- une pluralité d'employeurs, successifs ou simultanés (Association OPALE, s. d.) ;
- la brièveté des contrats de travail (Larcher & al., 2009) ;
- la précarité de l'emploi et des revenus : 50 % des artistes ont des revenus salariaux annuels inférieurs à 1 520€ (Observatoire des métiers du spectacle vivant, 2019), pour un revenu moyen de 20 940€ au niveau national (INSEE, s. d.).

C'est cette précarité caractéristique que le régime particulier de l'intermittence du spectacle vise à minimiser. Précisons que « l'intermittence n'est ni un statut, ni un métier, mais un régime spécifique de protection sociale ». Les conditions « objectives, liées au caractère de prototype de chaque spectacle » font que les modalités d'exercice de la mission qui est confiée aux salariés peuvent varier considérablement (CCNESPSV du 3 février 2012, 2012).

1.1.2 Caractéristiques identitaires

Autre particularité du musicien : « l'identité professionnelle est ancrée dans l'identité personnelle de l'artiste, puisqu'il s'investit dans son art, souvent depuis le très jeune âge » (Larcher & al., 2009, p. 427). La frontière entre vie professionnelle et vie personnelle tend également à s'effacer. « Métier-passion » (Delorme, 2019), la musique fait en effet partie des

professions qui se préparent dès l'enfance et durant toute la croissance (Fry, 1986; Guilbert, 1998; Tubiana, 2002), jusqu'à un niveau avancé d'études supérieures. Cette pratique au long cours façonne la personnalité et le corps de l'instrumentiste, et n'est pas sans conséquence sur sa santé. Les musiciens constituent une « population de travailleurs créatifs » qui se distingue par un « fort engagement » (Opale, 2021). Et bien que les métiers artistiques semblent porter en eux « la promesse d'une réalisation de soi », il convient de « renoncer à l'idée d'un lien naturel avec le bien-être au travail » (Delorme, 2021, p. 82).

1.1.2.1 Les compétences du musicien instrumentiste

Pour réussir, les musiciens ont besoin de compétences spécialisées et spécifiques, tant au niveau physique et cognitif que social (Brusky, 2009; Fry, 1986; Hinkamp & al., 2017). Ces « athlètes affectifs » exécutent des mouvements d'une complexité et d'une rapidité « sans commune mesure avec ceux exigés dans aucune autre activité humaine, nécessitant souvent l'emploi des deux membres supérieurs, de la tête et parfois des pieds » (Tubiana, 2002, p.117). Mais « au contraire des sportifs — plus vite, plus haut, plus fort —, ils opposent le plus beau, le plus vrai, le plus pur. Ils visent l'inatteignable, l'inqualifiable, l'immatériel » (Tubiana, 2002, p. 15). Plusieurs auteurs se sont essayés à mesurer le débit de notes de passages musicaux : Fry dénombre pour l'interprétation de certaines œuvres plus de cinq cents actions motrices séparées par seconde au piano, instrument sur lequel il est commun de jouer plus de vingt notes par seconde (1986). Le violon n'est pas en reste dans le premier mouvement du concerto de Tchaïkovski, qui exige du bras maniant l'archet une amplitude motrice allant de cinquante à trois cents cycles de va-et-vient par minute (Hinkamp & al., 2017). Chez la plupart des instrumentistes à vent, ce sont les phalanges qui démontrent la plus grande prestesse avec parfois la nécessité de fournir soixante-douze mouvements par seconde (Brusky, 2009). Pour Fry, jouer d'un instrument de musique relève de l'exploit neuromusculaire, d'autant que la plupart des instruments sont joués dans une position peu confortable et inadaptée ("akward") d'un point de vue bio-mécanique (1986). Maîtriser le jeu d'un instrument de musique revient donc à construire des processus d'automatisation gestuelle : une fois que les éléments de détail d'ordre physique ont été maîtrisés, intégrés et contrôlés à un niveau tel qu'ils en deviennent automatiques, alors le musicien peut dévouer son entière attention à l'interprétation de la musique (Fry, 1986).

1.1.2.2 Le sens du contrôle

Parvenir à la finesse du contrôle neuro-musculaire requise pour maîtriser un instrument passe par un nécessaire entraînement de la volonté, inculqué dès le début de l'apprentissage. La précieuse horlogerie bio-mécanique exige « un entraînement permanent pour maintenir une activité neuro-musculaire demandant à la fois rapidité, précision et endurance » (Tubiana, 2002, p. 121). Ce contrôle du geste et du corps est mis en péril par le risque de perdre la pleine capacité physique nécessaire à la maîtrise de son instrument en cas de problème de santé ; risque corrélé à l'anticipation d'une autre perte, celle du statut de musicien, qui peut laisser présager un vide sur le plan identitaire (Hinkamp & al., 2017; Lamontagne & al., 2018).

1.1.2.3 L'ambivalence du musicien instrumentiste

Cette population professionnelle est également marquée par l'ambivalence et « une complexité du rapport à elle-même et au monde » (Lamontagne & al., 2018, p. 651) : le sentiment d'être chanceux de faire ce métier, mais de devoir souffrir pour l'exercer et obtenir un statut privilégié qui ne sera jamais pleinement acquis. Le plaisir, inséparable de l'exigence et de la recherche de perfection, en est un élément central, au côté de la douleur. Plaisir d'abord sensoriel (par l'ouïe, le toucher, l'odorat), qui s'exprime dans le corps. Plaisir également relationnel qui passe par l'interaction avec le public et les autres musiciens. Pour Lamontagne, le plaisir serait « la raison d'être dans l'arène des activités musicales » (2018, p.651). Toutefois, l'auteur considère que c'est précisément là, dans cette dimension relationnelle, que résiderait l'ambivalence du musicien et que se côtoieraient plaisir et souffrance. Le musicien joue pour d'autres, et dans le cas d'une fonction orchestrale, avec d'autres. Il donne à entendre son art, et sa personne à regarder. Notons enfin le lien très particulier qui unit les instrumentistes à leurs instruments : « ils ne peuvent admettre d'être séparés de leur instrument, qui est une partie d'eux-mêmes » (Tubiana, 2002, p. 129).

Ces différentes caractéristiques identitaires et socio-professionnelles révèlent bien que les musiciens vivent

des réactions émotives [qui] ne sont pas exactement les mêmes que celles de l'ensemble de la population. Leur quête de perfection entretient chez eux un état de tension qui peut être difficile à supporter s'il s'y ajoute, ce qui est fréquent, des difficultés d'ordre physique, matériel ou sentimental (Tubiana, 2002, p. 129).

Difficultés nourries par des risques professionnels importants, d'où émergent des problématiques de santé complexes et multi-dimensionnelles.

1.2 Problématiques de santé chez le musicien professionnel

1.2.1 Les risques du métier

La littérature rapporte plusieurs types de risques dans l'exercice professionnel :

- des risques psychosociaux : intensité et insécurité de la situation de travail, manque d'autonomie, conflits de valeurs (Gelin-Monastier, 2021) ;
- des risques physiques : la précocité de la pratique instrumentale, imposée à des âges où les structures organiques ne sont pas matures et alliée à un haut degré d'exigence biomécanique et à d'importantes contraintes posturales. Corrélée à cela, la carrière des musiciens est souvent d'une grande longévité qui les expose aux dégradations liées à l'usure des tissus ; elle diffère ainsi de la majorité des autres professions (Tubiana, 2002). Viennent ensuite d'autres risques liés à la manutention du matériel, aux postures contraintes, à l'exposition à des sources lumineuses/sonores excessives ;
- des risques liés aux conditions de travail : déplacements incessants, horaires extrêmes, souvent nocturnes, sièges mal adaptés, voisinage assourdissant, partage d'un même pupitre, entassement dans des fosses mal éclairées... ;
- des risques organisationnels : exigence de créativité, prise d'initiative, fort investissement attendu, avec une importante contrainte temporelle et géographique.

Ces risques ne sont pas spécifiques aux musiciens, mais leur convergence engendre des troubles dans les différentes dimensions de la personne avec une prévalence bien supérieure à celle de tout autre catégorie professionnelle (Tubiana, 2002, p. 11).

1.2.2 Présentation des troubles

Ces troubles peuvent être appréhendés par :

- la nature de leurs manifestations (physiques, psychologiques...) ;
- leur lien plus ou moins direct à la pratique instrumentale elle-même ;
- leur origine intrinsèque ou extrinsèque au musicien.

Ils peuvent se manifester de manière exclusive au cours du jeu, après le jeu, ou de manière permanente dans le cas d'une chronicité, et tous les instruments sont susceptibles d'en

occasionner (Brusky, 2009; Therry, 2004; Tubiana, 2002; Pegurier, 1994). Si ce sont les atteintes physiques qui prédominent dans la littérature, les musiciens professionnels sont également exposés aux facteurs de risques psycho-sociaux (RPS) et soumis à une pression psychologique importante, du fait de la nature et des modalités d'exercice de leur profession (Fry, 1986). Le stress (psychologique et physiologique) en reste le dénominateur commun (Tubiana, 2002, p. 191). De plus, les inter-réactions entre physique et mental sont telles qu'un stress psychologique chronique peut être responsable de TMS (Taborsky, 2007).

1.2.2.1 Troubles physiques : PRMD, RSI, overuse syndrome, TMS...

La terminologie employée pour décrire les atteintes physiques dont souffrent les musiciens est conséquente (cf. [Glossaire](#) et [Annexe A](#)). Sont retenus pour cette étude les termes de PRMD et de syndrome de sur-utilisation, qui semblent être les plus à même de refléter avec fidélité la réalité que vivent ces musiciens. Les acceptions de ces termes ne font pas toujours l'unanimité (Tubiana, 2002), mais se recoupent en plusieurs points. Ils correspondent à deux points de vue différents sur les circonstances d'apparition du problème de santé :

- le PRMD identifie les modalités de pratique instrumentale comme directement responsables de l'émergence d'un trouble : sans pratique instrumentale, pas de trouble ;
- le syndrome de sur-utilisation correspond à des dommages qui surviennent lorsqu'un tissu est sollicité au-delà de ses limites anatomiques ou physiologiques, de façon chronique ou aiguë (Bird, 2013) ; la pratique instrumentale n'en a pas l'exclusivité.

Dans le premier cas, une activité causale est considérée de manière ciblée, et dans le second, ce sont les paramètres de sollicitation d'une structure vivante ; le symptôme dominant reste toujours celui de la douleur (Tubiana, 2002).

Il n'existe dans les deux cas pas de critère précis ni de gold standard (Zaza & al., 1998) pour établir un diagnostic. Les deux types de troubles s'expriment la plupart du temps dans une forme infra-clinique : l'examen clinique en dehors du jeu se révèle généralement normal ou non significatif (Brusky, 2009; Joubrel & al., 2001). Le diagnostic se fait par exclusion d'une pathologie plus conventionnelle (Bird, 2013), bien que des examens plus poussés puissent mettre les troubles en évidence à partir d'un certain seuil de sévérité (Bird, 2013; Fry, 1986). Le syndrome de sur-utilisation est le diagnostic le plus fréquemment donné aux musiciens qui ne présentent pas de symptômes spécifiques autre qu'une douleur ne pouvant être rattachée à aucune altération structurelle d'après l'examen clinique et d'imagerie (Betzl & al., 2020).

Trois facteurs semblent dominer dans la genèse des troubles physiques :

- l'accroissement de l'intensité et du temps de pratique : tous les musiciens ont une limite supérieure en ce sens (Betzl & al., 2020; Bird, 2013; Fry, 1986) ;
- l'état de santé globale du musicien et ses antécédents pathologiques : certains sont plus vulnérables par prédisposition (Bird, 2013; Brusky, 2009; Fry, 1986)
- la technique instrumentale : notamment si elle présente une tension excessive (Fry, 1986; Hinkamp & al., 2017), une posture déficitaire, ou s'il y a une inadéquation entre l'instrument et la morphologie de l'instrumentiste (Bird, 2013; Brusky, 2009).

A ces facteurs s'ajoutent les risques du métier mentionnés en [1.2.1](#). Stress psychologique et stress physique menacent le quotidien du musicien professionnel. Il doit faire face à un besoin de sur-adaptation qui l'amène parfois à dépasser ses limites (Betzl & al., 2020; Brusky, 2009). L'élément le plus déterminant ne tient donc pas à la nature objective du trouble, mais à la manière dont il est vécu et ressenti. Cette limitation, définie subjectivement, entraîne des répercussions significatives sur la santé mentale et le bien-être du musicien (cf. [Annexe A](#)).

1.2.2.2 Troubles mentaux et psychologiques

Outre la vulnérabilité rapportée au corps, l'expérience de la précarité semble rendre les musiciens particulièrement fragiles. Tous décrivent des angoisses en lien avec leur travail, relatives à l'employabilité, à la peur de ne pas trouver ou de perdre des possibilités d'emploi (Lamontagne & al., 2018, p. 653). Les troubles mentaux et psychologiques émergent du contexte de pratique, par l'interaction avec un environnement stressant, et non de la pratique au sens strict. Selon Tubiana, les troubles émotionnels susceptibles de perturber leur jeu sont courants (2002). Une enquête menée en 1986 par l'International Conference of Symphony and Opera Musicians (ICSOM) révélait que 25 % des répondants souffraient de trac ; 17 % de dépression ; 14 % de troubles du sommeil ; 13 % d'anxiété et 10 % de céphalées sévères (Tubiana, 2002). Les études rapportent également des troubles touchant à des questions identitaires ou encore à de la phobie sociale (Hinkamp & al., 2017). En décembre 2022, la revue *La Lettre du Musicien* a consacré un numéro à l'alimentation chez les musiciens, mettant en avant une prévalence assez importante de troubles du comportement alimentaire. « Le perfectionnisme poussé à l'extrême, l'anxiété, le stress et la dépression pourraient être à l'origine de ces problèmes alimentaires » (Bartaire, 2022).

Anxiété de performance

Présente chez 33 % des musiciens, professionnels ou non, c'est l'atteinte à la performance musicale la plus partagée (Hinkamp & al., 2017). Elle englobe les termes de "trac", "stress", "anxiété", "angoisse", qui correspondent en partie à des stades de sévérité (cf. [Glossaire](#)).

L'anxiété de performance se traduit par des réactions neuro-endocriniennes automatiques, « préparant le corps et l'esprit à réagir en présence d'une situation dangereuse » (Tubiana, 2002, p. 190). On observe des symptômes physiologiques : augmentation du rythme cardio-respiratoire ; sueurs/vasoconstriction (mains froides), sécheresse de la bouche, nausées... ; des réactions cognitives : sensation de perte de contrôle, anticipation d'échec ; des troubles comportementaux, tel que l'abus d'alcool (Taborsky, 2007; Tubiana, 2002). L'étude la plus représentative à ce sujet est celle menée en 2016 par l'Université de Westminster auprès de 2 211 musiciens professionnels en Angleterre (Gross & Musgrave, 2016). Majoritairement âgés de 18 à 35 ans, les répondants estimaient pour 71,1 % d'entre eux avoir déjà expérimenté de l'anxiété et des attaques de panique. Les auteurs ajoutent que les musiciens pourraient être jusqu'à trois fois plus susceptibles de souffrir de dépression que la population générale.

1.2.3 Douleur et souffrance

L'OMS érige comme centrale l'expérience du sujet, et définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou décrite comme telle » (IFSI, s. d.). D'autres auteurs traitent de la souffrance, qui survient quand l'individu vit un sentiment de perte de contrôle, quand la douleur devient chronique et sa source est inconnue. Qu'elle soit physique ou psychologique, la douleur est intimement liée au corps car « décrite avec les mots du corps » (Gilloots, 2006, p. 24).

1.2.3.1 L'expérience du musicien instrumentiste

« La douleur physique est un phénomène répandu chez les musiciens professionnels, pouvant être ressenti par 80 % d'entre eux » (Lamontagne & al., 2018, p. 644), et pour plus de 60 % d'entre eux dans le cas d'une douleur chronique (Gasenzer & al., 2017; Rodríguez-Gude & al., 2023). Le "no pain, no gain", cette croyance que la réussite passe nécessairement par un travail qui fait souffrir, a encore bonne presse et est fortement ancrée dans les mentalités du monde musical (Brusky, 2009; Lamontagne & al., 2018; Tubiana, 2002). Dans le très singulier

article consacré à l'expérience de la douleur et de la souffrance chez le musicien d'orchestre, Lamontagne & al. déclinent deux approches analytiques possibles : une approche somatique (processus physiologiques et bio-mécaniques associés à la douleur) ; une approche bio-psychosociale (relations entre des facteurs physiologiques, psychosociaux et la douleur). Les auteurs proposent de faire un pas de côté pour appréhender la douleur vécue par les musiciens à partir d'un paradigme constructiviste (2018, p. 644). Dans cette perspective, la réalité du monde est construite subjectivement et non donnée objectivement. La question revient donc à se demander, dans le cadre spécifique de la vie du musicien d'orchestre, comment la douleur peut être comprise, à travers l'étude des processus psychiques et sociaux durant leur travail.

1.2.3.2 Le sens du travail

S'intéresser à la façon dont les musiciens perçoivent leur contexte de travail permettrait, selon Lamontagne & al., de mieux comprendre leurs différentes représentations liées à la douleur, ainsi que les motifs de poursuite de l'activité musicale en dépit d'elle. Représentations qui renvoient à la notion de plaisir dont il a été question en [1.1.2.3](#). **Quelle définition du travail retenir alors, dans le cas des musiciens professionnels ?** Interrogés en ce sens, ceux-ci recourent à des métaphores. Ils parlent d'expérience de mise à l'épreuve, à l'intérieur de soi, et vis-à-vis de l'autre ; de combat où l'identité est en jeu ; de la poursuite d'un idéal esthétique et d'un idéal de soi (Lamontagne & al., 2018). Le milieu artistique fonctionnerait sur la base de diverses exigences de critères de performance et de constance, le moindre écart pouvant être ressenti comme un échec. Le travail du musicien impose un impératif d'excellence, sorte de norme et de règle professionnelles vécues comme un besoin de montrer son infaillibilité, et exigeant une maîtrise des situations et des comportements liés à l'activité musicale (Lamontagne & al., 2018). S'introduit alors ici la possibilité d'une souffrance détachée d'une quelconque atteinte physique initiale, mais qui peut en être un élément déclenchant. Brusky ajoute que la souffrance naît quand la personne fait face à l'incertitude de son futur. Compte tenu de l'importance identitaire qu'a l'activité musicale pour un musicien, cette crainte d'envisager par anticipation un hypothétique terme subi à sa carrière artistique, se traduit dans son esprit par la fin pure et simple de la vie, telle qu'il l'a connue jusque-là (Brusky, 2009).

1.2.3.3 Travailler dans la douleur

Les définitions précédentes convergent vers l'affirmation que c'est d'abord le corps qui est soumis à l'exigence d'excellence. Si le musicien aime son travail, il va de soi que ce n'est pas la douleur qu'il recherche à travers celui-ci. Cependant, la normalité de la douleur reposerait sur une notion de seuil : serait perçue comme acceptable toute douleur n'affectant pas la capacité à jouer de son instrument de musique. L'expérience que le musicien fait de la douleur durant le jeu est ainsi influencée par les règles et contraintes propres à son métier. Elle ne devient souffrance que si elle entrave le jeu et porte atteinte à la possibilité de répondre aux nécessités musicales. L'importance de la notion de contrôle par rapport à l'identité du musicien a été vue précédemment. Reliée à la gestion des symptômes et à des facteurs occupationnels, cette notion contribue au développement des PRMD ; les musiciens décrivent un haut niveau d'exigence de leur travail, corrélé à peu de contrôle sur plusieurs facteurs qui affectent leur bien-être (Brusky, 2009). C'est donc parce qu'elle est imprévisible que la douleur ferait souffrir le musicien, plus que le fait même de la ressentir. Et parce qu'elle peut avoir des répercussions néfastes sur sa santé mentale, elle ne doit pas être considérée comme une composante normale de la pratique instrumentale, ni comme une fatalité. « Le traitement de la douleur est nécessaire non seulement pour soulager l'instrumentiste, mais aussi parce qu'on sait maintenant que la douleur chronique est un facteur d'anxiété » (Tubiana, 2002, p.134). Ce facteur alimente, chez le musicien professionnel, un terrain déjà propice aux troubles mentaux et psychologiques dans un contexte d'équilibre occupationnel qui pose question.

L'exemple du basson va permettre de contextualiser et de rendre plus concrètes les données exposées ci-dessus.

1.2.4 L'exemple du basson

Instrument rare, qui tient souvent un rôle de soliste (Lehmann, 1995), il est sous-représenté comparativement aux instruments à cordes, et n'a donc fait l'objet que de peu d'études. Au sein de l'orchestre, il a pour mission de « lier entre eux tous les instruments à vent et de donner la plénitude à l'harmonie » (Willent-Bordogni, 1844, p. 3). Cette citation souligne la fonction sociale qu'occupe un instrument au sein d'un ensemble, et donc les rôles sociaux qui

en découlent pour le musicien. La musicienne et chercheuse Paula Brusky a consacré au basson une thèse dans laquelle elle précise que le basson présente de nombreuses caractéristiques qui font que celui qui le joue court un risque très élevé de développer des PRMD (Brusky, 2009).

1.2.4.1 Description organologique, posture et mode de jeu

Les connaissances musicologiques actuelles situent les origines du basson au premier *seicento* italien (Angerhöfer, 2016). Il s'est rapidement diffusé à l'échelle européenne et a connu de multiples transformations. De nombreux instruments portent aujourd'hui le nom de "basson", ce qui implique pour l'ergothérapeute d'en analyser les divergences organologiques (poids, dimensions...) pour bien comprendre les différentes implications biomécaniques qui s'imposent au bassoniste. Des méthodes pédagogiques anciennes exposent la manière de tenir le basson : « l'attitude [doit être] noble et aisée » (Jancourt, 1869, p. 14), « sans raideur ni affectation » (Cornette, 1854, p. 5). Ces informations soulèvent la question de la transmission pédagogique quand se manifestent des PRMD. La posture apparaît dans les sources pédagogiques anciennes comme étant une préoccupation majeure, car elle conditionne le beau son, la bonne aptitude à jouer, et l'agrément apporté au public : « l'artiste doit surtout éviter de faire des grimaces [...]. Ces contorsions sont non seulement offensantes pour la vue, [mais] elles gênent l'exécutant » (Jancourt, 1869, p. 14). Ces indications soulignent l'intime intrication entre les exigences physiques et techniques du jeu musical et ses répercussions sur le plan émotionnel (cf. [Annexe B](#)).

C'est aux membres supérieurs (notamment le gauche) et au cou que revient l'essentiel de la charge de l'instrument. En 1787 déjà, Étienne Ozi (premier professeur de basson du Conservatoire de Paris), écrivait que « l'instrument étant très lourd, il est essentiel de le tenir de manière [à ce] que le poids n'empêche pas l'aisance des deux mains, et l'agilité des doigts » (1800, p. 2). Les membres inférieurs ont également leur importance : « quant aux pieds, il vaut mieux placer le pied gauche un peu en avant ; le corps sera ainsi plus assuré, et la hanche droite se levant un peu plus, le pouce de la main droite agira facilement » (Jancourt, 1869, p.14). La posture de jeu est présentée comme étant asymétrique, et façonne en conséquence le corps du bassoniste au fil de la pratique. Contrairement à d'autres instruments à vent (flûte, hautbois...), la tenue de l'instrument change selon que l'on joue debout ou assis ; lorsqu'il joue

du basson en position assise, l'interprète utilise généralement une sorte de sangle de siège ou une cheville au sol pour supporter le poids de l'instrument. Cela signifie que la charge sur le bras gauche est allégée. Cependant, lorsqu'un bassoniste joue debout, il doit utiliser une sangle de cou. Le fait de jouer debout fait peser toute la charge du basson sur le corps. Jouer debout entraîne également un changement de l'angle de l'instrument, ce qui modifie la position des mains de l'interprète (Brusky, 2009). Chacun des dispositifs déplace le centre de gravité de l'instrument et modifie donc les contraintes qui s'exercent sur les différentes parties du corps.

L'émetteur sonore du basson est une anche double en roseau, dont les différents paramètres (dimensions, densité...) varient d'un instrument à l'autre, en fonction du modèle, du diapason, et des habitudes de l'instrumentiste. « Embouchure intra-orale [...], les lèvres sont toutes deux inversées sur les incisives du haut et du bas » (Icarre, 1994, p. 20). Le jeu avec une anche double crée, pour produire un son, une pression intra-buccale variant du simple au double entre un son de faible intensité et un son de forte intensité. Les pressions d'environ 10 kPa, requises pour produire des sons aigus et forts sur le basson, imposent à l'instrumentiste une tension physiologique importante [...], ainsi qu'une élévation de la concentration en dioxyde de carbone dans les poumons (Fletcher, 2000, p. 3). L'activité musculaire de la face se fait par ailleurs en synergie avec celle de la sphère abdominale qui régit la respiration (Fry, 1986).

Seul instrument de l'orchestre à solliciter simultanément les dix doigts pour le jeu, un basson moderne possède entre vingt-trois et trente-trois clefs. Les pouces ont à naviguer entre un minimum de quatre clefs pour le droit et neuf clefs pour le gauche. Une étude datant de 1993 a montré que plus le nombre de doigts requis pour jouer d'un instrument était important, plus le risque de blessure était élevé (Brusky, 2009). Les combinaisons de doigtés du basson sont connues pour être plus complexes que celles de tout autre instrument occidental, avec plusieurs possibilités pour une même note. Ce niveau de difficulté exacerbe la tension musculaire et augmente la probabilité de PRMD, ce qui fait dire avec le musicien Eugène Jancourt que, concernant les dispositions générales pour le jeu du basson, ce dernier « demande une bonne constitution » (Jancourt, 1869, p. 14).

1.2.4.2 Les risques liés à la pratique du basson

D'après l'International Bassoonist Questionnaire (IBQ) élaboré par Brusky, les bassonistes présentent une prévalence de blessures parmi les plus élevées chez les instrumentistes (Brusky, 2009). Ces données justifient l'idée que plus l'instrument est imposant, plus les risques sont importants. Du fait que les muscles de la face (langue, palais) sont extrêmement actifs (Fry, 1986), il est à noter la présence de troubles spécifiques au niveau de la sphère oro-faciale (Alvarado & al., 2010; Tubiana, 2002; Chong & al., 1989; Pegurier, 1994). Ces troubles se produisent principalement au niveau des lèvres, en contact avec l'anche (douleurs, perte de tonus) et du larynx. La pression exercée pour assurer l'hermétisme de l'embouchure peut également amener une légère déformation des dents (Guilbert, 1998). (cf. [Annexe B](#) pour le détail des réponses à l'IBQ).

Tous les éléments engagés dans le maintien de la colonne d'air peuvent également supporter des blessures : « souffler dans un instrument à vent entraîne une action abdomino-thoracique, puis laryngo-pharyngée, musculo-faciale et labiale [...]. Ces muscles à fibres rouges obéissent aux mêmes lois physiologiques que ceux de leur catégorie. Ils encourent les mêmes risques suite à un surmenage (spasmes, crampes, claquage) » (Guilbert, 1998, p. 20). Ajoutons à cela que le bassoniste fabrique généralement ses propres anches et/ou intervient sur le grattage à l'aide d'outils. Ces tâches, indirectement liées au jeu, ajoutent à une posture contraignante des mouvements répétitifs et potentiellement dangereux pour les mains du musicien (usage de couteau, cutter, gouge). La combinaison de tous ces facteurs au cours d'une production musicale permet à Brusky d'affirmer que le risque de PRMD est élevé (2009).

Cette étude succincte du basson amène à poser le constat que le risque de développer un problème de santé dépend davantage de la nature de l'instrument que du niveau de pratique (professionnel ou amateur). L'étude détaillée des caractéristiques de chaque instrument doit donc être faite par le prisme des particularités morphologiques de chaque musicien. De cette analyse de l'activité découleront les modalités de prise en soin les plus adaptées aux personnes.

1.3 Prise en soin de la santé du musicien professionnel

1.3.1 Approches non encadrées par des professionnels de santé

1.3.1.1 Approches non médicamenteuses

D'après Brusky, l'attitude prédominante adoptée par les musiciens face à leurs troubles est le déni (Brusky, 2009), ce qui est confirmé par la tendance à normaliser la douleur évoquée en [1.2.2.3](#). L'anxiété et l'appréhension conduisent par ailleurs à la mise en place de rituels qui, pour Sarah Maier, « font partie intégrante de la vie d'artiste » (2022, p. 26). Ils sont « de l'ordre du mystique ou de la superstition pour certains, ou des routines bien ancrées pour d'autres ». Pour l'auteure, les habitudes de vie et rituels « agissent comme un point de repère et apportent un sentiment de sécurité, et donc de confiance ». Ils sont « un pont entre le monde de tous les jours et celui de la scène », et permettent au musicien de « maîtriser une infime partie dans l'immaîtrisable [...], dans un psychisme souvent saturé et anxieux ». Ces rituels peuvent vite devenir obsessionnels et se transformer en TOC. Lorsque l'artiste ne peut les mettre en place, son monde s'écroule et le concert peut devenir un moment de supplice. « Ces manies envahissent tout l'espace musical, détruisent les heures de travail, pouvant aller jusqu'à remettre en question nos capacités » (Maier, 2022, p. 26).

1.3.1.2 Approches médicamenteuses

Pour faire face à l'anxiété de performance, de nombreux musiciens rapportent recourir à des bêta-bloquants (Brusky, 2009; Tubiana, 2002), sans supervision médicale pour 70 % d'entre eux (Denelsky, 1998; Hinkamp & al., 2017). 37 % des bassonistes impliqués dans l'étude de Brusky déclarent consommer des anti-inflammatoires, ce qui contribue à la croyance erronée que les PRMD ont nécessairement une base inflammatoire (Brusky, 2009). Dans la synthèse de la revue de littérature de Palle sur les consommations de substances psycho-actives (SPA) en milieu professionnel, le SSV fait partie du « trio de tête du classement [des consommateurs] selon le niveau de prévalence pour les différentes substances, qu'elles soient licites ou illicites » (2015, p. 4). Il occupe la première place pour ce qui est de la consommation des substances illicites. Cet état de fait peut s'expliquer par la précarité des emplois et la pression à laquelle sont soumis ces salariés sur les plans physique, psychologique et émotionnel. Plusieurs études montrent en effet que la consommation de SPA est favorisée par « les horaires [de travail] irréguliers ou décalés, le stress, l'insécurité d'emploi » (Palle, 2015, p. 10).

1.3.2 Approches encadrées par des professionnels de santé

Selon Betzl & al., seuls 28 % des musiciens interrogés ayant consulté un professionnel médical estimaient avoir reçu un traitement satisfaisant (2020, p. 639). Chez d'autres, seuls 40 % des instrumentistes se présentant à une consultation spécialisée pour musiciens recevaient un diagnostic précis ; 40 % décrivaient des douleurs diffuses et 20 % souffraient de troubles psychologiques émotionnels (Tubiana, 2002). D'où une forme de distance méfiante envers le corps médical, qui s'expliquerait par le fait que :

- la souffrance soit intégrée comme une norme dans la pratique musicale (Tubiana, 2002) ;
- dans le modèle biomédical, les professionnels s'appuient sur des faits observables et mesurables. Les tests diagnostiques des TMS utilisés sont rarement valides et fiables, mais les professionnels leur donnent plus de crédit qu'aux dires des musiciens, pourtant mieux placés pour évaluer leur propre état (Brusky, 2009; Zaza & al., 1998) ;
- la méconnaissance des PRMD et le fait que l'examen clinique en dehors du jeu soit en général normal ont conduit à minimiser l'importance de ces pathologies aux conséquences parfois si dramatiques sur le plan professionnel (Joubrel & al., 2001).

Généralement, les professionnels consultés prescrivent un traitement symptomatique et un arrêt de jeu, sans considérer le musicien dans sa complexe globalité. Selon Fry, les mesures de soins symptomatiques (anti-inflammatoires, relaxants musculaires, sédatifs, acupuncture, psychothérapie), ne semblent pas influencer l'évolution des troubles dans le cas d'un syndrome de sur-utilisation (1986). Ce que confirme Tubiana, en expliquant que « le syndrome de surmenage ne répond pas aux anti-inflammatoires. Ce dernier demande avant tout la mise au repos de la partie douloureuse du membre, en évitant une immobilisation totale prolongée qui a des effets désastreux sur le psychisme des musiciens » (2002, p. 133). Pour les raisons identitaires évoquées précédemment, le repos absolu prescrit aux musiciens est rarement observé, et les professionnels de santé qui conseillent une cessation complète, bien que temporaire, risquent souvent de ne plus revoir le patient (Hinkamp & al., 2017).

De ce survol détaillé des problématiques de santé de l'instrumentiste professionnel, il ressort que la prise en compte de la dimension subjective des troubles vécus, et la considération de l'attachement du musicien à l'activité musicale sont les points cruciaux d'une bonne compréhension et d'une prise en soin satisfaisante. Lorsque le musicien perçoit une dégradation de sa capacité à jouer et du ressenti qu'il a de son identité musicale, les atteintes,

physiques ou psychologiques, se muent en une réelle atteinte occupationnelle (Brusky, 2009). C'est alors que l'ergothérapeute, expert dans l'analyse et la mise en balance de la santé et de l'activité, peut se positionner et apporter un autre regard.

1.4 Point d'étape sur la problématique de recherche

Les sources précédemment consultées proviennent de deux principaux champs d'expertise : des revues écrites par des médecins, pour tout ce qui touche au domaine biomédical, et des documents ou recherches issus du milieu de la santé au travail pour les thématiques occupationnelles. C'est le modèle biomédical qui domine actuellement l'approche des problématiques de santé du musicien. Les ergothérapeutes ne signent que très peu d'écrits probants sur ce sujet. Ils ne sont pas cités parmi les professionnels de santé pouvant prendre en soin cette population, si l'on s'en réfère au site de Thalie Santé qui est, depuis 2021, le service de prévention et de santé au travail pour les intermittents du spectacle (Thalie Santé, s. d.). L'attention se focalise souvent sur les troubles physiques qui orientent naturellement vers le modèle biomédical et des spécialistes du corps (médecins, kinésithérapeutes). Pourtant, la confrontation des données recueillies appelle à recourir à une approche plus systémique, qui ferait dialoguer simultanément :

- des éléments relatifs à la bio-mécanique et à l'équilibre psychologique ;
- des données liées à l'environnement et à la nature de l'activité musicale ;
- des enjeux et obligations découlant des politiques de santé au travail.

Les éléments décrits précédemment légitiment l'hypothèse selon laquelle les ergothérapeutes sont, de par leur formation et leur approche bio-psycho-sociale centrée sur la personne et basée sur l'activité, les professionnels sans doute les mieux habilités à proposer aux musiciens la compréhension et l'accompagnement dont ils ont besoin. Il convient cependant d'interroger les critères d'élaboration et les modalités de cet accompagnement.

1.5 Approche en ergothérapie

1.5.1 La question des modèles conceptuels

La collecte et l'analyse des données préliminaires à la rédaction de cet écrit ont fait ressortir la difficulté qu'il y a à choisir un modèle conceptuel permettant d'appréhender les

problématiques de santé de l'instrumentiste professionnel. Dans le champ de l'ergothérapie, le modèle de l'Occupational balance présente un intérêt certain. Il permet de mettre en avant les dynamiques relationnelles entre santé et activité, à travers la notion de "flow" (Jonsson & Persson, 2006). Cependant, l'absence d'outils d'évaluation et d'intervention aux qualités psychométriques reconnues conduit à préférer le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (cf. [Annexe C](#)), à défaut d'un modèle construit spécifiquement pour cette population si particulière. Conceptualisé par Gary Kielhofner (Université de Laval, s. d.), c'est un modèle propre aux ergothérapeutes. Il a l'avantage non seulement d'offrir une approche évolutive des situations, en introduisant notamment la notion centrale d'adaptation occupationnelle (cf. [Glossaire](#)), mais il permet aussi de prendre en considération la complexité dynamique des vases communicants que sont la personne, son activité et son environnement. Dans le cas du musicien, la puissante ascendance que l'activité musicale exerce sur sa santé se manifeste de manière flagrante. L'importance de l'environnement tant humain que matériel, dont fait partie l'instrument de musique, est également prépondérante. Les trois domaines identifiés par le MOH (Être occupationnel, Agir occupationnel, Environnement) sont donc très poreux dans le quotidien du musicien, et fortement intriqués dans le façonnage, la fragilisation et la sauvegarde de son identité.

1.5.1.1 Compétences et actes professionnels

L'ergothérapeute est un professionnel de santé dont l'activité est réglementée par les articles R4331-1 à R4331-18 du Code de la Santé Publique (Chapitre 1er : Ergothérapeute (Articles R4331-1 à R4331-18), s. d.). Il intervient sur prescription médicale et peut réaliser plusieurs actes professionnels pour apporter, par une démarche à la fois globale et précise, une réponse adéquate aux besoins des musiciens en matière de santé (cf. [Annexe D](#)).

1.5.2 Proposition d'intervention en ergothérapie

Cet écrit s'intéresse à une population professionnelle et à l'influence qu'exercent mutuellement santé et activité dans son contexte propre. La partie précédente a montré que les ergothérapeutes figuraient parmi les professionnels reconnus pour intervenir dans le champ de la santé au travail, et qu'ils étaient reconnus comme les « spécialistes du rapport entre l'activité et la santé » (ANFE, s. d.). Les sources consultées rapportent cependant une méconnaissance des musiciens à l'égard de l'ergothérapie, en tant que discipline pouvant les

aider dans la gestion de leurs problématiques de santé. Réciproquement, les ergothérapeutes ne se perçoivent pas comme spécialement indiqués pour prendre en soin les musiciens. Si le recueil d'informations à ce sujet fera l'objet de l'enquête de terrain, il convient d'ores et déjà de réfléchir au cadre qui pourrait être celui d'une intervention d'ergothérapeute auprès de la population musicienne professionnelle.

1.5.2.1 Cadre d'intervention

Le premier cadre d'intervention identifiable est le contexte de travail du musicien (maison d'opéra/d'orchestre, établissements de formation). Plusieurs auteurs défendent l'idée

qu'il n'existe pas de syndrome de surmenage chez les instrumentistes sans "dysfonction" ; l'usage prolongé des muscles est le plus souvent bien supporté s'il se fait dans de bonnes conditions physiologiques. Il devient en revanche plus rapidement douloureux s'il existe des attitudes vicieuses, des antécédents pathologiques touchant l'appareil moteur ou un défaut de stabilité articulaire (Tubiana, 2002, p. 132).

Brusky précise que les activités normales ne provoquent pas de changements physiques délétères, jusqu'à ce qu'elles soient accomplies avec un inhabituel niveau de vitesse, d'intensité et/ou de durée, ce qui amène à les considérer alors comme anormales (2009). Ce constat appelle à focaliser l'attention sur :

- la prévention des risques liés à une pratique qui serait en discordance avec la constitution particulière de la personne, et pourrait faire émerger des troubles ;
- la mise en œuvre d'un plan de rééducation dans le cas où des troubles seraient installés.

Ces deux domaines incluent également une intervention possible sur l'environnement, le mode de vie du musicien, et sur tout ce qui pourrait contribuer à la restauration de la qualité de pratique et de l'état de santé. Dans le cadre de ses interventions, l'ergothérapeute peut donc jouer un rôle de premier plan dans l'articulation d'une pratique instrumentale intensive avec les paramètres propres aux différentes dimensions de la personne.

La santé au travail

La législation française impose aux employeurs de tout mettre en œuvre pour préserver la santé physique et mentale ainsi que la sécurité des salariés (CCNESPSV du 3 février 2012, 2012). En parallèle, tout salarié a pour obligation de « prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa propre santé et sécurité » (Ministère de la Culture, 25

s. d.). Le système de “santé au travail” vise à prévenir les RPS ayant des effets délétères sur les individus (stress, dépression, conduites addictives, violences, pathologies psychosomatiques) (OPALE, 2008). Les RPS sont encore peu reconnus dans le milieu culturel et peuvent recouvrir différentes formes. L’Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail mentionne notamment le stress et l’épuisement professionnel comme des risques de premier plan.

Plusieurs organismes sont impliqués en France dans la santé au travail : l’ANACT, l’ARACT et l’INRS (cf. [Glossaire](#)) agissent à un niveau général, tous secteurs confondus. Pour le SSV, le Ministère de la Culture (et son Conseil national des professions du spectacle), Thalie Santé et le site Prévention Spectacle disposent de nombreuses ressources en libre consultation.

Dans le cadre du SSV, ce sont deux conventions collectives nationales qui font référence pour garantir la santé au travail des musiciens. Les clauses sont à peu de chose près les mêmes que celles des secteurs professionnels plus traditionnels (visite médicale d’information, actions de prévention...). Une étude de 2006 rapporte que les taux de gravité et de fréquence des accidents du travail pour le secteur des arts du spectacle étaient largement inférieurs à la moyenne nationale des autres secteurs : 0,49 % contre 1,27 % pour la gravité, et 8,92 % contre 25,7 % pour la fréquence (Larcher & al., 2009). Ces chiffres, issus de la Caisse Nationale de l’Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), soulignent l’incohérence criante qu’il y a entre, d’une part, la reconnaissance officielle très médiocre des pathologies professionnelles des musiciens, et d’autre part la forte prévalence des PRMD et autres troubles psychologiques directement liés à la pratique instrumentale. Ils posent question sur la place de la prévention au sein du SSV, le sous-investissement et les difficultés de la médecine du travail à la mettre en œuvre. Engager des actions de prévention suppose de pouvoir accéder à la population concernée, d’en connaître les déterminants et de pouvoir la suivre dans le temps. Or, la population musicienne est par essence mouvante et hétérogène. Le musicien exige une prévention sur mesure, élaborée à partir de et pour sa singularité. De plus, le secteur artistique regroupe essentiellement des “métiers-passion”. Sophie Broyer estime que le SSV accuse une bonne vingtaine d’années de retard en matière de prévention des RPS (Gelin-Monastier, 2021). Comparativement au Canada (The Performing Art Programm) ou à l’Allemagne (Institute of Music Physiology and Musician’s Medicine) par

exemple, où des programmes d'études spécifiques sont développés depuis plusieurs décennies, la France peine à s'engager dans une politique d'envergure. Quelques initiatives privées existent (Clinique du Musicien de Paris, Association Opale...) mais elles ne sont pas fédérées dans une démarche de santé publique. Faute de trouver de quoi prévenir leurs besoins au sein de leur milieu professionnel, les musiciens se tournent souvent vers des méthodes de « facilitation gestuelle » (Tubiana, 2002, p. 223) (Technique Alexander, méthode Feldenkrais), qui leur permettent d'acquérir des clefs de compréhension et de contrôle supplémentaire de leur corps. Le renforcement de ce pouvoir de contrôle est important (cf. [1.1.2.2](#)), et quelques études rapportent que la Technique Alexander constitue un outil efficace pour faire face à l'anxiété de performance (Klein & al., 2014). Mais cette approche reste focalisée sur le corps et ne permet pas de prendre en considération une situation globale.

1.5.2.2 Outils d'évaluation

Partant du modèle du MOH, l'ergothérapeute intervenant auprès de musiciens dispose de plusieurs outils satisfaisant aux critères métrologiques de validité et de standardisation, principalement des auto-évaluations et des entretiens semi-structurés (cf. [Annexe C](#)). Ils interrogent par différents angles d'approche l'équilibre occupationnel du répondant, sa perception et son niveau de satisfaction dans la réalisation de ses rôles et activités. La question de l'équilibre occupationnel est particulièrement intéressante dans le cas du musicien professionnel, car une unique activité occupe une place prépondérante en termes de temps et d'implications dans la qualité de vie et la santé de la personne.

Auto-évaluations :

- **la liste des rôles**
- **le NIH Activity Record (ACTRE)**
- **l'Occupational Self-Assessment (OSA)**

Entretiens semi-structurés :

- **l'Occupational Performance History Interview-II (OPHI-II)**
- **la Work Environment Impact Scale (WEIS)**
- **le Worker Role Interview (WRI)**

Le WRI et la WEIS semblent être particulièrement pertinents pour la prise en soin du musicien, et la compréhension de son rapport au travail qu'est l'activité musicale.

1.6 Problématisation et question de recherche

Les chapitres précédents ont permis :

- de décrire les caractéristiques de la population de musiciens d'orchestre professionnels ;
- de mettre en avant les problématiques de santé qui lui sont propres ;
- d'identifier l'ergothérapie comme pertinente pour répondre à ces problématiques ;
- de mettre en lumière les incohérences et manquements du système français de santé au travail face aux besoins de cette population particulière.

Ils ont aussi permis de montrer que les principales difficultés de prise en soin des musiciens tenaient à :

- la forte empreinte identitaire de l'activité musicale, qui est aussi l'exercice professionnel ;
- l'instabilité temporelle et spatiale de cet exercice, qui rend la mise en œuvre de la politique de santé au travail (prévention et suivi) très compliquée ;
- la méconnaissance et la non-reconnaissance réciproques entre musiciens et ergothérapeutes.

A partir de ces éléments, la problématique de recherche peut être formulée de la manière suivante :

Quelle place l'ergothérapeute pourrait-il occuper dans le système de santé français (prévention, soin...), pour améliorer l'accompagnement du musicien d'orchestre professionnel dans la gestion de sa santé ?

Six entretiens de terrain menés auprès de professionnels impliqués dans la santé des musiciens, entre le 6 et le 27 mars 2023, ont permis d'apporter à cette question des éléments et des pistes de réponse. La [partie Méthodologie](#) qui suit présente les différentes thématiques explorées et les hypothèses éprouvées au travers des entretiens.

Méthodologie

La présente étude est une recherche qualitative exploratoire, menée sous forme d'entretiens semi-directifs auprès de six personnes choisies pour leur expertise, leur expérience et/ou leur engagement sur tout ou partie du sujet. Une septième personne avait été sollicitée mais elle n'a pas confirmé son intérêt initial.

2.1 Objectifs de l'enquête de terrain

Cinq thématiques de recherche ont été délimitées et identifiées par un code couleur. Elles visaient à répondre aux objectifs suivants :

Thématique 1 : les musiciens d'orchestre professionnels

Objectif : préciser les caractéristiques de la population étudiée

Thématique 2 : les problématiques de santé des musiciens professionnels

Objectif : mieux cerner les problématiques de santé du musicien professionnel

Thématique 3 : les professionnels impliqués dans la prise en soin des musiciens

Objectif : identifier les professionnels et leurs pratiques

Thématique 4 : santé au travail et prévention pour les musiciens professionnels

Objectif : comprendre le fonctionnement du système de santé au travail des musiciens

Thématique 5 : l'ergothérapie pour les musiciens

Objectif : comprendre ce que l'ergothérapie peut apporter aux musiciens

2.2 Déroulement de l'enquête

La procédure de recrutement et de passation s'est concrétisée de la manière suivante :

- établissement des critères d'inclusion, d'exclusion et de non-inclusion des répondants ;
- identification et choix des personnes à interroger via des recherches sur internet ;
- première prise de contact par mail, annonçant l'objet et les besoins de la recherche ;
- élaboration des guides d'entretien ;
- validation des guides d'entretien par le tuteur de mémoire ;
- confirmation par mail des modalités d'échange, envoi du formulaire de consentement, prise de rendez-vous ;

- la veille de l'entretien, envoi par mail d'un lien sécurisé de visio-conférence ou confirmation du rendez-vous de visu ;
- réalisation et enregistrement de l'entretien.

2.2.1 Choix et présentation de la population

Six personnes ont été interrogées :

- 5 professionnels de santé : 2 ergothérapeutes (E1 et E2), 1 kinésithérapeute (K1), 1 médecin généraliste (D1), 1 psychologue (P1) ;
- 1 responsable de projets au sein de Thalie Santé (T1).

Ce choix d'explorer l'expérience de professionnels issus de milieux différents fait écho à la diversité de provenance des sources consultées. La littérature rapporte en effet que l'écosystème de soin entourant les musiciens requiert la mobilisation et la collaboration de nombreuses compétences.

Une présentation détaillée de ces personnes est consultable en [Annexe F](#). Elles ont été choisies selon des :

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion	Critères d'exclusion
CI-1 : Professionnel de santé exerçant auprès de musiciens, et ayant pour eux un intérêt spécifique	CNI-1 : Professionnel de santé n'ayant pas d'intérêt pour les musiciens, ni de formation spécifique	CE-1 : Professionnel n'ayant pas d'expérience clinique suffisante pour que les données soient exploitables
CI-2 : Professionnel exerçant en France ou pays frontaliers et francophones	CNI-2 : Professionnel exerçant hors Europe	/
CI-3 : Professionnel autre que de santé, impliqué dans l'organisation de la médecine du travail pour les musiciens	CNI-3 : Professionnel de soin non reconnu au niveau étatique, exerçant en indépendant	CE-3 : Professionnel non impliqué/engagé dans le système de santé/ prévention au travail des musiciens
	CNI-4 : Musicien professionnel	

Tableau 1 - Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion

La Clinique du Musicien à Paris ainsi que le Pôle Santé Bergère, deux structures (l'une privée, l'autre publique) se réclamant d'une spécialisation pour la santé des musiciens, ont également été sollicitées, mais n'ont pas donné suite.

2.2.2 Aspects éthiques et méthode d’investigation

Un formulaire explicatif visant à recueillir le consentement des participants a été envoyé par mail en amont des entretiens (cf. [Annexe I](#)). Ces derniers ont été menés dans le respect de la confidentialité et sous le sceau de l’anonymat. Les enregistrements des conversations ont été détruits après retranscription. Le genre des répondants a également été uniformisé par le masculin. Sur les six entretiens, deux ont été menés de visu autour d’une table de salon (E1) ou de café isolée (D1). Les autres ont été réalisés par visio-conférence. Leur durée a varié de 25 min. (P1) à 62 min. (E1), en fonction des contraintes des répondants. Les entretiens se sont globalement déroulés sans incident, mis à part ceux en visio-conférence qui ont été brièvement interrompus suite à une défaillance technique récurrente. Au début de chaque entretien, le sujet était succinctement réintroduit et le consentement à l’enregistrement des propos sollicité une nouvelle fois.

2.2.3 Choix et élaboration des outils d’investigation

Les entretiens ont été menés suivant un guide élaboré expressément pour chacune des professions, à partir des cinq thématiques sus-exposées (cf. [Annexe G](#)). L’ordre des questions fut le même, bien que des allers-retours eussent parfois été nécessaires afin d’approfondir les réponses formulées. Cette méthode d’investigation permet de conserver une certaine souplesse au fil de la conversation, tout en assurant des réponses attendues. Chaque thématique fut détaillée en plusieurs questions hiérarchisées par ordre d’importance. Toutes ne furent pas posées à tous les répondants. Ce procédé garantit un socle commun minimum de réponses pouvant être comparées entre elles, tout en laissant ouverte la porte à des considérations et des approfondissements plus personnels.

2.2.4 Méthode de traitement et d’analyse des données

Après la retranscription de chaque entretien au plus près des verbatim, l’établissement de grilles d’analyse (cf. [Annexe H](#)) permet de comparer les données recueillies :

- une grille générale, présentant les occurrences des thématiques pour chaque répondant ;
- des grilles de plus en plus sélectives, propres à chaque thématique, reprenant les questions des guides d’entretien et les réponses de chacun des répondants.

Un code d'identification fut attaché à chaque sous-thématique (T1A, T1B...). Un travail de synthèse permit ensuite de faire émerger les éléments de consensus entre les différents témoignages, ainsi que les divergences et les points à approfondir. Les données sont restituées dans la [partie Résultats et Analyse](#).

2.3 Biais, limites et difficultés liés à la méthodologie

2.3.1 Liés aux critères de choix des répondants

- En n'interrogeant que des professionnels ayant choisi de s'impliquer délibérément auprès des musiciens, le niveau de connaissance des soignants « tout-venant », sans formation ni intérêt spécifiques, n'a pas été exploré.
- Ce biais instaure d'autre part une sorte de cristallisation autour de la population musicienne, qu'il convient de remettre en balance avec la population globale, dans le contexte d'un système de soins plus général.
- Le Pôle Santé Bergère (dépendant du Groupe Audiens et dédié aux professionnels de la culture, de la communication et des médias) n'ayant pas donné suite à nos sollicitations, les acteurs de santé institués par les pouvoirs publics pour prendre en soin les musiciens n'ont pas été interrogés. La compréhension de l'adéquation des services disponibles avec les besoins des musiciens est donc imparfaite.

2.3.2 Liés aux thématiques abordées

- Les questions portant sur l'intérêt et l'importance de l'ergothérapie vis-à-vis des musiciens étant formulées par une étudiante de cette discipline, les répondants ont pu d'une certaine manière se sentir contraints d'y répondre positivement, et ce malgré un appel à la franchise et à la liberté de parole. Il convient donc de relativiser leurs avis, qu'il serait intéressant de pouvoir croiser avec des réponses obtenues de manière plus objective.

2.3.3 Liés à la passation et au traitement des données

- Une mauvaise connexion internet lors de l'entretien avec P1 a rendu l'échange peu confortable, les propos se chevauchant par moment ;

- Le renouvellement de la formulation des questions quand des précision étaient nécessaires, tout en restant dans des questions ouvertes. Vient alors la notion de la limite jusqu'à laquelle on doit chercher à obtenir les informations que l'on suppose et espère ;
- Les guides d'entretien pré-établis apportaient des cases structurantes pour la passation et l'analyse des données. Néanmoins, ce cadre constitue également une limite, et un biais inhérent à la méthode choisie qui rend plus difficile l'intégration d'informations non anticipées ;
- Enfin, le temps de retranscription des entretiens, qui a été considérable, 1 h. pour 10 min.

Résultats et Discussion

Les résultats ont été organisés de manière thématique, en fonction des objectifs de recherche. Sont présentés dans un premier temps les éléments faisant consensus entre les répondants ; dans un second temps, les éléments de dissension. [L'Annexe K](#) rassemble une sélection plus étoffée de verbatim classés thématiquement.

3.1 Analyse comparative des résultats des entretiens

3.1.1 Éléments de consensus

Thématique 1 : sur ce qui distingue un instrumentiste d'un non musicien/sportif/chanteur

- les musiciens instrumentistes constituent une population atypique qui possède des besoins de santé bien particuliers, du fait de l'activité musicale qui les a conditionnés dans un certain rapport au monde, une certaine hiérarchie de valeurs. Elle n'est assimilable ni à la population sportive, ni même à celle des chanteurs (T1A).

« C'est un truc qui est complètement intrinsèque à eux [...]. Qu'elle soit bonne ou mauvaise, c'est une nécessité » (E1) ; « Il a en permanence sa musique avec lui » ; « C'est sa façon de vivre ses activités » (E2) ; « Ce besoin il est [...] presque viscéral » (P1).

- l'instrument de musique occupe une place décisive dans le façonnage de la personnalité et du corps du musicien. Il est un prisme, un médium de relation au monde et au corps.

« Chez le chanteur, il n’y a pas ce rapport-là, [cette interface corps-instrument] puisque l’instrument est à l’intérieur du corps » (E1).

- l’hégémonie de l’activité musicale dans le profil occupationnel d’un musicien la place au centre des préoccupations, des valeurs et des attentes de ce dernier. Elle est à la fois cause (de ses troubles et de sa satisfaction à vivre) et finalité de ce qu’il entreprend (le travail ou le soin). La santé, comme n’importe quelle autre composante de la vie du musicien, est subordonnée à la possibilité de pouvoir jouer librement (T1B, T1C, T1D).

« La force et la vulnérabilité, c’est la même [...], c’est la passion de vouloir jouer » (E1) ; « Le besoin de jouer passe avant tout le reste » (P1).

- ce besoin de jouer fait du musicien une personne particulièrement investie et observante des traitements, car il est motivé par son désir de retrouver un rapport satisfaisant à l’activité musicale.

« Il a une motivation, un engagement dans le traitement [...], et puis beaucoup d’exigence vis-à-vis de lui-même » (E2) ; « Ce qui est génial avec les musiciens c’est qu’ils sont extrêmement investis [...]. Vous pouvez lui donner... tout ce que vous voulez, il le fera » (K1) ; « Le musicien il est persévérant [...], il est franc dans sa musique, donc il fait les choses correctement » (D1).

- le musicien vit dans un rapport ambivalent à son corps. La vision de l’homunculus de Penfield prend ici tout son sens, puisque ce sont les structures corporelles en contact direct avec l’instrument (mains, lèvres) qui suscitent généralement des inquiétudes en matière de santé.

« Il peut être très attentif à ses douleurs, notamment des membres supérieurs [...]. Et en même temps, il peut être complètement négligent sur [...] la santé un peu en général » (D1).

Thématique 2 : les problématiques de santé des musiciens professionnels

- l’état de santé des musiciens est difficile à appréhender. Leur hygiène de vie et leur intérêt pour la santé ne diffèrent pas vraiment de ceux du reste de la population. C’est l’activité musicale qui polarise toute leur attention. Lorsqu’une pathologie en lien avec celle-ci survient, le diagnostic est difficile à établir car la physiopathologie qui vaut pour les non-

musiciens n'est pas assez spécifique pour décrire et comprendre leurs troubles. Il y a de ce fait de nombreuses erreurs et errances de diagnostic (T2A, T2B, T2C).

« Il n'y a pas de bases solides sur la santé des musiciens [...]. Ça reste cantonné à : faites des croix où vous avez mal » (E1) ; « Tendinite ça veut tout et rien dire » (E2) ; « Ils viennent neuf fois sur dix pour une tendinite [...], et en fait, c'est très rarement une tendinite [...]. Vous avez tout un tas de "désordres", c'est le nom qu'on leur donne parce qu'on ne sait pas comment les qualifier autrement » (K1).

- le stress, tant physique que psychologique, est le facteur déterminant de l'émergence de troubles, aux différents âges du musicien. La douleur est également omniprésente.

« Des problèmes de sommeil souvent [...]. Et il y a le stress quoi (*pires*), pas mal de stress » (E2) ; « Des problèmes [...] d'hygiène de vie [...], de trac, de stress... Ils sont quand même très stressés [...]. La vulnérabilité c'est le stress, ça c'est clair. Pour moi ça [les] fragilise énormément [...], c'est difficile à gérer [...]. Ils mangent mal [...], ils sont inquiets, ils se font mal en jouant » (D1) ; « La douleur, le musicien est capable de jouer des années en ayant mal » (K1) ; « Ils ont mal » (D1) ; « Parce que j'ai trop mal » (E1).

- le motif de consultation le plus récurrent est la gêne dans le rapport à l'instrument et l'impossibilité de pratiquer comme ils le veulent, autrement dit une limitation occupationnelle (TD2).

« Ils veulent pouvoir jouer comme avant, sans douleur, sans difficultés » (E1) ; « Sans hésiter, c'est la limitation de jeu [...], ils ne veulent surtout pas que le son soit moins bien en fait » (K1).

Thématique 3 : sur les professionnels qui entourent les musiciens et sur leurs interventions

- la pratique fréquente de disciplines psycho-corporelles révèle que les musiciens sont en recherche d'une approche complémentaire à leur formation pour appréhender différemment leur rapport au corps et à l'instrument (T3A).

« Un ostéo [...], et après des méthodes naturelles, de bien-être. Donc Feldenkrais, Alexander et yoga » (E1) ; « Vous avez quand même beaucoup chez les musiciens [...] une propension à aller faire de la Technique Alexander, du Feldenkrais, du Pilates, du yoga... » (K1).

- le médecin généraliste n'est souvent consulté qu'en dernier recours, et dans le cas où une prescription médicamenteuse est nécessaire. Il y a une absence manifeste de connaissance et de suivi de la part des médecins traitants envers les musiciens. Les réponses apportées aux demandes des musiciens ne sont que rarement adaptées à leurs besoins (T3B).

« Certains vont voir des ostéos, des kinés, et après un médecin (*rires*) » (D1) ; « Les professionnels de santé "c'est non" [...], il y a une désertification complète des musiciens dans un système de santé » (E1) ; « L'encadrement médical il est quasi inexistant. Donc ils sont très seuls, face à la gestion de leur santé » (K1) ; « Moi j'ai vu des psys, des psys ! dire à des artistes : "c'est normal de souffrir, c'est parce que c'est comme ça que vous pouvez créer". On en est encore là chez certains » (T1).

- les professionnels de santé doivent être formés à la spécificité du musicien, et avoir eu eux-mêmes une expérience pratique de la musique (T3C).

« Il faut être musicien aussi, pour [...] parler le même langage » (E2) ; « Il faut avoir des compétences un peu quand même en musique » (D1) ; « Ça nécessite de la formation [...], d'avoir une spécialité pour mieux appréhender ces problèmes » (K1).

- le musicien doit être placé au cœur de la démarche de soin, sans protocole a priori. Elle-même doit tenir compte des attentes musicales, afin de conserver l'adhésion et le plein engagement du musicien (T3D ; T3F).

« Être à l'écoute de leurs problématiques, à l'écoute de chacun d'entre eux » (P1) ; « Que vous soyez un peu "dans leur camp" aussi » (K1) ; « Je pense qu'il faut les prendre au sérieux en fait » (D1).

- aucun professionnel ne recourt à des protocoles ou des outils d'intervention spécifiques standardisés. Les rares outils existants sont mal adaptés, et n'apportent pas l'efficacité attendue. Chaque professionnel procède donc à sa manière propre, même si observation à l'instrument, écoute du musicien et rééducation par la pratique sont les trois piliers de la prise en soin.

« Qui dit protocole dit case, et donc on passe à côté de certaines choses » (E1) ; « On extrapole des outils plutôt dédiés à d'autres publics [...]. Aujourd'hui, [pour] un overuse syndrome, on n'a pas un protocole-type, qu'on sait être efficace pour 100 % des musiciens » (K1) ; « Moi

j'aime bien au départ discuter [...]. Et puis après ce qui est le plus pertinent, c'est vraiment l'observation du musicien à son instrument » (E2) ; « J'examine d'abord, et ensuite je vois comment ils jouent à l'instrument et après on en discute » (D1).

Thématique 4 : sur le système de santé au travail et de prévention des musiciens

- la prévention des troubles liés à la pratique instrumentale est à l'unanimité un élément incontournable pour favoriser la santé des musiciens (T4C).

« Elle est indispensable. Pour moi s'il n'y a pas de prévention, on en arrive à des scores de 80% des musiciens qui ont des pathologies » (E1) ; « La prévention, ça c'est mon combat, vraiment » (K1) ; « Je pense qu'effectivement c'est très important, et qu'il y a un vrai besoin auprès de cette population » (P1) ; « Pour rendre attentif que le corps, il n'est pas "esclavable" » (E2).

- les dispositifs existants ne sont pas ou mal connus des professionnels de santé (T4B).

« Il y en a, mais ça ne va pas être des choses en continu. Il va y avoir une intervention ponctuelle. Et derrière, il y a très peu de suivi » (E1) ; « Je ne suis pas sûr qu'il y ait grand-chose de mis en place » (P1) ; « Je ne sais pas [...]. Je ne suis pas sûr qu'ils aient grand-chose » (D1).

- les musiciens se sentent globalement peu concernés par la prévention, à l'instar de la population générale, alors que leur pratique professionnelle présente des risques majeurs pour la santé. Les professeurs n'y viennent que par souci envers leurs élèves, sans y voir d'abord d'utilité pour eux-mêmes (T4E).

« Je pense qu'on a entre 2 et 3 % de musiciens qui s'intéressent à la prévention [...]. Si on dit à un musicien qui n'a pas de douleur : "viens faire un programme de prévention", il va te dire "désolé, mais là... là j'peux pas. J'ai mon chien à sortir quoi" (*rires*) (E1) » ; « Vous avez le public de professeurs en conservatoire qui est réceptif, mais finalement pas en termes de prévention primaire pour eux ; mais plutôt à titre pédagogique, pour leurs élèves [...]. Je suis très bien accueilli par l'administration. Je le suis beaucoup moins par les musiciens, quand c'est une obligation d'être présent. Donc c'est toujours un défi assez monumental, la première fois que je vais dans un orchestre parce que j'ai face à moi des gens que ça embête d'être là, clairement » (K1) ; « Le problème qu'il y a – et notamment en santé, mais ça ne

concerne pas que les musiciens ni que les intermittents –, c'est que tu ne vas commencer à t'intéresser à ta santé que quand elle est dégradée (T1) ».

- le manque de moyens financiers, les difficultés de communication et d'accès à la population sont les obstacles majeurs à la mise en œuvre d'actions de prévention (T4F).

« Je pense que c'est inhérent à la notion même de prévention. La prévention coûte de l'argent [...]. Il y a une méconnaissance importante des dispositifs [...]. Aujourd'hui, pour aller toucher un musicien, ça reste compliqué » (T1) ; « Ils avaient voulu refaire ce cours [de prévention] et ça n'a pas suivi au niveau du budget du conservatoire » (E2).

Thématique 5 : l'ergothérapie et les musiciens

- l'analyse de l'activité et l'observation à la tâche sont les principales forces et ressources de l'ergothérapeute pour intervenir auprès de musiciens dont les troubles résultent spécifiquement d'une activité (T5B et T5C).

« La capacité d'analyse de quelque chose de très précis, qui est très lié au corps, mais dans un contexte beaucoup plus général d'une personne humaine [...]. Notre grande force, c'est notre analyse d'une activité, et notamment d'un geste » (E1) ; « Je pense que c'est justement, notre possibilité de passer par l'activité [...]. Je crois que vraiment notre force c'est ça, c'est que : on peut vraiment faire jouer les gens, et puis observer dans l'activité ; ça on l'a quoi ! L'analyse d'activité [...]. Si la problématique de vos douleurs elle vient d'un geste ou d'une posture, il faudra forcément à un moment donné passer par [l'ergothérapie] » (E2).

- aucun des deux ergothérapeutes interrogés ne déclare appuyer sa pratique sur un modèle conceptuel spécifique.

« Je n'ai pas assez été suffisamment formé aux modèles conceptuels, pour pouvoir dire que je base ma pratique sur un modèle en particulier [...]. En fait je ne me retrouve pas dans les modèles qui existent » (E1).

- la collaboration de plusieurs disciplines autour de la personne du musicien est indispensable pour lui proposer un accompagnement et des soins à la hauteur de ses besoins (T5D).

« C'est typiquement le type de patient qu'on ne peut pas prendre d'un point de vue purement analytique [...]. Moi je prône vraiment la pluridisciplinarité pour la prise en charge des musiciens » (K1) ; « Le physique étant lié malgré tout au psychique, l'approche globale est quand même très intéressante dans l'accompagnement [des musiciens] » (P1) ; « Je pense qu'il faut travailler en équipe oui, ça c'est sûr. En fait, à plusieurs, c'est vraiment intéressant. Parce que tout seul on n'a pas toutes les infos, donc c'est vraiment intéressant d'avoir l'avis d'un tel, des imageries s'il en faut... » (D1) ; « Ne pas imaginer que tout seul, tu vas pouvoir tout régler, parce que ce n'est pas vrai » (T1).

3.1.2 Éléments de dissension

Thématique 3 : sur les professionnels qui entourent les musiciens et sur leurs interventions

- la notion d'équilibre, dans les activités et les différentes dimensions de la personne (corps et psyché), n'est pas si simple à appréhender dans le cas du musicien. Elle est abordée par les professionnels de manière différente, ce qui oriente aussi différemment la finalité de la prise en soin (T3D).

« En fait il n'y a rien d'équilibré dans [l'activité musicale]. C'est-à-dire que par essence, ça ne sera pas équilibré » (E1) ; « On est plutôt dans la recherche d'un équilibre, physique, émotionnel [...], mais aussi familial » (P1) ; « On essaie d'équilibrer, en termes "d'égalité". Et ça, moi je trouve que c'est impossible de... d'appliquer ça à un musicien » (E1).

- certains professionnels formulent le besoin de pouvoir se référer à un cadre théorique précis, et d'autres au contraire préfèrent se laisser guider par l'observation, en ne s'appuyant que sur des connaissances a priori de bio-mécanique.

« La manière dont j'aborde le musicien justement, j'essaye de m'enlever en fait toutes les représentations que j'ai de l'instrument, et de la technique instrumentale, pour vraiment analyser la manière dont il fait le geste et la manière dont il me parle de son geste » (E1) ; « Si je reçois un musicien au cabinet, il faut que je sache ce qu'il fait, quel est son répertoire, et comment il joue. Et en fonction, j'ai déjà une idée du problème qu'il va avoir » (D1).

Thématique 4 : sur le système de santé au travail et de prévention des musiciens

- la temporalité des interventions de prévention divise également les répondants. Si tous s'accordent pour dire que c'est la prévention primaire qui est à privilégier, elle est dans les faits inopérante, voire inexistante. L'âge-cible d'intervention idéal reste à préciser (T4D).
« Dès que le gamin il commence la musique, il faudrait déjà le préparer à se tenir correctement » (D1) ; « Mettre le paquet [...] dès le début de l'apprentissage » (E1) ; « L'adolescence » (E2) ; « La première année de CNSM [...] et le moment où les musiciens vont intégrer un orchestre » (K1).

Thématique 5 : l'ergothérapie et les musiciens

- l'ergothérapie est peu ou mal connue par les professionnels de santé et les personnes impliqués dans la prise en soin des musiciens. Ceux qui reconnaissent l'ergothérapie comme pertinente et nécessaire pour les musiciens sont les professionnels qui travaillent déjà avec des ergothérapeutes, et qui en ont donc une connaissance a priori. Ce qui souligne le fait qu'il y a encore beaucoup à faire au niveau de la diffusion de connaissances sur cette profession (T5A).
« De toutes façons, le médecin, il ne sait pas ce que c'est l'ergo » (E1) ; « L'ergothérapie je ne connais pas grand-chose » (D1) ; « Moi l'ergothérapie je l'ai connue dans le polyhandicap » (T1) ; « La place de l'ergo est monumentale, j'en suis convaincu » (K1).

3.2 Discussion

3.2.1 Confrontation des résultats en rapport aux études théoriques

La confrontation des études théoriques aux résultats précédents confirme que :

- les musiciens instrumentistes constituent bien une population atypique, mouvante, et complexe à appréhender ([1.1](#)). Elle est hautement exposée à des problèmes de santé liés à sa pratique professionnelle, du fait notamment de stress omniprésent ; bien qu'étant un ressort adaptatif de la physiologie, ce dernier constitue aussi un facteur majeur de survenue de troubles et a des répercussions tant psychiques que physiques ([1.2](#)) ;
- le système de santé, et de santé au travail en particulier tel qu'il existe actuellement en France, n'offre pas aux musiciens de prise en charge satisfaisante. Il n'y a pas d'outil ni de moyen adapté au traitement de leurs problématiques de santé ([1.3](#)) ;

- parce que les troubles dont souffrent les musiciens sont directement liés à une activité (jouer d'un instrument de musique), l'ergothérapeute a, de par son identité professionnelle, toute sa place parmi les acteurs impliqués dans la santé de ces personnes ([1.5](#)).

Deux concepts centraux émergent alors pour envisager la problématique :

- celui de "risque", tout d'abord : « danger [ou] inconvénient plus ou moins prévisible » (CNRTL, s. d.), inhérent à une activité que les personnes interrogées qualifient de « vitale », « d'intrinsèque », de « nécessaire » pour le musicien. Dans un contexte de vie animale, sauvage, l'acceptation du danger ou des inconvénients inhérents à la prise de risque est justifiée par la nécessité d'accéder à une ressource dont l'absence prolongée aboutirait à la mort de l'individu. Or, jouer d'un instrument de musique semble bien être pour le musicien aussi essentiel que satisfaire à un besoin dont dépend sa survie.
- celui "d'activité" : ce « déploiement actuel du pouvoir [...] d'action efficace », ce « caractère de [...] l'être, envisagé sous le rapport [...] de sa volonté d'agir », et qui est « l'exercice ou [la] manifestation concrète de ce pouvoir » (CNRTL, s. d.). Une activité résulte d'un choix, orienté vers un but ; elle exprime l'engagement, l'identité et la capacité d'une personne à exercer son libre-arbitre dans la conduite de sa propre vie. Le concept d'activité est pour l'ergothérapie riche de sens, fonde son existence même.

Risque et activité cohabitent étroitement dans le quotidien du musicien. L'on peut se demander alors, face à cet apparent paradoxe, quelles sont les possibilités d'action d'un système de santé au travail dont la finalité est précisément d'agir sur le risque, de le minimiser, voire de l'abolir (cf. [Annexe K, p.LXIX](#)). Cette finalité est de préserver une santé, une vie : celle du musicien, dont il a été montré que la qualité dépend fondamentalement de la possibilité de réaliser librement cette même activité... à risque.

Qu'est-ce qui pousse donc un musicien à accepter les risques (et leur concrétisation) d'une activité non innée, culturellement définie, assimilée sur plusieurs décennies au prix d'un apprentissage contraignant et laborieux ? Comment expliquer qu'il soit vital pour le musicien de jouer de son instrument, et que ce besoin soit étranger au non-musicien, bien

qu'appartenant tous deux à une seule et même espèce ? De quelle manière cette activité, consacrée par un choix professionnel, a-t-elle pu basculer au fil des ans d'un statut extrinsèque à un statut intrinsèque à la personne ?

C'est sans doute dans l'articulation des deux concepts de "risque" et "d'activité" que réside la compréhension de la problématique de santé des musiciens, et plus globalement l'appréhension de la nature du musicien. Ressurgit alors la question des modèles conceptuels abordée en [1.5.1](#) : quel modèle peut aujourd'hui permettre de comprendre le processus d'assimilation, d'intégration au sens premier, d'une activité a priori étrangère et artificielle qui, pratiquée quotidiennement durant plusieurs années, se transmue en composante essentielle de la personne, malgré des risques évidents pour la santé de celle-ci ?

Si le MOH peut aider à comprendre les raisons qui motivent une personne à devenir musicienne, et les obstacles qu'elle peut rencontrer dans l'accomplissement de ses choix, la présente discussion met bien en lumière l'absence d'un modèle conceptuel apte à décrire la relation particulière qui unit le musicien à son art et à son instrument. L'établissement d'un modèle spécifique permettrait à la fois de comprendre la nature et les comportements particuliers de la population musicienne, mais surtout d'élaborer un système de santé qui lui serait adapté.

3.2.2 Intérêts et limites de l'étude

Les principaux intérêts de cette étude sont :

- de s'intéresser à une population pour ainsi dire négligée par l'ergothérapie française : les musiciens d'orchestre professionnels ;
- de faire un point sur l'état de santé de ces instrumentistes, en centralisant d'importantes données issues de secteurs de recherche variés (médical, sociologique...) ;
- de mettre en lumière leurs besoins dans une perspective de santé publique, à savoir : être accompagnés par des professionnels spécialisés, ayant ou ayant eu eux-mêmes l'expérience de la pratique instrumentale ;
- de confronter les sources et l'expérience des professionnels issus de différentes disciplines de soins, afin de rendre compte de la pluralité des approches et de faire ressortir les enjeux dominants ;
- d'esquisser quelle peut être la place de l'ergothérapeute auprès de cette population.

Les principales limites sont que :

- l'état actuel de la recherche ne permet pas de s'appuyer exclusivement sur des données récentes et ciblées. Les sources retenues présentent un certain éclectisme qui échappe à la plus grande rigueur scientifique, et impose de ne pas généraliser les résultats sans nuance. À titre d'exemple, la dernière enquête recensée par l'INRS portant sur les pathologies chez les musiciens d'orchestre date de 1996 (V & M, 1996) ;
- la volonté de porter le regard le plus exhaustif possible sur les problématiques de santé du musicien professionnel fait qu'il a été difficile de choisir un angle d'entrée, de s'y restreindre, et d'élaborer une méthodologie rigoureuse de bout en bout ;
- le nombre d'ergothérapeutes interrogés en entretien est relativement faible, et ne permet pas de se rendre compte de la manière dont la plupart de ces professionnels se positionnent au regard des problématiques de santé des musiciens ;
- les possibles interventions de l'ergothérapeute auprès des musiciens n'ont pas été décrites en détail (évaluation, rééducation fonctionnelle, aménagement du poste de travail...).

3.3.3 Retour sur la question de recherche initiale

Suite à l'exploration de la littérature, la problématique initiale de cette étude a été précisée en ces termes : « Quelle place l'ergothérapeute pourrait-il occuper dans le système de santé français (prévention, soin...), pour améliorer l'accompagnement du musicien d'orchestre professionnel dans la gestion de sa santé ? » Après avoir montré la réalité d'un besoin en santé publique et l'absence de réponse adéquate, il est souhaitable de tendre vers la mise en œuvre du fruit de ces recherches par des actions concrètes, en formulant la question suivante : « Quelles sont les conditions nécessaires à l'intégration de l'ergothérapeute au système de santé au travail des instrumentistes professionnels ? »

A cette fin, plusieurs pistes de recherche mériteraient d'être explorées :

- le manque criant de données d'ampleur récentes sur l'état de santé des instrumentistes professionnels, en France, invite d'abord à mettre à jour le champ épidémiologique ;
- l'élaboration d'un modèle conceptuel assorti d'outils métrologiques satisfaisants, pour faciliter l'intervention auprès des musiciens, semble plus que nécessaire ;

- un travail de mise en relation et de reconnaissance réciproque des ergothérapeutes et des musiciens, permettrait de valoriser les compétences des premiers et d'améliorer la santé des seconds, par un accompagnement adéquat.

Pour ce qui est de la prévention des risques au travail, le code du travail s'est enrichi le 2 août 2021 d'un article (L. 4141-5) présentant un "passeport de prévention" rattaché au compte personnel de formation (CPF). Ce passeport « concerne spécifiquement la prévention des risques en santé et sécurité au travail » (Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, s. d.), et vise à mettre en relation salarié (ou demandeur d'emploi), employeur et organisme de formation. Ce passeport doit entrer en service courant 2023. Il sera intéressant d'en suivre le développement, et de voir s'il a été pensé d'une manière spécifique pour les salariés du SSV. Et enfin, d'interroger s'il n'y a pas là une place de choix pour les ergothérapeutes...

Conclusion

Les différents éléments développés au cours de ce mémoire ont mis en lumière les problématiques de santé des instrumentistes professionnels des répertoires dits "classiques", population peu connue car difficile à étudier, et mal intégrée au système de santé français. Il y a présentement un vide dans la prise en compte de leur santé, notamment du fait du caractère atypique des troubles dont ils peuvent souffrir. Ce vide existe, tant dans le circuit des soins conventionnels que dans celui de la médecine du travail, qui peine à mettre en œuvre des actions efficaces. Il peut cependant être comblé par l'ergothérapie, actuellement absente, à la fois en préventif et en curatif. L'ergothérapeute est en effet le chaînon manquant, indispensable à la conduite d'un accompagnement centré sur la personne du musicien et fondé sur son activité musicale, au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Comme il a été montré précédemment, cette activité musicale occupe une place si prépondérante dans la vie du musicien que la santé de ce dernier ne peut être envisagée sans elle.

Afin de pouvoir entreprendre des interventions en santé efficaces et basées sur les preuves, il est nécessaire de mener en France des recherches scientifiques plus poussées au sujet des musiciens. Chaque instrument impose en effet des contraintes spécifiques et mérite une étude à part entière. De même pour les différents répertoires, qui conditionnent les pratiques et les troubles qui en découlent. De plus, parce que la formation « est un outil majeur de la connaissance par le salarié de ses obligations mais aussi des risques qu'il peut être amené à rencontrer » (Ministère de la Culture, s. d.), le développement massif d'actions de prévention des risques au sein des établissements de formation musicale et des orchestres professionnels semble plus que pertinent. L'ergothérapeute pourrait être un acteur majeur de ces interventions. Il serait donc utile à cette fin de promouvoir l'ergothérapie auprès des centres d'apprentissage de la musique et de valoriser la capacité des ergothérapeutes à répondre aux besoins des musiciens. Enfin, de récentes recherches en neurosciences attestent des « super-pouvoirs de la musique » (ARTE, s. d.; Chardon et al., 2021; Musilience, s. d.). Toutefois, pour profiter de ses bienfaits et pouvoir s'épanouir, le musicien a besoin d'un environnement exempt de stress. Sur tous les facteurs extra-musicaux qui pourraient porter atteinte à la santé de celui-ci et qui sont les principaux risques du métier, l'ergothérapeute est à même d'intervenir efficacement, afin que la musique reste une précieuse ressource permettant de préserver et de restaurer la santé de celui qui s'y adonne.

Bibliographie

- Alvarado, C., Breton, I., Lefebvre, C., Derfouti, P., & Goudot, P. (2010). Étude des douleurs dentaires et cervico-faciales chez les instrumentistes à vent. *Médecine des Arts*, 71.
- ANFE (s. d.). Qu'est ce que l'ergothérapie. *Association nationale française des ergothérapeutes*.
https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Angerhöfer, G. (2016). Basson. In *Die Musik in Geschichte und Gegenwart*. MGG Online.
<https://www-mgg-online-com.mediatheque-cnsmdl.idm.oclc.org/mgg/stable/12082>
- ARTE (s. d.). *Les super pouvoirs de la musique*. ARTE. <https://www.arte.tv/fr/videos/105588-000-A/les-super-pouvoirs-de-la-musique/>
- Association OPALE (s. d.). *Découvrir l'intermittence*.
<https://www.opale.asso.fr/article193.html>
- Beriel. (s. d.). Trouble obsessionnel compulsif. *MedG*. <https://www.medg.fr/trouble-obsessionnel-compulsif-toc/>
- Betzl, J., Kraneburg, U., & Megerle, K. (2020). Overuse syndrome of the hand and wrist in musicians : A systematic review. *Journal of Hand Surgery (European Volume)*, 45(6), 636-642. <https://doi.org/10.1177/1753193420912644>
- Brusky, P. (2009). *Performance Related Musculoskeletal Disorders in Bassoon Players* [A thesis submitted in partial fulfillment of requirements for the degree of PhD in performance, Sydney Conservatorium of Music - The University of Sydney].
https://sydney.primo.exlibrisgroup.com/permalink/61USYD_INST/12rahnq/alma991029006459705106
- CCNESPSV du 3 février 2012, (2012).
https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000028157262
- Chapitre 1er : Ergothérapeute (Articles R4331-1 à R4331-18).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178634/
- Chardon, F., Tillman, B., & Bigang, E. (2021). *La Symphonie neuronale: Vol. N° 129*.
<https://www.cairn.info/magazine-cerveau-et-psycho-2021-2-page-93b.htm?ref=doi>
- Chong, J., Lynden, M., Harvey, D., & Peebles, M. (1989). Occupational health problems of musicians. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 35, 2341-2348.
- CNRTL (s. d.). *ACTIVITÉ : Définition de ACTIVITÉ*. Centre National de Ressources Textuelles et

- Lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/activit%C3%A9>
- CNRTL (s. d.). *RISQUE : Etymologie de RISQUE*. <https://www.cnrtl.fr/etymologie/risque>
- Coler, P. (2018). *L'intermittence dans le spectacle—Construire des conditions de travail adaptées* (Hauts-de-Seine Initiative).
- Cornette, V. (1854). *Méthode de basson*. Paris : Colombier.
<https://imslp.org/wiki/Special:ReverseLookup/569310>
- Delorme, D. & al. (2019). *Prévention dans le spectacle vivant*. Les Nuits de Fourvière.
<https://www.prevention-spectacle.fr/categorie-ressource/actes-des-rencontres/>
- Delorme, D. & al. (2021). *Prévention dans le spectacle vivant*. Les Nuits de Fourvière.
<https://www.prevention-spectacle.fr/categorie-ressource/actes-des-rencontres/>
- Denelsky, G. (1998). L'anxiété de performance et l'artiste-interprète. *Médecine des Arts*, 25, 25.
- Fletcher, N. (2000). Exigences physiologiques du jeu des instruments à vent. *Médecine des Arts*, 34, 3.
- Fry, H. (1986). Overuse syndrome in musicians : Prevention and management. *The Lancet*, 328(8509), 728-731. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(86\)90242-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(86)90242-4)
- Gasenzer, E. R., Klumpp, M.-J., Pieper, D., & Neugebauer, E. A. M. (2017). The prevalence of chronic pain in orchestra musicians [Text/html]. *GMS German Medical Science; 15:Doc01*.
<https://doi.org/10.3205/000242>
- Gelin-Monastier, P. (2021, octobre 6). *Risques psychosociaux : Le grand chantier du spectacle vivant*. Profession Spectacle. <https://www.profession-spectacle.com/risques-psychosociaux-le-grand-chantier-du-spectacle-vivant/>
- Gilloots, E. (2006). Souffrance et douleur. *Gestalt*, 30(1), 23-32.
<https://doi.org/10.3917/gest.030.0023>
- Guilbert, L. (1998). Traitement manuel bucco-dentaire chez les instrumentistes à vent. *Médecine des Arts*, 25, 19-21.
- Hinkamp, D., Morton, J., Krasnow, D. H., Wilmerding, M. V., Dawson, W. J., Stewart, M. G., Sims, H. S., Reed, J. P., Duvall, K., & McCann, M. (2017). Occupational Health and the Performing Arts : An Introduction. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 59(9), 843-858. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001052>
- Icarre, A. (1994). La classification stomatologique des instruments à vent. *Médecine des Arts*,

8, 20-22.

IFSI (s. d.). *Cours ifsi—Entre douleur et souffrance*. Infirmiers.com.
<https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/cours-ifs-entre-douleur-et-souffrance>

INSEE (s. d.). *Revenu salarial – France, portrait social | Insee*.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797602?sommaire=4928952>

Jancourt, E. (1869). *Méthode théorique et pratique pour le basson, Op. 15*.
<https://imslp.org/wiki/Special:ReverseLookup/395722>

Jonsson, H., & Persson, D. (2006). Towards an Experiential Model of Occupational Balance : An Alternative Perspective on Flow Theory Analysis. *Journal of Occupational Science*, 13(1), 62-73. <https://doi.org/10.1080/14427591.2006.9686571>

Joubrel, I., Robineau, S., Pétrilli, S., & Gallien, P. (2001). Pathologies de l'appareil locomoteur du musicien : Étude épidémiologique. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 44(2), 72-80. [https://doi.org/10.1016/S0168-6054\(00\)00063-5](https://doi.org/10.1016/S0168-6054(00)00063-5)

Klein, S. D., Bayard, C., & Wolf, U. (2014). The Alexander Technique and musicians : A systematic review of controlled trials. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14(1), 414. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-414>

Kok, L. M., Huisstede, B. M. A., Voorn, V. M. A., Schoones, J. W., & Nelissen, R. G. H. H. (2016). The occurrence of musculoskeletal complaints among professional musicians : A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(3), 373-396. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1090-6>

Lamontagne, V., Gilbert, S., Courchesne, C., & Bélanger, C. (2018). L'expérience de la douleur et de la souffrance chez les musiciens d'orchestre: *Bulletin de psychologie, Numéro 555(3)*, 643-655. <https://doi.org/10.3917/bupsy.555.0643>

Larcher, C., Charpoutier, A., Ganem, Y., Zana, J. P., Chardon, C., & Grusenmeyer, C. (2009). *Arts du spectacle et risques professionnels* (dossier médico-technique TC 130, n°120; Documents pour le Médecin du Travail, p. 421-436). INRS.

Lehmann, B. (1995). L'envers de l'harmonie. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 110(1), 3-21. <https://doi.org/10.3406/arss.1995.3158>

Maïer, S. (2022). Le rituel. *La Lettre du Musicien*, 563, 26.

Ministère de la Culture (s. d.). *L'organisation de la prévention des risques : Une responsabilité*

- de l'employeur et du salarié. <https://www.culture.gouv.fr/Thematiques/Theatre-spectacles/Pour-les-professionnels/Prevention-des-risques-et-securite-dans-le-spectacle-vivant-et-enregistre/L-organisation-de-la-prevention-des-risques-une-responsabilite-de-l-employeur-et-du-salarie>
- Ministère des Solidarité et de la Santé (s. d.). *DEERGO - Référentiel d'activités | VAEInfo*. <https://vae.asp-public.fr/vaeinfo/deergo-referentiel-dactivites>
- Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion (s. d.). *Portail d'information du Passeport de prévention*. <https://passeport-prevention.travail-emploi.gouv.fr/>
- Musilience (s. d.). *Musique et santé musilience-quand-la-musique-nous-lie.s2.yapla.com/fr*. Musilience, quand la musique nous lie. <https://musilience-quand-la-musique-nous-lie.s2.yapla.com/fr/musique-et-sante>
- Observatoire des métiers du spectacle vivant (2019). *Tableau de bord statistique*. Observatoire prospectif des métiers, des qualifications et des compétences du spectacle vivant. www.cpnefsv.org
- Opale (2021). *Prévenir les risques psychosociaux dans le secteur du spectacle (...)*—Association Opale. <https://www.opale.asso.fr/article749.html>
- Ozi, E. (1800). *Nouvelle méthode de Basson*. Paris: Boyer, Mme Le Menu. <https://imslp.org/wiki/Special:ReverseLookup/511194>
- Palle, C. (2015). *Synthèse de la revue de littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel* (N° 2015-05; p. 12). Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
- Pegurier, E. (1994). *Instrumentistes à vent, quels sont vos problèmes de santé ? Enquête*. 8, 6-10.
- Rodríguez-Gude, C., Taboada-Iglesias, Y., & Pino-Juste, M. (2023). Musculoskeletal pain in musicians : Prevalence and risk factors – a systematic review. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 29(2), 883-901. <https://doi.org/10.1080/10803548.2022.2086742>
- Taborsky, C. (2007). Musical Performance Anxiety : A Review of Literature. *Update: Applications of Research in Music Education*, 26(1), 15-25. <https://doi.org/10.1177/87551233070260010103>
- Thalie Santé (s. d.). *Fiches artistiques*. www.thalie-sante.org

- Therry, C. (2004). *La conscience du corps dans le jeu instrumental* [Mémoire de fin d'études]. CEFEDM Bretagne - Pays de la Loire.
- Tubiana, R. (2002). *Pathologie professionnelle des musiciens*. Elsevier.
- Université de Laval (s. d.). Liste des rôles | Outil d'évaluation. *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/liste-des-roles/>
- Université de Laval (s. d.). Modèle de l'occupation humaine—5e édition. *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>
- Université de Laval (s. d.). *Modèle-de-loccupation-humaine-final_WEB.jpg (Image JPEG, 2358 × 1423 pixels)—Redimensionnée (45%)*. https://crmoh.ulaval.ca/wp-content/uploads/2020/10/Mod%C3%A8le-de-loccupation-humaine-final_WEB.jpg
- Université de Laval (s. d.). OPHI-II | Outils d'évaluation. *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/ophi-ii/>
- Université de Laval (s. d.). OQ | Outils d'évaluation. *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/oq-actre/>
- Université de Laval (s. d.). OSA | Outils d'évaluation. *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/osa/>
- Université de Laval (s. d.). WEIS | Outils d'évaluation. *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/weis/>
- Université de Laval (s. d.). WRI | Outils d'évaluation. *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/wri/>
- V, T., & M, T. (1996). Pathologies chez les musiciens d'orchestre : Enquête dans la région Rhône-Alpes. 17. *Pathologies chez les musiciens d'orchestre : enquête dans la région Rhône-Alpes*. 17. <https://portaildocumentaire.inrs.fr/Default/doc/SYRACUSE/107309/pathologies-chez-les-musiciens-d-orchestre-enquete-dans-la-region-rhone-alpes-17>
- Wikipédia (2022). Santé au travail. In *Wikipédia*. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sant%C3%A9_au_travail&oldid=191986444#cite_note-1
- Willent-Bordogni, J.-B.-J. (1844). *Méthode complète pour le basson*. Paris: Troupenas. Plate T.M. 1501. <https://imslp.org/wiki/Special:ReverseLookup/567971>

Zaza, C., Charles, C., & Muszynski, A. (1998). The meaning of playing-related musculoskeletal disorders to classical musicians. *Social Science & Medicine*, 47(12), 2013-2023. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00307-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00307-4)

Zaza, C., & Farewell, V. T. (1997). Musicians' playing-related musculoskeletal disorders : An examination of risk factors. *American Journal of Industrial Medicine*, 32(3), 292-300. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0274\(199709\)32:3<292::aid-ajim16>3.0.co;2-q](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0274(199709)32:3<292::aid-ajim16>3.0.co;2-q)

Annexes

Table des annexes

Annexe A – Compléments relatifs aux troubles physiques	II
Annexe B – Compléments relatifs au basson	IV
Annexe C – Compléments relatifs au Modèle de l’occupation humaine	VII
Annexe D – Référentiel de compétences et d’activités de l’ergothérapeute	XV
Annexe E – Accord du 29 juin 2009, relatif à la santé au travail	XXIII
Annexe F – Questions de recherche	XXXV
Annexe G – Présentation des répondants aux entretiens	XXXVII
Annexe H – Guides d’entretien vierges	XLII
Annexe I – Grilles d’analyse vierges	LII
Annexe J – Formulaire de consentement vierge	LV
Annexe K – Tableau thématique des résultats	LVII

Annexe A – Compléments relatifs aux troubles physiques

Playing-related musculoskeletal disorders

Leur prévalence est difficile à établir, du fait du mode d'enquête utilisé auprès de la population. Il faut ainsi tenir compte du biais des études, menées pour la majorité sous forme d'auto-questionnaires. Il est probable que les répondants aient été les personnes se sentant concernées par la question des PRMD. La prévalence semble cependant varier entre 37 % et 87 % (Brusky, 2009), pouvant même atteindre 89 % dans la revue systématique menée en 2020 par Betzl & al. (2020). Les sujets les plus touchés sont relativement jeunes, entre 30 et 45 ans (Joubrel & al., 2001). Toutes les études analysées rapportent que les femmes sont plus exposées aux PRMD que les hommes (Rodríguez-Gude & al., 2023 ; Zaza & Farewell, 1997). Les hypothèses explicatives avancées tiennent à la taille de leurs mains, plus petites, à une moindre force musculaire, à une laxité et une instabilité articulaires plus délétères, ainsi qu'à une susceptibilité au stress plus marquée (Brusky, 2009 ; Chong & al., 1989). C'est l'association d'une force et d'une répétitivité excessives qui est dans tous les cas à l'origine des atteintes (Zaza & Farewell, 1997).

Les PRMD incluent « toute douleur, faiblesse, engourdissement, picotement ou autre symptôme qui interfère avec la capacité de jouer d'un instrument au niveau auquel le musicien est habitué » (Brusky, 2009). Ils peuvent également se manifester par des distorsions de perceptions sensorielles (Betzl & al., 2020). Il convient ici de bien comprendre que ce n'est pas la nature du trouble qui délimite cette catégorie, mais bien sa cause, qui réside dans une activité et un contexte d'apparition précis : la pratique instrumentale. Leurs manifestations sont donc variées, et communes à d'autres contextes.

Les PRMD regroupent :

- les troubles musculo-squelettiques (TMS) : cf. [Glossaire](#)
- les atteintes neurologiques : syndromes de compression et syndromes canaux (canal carpien, canal de Guyon, syndrome du défilé thoraco-brachial, radiculopathies cervicales, épicondylites) (Joubrel & al., 2001 ; Tubiana, 2002). Elles se développent généralement chez les personnes ayant une faiblesse par prédisposition génétique, elle-même aggravée par la pratique instrumentale (Chong & al., 1989 ; Fry, 1986).
- la dystonie de fonction : phénomène cortical (Bird, 2013), d'origine neurologique centrale, extrêmement handicapante. Sa prévalence est chez les musiciens inférieure à 10 %.

Contrairement aux autres PRMD, il n’y a pas de douleur physique, mais “seulement” une perte fonctionnelle de la commande volontaire du mouvement (Betzl & al., 2020).

- les troubles de l’audition : acouphènes et pertes d’acuité, dont la survenue est corrélée à la durée d’exposition à la source sonore (Chong & al., 1989). Ils sont selon Tubiana plus présents que dans la population générale (Tubiana, 2002).
- les troubles de vision : la pratique instrumentale impose une posture inhabituelle de la tête et contraint les capacités d’adaptation de l’appareil oculaire (Tubiana, 2002). Elle exige également une coordination entre vision proche (partition) et vision lointaine (chef d’orchestre, collègues) dans un contexte lumineux parfois mal adapté.
- les troubles cutanés : on rencontre des lésions des extrémités digitales causées par les cordes, hyperhidrose, dermites allergiques (Tubiana, 2002).

Chaque PRMD est défini individuellement par celui qui l’éprouve, avec la base commune qu’il s’agit d’un « trouble sérieux et chronique, échappant au contrôle du sujet » (Zaza & Farewell, 1997). Les PRMD sont décrits par les musiciens comme sévères (sensation de brûlure, douleurs fulgurantes, spasmes), inhabituels dans leur localisation et la nature de la sensation, et hors de leur contrôle et de leur pouvoir d’agir. Ils constituent « une limite, une entrave ou une gêne physique, qui détourne l’attention du musicien de l’objet musical ; leurs manifestations corporelles ont des répercussions sur les capacités d’attention, de concentration » (Zaza & al., 1998). C’est donc une définition subjective de la limitation (Zaza & al., 1998), qui entraîne des répercussions significatives sur la santé mentale et le bien-être du musicien.

Paula Brusky a identifié plusieurs attributs permettant de distinguer les troubles liés au jeu instrumental des troubles non liés au jeu (libre traduction d’après P. Brusky (2009)) :

PRMD	Douleurs et atteintes communes
1) le jeu est affecté	1) le jeu n’est pas affecté
2) les symptômes sont chroniques	2) les symptômes surviennent juste le temps d’un instant
3) les symptômes sont sévères	3) les symptômes sont mineurs et disparaissent rapidement
4) les symptômes sont inhabituels	4) les symptômes sont communs
5) déterminés de manière personnelle	5) elles sont partagées par la population générale

Tableau 2 - Attributs perçus des PRMD vs Attributs perçus des atteintes communes (d’après P. Brusky (2009))

Annexe B – Compléments relatifs au basson



Figure 1 - Fagott, planche de *Musicalisches Theatrum*, gravure sur cuivre de Christoph Weigl, Nuremberg, 1722

Éléments de pédagogie

Outre la description précise du placement de chaque main et chaque doigt (Jancourt, 1869; Ozi, 1800; Willent-Bordogni, 1844), Willent-Bordogni précise que « les coudes ne doivent jamais toucher au corps », et qu'il faut permettre aux doigts « d'agir librement et de conserver toute leur élasticité » (Willent-Bordogni, 1844).

Pour Jancourt : « L'élève doit éviter avec soin tout ce qui pourrait exercer une influence fâcheuse sur sa santé ; il ne faut pas qu'il étudie trop longtemps. Lorsqu'il se sent les lèvres ou les poumons fatigués, il doit cesser à l'instant. Il est aussi contraire de jouer aussitôt après avoir mangé, en raison de la pression des poumons. Il faut alors mettre un intervalle d'une heure ou deux à la rigueur ; il en est de même pour tous les instruments à vent » (Jancourt, 1869).

International bassoonist questionnaire (IBQ) : présentation et résultats

Élaboré par Paula Brusky dans le cadre de sa thèse (Brusky, 2009), l'IBQ lui a permis de récolter auprès de 212 bassonistes (amateurs et professionnels) des informations dans dix domaines.

1. Type de troubles et de PRMD vécus par les bassonistes
2. Fréquence des troubles et des PRMD au sein de la population de bassonistes
3. Sévérité des PRMD
4. Localisation des PRMD
5. Durée des PRMD
6. Traitements appliqués
7. Facteurs contributifs au développement des PRMD
8. Perceptions de la communauté de bassonistes au regard des PRMD
9. Régime d'exercice des bassonistes
10. Informations démographiques

Tableau 3 - Domaines explorés par l'IBQ (libre traduction, d'après Brusky, 2009)

Les résultats rapportent que :

- la douleur est le PRMD dominant (78 %),
- 75 % des bassonistes continuent à jouer malgré la blessure,
- la tendinite est le diagnostic le plus fréquemment posé (54 %), mais comme vu précédemment, il peut être erroné,
- 66 % des répondants décrivent l'occurrence de plus d'un symptôme de PRMD ; 11 % expérimentent simultanément six symptômes

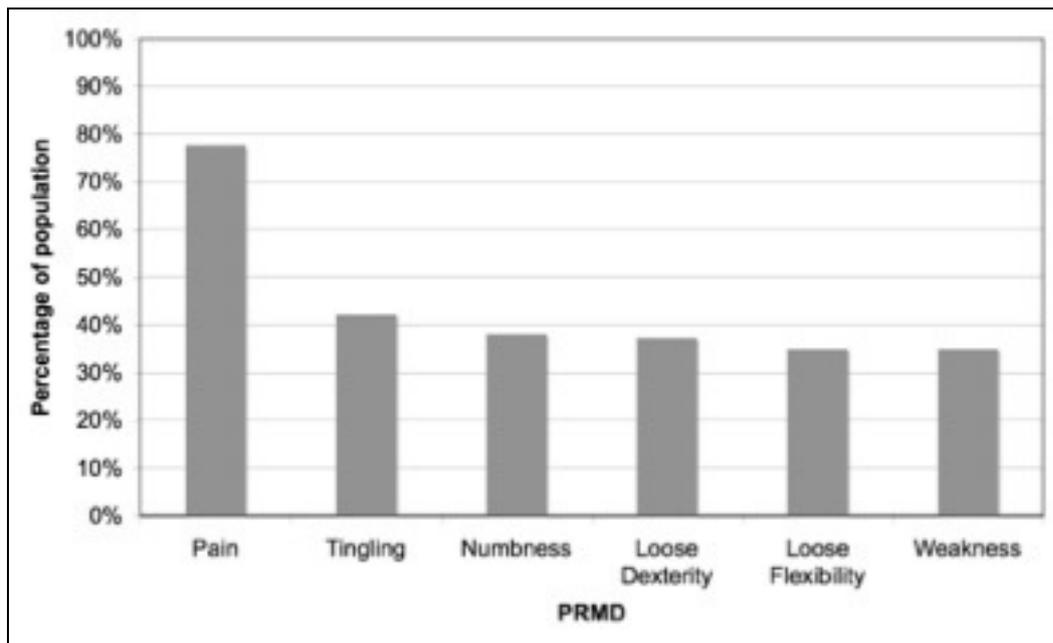


Tableau 4 - Tableau des résultats de l'IBQ (Brusky, 2009)

Les bassonistes attribuent la cause première de leurs blessures à un temps de jeu excessif ou à son accroissement soudain, avec comme sous-facteurs de déclenchement un échauffement ainsi qu'un temps de récupération/pause insuffisants. La deuxième cause majeure identifiée est liée à l'engagement physique qu'exige le jeu du basson, et la troisième au mode de vie en dehors de la pratique instrumentale. On trouve en dernier lieu l'aspect de technique de jeu (Brusky, 2009).

Annexe C – Compléments relatifs au MOH

Présentation du Modèle de l'occupation humaine (5^e version)

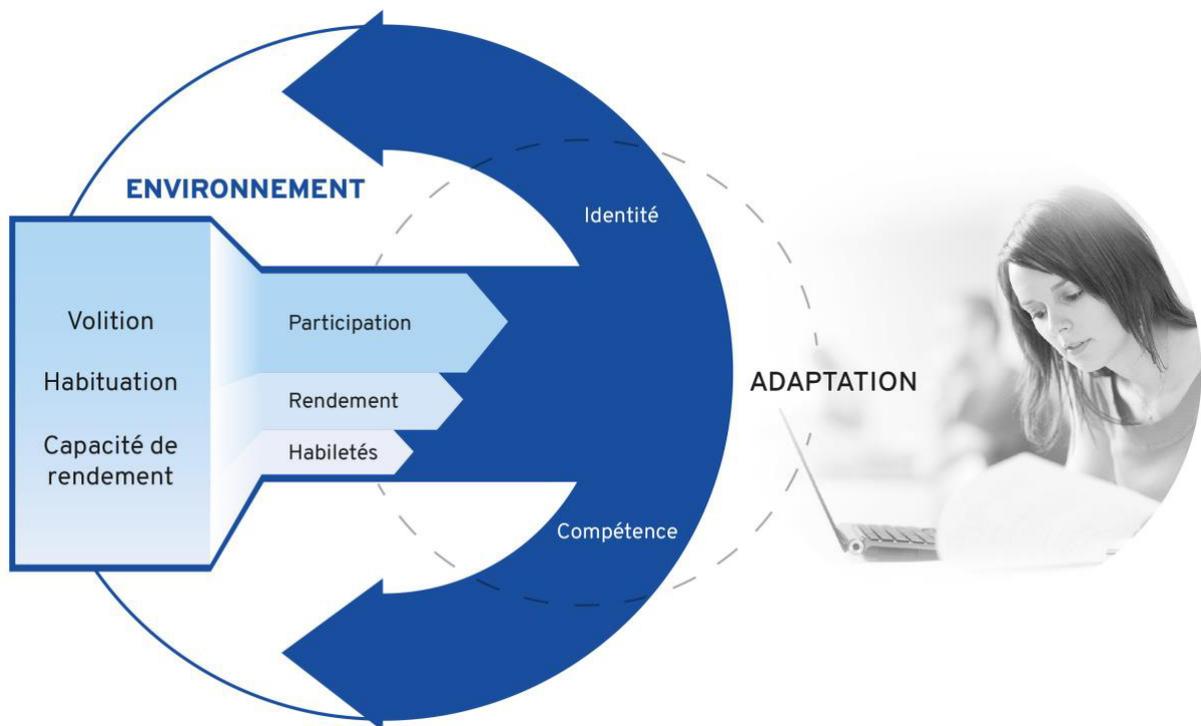


Figure 2 - Modèle de l'occupation humaine, version 2021 (Université de Laval, s. d.)

Modèle propre aux ergothérapeutes, dont les fondements furent posés en 1980 par le docteur Gary Kielhofner. Il est dit "centré sur la personne et sur l'occupation" et se base sur des données probantes. Il s'intéresse aux interactions présentes entre la personne, ses occupations et son environnement, sans s'attacher de manière particulière aux limitations ni au handicap.

La Personne = l'Être occupationnel

Volition = ce qui nous motive pour entreprendre une activité

Processus volitionnel = processus dynamique interne, en boucle fermée de 4 étapes, dans un environnement spécifique

1. expérience
2. anticipation
3. choix
4. interprétation

La Volition répond aux questions suivantes :

- est-ce que cette activité est importante pour moi ?
- est-ce que j'aime cette activité ?

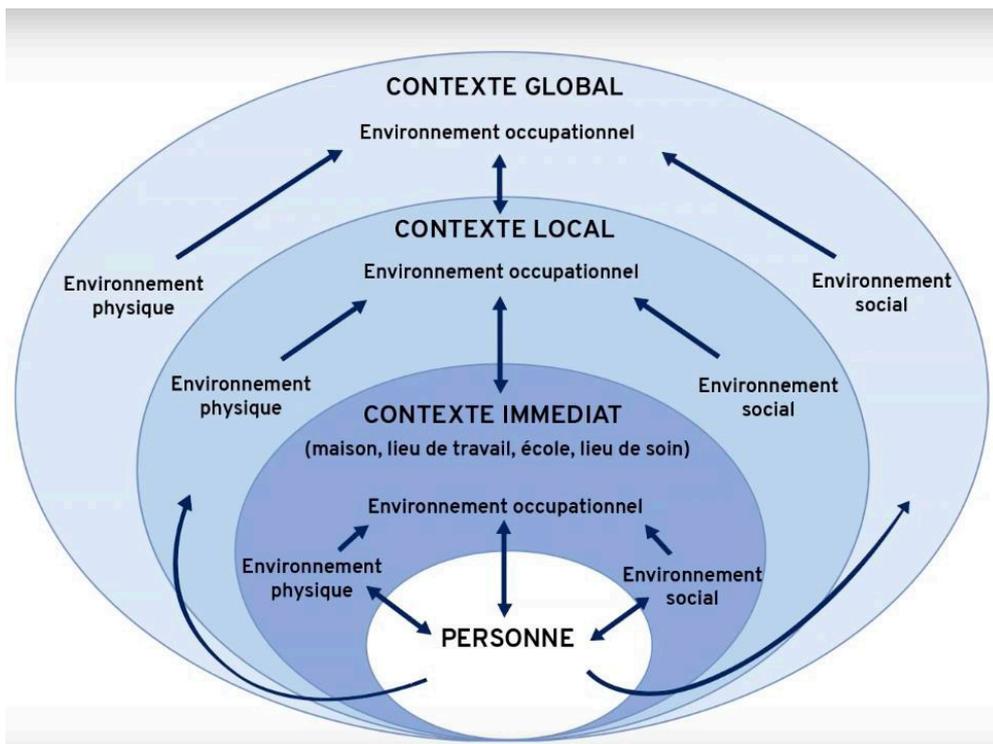
<ul style="list-style-type: none"> • est-ce que je me trouve bon à faire cette activité ? <p>La Volition comprend :</p>		
<p>Les intérêts de la personne = ce qui procure du plaisir et est satisfaisant à faire. On développe à travers nos expériences des patrons d'intérêts. → ils évoluent avec le temps</p>	<p>Les déterminants personnels = perception de ses propres capacités ; sentiment de compétence et sentiment d'efficacité, de manière contextualisée. → ces deux sentiments conditionnent la capacité à s'engager dans l'action</p>	<p>Les valeurs de la personne = déterminants et convictions personnels ; influence de la culture. → système qui forme un sens d'obligation d'agir, qui pousse à faire des choix occupationnels cohérents avec les valeurs</p>
<p>→ mise en avant du besoin humain de se sentir compétent et de s'adonner à des activités qui procurent plaisir et satisfaction → le sentiment d'incapacité est intimement lié aux valeurs de la personne → l'incapacité peut remettre en question ces valeurs → l'incapacité peut faire que l'on ressent moins de plaisir dans ce que l'on fait ; passage à l'action plus difficile, ce qui réduit les possibilités de ressentir de la satisfaction → le caractère récent d'une incapacité renforce le sentiment de perte de contrôle → le sentiment d'incapacité peut être plus limitant que l'incapacité elle-même → la Volition se comprend en étant attentif à la dynamique entre les valeurs/intérêts/déterminants personnels d'un sujet</p>		
<p>Habituation = organisation des occupations en fonction de l'environnement social/physique/occupationnel L'Habituation comprend :</p>		
<p>Rôles = multiples, ils contribuent à l'identité ; projection de ce que les autres se représentent de nous par rapport au rôle → influencent la manière dont on agit en relation aux autres → évoluent dans le temps, par les processus relationnels</p>	<p>Habitudes = stratégies pour intégrer des choses, des personnes... à ce que l'on fait, et optimiser l'énergie nécessaire à la réalisation d'une action → permettent d'être efficaces et conformes → influencent les occupations (manière de réaliser l'activité et d'occuper son temps) → tendance à se maintenir dans le temps et à résister au changement</p>	
<p>→ les incapacités peuvent être un obstacle social (inégalités) → la perte d'un rôle = réduction des opportunités de développer son identité, de structurer le quotidien → une incapacité peut bousculer les habitudes et forcer un changement = besoin supérieur d'adaptation</p>		
<p>La Capacité de rendement = ce que les différents systèmes corporels sont capables de faire = aspect subjectif des capacités (corps vécu)</p>		

<p>Composante objective = structures, fonctions mentales et physiques du corps, qui dépendent des différents systèmes → la personne les mobilise dans l'action → les capacités objectives sont spécifiques à chacun</p>	<p>Composante subjective = ensemble des sensations internes qui sont perçues quand on agit → vision interne lors de l'action ; comment la personne ressent son corps → "corps vécu" qui peut souvent être obstacle à la participation occupationnelle</p>
---	--

L'Occupation = l'Agir occupationnel ; ce que la personne fait		
<p>Participation = fait de s'engager dans une occupation ; perspective la plus large = décrit l'engagement que l'on a dans les différentes catégories d'occupation = éventail des occupations, plus ou moins large, au fil de la vie</p>		
<p>Rendement = fait de réaliser un élément de la Participation ; série d'étapes = variété des tâches/activités dans lesquelles on s'engage et qui conditionnent les occupations</p>		
<p>Habiletés = les plus petits constituants de l'Agir occupationnel = actions observables, dirigées vers un but (se positionner, initier...)</p>		
<p>Habiletés motrices = décrivent les mouvements du corps/d'objets, dans l'environnement</p>	<p>Habiletés opératoires = séquences des gestes dans le temps + choix des outils + adéquation si problème</p>	<p>Habiletés de communication = transmettre ses intentions/besoins ; participation coordonnée avec les autres</p>
<p>→ Participation, Rendement et Habiletés sont influencés par l'Être occupationnel (en poupées russes) → l'Agir occupationnel contribue à l'adaptation occupationnelle, par des effets d'interaction et d'apprentissage</p>		

L'Environnement, en contact avec tous les autres éléments du modèle	
Ensemble des particularités physiques, sociales et occupationnelles d'un contexte dans lequel on agit, et qui a un impact sur la manière et la nature de ce qui est fait.	

3 niveaux de contexte



Environnement physique = espace, objets ; naturel ou aménagé
 → analysé en termes de sécurité, accessibilité, sensorialité, disponibilité
 → impact positif ou négatif sur l'occupation, suivant le type d'incapacité

Environnement social = personnes, relations ; attitudes et pratiques
 = support émotionnel, cognitif, verbal
 → une incapacité peut amener une ambivalence dans les relations

Environnement occupationnel = présence d'activités en lien avec les intérêts, préférences et valeurs de la personne
 → en cas d'incapacité, risque de marginalisation et restriction d'accès

Différents niveaux de contexte dont il faut tenir compte, suivant les types d'environnement.

- l'impact environnement est spécifique à chaque personne
- recherche d'adéquation entre les demandes et opportunités de l'environnement, et les capacités de l'individu
- l'environnement = important levier de changement dans la vie des personnes

L'Adaptation occupationnelle, résultante de toute la dynamique du MOH		
Se développe lorsque l'Être occupationnel participe à différentes occupations		
Identité occupationnelle (IO) = la personne se construit à travers le temps, par ce qu'elle fait ; l'IO débute par la prise de conscience des intérêts et capacités de et par la personne → somme de qui je suis + qui je veux devenir à partir de mon histoire → guide les actions futures, ce à quoi j'aspire	Compétence occupationnelle (CO) = mise en action de l'identité ; organisation de la vie par rapport à ses rôles et responsabilités → reflète l'identité	En lien avec l'impact environnemental → mise en lumière que les différents éléments de l'environnement ont des effets variables sur la personne, et donc sur son adaptation occupationnelle
→ IO et CO émergent de l'interaction entre Volition/Habitude/Capacité de rendement + l'Agir + les composantes de l'environnement		

Dans le MOH, il n'y a pas de contrôle central. Les différents éléments interagissent pour créer une dynamique qui tend à demeurer stable dans le temps.

Si des changements surviennent et se perpétuent dans le temps, une nouvelle organisation émerge. Les répercussions porteront sur tous les éléments du modèles autres que celui du lieu du changement (Université de Laval, s. d.).

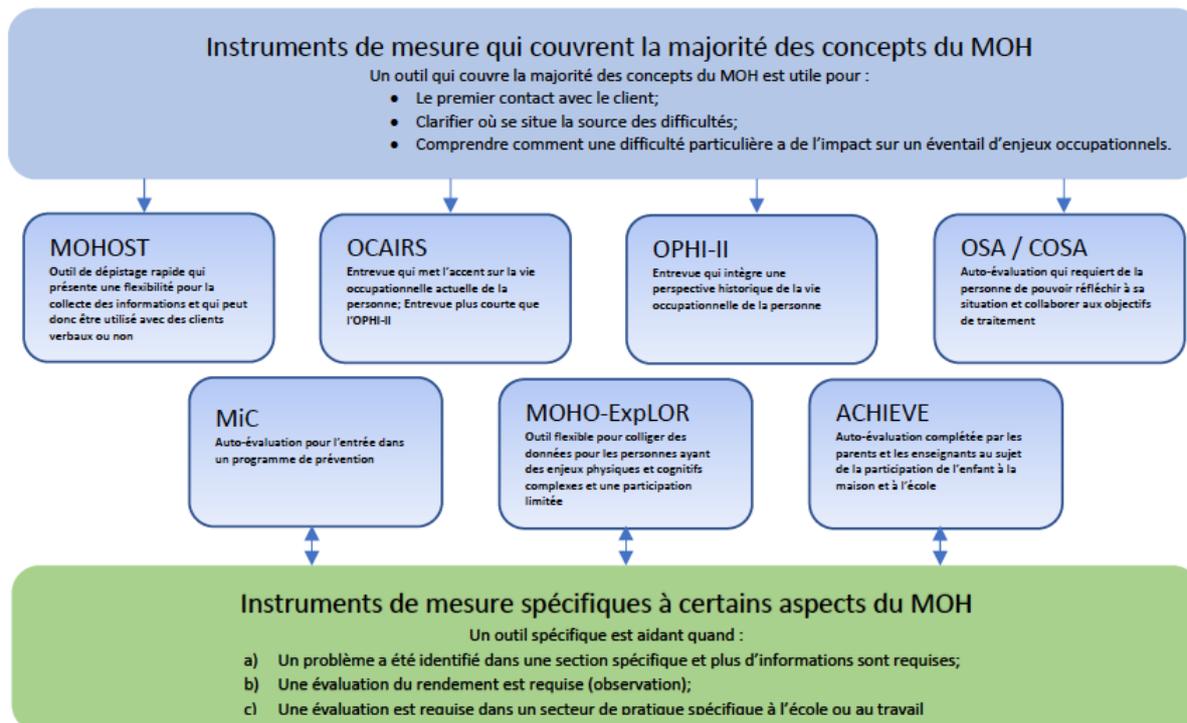


Figure 3 - Sélection d'outils d'évaluation du MOH (Université de Laval, s. d.).

Présentation des outils du MOH identifiés comme pertinents pour les problématiques des musiciens professionnels

Auto-évaluations :

- **la liste des rôles** : s'intéresse à la satisfaction qu'a une personne par rapport à sa participation dans ses rôles, et son désir ou non d'accomplir d'autres rôles (Université de Laval, s. d.).
- **le NIH Activity Record (ACTRE)** : outil spécifiquement développé pour les personnes aux prises avec des problèmes physiques. Il permet à la personne d'évaluer les activités dans lesquelles elle s'engage tout au long d'une période donnée, par tranches de demi-heure. Cet outil documente de plus des éléments spécifiques comme la douleur, la fatigue, l'impact sur le rendement et le repos (Université de Laval, s. d.).
- **l'Occupational Self-Assessment (OSA)** : « permet à la personne de livrer sa perception sur sa compétence occupationnelle » (= capacité à maintenir un patron d'occupations cohérent avec l'identité occupationnelle, ainsi que la valeur qui y est accordée par la personne) (Université de Laval, s. d.).

Entretiens semi-structurés :

- **l'Occupational Performance History Interview-II (OPHI-II)** : offre une mesure de l'identité occupationnelle et de la compétence occupationnelle (Université de Laval, s. d.). L'outil s'intéresse aux fonctionnements passé, présent et futur pour élaborer une courbe de vie, et permet de comprendre l'adaptation occupationnelle de la personne.
- **la Work Environment Impact Scale (WEIS)** : avec échelle de cotation, « prévue pour aider le thérapeute à recueillir l'information sur l'expérience vécue et la perception de l'environnement de travail d'individus qui ont des problèmes physiques ou psychosociaux » (Université de Laval, s. d.).
- **le Worker Role Interview (WRI)** : permet d'évaluer spécifiquement le rôle de travailleur, à la fois passé, présent et futur. Elle prend en compte les facteurs psycho-sociaux et environnementaux au travail et « a pour finalité de mettre en avant les freins et facilitateurs à la participation occupationnelle de la personne au travail » (Université de Laval, s. d.).

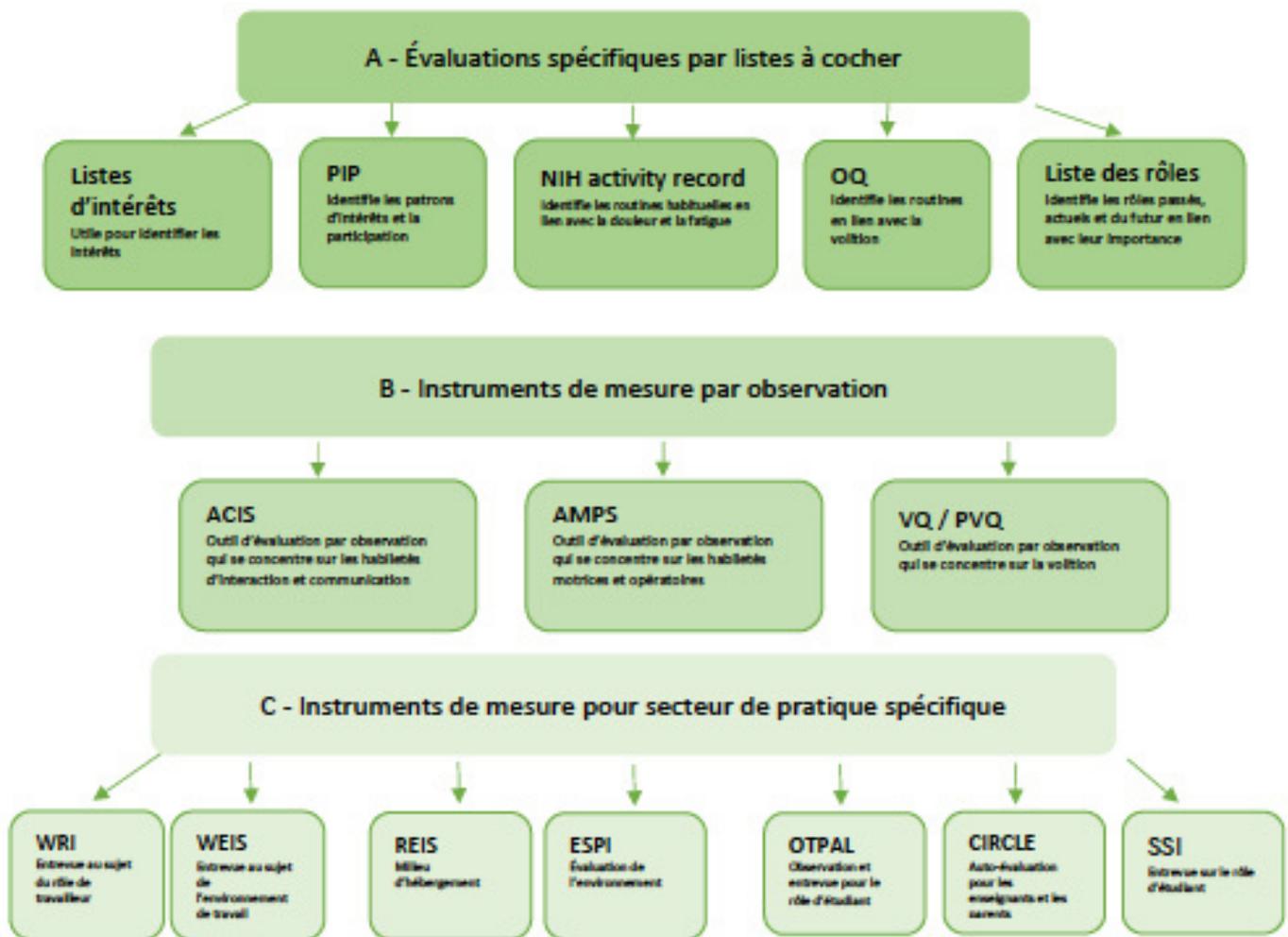


Figure 4 - Sélection d'outils d'évaluation du MOH (Université de Laval, s. d.).

Instruments de mesure selon le MOH																					
Concepts évalués	Adaptation occupationnelle		Volition			Habituation		Habiletés			Rendement	Participation	Environnement		Méthodes			Population			
	Identité	Compétence	Déterminants personnels	Valeurs	Intérêts	Rôles	Habitudes	Motrices	Opératoires	Communication et interaction			Physique	Social	Observations	Auto-évaluation	Entrevue	Enfants	Adolescents	Adultes	Personnes âgées
ACHIEVE assessment	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x			x		
Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS)										x					x			x	x		
Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)								x	x					x				x	x		
Assessment of Occupational functioning (AOF)			x	x	x	x	x	x	x	x					x	x		x	x		
Child Occupational Self Assessment (COSA)		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x			x	x		
CIRCLE	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x			
ESPI													x	x	x			x	x		
Liste des intérêts					x										x			x	x		
Making it clear			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x	x		
Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST)			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x	x		
MOHO-ExpLOR			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	x		
NIH Activity Record (ACTRE)			x	x	x	x	x				x	x				x		x	x		
Occupational Circumstances Assessment-Interview and Rating Scale (OCAIRS)			x	x	x	x	x				x	x	x	x		x		x	x		
Occupational Performance History Interview-II (OPHI-II)	x	x	x	x	x	x	x				x	x	x	x		x		x	x		
Occupational Questionnaire (OQ)			x	x	x	x	x					x				x		x	x		
Occupational Self Assessment (OSA)		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x	x		
Occupational Therapy Psychosocial Assessment of Learning (OTPAL)			x	x	x	x	x				x	x	x	x		x		x			
Pediatric Interest Profile (PIP)		x	x		x	x						x						x	x		
Pediatric Volitional Questionnaire (PVQ)			x	x	x													x			
Residential Environment Impact Scale (REIS)													x	x	x	x	x	x	x		
Role Checklist				x		x									x			x	x		
School Setting Interview (SSI)											x	x	x	x		x		x	x		
Short Child Occupational Profile (SCOPE)			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x	x		
Volitional Questionnaire (VQ)			x	x	x										x			x	x		
Work Environment Impact Scale (WEIS)																x			x		
Worker Role Interview (WRI)			x	x	x	x	x									x			x		

Figure 5 - Instruments de mesure selon le MOH (Université de Laval, s. d.).

Annexe D – Référentiel d'activités et référentiel de compétences de l'ergothérapeute

Référentiel d'activités et principales actions constitutives	
I	Recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergo
	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation de données concernant le contexte de l'intervention - Entretien avec l'utilisateur - Observation d'une personne, d'un groupe : attitude générale, comportement... - Réalisation de tests et d'évaluations : outils génériques/spécifiques - Réalisation du diagnostic ergo et formalisation du projet d'intervention
II	Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale
	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de soins de rééducation et de soins en santé mentale par la médiation d'activités - Mise en situation d'activités à visée thérapeutique en individuel ou en groupe, visant le développement des capacités motrices, sensorielles, cognitives, comportementales, d'interaction et de communication - Réalisation d'activités de réadaptation, de réinsertion, et de réhabilitation sociale - Mise en situation d'activités thérapeutiques dans le contexte de vie de la personne visant le transfert des acquis dans les situations de vie au quotidien
III	Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques
	<ul style="list-style-type: none"> - Préconisation, application et surveillance d'orthèses de série - Confection sans utilisation de la technique du moulage, pose et adaptation d'orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, dans le respect de la prescription médicale des actes de la CCAM - Confection, pose, adaptation de positionnements, bandages, contentions et vêtements compressifs - Information de l'utilisateur sur les traitements orthétiques et prothétiques - Réalisation de cahier des charges en vue du choix de l'appareillage - Suivi et surveillance
IV	Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions
	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoute de la personne et de son entourage - Information et conseil en direction d'un ou plusieurs usagers - Conseil et éducation en prévention primaire, secondaire ou tertiaire : information et conseil auprès de l'utilisateur sur le rôle des activités dans la prévention et la promotion de la santé ; sur les troubles fonctionnels et les facteurs de risque en lien avec l'activité et conseils ; proposition d'adaptation de l'environnement ; conseils à visée ergonomique

	- Expertise en direction de structures et d'entreprises
V	Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement
	- État des lieux du besoin ou de la demande - Contact avec les partenaires concernés par la demande - Réalisation et suivi d'un dossier d'aménagement
VI	Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information
	- Planification des activités et des soins - Préparation et organisation de chaque intervention - Enregistrement et transmission des données - Coordination des activités et suivi des parcours et interventions - Interventions en réunion institutionnelle
VII	Gestion des ressources
	- Gestion et maintenance de matériels et matériaux - Gestion et suivi des stocks - Gestion des locaux - Gestion de l'élimination des déchets liés à l'activité ergothérapique
VIII	Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, études et recherche
	- Documentation professionnelle - Production de documents professionnels et de recherche - Réflexions sur les pratiques professionnelles - Échanges avec les réseaux professionnels - Formation tout au long de la vie
IX	Formation et information des professionnels et des futurs professionnels
	- Mise en œuvre d'un projet de formation - Accueil, accompagnement des étudiants et de nouveaux professionnels - Conseil et formation dans l'équipe de travail - Contrôle des prestations des stagiaires

Référentiel de compétences	
I	<p>Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les besoins et attentes liés à la situation ou au risque de handicap des usagers, dans un environnement médical, professionnel, éducatif ou social • Intégrer et appliquer les connaissances pertinentes émergeant des sciences biomédicales, humaines, des sciences de l'activité humaine et des technologies, en relation avec les théories de l'activité et de la participation • Conduire un entretien visant au recueil d'informations • Choisir et maîtriser les instruments de mesure, méthodes, les moments et lieux appropriés pour mener les évaluations en fonction des modèles d'intervention • Évaluer les intégrités, lésions, limitations d'activité et restrictions de participation des usagers, en tenant compte des âges, pathologies, environnements humain et matériel et des habitudes de vie • Identifier les éléments facilitant ou faisant obstacle à l'indépendance et à l'autonomie, liés à la personne et à son environnement humain et matériel • Repérer et analyser les comportements et situations à risque pour la santé • Élaborer et formuler un diagnostic ergothérapeutique tenant compte de la complexité de la situation de handicap • Assurer la traçabilité des éléments recueillis dans le dossier du patient
II	<p>Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyser les éléments de la prescription médicale et du diagnostic ergothérapeutique en sélectionnant les éléments utiles à l'intervention • Choisir un modèle d'intervention ergothérapeutique et sélectionner des techniques pertinentes afin de satisfaire aux besoins d'activité et de santé des personnes • Formuler des objectifs et identifier des activités significatives, adaptées au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne selon les principes d'une pratique centrée sur elle • Identifier les composantes physiques, sensorielles, psychiques, cognitives, psychosociales et environnementales de l'activité • Élaborer un programme personnalisé d'intervention ergothérapeutique en exploitant le potentiel thérapeutique de l'activité signifiante et significative au travers de l'analyse et de la synthèse de l'activité • Concevoir des mises en situation écologiques permettant d'anticiper le retour de la personne dans son milieu de vie • Adapter le plan d'intervention destiné à l'utilisateur et l'équipe de professionnels en respectant les différences individuelles, croyances culturelles, coutumes et leur influence sur l'activité et l'implication sociale • Prévoir les ressources matérielles nécessaires à la réalisation des activités et identifier les modalités d'adaptation de l'environnement

	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les besoins en aides humaines et animalières, et argumenter les attributions de moyens correspondants • Élaborer et faire évoluer un cahier des charges répondant à l'intervention • Préconiser des adaptations et aménagements de l'environnement pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement, pour promouvoir le droit à l'implication sociale • Identifier les risques liés aux interventions et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées • Formaliser un suivi à distance du projet et des interventions en ergothérapie
III	<p>Mettre en œuvre des activités de soin, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne, du contexte et des exigences requises pour l'accomplissement de l'activité • Mettre en place et adapter le cadre thérapeutique en fonction de la situation et des réactions de la personne ou du groupe de personnes • Installer la personne de façon appropriée et ergonomique • Concevoir, préconiser et réaliser des équipements et des matériels de confort, de prévention et de facilitation de l'activité et en vérifier la conformité • Évaluer les effets des activités en tenant compte des conditions de sécurité, d'hygiène et des recommandations techniques des produits et matériels, et en assurer la traçabilité • Mettre en œuvre les techniques en ergothérapie en vue de maintenir et améliorer les gestes fonctionnels : <ul style="list-style-type: none"> - techniques d'entraînement articulaire, musculaire, sensitif et sensoriel ; - techniques de réafférentation proprioceptive, d'intégration motrice, cognitivo-sensorielle et relationnelle, de facilitation neuro-motrice, techniques cognitivo-comportementales et de stimulation cognitive ; - techniques de guidance et d'accompagnement ; - techniques de compensation et de remédiation • Identifier les facteurs et mettre en oeuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie • Utiliser les techniques d'entraînement en vue de développer la tolérance à l'effort et à l'endurance • Accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologiques • Conduire une relation d'aide thérapeutique comme base du processus d'intervention en ergothérapie • Animer et conduire des groupes selon différentes techniques, analyser la dynamique relationnelle dans le groupe ou dans le système familial, professionnel, éducatif et social

	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter et recueillir l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de mises en situation d'activité
IV	<p>Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique (AT), adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préconiser des adaptations, des AT ou animalières et des assistances technologiques, et aménager l'environnement en conséquence pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement • Concevoir l'orthèse provisoire, extemporanée, à visée fonctionnelle ou à visée d'AT, appropriée selon la prescription médicale et en tenant compte de la synthèse des informations contenues dans le dossier du patient et du diagnostic ergothérapique • Choisir les matériels et matériaux requis pour l'intervention ergothérapique • Installer confortablement la personne en vue de la fabrication de l'orthèse et mettre en place des éléments propres à la protection des téguments, à la sécurité et au confort • Identifier les étapes de la réalisation des orthèses et les fabriquer sans utiliser la technique du moulage, et adapter les orthèses de série ou provisoires et les aides techniques • Évaluer la qualité et l'efficacité de l'appareillage, des AT et des assistances technologiques et s'assurer de leur innocuité, notamment en situation d'activité • Expliquer à l'utilisateur les buts, la réalisation, la surveillance, la maintenance, l'hygiène, l'usage et les effets indésirables de l'appareillage orthétique ou prothétique et de l'aide technique ou animalière et de l'assistance technologique • Sélectionner et préconiser les AT ou animalières et les assistances technologiques en tenant compte du recueil d'information, de l'entretien, des évaluations préalables, et du projet de la personne et de l'avis de l'équipe médicale impliquée • Expliquer la mise en place, l'utilisation et la surveillance des appareillages, des AT et des assistances technologiques, au sein de la structure de soins puis dans le milieu ordinaire de vie
V	<p>Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les besoins, notamment d'apprentissage, y compris les attentes non verbalisées et repérer les ressources et les potentialités d'un usager en vue de la mise en œuvre d'activités éducatives • Adapter son comportement et sa pratique professionnelle à la fois à la personne ou au groupe de personnes et à l'entourage • Déterminer, pour des populations cibles, des actions de prévention, de conseil et d'éducation favorisant l'engagement dans l'activité pour promouvoir la santé

	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer et développer des relations afin de soutenir la personne ou le groupe de personnes dans l'expression des besoins de santé • Acquérir et développer une posture éducative notamment pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec la personne ou le groupe de personnes • Concevoir et formaliser des démarches et des actions de conseil, d'éducation thérapeutique, de prévention et d'expertise répondant aux besoins d'activité et de participation de la population ciblée et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de l'état de santé • Conduire une démarche de promotion de la santé et de prévention via des actions pédagogiques, en utilisant des techniques et outils pédagogiques pertinents qui facilitent l'acquisition des compétences et suscitent l'investissement des usagers dans des activités signifiantes et significatives • Accompagner un ou des usagers dans un processus d'apprentissage par une information et des conseils sur les troubles fonctionnels, l'éducation gestuelle, les gestes et postures non traumatisants, la prise de conscience d'un équilibre entre les différentes activités humaines • Évaluer la démarche éducative et ses effets et ajuster en conséquence • Adapter la démarche éducative aux situations interférant dans la gestion normale de l'état pathologique de la personne • Conseiller les aidants et les partenaires en fonction de leurs connaissances et de leurs savoir-faire afin de faciliter l'activité et la participation sociale • Collaborer avec différents groupes sociaux à la promotion de la santé et du bien-être de leurs membres par le biais de leur engagement dans des activités signifiantes et significatives
VI	<p>Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueillir et écouter le ou les usagers en prenant en compte la demande, les histoires de vie et le contexte de la situation • Identifier les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes • Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et de leur profil psychologique • Créer des temps d'échanges et d'analyse des situations d'intervention avec les usagers en favorisant l'expression de chacun • Rechercher et développer un climat de confiance avec l'utilisateur, et négocier le contenu du programme personnalisé d'intervention, en vue d'une alliance thérapeutique

VII	<p>Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyser sa pratique professionnelle au regard des valeurs professionnelles, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution du monde de la santé, de la société, des modèles de pratique et de la culture des personnes concernées • Évaluer les interventions en ergothérapie en fonction de la réglementation, des recommandations, des principes de qualité, d'ergonomie, de sécurité, d'hygiène, de traçabilité, et au regard des résultats de la recherche scientifique et de la satisfaction des bénéficiaires • Adapter sa pratique professionnelle et réajuster les interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse et de l'évaluation et selon la démarche qualité • Développer une pratique visant à promouvoir les droits à la participation sociale liée à l'évolution de la science et des techniques et analysée au regard d'une étude bénéfiques/risques • Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe ou d'autres professionnels afin de s'assurer que l'accent est mis sur l'activité, la performance dans les activités et la participation • Identifier les domaines de formation personnelle à développer visant l'amélioration de l'ergothérapie
VIII	<p>Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conduire une recherche documentaire et bibliographique en exploitant les bases de données et les réseaux locaux, nationaux et internationaux • Sélectionner, analyser, critiquer et synthétiser les documents professionnels et scientifiques et organiser sa propre documentation professionnelle • Repérer les résultats de la recherche permettant d'argumenter une pratique fondée sur les preuves, garantissant une pratique actualisée et pertinente pour l'utilisateur • Formaliser et rédiger les procédures, protocoles et préconisations en ergothérapie à partir de la recherche documentaire • Identifier les besoins de recherche relatifs à l'activité, l'ergothérapie et/ou la science de l'activité humaine et formuler des questions de recherche pertinentes • Concevoir et conduire des études et travaux de recherche en équipe dans les domaines de l'ergothérapie et de la santé, en tenant compte des aspects éthiques dans un objectif d'amélioration de la qualité des prestations • Élaborer des documents professionnels en vue de communication orale et écrite
IX	<p>Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et avec les différents acteurs, notamment médicaux, dans le cadre de son champ professionnel, dans le but d'optimiser la qualité de l'intervention sanitaire et médico-sociale, et afin de faciliter l'activité et l'implication sociale

	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler en réseau et coordonner les actions ou les soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif pour conduire des projets d'intervention pertinents • Comprendre et appliquer les principes de gestion au lieu d'exercice professionnel incluant l'évaluation des coûts, l'administration des ressources et de l'équipement et la mise en place de programmes en ergothérapie • Initier et mettre en place des partenariats afin de mobiliser l'ensemble des ressources contribuant à l'intervention en ergothérapie • Sélectionner, hiérarchiser et communiquer les éléments de sa pratique professionnelle à différentes catégories d'interlocuteurs au travers des outils de transmission selon les procédures, normes et réglementations en vigueur • Organiser l'espace professionnel et le plateau technique et choisir du matériel adapté au service ou à la structure, et aux activités thérapeutiques • Organiser la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks, des matériels et des consommables en recherchant notamment des informations sur les évolutions des matériels • Organiser son planning, les rendez-vous et la répartition des activités • Évaluer la conformité des locaux, des installations et des matériels au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité et identifier les mesures à prendre
X	<p>Former et informer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire ou d'un nouvel arrivant professionnel dans le service ou la structure • Repérer les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants en relation avec leur niveau de formation • Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique • Organiser des situations d'apprentissage pour les stagiaires • Évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage • Communiquer sur sa profession en vue de valoriser son activité en expliquant les relations entre la performance dans les activités, la santé et le bien-être • Prendre une part active dans le développement, l'amélioration et la promotion de l'ergothérapie en s'appuyant sur les concepts théoriques de l'ergothérapie et plus spécifiquement le besoin d'agir des êtres humains et leurs performances dans les activités

d'après l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'ergothérapeute (Ministère des Solidarités et de la Santé, s. d.).

Annexe E – Accord du 29 juin 2009, relatif à la santé au travail des intermittents du spectacle (extrait)

Étendu par arrêté du 17 mai 2010 JORF 28 mai 2010

Signataires : Organisations d'employeurs (FESAC) et Organisations syndicales des salariés (FC CFDT, FASAP FO, FNSAC CGT, FC CFTC, FC CGC)

Numéro du BO : 2010-7

Préambule : En France, la médecine du travail a vu ses principes définis par la loi du 11/10/1946. Ce texte lui a donné pour mission d'éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail et arrêté les choix structurants qui, aujourd'hui encore, caractérisent la médecine du travail : universalité, spécialisation et indépendance des médecins, financement par les employeurs, gestion sous le contrôle de l'Etat, prépondérance de l'activité clinique et individuelle organisée autour de la visite médicale destinée au contrôle de l'aptitude sur un poste de travail. Cependant, il est apparu que cette organisation de la médecine du travail focalisée sur la visite individuelle systématique se faisait au détriment d'une politique de prévention primaire en milieu de travail. C'est dans ce contexte que la médecine du travail française s'est engagée depuis une quinzaine d'années dans un processus de réforme initié par la directive européenne du 12/06/1989 sur la santé et la sécurité au travail qui introduit une approche de prévention primaire fondée sur l'évaluation a priori des risques. Les intentions portées par la réforme et notamment le décret du 28/07/2004 peuvent être résumées de la manière suivante :

- la médecine du travail, placée sous la responsabilité de l'employeur, doit reconquérir la nécessaire action correctrice du milieu du travail en entreprise. La médecine du travail doit aussi répondre à l'évolution des formes et contenus du travail et des parcours professionnels, à l'évolution démographique de la population active qui conduit à l'augmentation de la part des salariés âgés ainsi qu'à la plus grande technicité des facteurs pris en compte dans l'appréciation des conditions de travail ;
- l'apport irremplaçable de la médecine du travail au système de santé et à la prévention se situe dans l'activité du médecin du travail sur le milieu du travail. Elle contribue à l'évaluation des risques professionnels et à la proposition d'actions de prévention, la correction ou l'amélioration des conditions de travail. L'action sur le milieu du travail

requiert des spécialités dont la technicité est croissante. Elle ne peut plus se concevoir en dehors d'une approche décloisonnée. Elle doit faire appel à des compétences médicales, techniques et organisationnelles spécialisées. La pluridisciplinarité représente un élargissement des compétences participant à la prévention et à la protection contre les risques du travail ;

- la surveillance médicale des salariés, autre élément constitutif de l'intervention du médecin du travail, doit mieux s'adapter aux besoins de chaque catégorie de travailleurs et, avant tout, être accessible à l'ensemble des salariés. En effet, si le suivi médical de chaque salarié demeure le moyen essentiel pour dégager des mesures individuelles appropriées, il doit également permettre de recueillir des informations utiles pour l'action sur le milieu du travail et apporter une contribution importante à la veille sanitaire. C'est pour répondre aux objectifs ainsi fixés par la réglementation et à la situation particulière des salariés intermittents liée, notamment, à la durée limitée de leurs missions, à la multiplicité de leurs employeurs au cours d'une même année mais également à la multiplicité voire à la temporalité de leurs lieux de travail ainsi qu'à l'alternance de périodes d'activité et d'inactivité, que les organisations patronales et les organisations représentatives de salariés se sont réunies pour conclure le présent accord en application des articles L. 2231-1 et suivants du nouveau code du travail. Cet accord s'inscrit dans les travaux des partenaires sociaux interprofessionnels sur ces mêmes questions, et a vocation à inscrire la situation spécifique des salariés intermittents du spectacle dans cette démarche.

Article 1 – Objet

Le présent accord a pour objet d'organiser, sur le plan national, la santé au travail dans les branches du spectacle afin d'assurer, d'une part, le suivi médical professionnel et individuel des intermittents du spectacle et, d'autre part, la mission de conseil auprès de leurs différents employeurs en matière de prévention primaire. Pour ce faire, il organise notamment :

- l'adhésion de toutes les entreprises ayant une activité principale rattachée au spectacle, tel que précisé au 2.1 ci-dessous, et qui emploient des intermittents du spectacle, au service de santé au travail dénommé « centre médical de la Bourse » (CMB) ;
- la représentation paritaire des organisations d'employeurs et de salariés au sein du secteur « intermittents du spectacle » du CMB ;

- la mise en oeuvre d'un observatoire de la santé au travail des artistes et techniciens du spectacle (OBSTATS), ci-après dénommé « l'OBSTATS ».

Article 2 – Champ d'application

2.1. Entreprises concernées

Le présent accord est applicable aux entreprises qui emploient des intermittents du spectacle et qui ont pour activité principale une activité rattachée au spectacle vivant, à l'audiovisuel et à l'édition phonographique. Sont ainsi notamment désignées les entreprises relevant des champs conventionnels suivants :

- la production audiovisuelle
- la production cinématographique
- l'édition phonographique
- les prestataires techniques au service de la création et de l'événement
- la radiodiffusion
- le spectacle vivant privé
- le spectacle vivant public
- la télédiffusion
- la production de films d'animation

Cet accord sera présenté à l'extension ministérielle afin d'être rendu opposable à l'ensemble des entreprises relevant des branches précitées, puis à l'élargissement pour s'appliquer à toutes les entreprises employant des intermittents du spectacle, quelle que soit la nature de leur activité. Les entreprises visées au présent article seront dénommées ci-après « les employeurs ».

2.2. Salariés bénéficiaires

Le présent accord concerne l'ensemble des salariés cadres et non cadres, artistiques et techniques, employés à contrat à durée déterminée, dont le métier et/ou l'emploi sont repris soit dans la liste des métiers et/ou emplois pour lesquels le recours au contrat de travail à durée déterminée d'usage est autorisé par la convention collective, soit dans la liste des métiers et/ou emplois des annexes VIII et X au régime d'assurance chômage. Ils seront dénommés ci-après les « intermittents du spectacle ».

Article 3 – Suivi médical professionnel et individuel des intermittents du spectacle

3.1. Adhésion des employeurs

Chaque année, tout employeur d'intermittents du spectacle doit verser au CMB une cotisation dont le montant est proposé par le conseil de gestion des intermittents du spectacle du CMB (cf. art. 5 du présent accord) et validé par le conseil d'administration du CMB. Une attestation d'adhésion au CMB sera adressée aux employeurs de salariés intermittents ayant versé la cotisation obligatoire.

3.2. Périodicité du suivi médical des intermittents du spectacle

En revanche, les signataires du présent accord estiment qu'il est nécessaire de répondre au plus près aux objectifs de la nouvelle réglementation relative à la santé au travail et d'axer en priorité l'action du CMB vers la prévention primaire. Pour ce faire, des accords de branche ou des accords interbranches étendus préciseront, en tant que de besoin, les situations à risques ne faisant pas l'objet d'un texte en vigueur (art.R. 4624-19 du code du travail et décrets spéciaux notamment) qui devront relever d'une surveillance médicale appropriée.

3.3. Convocation des intermittents du spectacle

Une convocation annuelle est adressée par le CMB aux intermittents du spectacle qui prendront directement contact pour fixer un rendez-vous avec le CMB Ile-de-France ou l'une de ses antennes situées en région ou bien encore avec un service de santé au travail ayant signé avec le CMB le contrat visé à l'article 4. 4 du présent accord. Le conseil de gestion des intermittents du spectacle du CMB sera consulté chaque année sur les modalités mises en oeuvre par le CMB pour l'envoi de ces convocations, et notamment sur le volume minimal d'activité déclenchant automatiquement une convocation.

3.4. Aptitude

Compte tenu des spécificités de leurs emplois, les intermittents du spectacle passent le plus souvent leur consultation médicale en dehors de leur temps de travail. Par ailleurs, l'avis d'aptitude qui leur est délivré par le médecin du travail ne peut être un avis relatif à un poste de travail mais un avis relatif à l'exercice d'un métier ou d'une fonction dans le cadre de plusieurs postes de travail. Enfin, certains intermittents peuvent exercer plusieurs métiers ou fonctions dans la même année. En raison de ces spécificités, il sera délivré aux intermittents

du spectacle une carte d'aptitude permettant de suivre le parcours médical de l'intermittent du spectacle sur une période d'au moins 5 années. L'examen médical devra permettre de rechercher si le salarié est médicalement apte à exercer éventuellement plusieurs métiers et/ou emplois visés à l'article 2. 2 du présent accord, dans la limite de 3. Ces métiers et/ou emplois seront mentionnés sur la carte d'aptitude. Lors de chaque embauche, l'employeur devra prendre connaissance et garder un double de cette carte d'aptitude qui pourra être complétée au cours de l'année par des visites médicales de reprise ou effectuées à la demande des intermittents, du médecin du travail ou de l'employeur.

3.5. Suivi des mineurs de moins de 16 ans

Les employeurs d'enfants de moins de 16 ans doivent respecter la législation et la réglementation en vigueur. La visite médicale de ces enfants est suivie par les médecins du travail du CMB. Des accords de branche pourront, si nécessaire, compléter la réglementation en vigueur.

3.6. Veille épidémiologique

Dans le domaine de la santé, l'OBSTATS (cf. art. 6 du présent accord) assure la veille épidémiologique de la population des intermittents du spectacle. Il produit des statistiques sanitaires portant sur les dommages : accidents du travail, maladies professionnelles ou à caractère professionnel, indicateurs de santé physiologiques et psycho-sociaux. Il produit également des conseils de prévention à usage collectif. Chaque année, il communique ces observations au conseil de gestion des intermittents du CMB, à la commission de contrôle ainsi qu'aux CPNEF des branches du spectacle et aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de branche.

Article 4 – Evaluation et maîtrise des risques

4.1. Obligations des employeurs

En application de la réglementation, l'employeur doit évaluer les risques professionnels et mettre en place des actions correctives afin de les maîtriser et d'améliorer la sécurité et la santé de ses salariés. L'évaluation et la maîtrise des risques sont synthétisées dans le document unique d'évaluation des risques.

4.2. Obligations du CMB

Le CMB, qui a pour mission de fournir une prestation « santé-travail » comprenant notamment une activité de prévention des risques dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires, doit fournir aux employeurs une aide à l'évaluation et à la maîtrise des risques professionnels par leur activité sur le milieu du travail. Compte tenu des particularités de l'emploi des intermittents du spectacle qui notamment empêchent un suivi médical professionnel individuel par rapport à un poste de travail précis, cette activité sur le milieu du travail prend toute sa signification.

4.3. Engagement des employeurs

Les employeurs s'engagent à faciliter l'accueil des médecins du travail du CMB et éventuellement des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) sur les lieux de travail des intermittents du spectacle et à fournir toutes les informations destinées notamment à une bonne compréhension de l'environnement de travail dans lequel les salariés intermittents du spectacle évoluent.

4.4. Engagement du CMB

La dispersion géographique des lieux de travail, le caractère temporaire des emplois et des organisations, souvent de très petite taille, nécessite un renforcement de la présence du CMB en région, la mise en place d'un dossier médical centralisé et d'un service de conseil et de soutien pour l'évaluation et la maîtrise du risque. Le CMB s'engage à mettre en oeuvre ces deux chantiers dès, d'une part, la signature du présent accord et, d'autre part, l'autorisation expresse des pouvoirs publics. Le renforcement de la présence du CMB en région se fera par la création d'antennes autonomes, obligatoires dans les régions ou territoires dans lesquels résident au moins 3 300 salariés intermittents du spectacle répondant aux critères d'envoi des convocations définis par le conseil de gestion des intermittents du spectacle et/ou par la signature du contrat type annexé aux présentes dont il fait partie intégrante entre le CMB et des services de santé au travail déjà existants dans les régions ou territoires dans lesquels le nombre de salariés intermittents est inférieur à 3 300. La mise en place d'un service de conseil et de soutien pour l'évaluation et la maîtrise des risques pourrait faire l'objet de deux étapes : une première étape durant laquelle le CMB se doterait d'un site internet comprenant un espace dédié à l'évaluation et à la maîtrise des risques : cette première étape pourrait être

définitivement réalisée à compter du second semestre de l'année 2009 et une deuxième étape liée à la mise en place et au développement de l'activité de l'OBSTATS.

4.5. Observation du risque : rôle de l'OBSTATS

L'OBSTATS centralisera les informations utiles au conseil dans le domaine de l'évaluation et de la maîtrise des risques. L'OBSTATS fournira aux médecins des fiches d'emplois élaborées avec les partenaires sociaux qui guideront le suivi médical des salariés intermittents du spectacle. Il fournira, d'autre part, aux employeurs et aux élus ou salariés mandatés des recommandations utiles à l'évaluation et à la maîtrise des risques professionnels, ainsi qu'une aide à l'élaboration du document unique. Chaque année, il communique ces observations au conseil de gestion des intermittents du CMB et à la commission de contrôle.

Article 5 – Conseil de gestion des intermittents du spectacle

Afin de ne pas fragiliser le CMB tant sur les plans financier qu'organisationnel et social, les partenaires sociaux estiment qu'il n'est pas nécessaire de créer un service de santé au travail spécifique aux intermittents du spectacle. En revanche, la spécificité des emplois des intermittents du spectacle et la volonté des partenaires sociaux de mettre en place une politique de prévention primaire de branche, qui, au-delà de la réparation du dommage, vise le maintien dans l'emploi, la prévention du handicap, physique, psychique ou social et participe à la sécurisation des parcours professionnels, implique une présence forte de ces partenaires sociaux au sein du CMB. La création d'un conseil de gestion des intermittents du spectacle par l'assemblée générale du CMB au sein du secteur des intermittents du spectacle du CMB serait à même de répondre à cet objectif. Sous réserve de validation par l'assemblée générale du CMB, le conseil de gestion des intermittents du spectacle aura les caractéristiques suivantes :

5.1. Composition

Les membres du conseil de gestion des intermittents du spectacle seront désignés dans chacun des collèges par les organisations d'employeurs et de salariés représentatives du présent accord. Le conseil de gestion des intermittents du spectacle sera paritaire. La FESAC désignera les organisations patronales qui siégeront au conseil de gestion des intermittents

du spectacle. Ce conseil comprendra au moins 10 membres et 30 membres au plus.

5.2. Durée des mandats

Le mandat des membres du conseil de gestion des intermittents aura une durée de 6 ans, renouvelable. En cas de défaillance d'un membre d'une instance paritaire, il sera pourvu à son remplacement dans les conditions dans lesquelles la désignation initiale a été effectuée. Le mandat du remplaçant prend fin à la date où devait expirer le mandat du représentant initialement désigné.

5.3. Attributions

Le conseil de gestion des intermittents du spectacle :

- veillera au suivi du présent protocole, et pourra proposer aux organisations signataires, après accord du conseil d'administration du CMB, les adaptations qui lui sembleront souhaitables ; un premier bilan sera établi à l'issue des 3 premières années de mise en oeuvre
- proposera le montant de la cotisation annuelle des employeurs à l'approbation du conseil d'administration du CMB
- proposera les modalités de la collecte de cette cotisation, qui pourra être confiée à un organisme de protection sociale couvrant le champ du présent accord
- veillera au bon fonctionnement de l'OBSTATS et prendra connaissance des données d'analyse établies par cet organisme
- soumettra, chaque année, à l'approbation du conseil d'administration du CMB un plan prévisionnel chiffré des actions à mener pour la santé au travail des intermittents du spectacle, et notamment celles afférentes à l'OBSTATS pour lequel il pourra rechercher des financements complémentaires.

5.4. Articulation avec les instances du CMB

Le conseil de gestion des intermittents du spectacle dont la création fera l'objet d'une modification des statuts du CMB établira chaque année un rapport de son activité qui sera transmis aux différentes instances du CMB : assemblée générale, conseil d'administration et commission de contrôle qui garderont la plénitude du rôle et des missions qui leur sont dévolus par la réglementation en vigueur.

Article 6 – L'observatoire de la santé au travail des artistes et des techniciens du spectacle (OBSTATS)

Les parties signataires du présent protocole conviennent de créer un observatoire de la santé au travail des artistes et techniciens du spectacle (OBSTATS) qui aura pour mission d'assurer le suivi médical professionnel des salariés intermittents du spectacle et de fournir aux employeurs, aux élus et salariés mandatés, une aide à l'évaluation des risques. Le suivi collectif de la population produira des statistiques sur les dommages et les astreintes subis et alimentera le processus d'évaluation des risques (cf. également art. 3.6 et 4.5 ci-dessus). Le champ d'intervention de l'OBSTATS est celui décrit à l'article 2 du présent accord.

6.1. Le comité de pilotage de l'OBSTATS

Le comité de pilotage de l'OBSTATS est constitué des membres du conseil de gestion des intermittents du spectacle, des membres de la commission médico-technique du CMB, du directeur général du CMB accompagné de la personne chargée de la gestion de l'OBSTATS au CMB. Le comité de pilotage de l'OBSTATS est chargé :

- de suivre les statistiques produites par l'OBSTATS et de définir les actions qui peuvent en découler
- de réaliser des outils d'aide à l'évaluation des risques au bénéfice des employeurs
- d'informer et de sensibiliser les employeurs, les salariés et tous les acteurs concernés par la prévention des risques dans le spectacle
- de définir le programme d'étude et son calendrier de réalisation
- d'établir le cahier des charges des études, des rapports et des actions d'ingénierie demandés
- d'assurer le suivi des travaux en cours, d'émettre des avis sur leur exécution et de veiller à leur bon déroulement
- de passer des conventions de partenariat ou d'objectifs avec les comités d'hygiène et de sécurité de branche, les CPNEF des branches du spectacle, mais également avec les CRAM, l'ANACT, l'INRS, l'Etat, les collectivités territoriales et, en général, avec tous organismes, institutions ou structures ayant une action en matière de prévention des risques professionnels. Le comité de pilotage est le destinataire exclusif des études et rapports produits par l'OBSTATS. Il décide en dernier ressort de leur diffusion. Le comité de pilotage

de l'OBSTATS se réunit au moins 2 fois par an et aussi souvent que nécessaire. Le comité de pilotage de l'OBSTATS peut associer des personnalités qualifiées en fonction des travaux conduits, et notamment :

- de représentants des institutions sociales du spectacle : AFDAS, AUDIENS, caisse des congés spectacle, CNCS, ANPE, réseau culture spectacle...
- de représentants des CPNEF du spectacle
- d'une représentation du ministère de la culture et de la communication
- d'une représentation de la direction générale du travail...
- et de toutes personnes qualifiées sur les sujets traités par l'OBSTATS. Seuls les membres du conseil de gestion des intermittents du spectacle ont voix délibérative.

6.2. Mise en oeuvre et financement de l'OBSTATS

Les parties signataires du présent protocole confient au CMB la mise en oeuvre des missions de l'OBSTATS et la gestion de son fonctionnement. Le conseil de gestion des intermittents du spectacle soumettra à l'approbation du conseil d'administration du CMB l'affectation annuelle à l'OBSTATS pour ses dépenses de fonctionnement liées à la réalisation de statistiques, d'outils d'aide à la prévention des risques professionnels à destination des employeurs, d'études et de publications et en général de tous travaux décidés par le comité de pilotage de l'OBSTATS :

- une somme prélevée sur les contributions des employeurs d'intermittents du spectacle versées annuellement au CMB conformément à l'article 3.1 du présent protocole
- tous fonds complémentaires pouvant provenir des entreprises, comités d'hygiène et de sécurité de branche, Etat, collectivités territoriales, institutions et organismes ayant compétence dans le domaine de la prévention des risques, de fonds ou de programmes spécifiques, des partenaires professionnels...

Ces financements seront intégralement et exclusivement consacrés à l'OBSTATS et feront l'objet d'un budget et d'une comptabilité dédiés, visés par le commissaire aux comptes du CMB.

Article 7 – Validation de l'accord par le conseil d'administration du CMB

La délibération du conseil d'administration du CMB ayant validé le présent accord sera annexée aux présentes dont elle fera partie intégrante. Elle sera certifiée conforme par le président du CMB.

Article 8 – Date d'effet

La date d'effet du présent accord est fixée au premier jour qui suit la date de publication au Journal officiel de l'arrêté d'extension et/ou d'élargissement pour toutes les entreprises qui entrent dans le champ d'application défini à l'article 2. Les dispositions relatives au conseil de gestion des intermittents du spectacle et à l'OBSTATS entreront en vigueur à l'issue de l'assemblée générale du CMB ayant statué sur la modification des statuts entérinant la création de cette instance. Le présent accord se substitue, à compter de cette date, à l'intégralité des dispositions du protocole d'accord signé le 24 novembre 1994 par les organisations patronales alors existantes qui venaient modifier le protocole d'accord du 18 juillet 1969 concernant la médecine du travail des intermittents du spectacle.

ANNEXE

Article 3 – Mise en oeuvre des prestations

3.1. Organisation des visites médicales

Le salarié intermittent du spectacle, convoqué par le CMB, prendra directement contact avec le SST pour fixer un rendez-vous. Les visites médicales ne pourront être réalisées qu'au centre fixe où exerce le médecin du travail.

3.2. Coût des visites médicales

Lors des visites médicales, le médecin du travail effectuera ou pourra prescrire les examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude. Le coût des examens prescrits est à la charge du CMB. A l'issue de la visite médicale, le médecin du travail déterminera l'aptitude ou l'inaptitude, les contre-indications et/ou restrictions pour chaque salarié par rapport à l'emploi exercé. Le médecin du travail complétera le bon de prise en charge qui sera retourné au CMB avec la fiche de visite et la facture.

3.3. Favorisation des actions en milieu du travail

Le médecin du travail sera informé et consulté dans tous les domaines relevant de sa compétence, et en particulier l'hygiène dans l'entreprise, la sécurité et les conditions de travail des bénéficiaires.

Article 4 – Responsabilité du médecin du SST

Le médecin du travail du SST n'intervient pas dans le cadre d'une médecine de soins. Il est seul responsable de ses actes professionnels ; il est chargé de la conservation des dossiers médicaux relatifs à son action. En cas de violation du secret médical ou d'erreurs d'ordre médical ou technique, sa responsabilité civile et pénale peut être engagée. Le médecin du travail du SST qui se voit confier la prestation santé-travail exercera ses fonctions en toute indépendance, tant médicalement que techniquement, et dans le respect de ses règles professionnelles et déontologiques.

Article 5 – Rémunération du SST

En contrepartie de l'exécution des missions précitées, le CMB sera redevable à l'égard du SST d'une cotisation dont le montant et les modalités de paiement et de facturation seront définis par les statuts et/ou le règlement intérieur du SST.

Annexe F – Questions de recherche

Thématique 1 : les musiciens d'orchestre professionnels

Objectif : préciser les caractéristiques de la population étudiée

- qu'est-ce qui différencie une personne musicienne d'une personne qui ne l'est pas, du point de vue des notions de travail et d'engagement dans l'activité ?
- quel rapport les musiciens entretiennent-ils avec leur santé ?

Thématique 2 : les problématiques de santé des musiciens professionnels

Objectif : mieux définir les problématiques de santé du musicien professionnel

- la prévalence des troubles est-elle conforme à ce que rapporte la littérature ?
- les TMS constituent-ils vraiment les atteintes majoritaires ?
- quels sont les motifs de consultation les plus fréquents ?

Thématique 3 : les professionnels impliqués dans la prise en soin des musiciens

Objectif : identifier les professionnels et leurs pratiques

- vers quels professionnels se tournent spontanément les musiciens confrontés à des problèmes de santé ?
- les réponses apportées sont-elles adaptées aux besoins des musiciens ?
- quelles doivent être les qualités et les compétences des professionnels de santé pour apporter un accompagnement satisfaisant ?
- comment des professionnels de santé spécialisés pour les musiciens appréhendent-ils les problématiques de cette population ?

Thématique 4 : santé au travail et prévention

Objectif : comprendre le fonctionnement du système de santé au travail des musiciens

- quels sont l'organisation et le mode de fonctionnement de la médecine du travail pour les musiciens professionnels ?
- dans quelle mesure cette organisation répond-elle aux besoins de la population ?
- quelles sont la place et la nature de la prévention des troubles dans le parcours d'un musicien ?

Thématique 5 : l'ergothérapie pour les musiciens

Objectif : comprendre quelle place peut occuper l'ergothérapie auprès des musiciens

- quel est le degré de connaissance des professionnels de santé pouvant orienter vers un ergothérapeute ou collaborer avec lui ?
- quelles sont les ressources de l'ergothérapeute dans l'appréhension des problématiques de santé d'un musicien ?
- comment l'ergothérapeute pourrait-il intégrer le système de santé au travail des musiciens ? Quelles stratégies doit-il mettre en place ?

Annexe G – Présentation des répondants

Ont été repris ici les mots que les personnes ont employés pour se présenter, et parler de l'intérêt qu'elles ont à prendre en soins les musiciens.

E1

- Je suis ergothérapeute, spécialisé dans la rééducation de la main, du membre supérieur, et notamment de la main du musicien. J'ai fait mon école d'ergo, j'ai été diplômé en 2016, et j'ai enchaîné avec une formation d'orthésiste pour avoir le double diplôme, et pouvoir travailler dans un Centre de la main. Et quelques années après j'ai ouvert la consultation en libéral de rééducation de la main, et notamment du musicien, qui est toujours d'actualité. Mais je n'ai aucun diplôme délivré par une institution ou un truc [relatif à la population musicienne] [...]. Je vais beaucoup plus vers des populations de musiciens professionnels que vers des musiciens amateurs. Parce que ça m'intéresse plus.
- Je trouve que ce sont des défis en fait. Chaque prise en charge est un défi. Parce qu'il y a tellement d'enjeux pour la personne... (*long silence*) [...], il y a des enjeux dans toutes les prises en charge ; mais celles-ci particulièrement. Je trouve que c'est un... déjà c'est assez peu exploré, et je trouve que rien que pour ça... on est face à une population qui est... qui est dans un désert de professionnels de santé. Et ça, je trouve que c'est déjà un défi majeur. Et... après... je ne sais pas comment dire, après ça dépend beaucoup aussi de, de comment je me suis construit moi, de comment je suis rentré dans l'école d'ergo...
- C'est hyper lié à ma propre construction. Pourquoi moi je me suis intéressé particulièrement au musicien, c'est parce que je pratique moi-même la musique, parce que j'ai été en relation avec un médecin qui avait développé ça ; enfin voilà, c'est aussi parce... que parce que le « hasard », entre guillemets, a fait que ça s'est développé là-dessus.

E2

- Je suis ergothérapeute depuis 1993 [...]. J'ai toujours travaillé dans le domaine de la rééducation de la main : j'avais commencé à travailler en hospitalier, au CHU à Lausanne

[...]. Et puis assez rapidement je me suis orienté dans les services orthopédie et chirurgie de la main ; et voilà, ça, ça m'a beaucoup plu, j'ai donc continué un peu à me spécialiser là-dedans. Et quand j'ai ouvert les cabinets [...], je n'ai orienté ma pratique qu'en rééducation de la main et du membre supérieur. Et puis, après, il faut bien choisir un peu un secteur, parce que les formations ça coûte, et partout ! et puis bon moi je suis musicien amateur, j'ai fait beaucoup de flûte à bec, de guitare, de chant, de direction chorale. Et j'ai dû arrêter, à cause d'un problème de pouce [...]. Et puis lors d'une période de travail au cabinet à Fribourg, je travaillais avec un chirurgien de la main [...], et j'avais été assez frustré par une prise en charge [avec une musicienne]. Ça m'est un peu resté comme on dit "en travers de la gorge" quoi, en me disant : on ne peut pas donner ces réponses-là à un musicien, ce n'est pas possible ! Et puis j'ai commencé un peu à aller regarder ce qui existait, [s'il] y avait des médecins de la musique, comme on a des médecins du sport. J'ai un petit peu essayé de chercher s'il y avait des personnes qui avaient un avis médical, technique, mais aussi musical sur ce qui se passe dans les pathologies des musiciens. Et puis je suis tombé assez rapidement sur le cursus Médecine des Arts, en France [...]. J'ai fait la formation en Médecine des Arts à Paris, et ça m'a ouvert beaucoup de portes en fait, parce que... enfin, beaucoup de curiosité (*rires*). Parce que c'est une formation qui est un peu généraliste, ça touche autant les problèmes de l'audition, de la vue, que justement les troubles musculo-squelettiques qui sont ceux qui vont nous occuper, nous, surtout quoi ; et du coup je me suis dit : mais c'est vrai ! les musiciens méritent qu'on ait quelque chose de spécialisé autour d'eux. Et du coup ça je me suis dit : il y a un truc à faire... alors j'ai continué de creuser, et je me suis formé dans un deuxième truc qui s'appelle la Spiraldynamik. Où vraiment une... une formation sur l'observation du corps en mouvement, et puis l'adaptation du corps en mouvement. Maintenant j'utilise beaucoup beaucoup ça [...]. C'est une kiné française qui est à l'origine de ça [...]. C'est super intéressant, ça a duré une année et demie. J'ai fait juste le niveau de base donc voilà, il y a plusieurs niveaux, mais ça me sert énormément.

- Eh bien moi ce qui m'intéresse c'est que... déjà j'aime la musique et je suis musicien, donc j'aimerais vraiment que ces gens-là puissent continuer à pratiquer leur musique. Et puis je trouve que ce qui est passionnant c'est justement... de pouvoir en... c'est presque magique en fait.

- Et voilà, de pouvoir après savoir que cette personne a pu faire un concert ; une fois je suis allé écouter, c'était un violoncelliste professionnel qui était à la retraite, et qui voulait absolument faire un concert avec son fils, pianiste professionnel, et puis il avait des douleurs au pouce type rhizarthrose, tendinite et tout ça... et c'était vraiment son goal quoi, son but, il voulait faire ce concert avec son fils. Et il a réussi, je suis allé à ce concert, et puis... de voir ce bonheur quoi. Moi je suis... c'est un cadeau, c'est génial... Et ça je trouve ça, je trouve super quoi !

K1

- Je suis kiné depuis 2010, diplômé de l'IFMK de Lyon. Niveau formation supplémentaire, j'ai suivi pendant deux ans la formation de Marie-Christine Mathieu qui est une kiné méziériste de Grenoble, en 2011 et 2012 [...]. J'ai ensuite continué en devenant assistant de formation dans ce même programme ; et puis à côté de ça j'ai par moi-même beaucoup développé la question sur ma propre vision des choses [...]. Depuis 2015/2016, je travaille activement auprès des musiciens, notamment dans pas mal d'orchestres nationaux, d'opéras, de conservatoires et cætera. Et aujourd'hui, en 2023, c'est désormais mon activité quasiment exclusive. C'est 90 % de mon temps, avec également depuis l'année dernière des formations à destination des soignants, des paramédicaux pour se spécialiser sur ces problématiques-là du musicien [...]. J'ai une toute petite activité plus trad' en EHPAD, avec deux/trois patients pour qui je finis les traitements ; mais à terme, l'année prochaine, ce ne sera que des musiciens. [...]. A côté de ça je suis musicien, bassiste chanteur, et c'est une activité assez... assez présente dans mon quotidien aussi, avec deux groupes de musique avec lesquels je tourne pas mal, et je me suis intéressé à tout ça parce que moi-même j'ai eu quelques soucis physiques, et je n'avais pas les réponses... même en étant kiné.

P1

- Je suis psychologue, j'ai deux masters de psychologie que j'ai eus à l'Université Lyon 2. Je consulte en cabinet depuis maintenant près de dix ans. Je travaille à côté de Lyon. Et donc ma pratique s'est orientée rapidement vers l'accompagnement des musiciens. Dans un premier temps parce qu'ils sont venus consulter au cabinet ; de par ma pratique

j'ai une approche particulière dans la gestion du stress du trac, des émotions ; et également en préparation mentale pour certains qui venaient chercher aussi cela [...]. J'ai une formation aussi d'hypnothérapeute, qui peut également être une plus-value dans l'accompagnement des musiciens, dans la gestion justement du trac et de problématiques diverses. Mais également j'ai eu une approche de formateur, notamment auprès de l'Opéra de Lyon, la maîtrise de l'Opéra de Lyon, et c'est comme ça finalement que j'ai également continué d'accompagner les musiciens [...]. Au cabinet j'ai tous types de population. Particulièrement des adultes par contre [...]. J'ai pratiqué la musique lorsque j'étais enfant, du violoncelle pendant environ cinq ans (CI-1, CI-2).

- Parce que ce sont des personnes qui ont envie d'avancer, qui sont moteurs dans leurs soins. Que ce soit physique ou psychique, ce sont des personnes qui ont envie d'évoluer, qui sont volontaires, motivées. Et puis... et puis peut-être également leur sensibilité.

D1

- J'ai fait un externat de médecine à Angers, un internat à Toulouse, en médecine générale. J'ai exercé en remplaçant, en campagne surtout, et puis après en collaboration en ville. Et j'ai fait une formation privée, qui n'est pas diplômante : de Médecine des Arts, sur treize mois en gros, l'année dernière. Médecine des Arts, à Montauban et Paris, oui. Et donc ça c'était intéressant. Il y a des choses que j'ai apprises, d'autres que je n'ai pas forcément apprises, mais... c'était vraiment très intéressant. Et c'était... un week-end par mois à peu près. Je compare un peu à la médecine du sport, mais pour les musiciens. Ça approfondit les connaissances qu'on a déjà, et puis ça va les développer sur la santé du musicien. Parce qu'on a aussi tous les problèmes physiques : de tendinopathies, de dystonie, de machin ; et on a vu aussi catégorie d'instrument par catégorie d'instrument. Le clarinettiste a quel problème, le violoncelliste a quel problème, le pianiste a quel problème... dans quel répertoire, et cætera.
- Moi je suis pianiste amateur, j'ai fait du piano quand j'étais petit, et puis j'en fais encore en musique de chambre. Et puis je me rappelle que quand j'étais petit, ma prof de piano m'avait parlé de Médecine des Arts, qui venait de sortir à l'époque, ça devait être tout neuf. Et puis c'est resté dans un petit coin de ma tête, comme ça. Et il y a eu un été au cabinet, où j'ai eu plein de cas compliqués, fallait annoncer des cancers, des maladies terribles à des enfants, enfin bref... et je m'étais dit : tiens, il me faudrait quand même

un domaine de compétences dans lequel je peux me détendre un petit peu, et où il n'y a pas des enjeux de vie ou de mort, ou de choses comme ça. Et du coup j'ai repensé à Médecine des arts, et je me suis dit : tiens ! je vais m'inscrire, ça va m'amuser, ça va me faire du bien.

- Bah ça m'intéresse déjà. Ça m'intéresse un petit peu plus, parce que je me demande toujours... Moi je n'ai pas fait le choix de faire de la musique professionnelle, mais du coup ça me... ça me questionne de savoir comment ils ont fait eux pour le choisir vraiment, pour y aller... Ça m'intrigue, les musiciens. Ça m'intéresse, il y a quelque chose de... ils ont un truc en plus quand même.

T1

- J'en suis à ma, au moins troisième, voire quatrième carrière. Mon tout premier métier ; je suis entraîneur de rugby. Ensuite j'ai beaucoup travaillé dans le médico-social ; j'ai dirigé des établissements médico-sociaux, notamment des maisons d'accueil spécialisées. Et je suis moi-même ergonomiste du travail. Aujourd'hui, mon poste de responsable des projets, c'est d'accompagner en interne et en externe toute initiative de projets, en vue d'améliorer les questions de prévention en santé au travail, des intermittents et des populations qu'on suit (CI-3).
- Je vais vous surprendre par ma réponse : absolument rien. Moi ce qui m'intéresse c'est le travail, quel que soit le travail. Et je prends autant de plaisir à aller regarder des... j'ai fait des interventions chez un prestataire de la SNCF, chez les dames qui nettoient les toilettes des trains, que chez les musiciens, honnêtement je... moi ce qui m'intéresse, c'est ça : c'est tout ce qui est mis en œuvre. Alors ! Je vais mettre un petit peu... parce que maintenant ça fait six/sept ans que je suis, mais... Mais en fait, ce qui m'attire dans le secteur du spectacle, c'est que je suis face à un terrain de jeu génial, pour moi qui adore le travail, qui suis anciennement un syndicaliste, qui regarde les organisations, qui aime bien avoir un regard à 360. D'aller dans le micro et d'aller dans le macro, voyez ? Je fais beaucoup d'allers-retours, d'un niveau psy de l'individu jusqu'à un niveau sociologique de l'étude de branche. Pour le coup, ce n'est pas tant sur l'activité musicale que sur les conditions de travail et les conditions d'emploi particulières de ce secteur-là. C'est ça qui m'attire.

Annexe H – Guides d’entretien vierges

Thèmes	Objectifs de recherche
Identité / identification / définition ce qu’est un musicien	Préciser les caractéristiques de la population étudiée
Problématiques de santé rencontrées par les musiciens	Confronter avec les données de la littérature, pour identifier le type dominant de troubles (motif de consultation)
Interventions de soins auprès des musiciens (curatif et préventif)	Quelles approches, quelles interventions fonctionnent/ ne fonctionnent pas ? Identifier les acteurs de ces soins, les leviers et les obstacles
L’ergothérapie pour les musiciens	interroger la connaissance/reconnaissance de l’ergothérapie pour la PES des musiciens Recueillir l’expérience des ergos spécialisés Interroger les facteurs favorables/défavorables aux interventions

Tableau 5 - Tableau général préparant la rédaction des guides d’entretien

Dans les guides ci-dessous, les questions en gras sont celles qui étaient prioritaires et ont été posées systématiquement ; en caractères standard, les questions complémentaires ; en italiques, les questions facultatives, posées en fonction du temps restant. Les entretiens ont été passés dans l’ordre chronologique suivant : E1, E2, K1, P1, T1, D1. Les questions ont été remaniées au fil du temps pour en parfaire la pertinence.

Guide d’entretien ergothérapeute (E1 et E2)

	Objectifs de la question
Questions initiales	
- Pourriez-vous vous présenter, présenter votre parcours (formations, expériences...) ? - Pourriez-vous me parler de ce qui vous intéresse chez les musiciens, et comment vous vous êtes spécialisé pour cette population ?	Connaître l’intérêt de la personne pour la population choisie
Thématique 1 : Caractéristiques du musicien	
- Pourriez-vous me dire ce qu’est un musicien pour vous ? Qu’est-ce qui le distingue d’un non-musicien/sportif/chanteur ? - Quels sont selon vous les déterminants identitaires professionnels propres aux musiciens ? - Dans votre pratique clinique, faites-vous une distinction entre musicien professionnel et musicien non-professionnel ? Si oui, laquelle ?	- Préciser les caractéristiques identitaires du musicien (cf. 1.1) - Confirmer que le musicien a besoin d’une PES

<ul style="list-style-type: none"> - Comment dans votre pratique percevez-vous des différences entre les musiciens, suivant le répertoire/les instruments qu'ils pratiquent ? - Entre pro et non pro, quelle est la population qui vous consulte le plus ? 	<p>spécifique, du fait de ses singularités (cf. 1.3)</p>
<p>Thématique 2 : Problématiques de santé du musicien</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Pourriez-vous me parler de votre perception du rapport qu'entretient un musicien avec sa santé ? - Dans votre pratique, quels sont les motifs de consultation les plus fréquents / les attentes des musiciens ? - Comment avez-vous accès à cette population ? - Quels sont selon vous leurs besoins en matière de santé ? - Comment définiriez-vous le rôle (quelle place occupe-t-elle) de l'activité musicale dans la santé du musicien ? - Avez-vous entendu parler des PMRD ? comment les comprenez-vous ? - Comment percevez-vous l'état de santé général des musiciens qui vous consultent ? - Quelles sont selon vous les vulnérabilités du musicien ? - Quelles sont ses forces ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Confirmer la prévalence et la nature des troubles dont souffrent les musiciens - Confirmer que ce qui gêne le plus un musicien est l'impossibilité de jouer de son instrument comme il en a l'habitude / le souhaite
<p>Thématique 3 : Professionnels impliqués dans la santé du musicien</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - À votre connaissance, vers qui se tournent en premier lieu les musiciens, lorsqu'ils sont confrontés à des problématiques de santé (professionnels de santé et autres disciplines) ? - Parmi les professionnels de santé, lesquels sont à votre connaissance les plus consultés aujourd'hui par les musiciens ? - Que pensez-vous de la formation de ces professionnels, pour prendre en soin les musiciens ? - Quels sont selon vous les lieux / contexte d'intervention de ces professionnels ? Quels devraient-ils être ? 	<ul style="list-style-type: none"> - confirmer que les ergos sont globalement absents de la PES des musiciens - vérifier que la majorité des interventions hors ergothérapeutes ne répond pas complètement aux besoins des musiciens (il y a une place à prendre)
<p>Thématique 4 : Le système de santé au travail et la prévention des troubles</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - D'après votre expérience, quelle est la place que les musiciens accordent à la prévention des troubles ? - Que savez-vous de la prévention des risques liés à l'exercice de la profession de musicien, dans le cadre de la santé au travail ? - Que pensez-vous de l'importance de la prévention de ces troubles ? - Dans votre pratique, comment vous positionnez-vous par rapport à la prévention ? Quelle importance lui accordez-vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> - identifier la prévention comme domaine privilégié d'intervention auprès des musiciens - vérifier qu'une intervention préventive permet d'éviter ou de réduire l'apparition des troubles
<p>Thématique 3 : Le soin de troubles</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Dans votre pratique, qu'est-ce qui permet de soulager/de répondre au mieux aux besoins des musiciens ? - Quels sont selon vous les « outils nécessaires à la rééducation du musicien » ? - Qu'est-ce qui vous pose question ou vous met en difficulté face à la PES d'un musicien ? Y a-t-il des situations qui se répètent ? 	<ul style="list-style-type: none"> - identifier les besoins spécifiques des musiciens, ce à quoi ils répondent et adhèrent

<ul style="list-style-type: none"> - Comment intégrez-vous à votre intervention le besoin de jouer et les échéances professionnelles du musicien ? - Avez-vous connaissance de protocoles particuliers / outils d'évaluation / d'intervention ? - Dans votre pratique de soins, pour un même motif de consultation, faites-vous une distinction entre celle d'un musicien et celle d'un non-musicien ? Si oui, de quelle manière, et pourquoi ? - <i>Faites-vous une différence, dans votre pratique, entre musicien professionnel et non-professionnel ?</i> 	
Thématique 5 : L'ergothérapeute : pertinent pour les musiciens ?	
<ul style="list-style-type: none"> - Comment, en tant qu'ergothérapeute, vous situez-vous par rapport aux autres professionnels de santé, pour prendre en soins les musiciens ? - Que pensez-vous de la pertinence de l'ergothérapie, en lien avec les problématiques de santé des musiciens ? - Sur quels fondements scientifiques / outils appuyez-vous votre pratique auprès des musiciens (modèle conceptuel, bilans standardisés...) ? - Quel est selon vous le modèle conceptuel qui permet le mieux de comprendre la situation d'un musicien ? - En quoi, selon vous, l'ergothérapeute est un professionnel de santé compétent pour intervenir auprès des musiciens ? 	<ul style="list-style-type: none"> - identifier l'ergothérapie comme discipline de soin de choix pour intervenir auprès des musiciens - identifier les modèles d'approches, et les outils mis en œuvre par les ergos pour leurs interventions auprès de musiciens
BONUS	<ul style="list-style-type: none"> - quel conseil donneriez-vous à un ergo qui souhaite travailler auprès des musiciens ? - souhaitez-vous ajouter quelque chose par rapport aux thématiques abordées, ou plus généralement, à l'objet de la recherche ?

Guide d'entretien kinésithérapeute (K1)

Questions initiales	Objectifs de la question
<ul style="list-style-type: none"> - Pourriez-vous vous présenter, présenter votre parcours (formations, expériences...) ? - Pourriez-vous me parler de ce qui vous intéresse chez les musiciens, et comment vous vous êtes spécialisé pour cette population ? 	Connaître l'intérêt de la personne pour la population choisie
Thématique 1 : Caractéristiques du musicien	
<ul style="list-style-type: none"> - pourriez-vous me dire ce qu'est un musicien pour vous ? qu'est-ce qui le distingue d'un non-musicien/sportif/chanteur ? - Quels sont selon vous les déterminants identitaires professionnels propres aux musiciens ? - Dans votre pratique clinique, faites-vous une distinction entre musicien professionnel et musicien non-professionnel ? Si oui, laquelle ? - <i>Comment dans votre pratique percevez-vous des différences entre les musiciens, suivant le répertoire/les instruments qu'ils pratiquent ?</i> - <i>Entre pro et non pro, quelle est la population qui vous consulte le plus ?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - préciser les caractéristiques identitaires du musicien (cf. 1.1) - confirmer que le musicien a besoin d'une PES spécifique, du fait de ses singularités (cf. 1.3)

Thématique 2 : Problématiques de santé du musicien

- Pourriez-vous me parler de votre perception du rapport qu'entretient un musicien avec sa santé ?
- Dans votre pratique, quels sont les motifs de consultation les plus fréquents/les attentes des musiciens ?
- Comment avez-vous accès à cette population ?
- Quels sont selon vous leurs besoins en matière de santé ?
- Comment définiriez-vous le rôle (quelle place occupe-t-elle) de l'activité musicale dans la santé du musicien ?
- Avez-vous entendu parler des PMRD ? Comment les comprenez-vous ?
- Comment percevez-vous l'état de santé général des musiciens qui vous consultent ?
- Quelles sont selon vous les vulnérabilités du musicien ?
- Quelles sont ses forces ?

- confirmer la prévalence et la nature des troubles dont souffrent les musiciens
- confirmer que ce qui gêne le plus un musicien est l'impossibilité de jouer de son instrument comme il en a l'habitude / le souhaite

Thématique 3 : Professionnels impliqués dans la santé du musicien

- À votre connaissance, vers qui se tournent en premier lieu les musiciens, lorsqu'ils sont confrontés à des problématiques de santé (professionnels de santé et autres disciplines) ?
- Parmi les professionnels de santé, lesquels sont à votre connaissance les plus consultés aujourd'hui par les musiciens ?
- Que pensez-vous de la formation de ces professionnels, pour prendre en soin les musiciens ?
- Quels sont selon vous les lieux/contexte d'intervention de ces professionnels ? quels devraient-ils être ?

- confirmer que les ergos sont globalement absents de la PES des musiciens
- vérifier que la majorité des interventions hors ergothérapeutes ne répond pas complètement aux besoins des musiciens (il y a une place à prendre)

Thématique 4 : Le système de santé au travail et la prévention des troubles

- D'après votre expérience, quelle est la place que les musiciens accordent à la prévention des troubles ?
- Que savez-vous de la prévention des risques liés à l'exercice de la profession de musicien, dans le cadre de la santé au travail ?
- Que pensez-vous de l'importance de la prévention de ces troubles ?
- Dans votre pratique, comment vous positionnez-vous par rapport à la prévention ? quelle importance lui accordez-vous ?

- identifier la prévention comme domaine privilégié d'intervention auprès des musiciens
- vérifier qu'une intervention préventive permet d'éviter ou de réduire l'apparition des troubles

Thématique 3 : Le soin de troubles

- Dans votre pratique, qu'est-ce qui permet de soulager/de répondre au mieux aux besoins des musiciens ?
- Quels sont selon vous les « outils nécessaires à la rééducation du musicien » ?
- Qu'est-ce qui vous pose question ou vous met en difficulté face à la PES d'un musicien ? y a-t-il des situations qui se répètent ?
- Comment intégrez-vous à votre intervention le besoin de jouer, et les échéances professionnelles du musicien ?
- Avez-vous connaissance de protocoles particuliers/outils d'évaluation/d'intervention ?

- identifier les besoins spécifiques des musiciens, ce à quoi ils répondent et adhèrent

<ul style="list-style-type: none"> - Dans votre pratique de soin, pour un même motif de consultation, faites-vous une distinction entre celle d'un musicien et celle d'un non-musicien ? Si oui, de quelle manière, et pourquoi ? - <i>Faites-vous une différence, dans votre pratique, entre musicien professionnel et non-professionnel ?</i> 		
<p>Thématique 5 : L'ergothérapeute : pertinent pour les musiciens ?</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Connaissez-vous l'ergothérapie ? - Que pensez-vous de la pertinence de l'ergothérapie, en lien avec les problématiques de santé des musiciens ? - En quoi, selon vous, l'ergothérapeute est un professionnel de santé compétent pour intervenir auprès des musiciens ? - <i>Avez-vous connaissance d'ergothérapeutes qui interviennent auprès de musiciens ?</i> 		<ul style="list-style-type: none"> - identifier l'ergothérapie comme discipline de soin de choix pour intervenir auprès des musiciens - identifier les modèles d'approche, et les outils mis en œuvre par les ergos pour leurs interventions auprès de musiciens
<p>BONUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - quel conseil donneriez-vous à un ergo qui souhaite travailler auprès des musiciens ? - souhaitez-vous ajouter quelque chose par rapport aux thématiques abordées, ou plus généralement, à l'objet de la recherche ? 	

Guide d'entretien psychologue (P1)

		Objectifs de la question
Questions initiales		
<ul style="list-style-type: none"> - Pourriez-vous vous présenter, présenter votre parcours (formations, expériences...) ? - Pourriez-vous me parler de ce qui vous intéresse chez les musiciens, et comment vous vous êtes spécialisé pour cette population ? 		<p>Connaître l'intérêt de la personne pour la population choisie</p>
<p>Thématique 1 : Caractéristiques du musicien</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Pourriez-vous me dire ce qu'est un musicien pour vous ? Qu'est-ce qui le distingue d'un non-musicien/sportif/chanteur ? - Quels sont selon vous les déterminants identitaires professionnels propres aux musiciens ? - Dans votre pratique clinique, faites-vous une distinction entre musicien professionnel et musicien non-professionnel ? Si oui, laquelle ? - <i>Entre pro et non pro, quelle est la population qui vous consulte le plus ?</i> 		<ul style="list-style-type: none"> - préciser les caractéristiques identitaires du musicien (cf. 1.1) - confirmer que le musicien a besoin d'une PES spécifique, du fait de ses singularités (cf. 1.3)

Thématique 2 : Problématiques de santé du musicien	
<ul style="list-style-type: none"> - Pourriez-vous me parler de votre perception du rapport qu'entretient un musicien avec sa santé ? - Comment percevez-vous l'état de santé général des musiciens qui vous consultent ? - Quelles sont selon vous les vulnérabilités du musicien ? Quelles sont ses forces ? - Quels sont selon vous les besoins en matière de santé des musiciens professionnels ? - Comment définiriez-vous le rôle (quelle place occupe-t-elle) de l'activité musicale dans la santé du musicien ? - Dans votre pratique, quels sont les motifs de consultation les plus fréquents/les attentes des musiciens ? Comment avez-vous accès à cette population ? 	<ul style="list-style-type: none"> - confirmer la prévalence et la nature des troubles dont souffrent les musiciens - confirmer que ce qui gêne le plus un musicien est l'impossibilité de jouer de son instrument comme il en a l'habitude / le souhaite
Thématique 3 : Professionnels impliqués dans la santé du musicien	
<ul style="list-style-type: none"> - À votre connaissance, vers qui se tournent en premier lieu les musiciens, lorsqu'ils sont confrontés à des problématiques de santé (professionnels de santé et autres disciplines) ? - Parmi les professionnels de santé, lesquels sont à votre connaissance les plus consultés aujourd'hui par les musiciens ? - Que pensez-vous de la formation de ces professionnels, pour prendre en soin les musiciens ? - <i>Quels sont selon vous les lieux/contexte d'intervention de ces professionnels ? quels devraient-ils être ?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - confirmer que les ergos sont globalement absents de la PES des musiciens - vérifier que la majorité des interventions hors ergothérapeutes ne répond pas complètement aux besoins des musiciens (il y a une place à prendre)
Thématique 4 : Le système de santé au travail et la prévention des troubles	
<ul style="list-style-type: none"> - Que savez-vous de la prévention des risques liés à l'exercice de la profession de musiciens, dans le cadre de la santé au travail ? - D'après votre expérience, quelle est la place que les musiciens accordent à la prévention des troubles ? - Que pensez-vous de l'importance de la prévention de ces troubles ? - Dans votre pratique, comment vous positionnez-vous par rapport à la prévention ? quelle importance lui accordez-vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> - identifier la prévention comme domaine privilégié d'intervention auprès des musiciens - vérifier qu'une intervention préventive permet d'éviter ou de réduire l'apparition des troubles
Thématique 3 : Le soin de troubles	
<ul style="list-style-type: none"> - Dans votre pratique, qu'est-ce qui permet de soulager/de répondre au mieux aux besoins des musiciens ? - Qu'est-ce qui vous pose question ou vous met en difficulté face à la PES d'un musicien ? Y a-t-il des situations qui se répètent ? - Comment intégrez-vous le besoin de jouer, et les échéances professionnelles du musicien, à votre intervention ? - Avez-vous connaissance de protocoles particuliers/outils d'évaluation/d'intervention ? - <i>Faites-vous une différence, dans votre pratique, entre musicien professionnel et non-professionnel ?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - identifier les besoins spécifiques des musiciens, ce à quoi ils répondent et adhèrent

Thématique 5 : L'ergothérapeute : pertinent pour les musiciens ?	
<ul style="list-style-type: none"> - Connaissez-vous l'ergothérapie ? - Que pensez-vous de la pertinence de l'ergothérapie, en lien avec les problématiques de santé des musiciens ? - En quoi, selon vous, l'ergothérapeute est un professionnel de santé compétent pour intervenir auprès des musiciens ? - Avez-vous connaissance d'ergothérapeutes qui interviennent auprès de musiciens ? 	<ul style="list-style-type: none"> - identifier l'ergothérapie comme discipline de soin de choix pour intervenir auprès des musiciens - identifier les modèles d'approche, et les outils mis en œuvre par les ergos pour leurs interventions auprès de musiciens
BONUS	<ul style="list-style-type: none"> - quel conseil donneriez-vous à un ergo qui souhaite travailler auprès des musiciens ? - souhaitez-vous ajouter quelque chose par rapport aux thématiques abordées, ou plus généralement, à l'objet de la recherche ?

Guide d'entretien médecin généraliste (D1)

Questions initiales	Objectifs de la question
<ul style="list-style-type: none"> - Pourriez-vous vous présenter, présenter votre parcours (formations, expériences...)? - Pourriez-vous me parler de ce qui vous intéresse chez les musiciens, et comment vous vous êtes spécialisé pour cette population ? 	Connaître l'intérêt de la personne pour la population choisie
Thématique 1 : Caractéristiques du musicien	
<ul style="list-style-type: none"> - À partir de votre expérience clinique, pourriez-vous me dire ce qu'est un musicien pour vous ? Qu'est-ce qui le distingue d'un non-musicien/sportif/chanteur ? - Quels sont selon vous les déterminants identitaires professionnels propres aux musiciens ? - Dans votre pratique clinique, faites-vous une distinction entre musicien professionnel et musicien non-professionnel ? Si oui, laquelle ? 	<ul style="list-style-type: none"> - préciser les caractéristiques identitaires du musicien (cf. 1.1) - confirmer que le musicien a besoin d'une PES spécifique, du fait de ses singularités (cf. 1.3)
Thématique 2 : Problématiques de santé du musicien	
<ul style="list-style-type: none"> - Pourriez-vous me parler de votre perception du rapport qu'entretient un musicien avec sa santé ? - Dans votre pratique, quels sont les motifs de consultation les plus fréquents/ les attentes des musiciens ? - Quels sont selon vous leurs besoins en matière de santé ? - Comment définiriez-vous le rôle (quelle place occupe-t-elle) de l'activité musicale dans la santé du musicien ? - Avez-vous entendu parler des PMRD ? Comment les comprenez-vous ? - Comment percevez-vous l'état de santé général des musiciens qui vous consultent ? - Quelles sont selon vous les vulnérabilités du musicien ? Quelles sont ses forces ? 	<ul style="list-style-type: none"> - confirmer la prévalence et la nature des troubles dont souffrent les musiciens - confirmer que ce qui gêne le plus un musicien est l'impossibilité de jouer de son instrument comme il en a l'habitude / le souhaite

Thématique 3 : Professionnels impliqués dans la santé du musicien	
<ul style="list-style-type: none"> - À votre connaissance, vers qui se tournent en premier lieu les musiciens, lorsqu'ils sont confrontés à des problématiques de santé (professionnels de santé et autres disciplines) ? - Quelles compétences professionnelles pour prendre en soin un musicien ? - Parmi les professionnels de santé, lesquels sont à votre connaissance les plus consultés aujourd'hui par les musiciens ? - Que pensez-vous de la formation de ces professionnels, pour prendre en soin les musiciens ? - Quels sont selon vous les lieux/contextes d'intervention de ces professionnels ? quels devraient-ils être ? 	<ul style="list-style-type: none"> - confirmer que les ergos sont globalement absents de la PES des musiciens - vérifier que la majorité des interventions hors ergothérapeutes ne répond pas complètement aux besoins des musiciens (il y a une place à prendre)
Thématique 4 : Le système de santé au travail et la prévention des troubles	
<ul style="list-style-type: none"> - D'après votre expérience, quelle est la place que les musiciens accordent à la prévention des troubles ? - Que savez-vous de la prévention des risques liés à l'exercice de la profession de musicien, dans le cadre de la santé au travail ? - Que pensez-vous de l'importance de la prévention de ces troubles ? - Dans votre pratique, comment vous positionnez-vous par rapport à la prévention ? Quelle importance lui accordez-vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> - identifier la prévention comme domaine privilégié d'intervention auprès des musiciens - vérifier qu'une intervention préventive permet d'éviter ou de réduire l'apparition des troubles
Thématique 3 : Le soin de troubles	
<ul style="list-style-type: none"> - Dans votre pratique, qu'est-ce qui permet de soulager/de répondre au mieux aux besoins des musiciens ? - Qu'est-ce qui vous pose question ou vous met en difficulté face à la PES d'un musicien ? Y a-t-il des situations qui se répètent ? - Comment intégrez-vous le besoin de jouer, et les échéances professionnelles du musicien, à votre intervention ? - Avez-vous connaissance de protocoles particuliers/outils d'évaluation/d'intervention ? - Dans votre pratique de soin, pour un même motif de consultation, faites-vous une distinction entre celle d'un musicien et celle d'un non-musicien ? Si oui, de quelle manière, et pourquoi ? - Faites-vous une différence, dans votre pratique, entre musicien professionnel et non-professionnel ? 	<ul style="list-style-type: none"> - identifier les besoins spécifiques des musiciens, ce à quoi ils répondent et adhèrent
Thématique 5 : L'ergothérapeute : pertinent pour les musiciens ?	
<ul style="list-style-type: none"> - Connaissez-vous l'ergothérapie ? - Que pensez-vous de la pertinence de l'ergothérapie, en lien avec les problématiques de santé des musiciens ? - En quoi, selon vous, l'ergothérapeute est un professionnel de santé compétent pour intervenir auprès des musiciens ? - Avez-vous connaissance d'ergothérapeutes qui interviennent auprès de musiciens ? 	<ul style="list-style-type: none"> - identifier l'ergothérapie comme discipline de soin de choix pour intervenir auprès des musiciens - identifier les modèles d'approches, et les outils mis en œuvre par les ergos pour leurs interventions auprès de musiciens

BONUS	<ul style="list-style-type: none"> - quel conseil donneriez-vous à un professionnel de santé qui souhaite travailler auprès des musiciens ? - souhaitez-vous ajouter quelque chose par rapport aux thématiques abordées, ou plus généralement, à l'objet de la recherche ?
--------------	--

Guide d'entretien chargé de projet Thalie Santé (T1)

Questions initiales	Objectifs de la question
- Pourriez-vous vous présenter, et présenter Thalie Santé et quelles sont ses missions ?	Connaître l'intérêt de la personne/structure pour la population choisie
Thématique 1 : Caractéristiques du musicien	
<ul style="list-style-type: none"> - Parmi tous les secteurs professionnels que vous accompagnez, est-ce que les musiciens constituent une population spécifique ? Si oui, en quoi ? - De quelle manière avez-vous accès / êtes-vous en relation avec cette population (accès direct, via employeur...) ? 	<ul style="list-style-type: none"> - préciser les caractéristiques identitaires du musicien (cf. 1.1) - confirmer que le musicien a besoin d'une PES spécifique, du fait de ses singularités (cf. 1.3)
Thématique 2 : Problématiques de santé du musicien	
<ul style="list-style-type: none"> - Pourriez-vous me parler de votre perception du rapport qu'entretient un musicien avec sa santé ? - Dans votre pratique, quels sont les motifs de consultation les plus fréquents/les attentes des musiciens ? - Quels sont selon vous leurs besoins en matière de santé ? - Comment définiriez-vous le rôle (quelle place occupe-t-elle) de l'activité musicale dans la santé du musicien ? - Avez-vous entendu parler des PMRD ? comment les comprenez-vous ? - Comment percevez-vous l'état de santé général des musiciens qui vous consultent ? - Quelles sont selon vous les vulnérabilités du musicien ? - Quelles sont ses forces ? 	<ul style="list-style-type: none"> - confirmer la prévalence et la nature des troubles dont souffrent les musiciens - confirmer que ce qui gêne le plus un musicien est l'impossibilité de jouer de son instrument comme il en a l'habitude / le souhaite
Thématique 3 : Professionnels impliqués dans la santé du musicien	
<ul style="list-style-type: none"> - À votre connaissance, vers qui se tournent en premier lieu les musiciens, lorsqu'ils sont confrontés à des problématiques de santé (professionnels de santé et autres disciplines) ? - Quelles compétences professionnelles pour prendre en soin un musicien ? - Parmi les professionnels de santé, lesquels sont à votre connaissance les plus consultés aujourd'hui par les musiciens ? - Que pensez-vous de la formation de ces professionnels, pour prendre en soin les musiciens ? - Quels sont selon vous les lieux/contexte d'intervention de ces professionnels ? quels devraient-ils être ? 	<ul style="list-style-type: none"> - confirmer que les ergos sont globalement absents de la PES des musiciens - vérifier que la majorité des interventions hors ergothérapeutes ne répond pas complètement aux besoins des musiciens (il y a une place à prendre)

Thématique 4 : Le système de santé au travail et la prévention des troubles

<ul style="list-style-type: none">- Pour les musiciens professionnels, comment la réglementation concernant la santé au travail s'applique-t-elle concrètement ?- Quelles sont les difficultés de mise en oeuvre ?- Une des missions de Thalie Santé est d'oeuvrer dans la prévention des risques au travail des musiciens ; j'ai vu que vous aviez lancé un groupe de travail sur la prévention des risques auditifs, pourriez-vous m'en parler ? Pourquoi avoir choisi de mettre l'accent sur ce trouble en particulier ?- Plusieurs pôles existent au sein de Thalie Santé (médical, prévention, psycho-social) : pourriez-vous m'en parler ? Comment sont-ils utilisés par les usagers ?- Pourriez-vous me parler du Document Unique de d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP), dans le milieu musical ?- Sur le site internet de Thalie Santé, il est beaucoup question des entreprises culturelles ; mais quid des associations, qui sont les principaux employeurs des musiciens ?	<ul style="list-style-type: none">- identifier la prévention comme domaine privilégié d'intervention auprès des musiciens- vérifier qu'une intervention préventive permet d'éviter ou de réduire l'apparition des troubles
---	---

Thématique 3 : Le soin de troubles

<ul style="list-style-type: none">- Compte tenu de la temporalité particulière du travail des intermittents, comment se concrétise la mise en oeuvre des différentes visites médicales (VIPI, VIPP, SIR) ?- Parmi les professionnels formant l'équipe pluridisciplinaire et celle d'intervention, on trouve : médecin du travail et infirmier en santé au travail ; ergonomes, psychologues du travail, métrologues, ingénieurs en hygiène santé environnement et assistants en santé au travail ; pourriez-vous me parler du choix de ces professions ?	<ul style="list-style-type: none">- identifier les besoins spécifiques des musiciens, ce à quoi ils répondent et adhèrent
---	---

Thématique 5 : L'ergothérapeute : pertinent pour les musiciens ?

<ul style="list-style-type: none">- Connaissez-vous l'ergothérapie ?- Que pensez-vous de la pertinence de l'ergothérapie, en lien avec les problématiques de santé des musiciens ?- En quoi, selon vous, l'ergothérapeute est un professionnel de santé compétent pour intervenir auprès des musiciens ?	<ul style="list-style-type: none">- identifier l'ergothérapie comme discipline de soin de choix pour intervenir auprès des musiciens- identifier les modèles d'approches, et les outils mis en oeuvre par les ergos pour leurs interventions auprès de musiciens
--	---

BONUS	<ul style="list-style-type: none">- quel conseil donneriez-vous à un professionnel de santé qui souhaite travailler auprès des musiciens ?- souhaitez-vous ajouter quelque chose par rapport aux thématiques abordées, ou plus généralement, à l'objet de la recherche ?
--------------	---

Annexe I – Grilles d’analyse vierges

Grille générale

	E1			E2			K1			P1			T1			D1		
Question initiale : présentation de la personne (formations, expériences...)	Q...	R...	L...															
Thème 1 : population musiciens	Q...	R...	L...															
Thème 2 : problématiques de santé du musicien <ul style="list-style-type: none"> • troubles • adhésion au soin • suivi des soins 	Q...	R...	L...															
Thème 3 : PES <ul style="list-style-type: none"> • professionnels impliqués • intervention de soin • intervention de prévention 	Q...	R...	L...															
Thème 4 : santé au travail/ prévention <ul style="list-style-type: none"> • dispositifs existants • périodes favorables d’intervention 	Q...	R...	L...															
Thème 5 : ergothérapie et musiciens	Q...	R...	L...															
Bonus	Q...	R...	L...															

Grille thématique 1

	Pour vous qu'est-ce qui distingue un musicien d'un non-musicien ? d'un sportif ?	Professionnels / non professionnels	Instrumentistes / chanteurs	Perception du rapport du musicien à sa santé	Quand ils consultent / accès à la population	Forces / vulnérabilités / gestion santé ?	Attentes / Besoins en matière de santé
E1							
E2							
K1							
P1							
T1							
D1							

Grille thématique 2

	Manque d'intégration conscience santé à la formation des musiciens	Motifs de consultation les + fréquents	Rôle activité musique / santé	Etat de santé général	Troubles	Suivi soins / PEC
E1						
E2						
K1						
P1						
T1						
D1						

Grille thématique 3

	Intégration de l'activité musique aux séances	Outils d'évaluation, analyse, protocoles intervention	Adhésion, confiance, crédibilité	Les professionnels que les musiciens choisissent	Réponses adaptées ?	Formation des professionnels
E1						
E2						
K1						
P1						
T1						
D1						

Grille thématique 4

	Dispositifs existants	Périodes d'intervention privilégiées ?	Quel intérêt les musiciens portent-ils à la prévention ?	Au travail	Quelle importance pour la prévention ?	Population cible des démarches entreprises
E1						
E2						
K1						
P1						
T1						
D1						

Grille thématique 5

	Particularités ergo pour musicien par rapport aux autres pro / pertinence	Travail / collaboration transdisciplinaire	Forces de l'ergo	Quid de la formation initiale ergo ?	Approches conceptuelles / protocoles intervention
E1					
E2					
K1					
P1					
T1					
D1					

Annexe J – Formulaire de consentement vierge



Université Claude Bernard  Lyon 1

Isaure LAVERGNE
isaure.lavergne@etu.univ-lyon1.fr
+336 79 82 82 46

DÉPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

Participation à un entretien, dans le cadre de la rédaction d'un mémoire de recherche pour l'obtention du DE d'ergothérapie.

Intitulé du mémoire : Problématiques de santé du musicien professionnel : quel apport de l'ergothérapie ?

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études, menée sous la direction de Monsieur Laurent FIDRY, ergothérapeute, je vous sollicite pour participer à un entretien individuel.

Il est nécessaire de lire de manière attentive cette note d'information, qui présente toutes les informations nécessaires à la compréhension du déroulement de cette étude. Si toutefois vous êtes saisi(e) d'un doute sur tout ou partie de cette notice, je reste à votre entière disposition pour toute explication ou information complémentaire.

Cette recherche a pour objectif de faire évoluer la pratique en ergothérapie, et de contribuer à son développement auprès des musiciens. En y participant, vous contribuerez à une meilleure compréhension de cette population singulière, et à une meilleure appréhension du rôle que peut occuper l'ergothérapeute dans sa prise en soin.

La durée de la recherche est de 8 mois (septembre 2022 - mai 2023). En consentant à participer à cette recherche, vous vous engagez à réaliser un entretien, qui n'excédera pas 60 minutes. Il sera mené de préférence de visu, et par téléphonie ou visio-conférence par défaut. La date sera arrêtée en fonction de vos disponibilités. Un second entretien pourra toutefois vous être proposé ultérieurement afin de préciser certains points.

Les entretiens seront enregistrés, puis retranscrits et analysés sur ordinateur via un logiciel sécurisé. Les données seront traitées de manière anonyme. Les fichiers d'enregistrement seront détruits à l'issue de la recherche.

Votre participation nécessite votre disponibilité totale durant la durée de l'entretien. Les données recueillies, conformément aux recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), seront traitées exclusivement par mon encadrant et moi-même. Aucune information vous concernant ou données personnelles ne seront divulguées, sous quelque forme que ce soit.

Par la présente, vous consentez librement et de façon éclairée à participer à ce travail de recherche. Tout au long de celle-ci, vous pouvez demander des informations et des explications concernant le déroulement du protocole mis en oeuvre.

Vous pouvez également à tout moment, et ce sans qu'il ne puisse être recherché votre responsabilité, vous retirer du protocole auquel vous avez initialement consenti sans délai de préavis. Dans ce cas, les données collectées jusqu'à votre retrait effectif seront utilisées pour l'analyse des résultats de la recherche.

À l'issue de la recherche, il vous est possible d'obtenir la communication des résultats par demande réalisée par simple courriel. Ceux-ci vous seront alors adressés sous quinzaine.

Si vous acceptez de participer à la recherche, il est nécessaire que vous apposiez votre signature précédée de la mention « lu et approuvé » sur le document joint, que vous aurez préalablement daté.

Formulaire de consentement

Je soussignée (*nom, prénom, qualité*)

.....
.....

accepte librement de participer à un entretien de recherche réalisé par Isaure LAVERGNE, dans le cadre de son travail de fin d'études en ergothérapie, sous la direction de Laurent FIDRY, ergothérapeute DE.

Par la présente, je confirme :

- Avoir pris connaissance de la note d'information du .../.../..., figurant à la page 1 du présent document, m'expliquant l'objectif de cette recherche, la façon dont elle va être réalisée et ce que ma participation va impliquer ;
- Avoir en ma possession un exemplaire de la note d'information ;
- Avoir reçu des réponses adaptées aux questions posées ;
- Avoir disposé d'un temps suffisant pour prendre la décision de donner mon consentement libre et éclairé ;
- Avoir compris que ma participation est libre et que je pourrai dès lors interrompre ma participation à tout moment, sans que cela ne puisse donner lieu à une quelconque recherche de responsabilité devant une juridiction ordinaire ou judiciaire ;
- Avoir été informé(e) que les données recueillies dans le cadre de la recherche peuvent être réutilisées pour des recherches ultérieures, de manière anonyme.

Date :

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »

Annexe K – Tableau thématique des résultats

Thématique 1A - ce qui distingue un musicien instrumentiste...

d'un non-musicien :

- Dès l'instant où la personne me dit qu'elle pratique une activité musicale, c'est déjà pour moi considéré comme un musicien (E1).
- C'est quelqu'un qui fait un métier de frustré (E1).
- On commence la musique à cinq/six ans ; c'est-à-dire qu'on a toujours vécu comme ça. Et en fait, on ne se pose pas la question (E1).
- C'est un truc qui est complètement intrinsèque à eux [...]. Qu'elle soit bonne ou mauvaise, c'est une nécessité. Et ils ne se posent pas la question de : « est-ce que c'est bien ou est-ce que ce n'est pas bien » [...]. C'est-à-dire que c'est un besoin vital : « il faut que je joue ». Et coûte que coûte (E1).
- Il est vraiment impliqué depuis son plus jeune âge dans la pratique de son instrument. C'est quelque chose qui ne le quitte pas en fait [...]. Il a en permanence sa musique avec lui. Et ça, je pense que ça fait de lui quelqu'un de particulier, parce que quand il ne peut plus... c'est lui qui s'effondre quoi, c'est l'univers qui s'effondre. Parce que... il n'y a plus rien d'autre (E2).
- Les musiciens ont une sensibilité différente [...]. Je pense que c'est [un besoin] tant physique qu'émotionnel. Ce besoin il est... pour certains évidemment sans faire de généralités, presque viscéral (P1).
- Ah bah d'un point de vue tissulaire et mécanique, rien ! Rien du tout, c'est la même chose (K1).
- [Les musiciens] ne comptent pas leurs heures, ils bossent beaucoup beaucoup beaucoup. Et puis [...] on va sursolliciter des parties du corps qui normalement ne sont pas sollicitées autant (D1).
- La gestion de la statique, et donc la gestion de l'exigence gestuelle très fine, très précise (K1).
- C'est sa façon de vivre ses activités (E2).
- Beaucoup de musiciens professionnels [...] sont engagés dans différentes [activités] (E2).

d'un sportif :

- Ils ne commencent pas de la même façon, en termes de contraintes d'apprentissage. Un enfant de cinq ans qui va taper dans un ballon et se dépenser et rigoler avec ses copains, ce n'est pas un enfant qui va apprendre à lire des notes, un nouvel apprentissage qu'on lui demande déjà de faire à l'école, en plus, dans une autre langue, et dans un autre univers. Donc la contrainte est radicalement différente (E1).
- Entre un sportif et un musicien... [...] je fais une différence parce qu'il est musicien et qu'il n'a pas le même type d'exercice que le sportif (D1).
- Leur corps, quand ils jouent, il fournit un effort qui peut être comparable à l'effort d'un rugbyman, voilà... (E2).
- Le sportif, lui, va vraiment travailler sur le mouvement, sur l'alternance ; là où le musicien, bah... s'il faut rester 4h assis sur une chaise d'orchestre quoi... il y a peu de mouvements (K1).

d'un chanteur :

- Chez le chanteur, il n'y a pas ce rapport-là, [cette interface corps-instrument] puisque l'instrument est à l'intérieur du corps (E1).
- Vous avez forcément un rapport à la scène déjà, tout à fait différent (K1).

T1B - sur le rapport que le musicien a avec sa santé :

- Un musicien professionnel va prendre conscience de l'importance de sa santé dès l'instant où il va commencer à souffrir (E1).
- Beaucoup de musiciens n'ont pas conscience que c'est leur corps qui joue en fait (*rires*) (E2).
- Déjà le musicien il est comme tout patient lambda, c'est-à-dire que : ben quand j'ai mal, bah, je vais attendre un peu, ça va passer [...]. Ils attendent d'être confrontés à quelque chose même de grave ! (K1).
- Ils découvrent par leurs difficultés, leurs troubles que : au fait ils ont un corps faillible (E2).
- Quand vraiment, ils ont vraiment quand même mal, ils se disent : « ah bah là je vais quand même aller consulter un vrai docteur » (D1).
- C'est-à-dire que ça peut être au détriment de la santé [...] ou alors ça peut être aussi l'effet inverse, c'est-à-dire : là, moi, cette rééducation-là que j'entreprends ici au cabinet, elle est tellement importante que je vais tout faire [...] pour me permettre de jouer (E1).
- Comme je vois des jeunes [...] j'ai l'impression que ce n'est pas forcément un moment de sa vie où l'on se dit : « il faudrait que je mange bien, que je fasse du sport », je ne pense pas qu'il y ait une préoccupation plus ou moins attentive qu'un autre jeune de leur âge (E2).
- La plupart... ils n'ont pas une hygiène de vie, une hygiène corporelle assez dingue... en termes de sport, en termes d'entretien physique... ce n'est pas la majorité du tout (K1).
- C'est très étonnant, ça peut être un peu ambivalent ; il peut être très attentif à ses douleurs, notamment des membres supérieurs [...]. Et en même temps, il peut être complètement négligent sur [...] la santé un peu en général (D1).

T1C - sur les forces du musicien dans la gestion de sa santé :

- La force et la vulnérabilité c'est la même, et c'est la passion de l'instrument en fait, la passion de vouloir jouer. Ça leur permet d'accepter à peu près tout ce qu'on leur dit [...] parce que c'est la condition pour qu'ils continuent à jouer (E1).
- Vu que la musique fait partie de sa vie [...], il a envie de continuer de jouer [...]. Ça c'est une force parce que [...] il a une motivation, un engagement dans le traitement (E2).
- Une force aussi c'est que [...] le fait d'avoir travaillé un peu d'arrache-pied comme ça, avec beaucoup d'opiniâtreté, de persévérance [...], ça donne quelqu'un qui a finalement pas mal de patience, [...] beaucoup de sens d'observation [...] et puis beaucoup d'exigence vis-à-vis de lui-même (E2).
- Ce qui est génial avec les musiciens c'est qu'ils sont extrêmement investis [...]. Vous pouvez lui donner... tout ce que vous voulez, il le fera (K1).
- Et puis, malgré tout [...] ils ont une certaine connaissance de leur corps par le biais du son et de l'instrument, donc on ne part pas de très loin, en général, en termes de schéma corporel, de proprioception. Ce sont quand même des gens... très... très éclairés là-dessus (K1).

- Ce sont des personnes qui sont plutôt vigilantes à leur santé, physique ou psychique. Ils vont faire attention à eux (P1).
- Le musicien il est persévérant, il est... je dirais qu'il est honnête, enfin il est franc dans sa musique, donc il fait les choses correctement (D1).

T1D - sur les vulnérabilités du musicien dans la gestion de sa santé :

- Et en même temps c'est leur fragilité, parce que... [...] ça remet aussi en question tous leurs choix (E1).
- Et puis la faiblesse, c'est un peu cette découverte quoi, en fait, c'est... il n'en revient pas que, il aurait pu mettre ça en place bien des années avant, quoi... Et ça c'est... oui, ça les assied quand même pas mal (E2).
- Les vulnérabilités, bah c'est simplement que quand vous changez, ne serait-ce... qu'un tout petit truc dans leur gestuelle... pour eux, c'est une montagne, à changer [...], c'est le bout du monde pour eux ! (K1).
- C'est difficile pour le musicien, de se dire : « OK je sais que c'est pourri ce que je joue, mais c'est pour avancer, parce que je change mon geste » (K1).
- Ce sont des personnes qui vont dépasser leurs limites parfois [...]. Souvent leur métier c'est une passion, donc ils vont peut-être donner plus que ce que leur corps ou leur psyché peut supporter (P1).
- Je pense que ce sont des gens qui ne s'écourent pas trop, qui ont du mal à voir leurs limites... (D1).
- La vulnérabilité c'est le stress. Ça c'est clair. Pour moi c'est le stress, ça le fragilise énormément. Et en même temps... il peut en faire quelque chose de bien mais... je trouve que ça le fragilise quand même. Le stress c'est difficile à gérer (D1).
- Le besoin de jouer passe souvent avant le reste. Les musiciens ont besoin de s'entraîner, ils ont besoin de jouer, donc [...] ça va passer avant. Après ce sont des personnes très intelligentes malgré tout, donc ils vont essayer de concilier la santé et leur objectif professionnel (P1).

Thématique 2 - les problématiques de santé des musiciens professionnels

T2A - sur les motifs de consultation les plus fréquents :

- TMS, tendinite, et « je n'arrive pas à tenir mon morceau » (E1).
- Les troubles musculosquelettiques (E2).
- Tendinite ! (K1)
- Mais « tendinite » ça veut tout et rien dire (E2).
- Ils viennent neuf fois sur dix pour une tendinite [...] et en fait, c'est très rarement une tendinite [...], ce que je vois le plus souvent c'est plutôt un syndrome de surmenage musculaire (K1).

T2B - sur l'état de santé général des musiciens :

- Couci-couça, bof bof... ! (E1).
- Des problèmes de sommeil souvent, ils manquent de sommeil [...]. Bah, il y a le stress quoi (*rires*) [...], pas mal le stress (E2).
- Globalement ce sont des patients qui ne sont pas en super forme quand ils arrivent (K1).

<ul style="list-style-type: none"> • Parce que j'ai trop mal. Ou parce que faiblesse musculaire (E1). • Ah bah sans hésiter, c'est la limitation de jeu. La douleur, le musicien est capable de jouer des années en ayant mal (K1). • Eux ils viennent, certes pour ne plus avoir mal, mais ils ne veulent surtout pas que le son soit moins bien en fait, moins bon (K1). • Souvent ce sont des personnes qui ont déjà mal depuis longtemps, plusieurs mois voire même années (E2). • Ils ont mal. Souvent ce sont des syndromes de surmenage (D1). • Ce serait plus du surmenage, du burn-out... de l'usure professionnelle (P1). 	<ul style="list-style-type: none"> • Je dirais moyen, quand même. Ils mangent mal, ils sont stressés ils sont inquiets, ils se font mal en jouant... [...]. Et puis après il y a tous les troubles [...] ORL, de surdité, de tout ça (D1). • Ils sont déjà dans un état de fatigue morale, pour certains ; mais néanmoins ceux qui viennent en prévention [...], leur état de santé psychique est plutôt bon (P1). • Beaucoup d'étudiants ne font pas d'autres choses que de la musique [...]. Il y a beaucoup d'étudiants qui n'ont pas une activité sportive autre [...], enfin quelque chose où le corps bouge d'une autre façon (E2).
---	--

T2C - sur la nature des troubles de santé des musiciens et leur compréhension :

- Un os, c'est un os ; qu'on soit musicien ou pas ils n'ont pas encore changé la manière dont on fait les os [...]. Il y a des bases médicales ou chirurgicales sur ça [...]. Mais derrière, c'est-à-dire : qu'est-ce qu'on fait de ces définitions-là... [...] sur la manière dont on r duque le musicien en tant que tel en dehors des protocoles biomécaniques, il n'y a rien [...]. Il y a vraiment tout à faire, et il n'y a pas de bases solides selon moi, sur la santé des musiciens. Il n'y a pas de fondement, il n'y a pas de paradigme en fait (E1).
- On est resté à des trucs... biomédicaux. Et il n'y a aucune intégration [...] de quoi que ce soit [...] à part : « où j'ai mal dans mon corps ». Il n'y a aucune notion aussi de : comment vous vous sentez sur votre instrument en ce moment [...]. Et que pourtant le ressenti de la personne, il est hyper important [...]. Et je trouve que ça reste cantonné à : il y a le corps, faites des croix où vous avez mal. Et le problème c'est que... [...] justement, là on perd en fait l'essence même du musicien [...]. Je pense qu'il manque un lien, entre ces bases scientifiques qui sont plutôt bien fixées, bien fondées et correctes, et la réalité qu'est un musicien. Et donc c'est effectivement un ensemble d'os, de muscles et de nerfs, dans un contexte d'une personnalité. Et dans une construction sociale qui est le musicien (E1).
- Je vous rassure déjà, c'est normal que vous n'ayez pas bien compris parce que de toute façon je crois que ce n'est pas très clair pour beaucoup de monde [...] ! (*rires*) (K1)
- Vous avez aussi tout un tas d'autres "désordres" – voilà, c'est le nom qu'on leur donne parce qu'on ne sait comment les qualifier autrement (K1).
- Ce qui est important c'est de bien distinguer les troubles spécifiques, avec une lésion tissulaire, et les troubles non-spécifiques (K1).
- On retrouve finalement les mêmes problématiques que dans une "famille institutionnelle" [...], tant des conflits que de l'affection (P1).
- Des problèmes de santé générale, notamment de rythmes, d'hygiène de vie [...], de trac, de stress... Ils sont quand même très stressés hein... ! (D1).
- On a des pertes auditives : on est quasiment à 1/1000 en population générale, et sur les musiciens [...], on est   5 % [...] (T1).
- Aujourd'hui, ce qui est intéressant chez les artistes [...] c'est que les modèles des RPS ne fonctionnent pas avec ces populations-là » (T1).

T2D - sur l'engagement des musiciens dans un processus de soin et sur leurs attentes :

- Ils ont des attentes précises. Ils veulent pouvoir jouer comme avant, sans douleur, sans difficulté (E1).
- Le musicien, il va chercher sa responsabilité à lui, et donc il va être d'accord de changer quelque chose chez lui (E2).
- Il va prioriser ce concours ou sa tournée, plutôt que la rééducation (K1).
- Déjà, pour qu'ils viennent voir un médecin ou un kiné, c'est qu'ils ont vraiment un problème pour lequel ils veulent une réponse (D1).
- Il faut leur apprendre à faire l'expérience, que : quand on a une bonne hygiène de vie, en fait ça va mieux sur le reste. Parfois le fait qu'il y ait un médecin qui le dise, une parole d'autorité, ça soulage un peu en fait. (D1).

Thématique 3 - sur les professionnels qui entourent la santé des musiciens et sur leurs interventions

T3A - sur les professionnels que les musiciens choisissent de consulter :

- Un ostéo [...], et après des méthodes naturelles, de bien-être. Donc Feldenkrais, Alexander et yoga. Et parmi les professionnels de santé : les kinés (E1).
- Le médecin généraliste [...]. De leur propre initiative ils sont allés voir un acupuncteur, un ostéopathe, un chiro... ils ont fait un peu un tournicotis (E2).
- Le médecin généraliste [...] ne serait-ce que pour l'aspect médicamenteux... (K1).
- Vous avez le musicien qui ensuite reste [...] très dans le concret, très dans le mécanique, et qui lui va plutôt aller voir... un kiné, ou va plutôt aller faire du sport, de la piscine, de la salle... [...]. Et puis de l'autre, vous avez quand même beaucoup chez les musiciens [...] une propension à aller faire... de la technique Alexander, du Feldenkrais, du Pilates, du yoga, un peu de médecine douce (K1).
- Leur médecin traitant, dans un premier temps. Et après lorsque c'est physique, un petit peu chronique, c'est plutôt les kinés (P1).
- Certains vont voir des ostéos, des kinés, et après un médecin (*rires*) (D1).

T3B - sur l'adéquation des réponses apportées par les professionnels avec les besoins des musiciens :

- Les réponses ne sont pas du tout adaptées [...]. Non, franchement non. [Tous les musiciens que je rencontre] ont le même discours : « les professionnels de santé, c'est non », c'est : « il n'y a rien à en tirer », c'est... Ah non mais c'est vraiment, c'est... c'est blanc ou noir quoi sur ça [...]. Et c'est justement là où il y a une désertification complète des musiciens dans un système de santé (E1).
- C'est-à-dire qu'on ne peut pas lui demander d'arrêter de jouer pendant six mois, parce qu'il a une douleur [...] (E1).
- Dire à une étudiante [...] d'arrêter de jouer pendant une quinzaine de jours : ce n'est pas possible ! (D1).

- Que ce soit l'ostéopathe ou le médecin, il aura une vision focalisée sur la douleur, le truc qui cloche à l'endroit du corps où ça cloche (E2).
- Maintenant au bout d'une certaine errance, ou alors quand le médecin leur dit : « ben changez d'instrument » ou « changez de profession », là ils vont se dire : « mais... je n'attendais pas ça quoi » (E2).
- Les musiciens ont tellement été échaudés en général dans le milieu médical, par des professionnels très compétents [...], mais... comment dire : qui prennent la musique un petit peu par-dessous la jambe [...] sans considérer tout l'impact physique que ça peut générer (K1).
- Ce que je trouve assez terrible en musique, par rapport justement au sportif, c'est que l'encadrement médical il est quasi inexistant en fait. Donc ils sont très seuls, face à la gestion de leur santé (K1).
- On parlait tout à l'heure de l'artiste maudit, des fantômes là-dessus ; il y a encore beaucoup de gens qui... donc moi j'ai vu des psys, des psys ! dire à des artistes : « c'est normal de souffrir, c'est parce que c'est comme ça que vous pouvez créer ». Donc vous voyez c'est... on en est encore là, chez certains (T1).

T3C - sur les qualités et les compétences que doivent avoir les professionnels de santé intervenant auprès des musiciens :

- Être passionné (E1).
- Avoir une bonne expérience en observation dans l'activité (E2).
- Être à l'écoute de leurs problématiques, à l'écoute de chacun d'entre eux (P1).
- Être musicien aussi, pour [...] pouvoir parler le même langage (E2).
- Avoir des compétences quand même un peu en musique (D1).
- Prendre le temps d'un bilan hyper, hyper, costaud [...], très approfondi, très détaillé (K1).
- Et pourquoi pas une formation complémentaire (E2).
- Ça nécessite de la formation, c'est nécessaire je pense, d'avoir une spécialité pour mieux appréhender ces problèmes (K1).
- Côté médical et paraméd' non, malheureusement, il n'y a vraiment pas assez de formation là-dessus (K1).

T3D - sur les pratiques et l'expérience cliniques des professionnels interrogés :

- Ça ne m'est jamais arrivé d'être confronté à quelqu'un qui fait de la musique, et [de ne pas intégrer] l'activité musicale dans la prise en charge. (E1).
- J'essaie de ne pas avoir de protocole. Parce que je n'ai pas envie de m'enfermer dans une façon de faire [...]. La manière dont j'aborde le musicien justement, j'essaie de m'enlever en fait toutes les représentations que j'ai de l'instrument, et de la technique instrumentale, pour vraiment analyser la manière dont il fait le geste et la manière dont il me parle de son geste [...]. Ça va vraiment dépendre des attentes de la personne. Et c'est ce qui fait que tu ne peux pas trop rentrer dans un protocole particulier ça [...]. Qui dit protocole dit case, et donc on passe à côté de certaines choses (E1).

- On extrapole des outils plutôt dédiés à d'autres publics. Les outils qu'on a de spécifiques aux musiciens, ils ont tellement été évalués sur des cohortes petites, ou selon des protocoles de recherche... un peu incertains [...] que... ça reste moyen quoi. Et aujourd'hui, [pour] un overuse syndrome, on n'a pas un protocole-type, qu'on sait être très efficace pour 100 % des musiciens (K1).
- Il y a vraiment ce passage où il faut faire des concessions sur le son [...] pour reconditionner un geste [...]. Il y a besoin de beaucoup d'accompagnement et surtout, y trouver un intérêt autre que le son. C'est là où le feedback visuel est super important, de filmer et prendre en photo, pour lui montrer que visuellement c'est quand même vachement mieux, qu'il dégage quelque chose d'autre (K1).
- S'il a une tournée dans trois semaines, moi l'objectif c'est que dans trois semaines il ait moins mal [...], qu'il ait les outils pour avoir moins mal, et surtout, intervenir pendant le jeu pour limiter et la douleur, et l'aggravation de la lésion, pour qu'il puisse faire sa tournée (K1).
- Moi déjà j'aime bien au départ discuter [...]. Et puis après, ce qui est le plus pertinent, c'est vraiment l'observation du musicien à son instrument. Mais je n'utilise pas des bilans [...]. C'est beaucoup de visuel [...]. J'utilise beaucoup l'observation (E2).
- J'aime bien lors de la première séance [...] que le musicien parte avec un truc à observer chez lui. Et ce qu'il faut idéalement – ça c'est mon challenge à moi – c'est que ce truc lui permette déjà de changer quelque chose (E2).
- En fait il n'y a rien d'équilibré dans cette activité [...]. C'est-à-dire que par essence, ça ne sera pas équilibré [...]. C'est toute la problématique de cette prise en charge. Et de savoir jusqu'où on va en fait, jusqu'où il faut équilibrer, jusqu'où on peut tricher un peu avec les limites du corps ou avec les limites de l'esprit pour que ça soit possible (E1).
- On est plutôt dans la recherche d'un équilibre. Un équilibre physique, émotionnel, c'est certain, mais aussi familial, pour éviter qu'ils se perdent dans... dans un sur-régime professionnel, où parfois, on arrive à des épuisements (P1).
- Ça peut être effectivement l'hypnose, pour accompagner dans le lâcher-prise, la gestion des angoisses [...]. On peut également utiliser la programmation mentale, la répétition mentale, ou bien des techniques de respiration [...]. Ils n'amènent jamais leur instrument (P1).
- Je mène la consultation comme une consultation de médecine [...]. C'est précisé dans les motifs de consultation, de venir avec l'instrument [...]. J'examine d'abord, et ensuite je vois comment ils jouent et après on en discute [...]. Si je reçois un musicien au cabinet, il faut que je sache ce qu'il fait, quel est son répertoire, et comment il joue. Et en fonction, j'ai déjà une idée du problème qu'il va avoir (D1).
- Parfois il faut dire les choses [...]. Si je vois que quelqu'un va trop loin par rapport à sa santé, je suis obligé de lui dire que ce n'est pas possible. Même si c'est un enjeu important [...]. Je ne suis pas Dieu hein, je ne peux pas faire. On dit les choses et après... (D1).
- Ça va être le repos surtout, je pense... (D1).

T3E - sur la population reçue par les personnes interrogées :

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Principalement des cordes (E1). • Plus d'amateurs. Entre 18 et 30 ans (E2). • Donc ça se vaut, c'est moitié moitié (K1). | <ul style="list-style-type: none"> • C'est 90 % de professionnels (P1). • C'est jeune. C'est entre 30 et ... la moyenne d'âge c'est 30 (D1). |
|--|--|

T3F - sur la manière de susciter la confiance des musiciens et leur adhésion dans le soin :

- J'essaye de faire des gestes différents sur l'instrument [...]. Je leur propose d'essayer [...], par leur ressenti. Et c'est justement pour ça [...] que je ne leur explique pas tous les tenants et aboutissants de mon analyse. (E1).
- [Déconstruire] un geste chez un musicien, même si c'est au profit d'une meilleure santé, ça déconstruit beaucoup de choses qui sont liées à ça (E1).
- Il faut qu'il y ait un changement qui soit connoté positivement. Et là l'adhésion elle est... (E2).
- Il faut parler le langage du musicien [...] mais il faut surtout parler de son. Que vous soyez un peu "dans leur camp" aussi (K1).
- Être au service du musicien quand même [...]. Je pense qu'il faut les prendre au sérieux en fait (D1).

Thématique 4 - le système de santé au travail des musiciens professionnels

T4A - sur les dispositifs existants :

- Thalie Santé est un service de santé au travail, inter-entreprise [...] : on s'occupe du suivi en santé au travail de l'intégralité des intermittents sur le territoire national [...]. D'un côté, le suivi en santé au travail tel que prévu par la loi, [...] ; et de l'autre, toutes les actions de prévention, de conseil et d'accompagnement des entreprises, des salariés et des instances représentatives du personnel (T1).
- On a une activité de fait, quand on intervient sur les branches des industries culturelles et créatives, on a un travail de recherche et de projets autour de l'amélioration des conditions de travail, de la compréhension du travail, de la transformation du travail, la prévention de la santé (T1).
- Le DUERP, il est obligatoire dans toutes les entreprises, dès le premier salarié. [...]. C'est de la responsabilité de l'employeur ça (T1).
- « La cellule PDP » : prévention de la désinsertion professionnelle. Aujourd'hui on a tout un tas de compétences autour. On va mettre un ergonome [...] ; des médecins, des infirmiers [...] ; des assistantes sociales [...] ; on a l'Afdas ; on a Audiens [...], les caisses de retraite [...] ; on a des psychologues de l'INSAT ; on a des kinés [...]. En fait, dans une situation, on est capable de mobiliser un nombre d'acteurs important pour le prendre en charge vraiment de manière 360° (T1).
- Le pôle médical : [les intermittents] y ont nécessairement accès puisqu'ils doivent faire leur visite médicale. Ensuite, le pôle prévention : ils peuvent y accéder [...] à leur

T4B - sur ce qu'en connaissent les professionnels :

- Au niveau des moyens de prévention ou de promotion de la santé, il n'y a rien non plus [...]. Enfin... ce n'est pas vrai qu'il n'y en a pas du tout. Il y en a, mais ça ne va pas être des choses en continu. C'est-à-dire qu'il va y avoir une intervention ponctuelle. Et derrière, il y a très peu de suivi, ou il n'y a pas de choses qui sont... qui sont vraiment en continu... (E1).
- Déjà sur les $\frac{3}{4}$ des employeurs, ils n'y pensent pas. Ils ne pensent pas qu'il faut le faire. Et sur les quelques éveillés qui existent, ils ne savent pas comment faire (E1).
- C'est-à-dire qu'on ne sait pas comment faire attention au corps. Et quand je dis « on », c'est les musiciens de manière individuelle, ou à l'échelle d'un groupe musical, ou à l'échelle des administrateurs et directeurs d'opéra [...], de toute institution en fait. Ils ne savent pas comment faire. Et pourtant c'est une des obligations légales [...], mais ils ne savent pas comment faire (E1).

<p>demande, à la demande du médecin [...]. Et puis le pôle psychosocial, bah un salarié en difficulté sur le plan psychologique peut bénéficier d'entretiens avec un psychologue du travail ou un psychologue clinicien (T1).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous avez les interventions de premier ordre, communes à tous les SPSTI : ce sont les demandes qui sont initiées par le médecin du travail. Et nous [...] nous avons des actions que l'on mène : ou à notre propre initiative [...], ou sur la sollicitation de collectifs de branches (T1). • Typiquement dans les orchestres où je travaille [...], j'y suis tous les mois, j'ai une permanence, [les musiciens] peuvent s'inscrire pour me rencontrer gratuitement... ils ont des chaises d'orchestre qui sont géniales, ils ont... un temps de travail encadré... (K1). • J'avais essayé de faire des démarches auprès du conservatoire pour pouvoir peut-être animer des cours d'information, ou des cours à option, des choses comme ça, et il n'y a jamais eu de réponse (E2). 	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a eu vraiment beaucoup d'évolution. Mais, soyons clairvoyants : c'est simplement parce qu'au niveau légal il fallait se mettre en conformité (K1). • Je ne suis pas sûr qu'il y ait grand-chose de mis en place [...]. Je ne sais pas du tout ce qui peut être mis en place... (P1). • Aujourd'hui un musicien salarié, il va chez le médecin du travail comme... comme tout autre employé si vous voulez, donc il n'y a pas de service spécifique ; c'est un problème, c'est un vrai problème (K1). • Je ne sais pas. Je n'en sais rien. Je ne suis pas sûr qu'ils aient grand-chose (D1).
<p>T4C - sur l'intérêt de la prévention :</p>	<p>T4D - sur les périodes charnières pour intervenir en prévention :</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Elle est indispensable. Pour moi s'il n'y a pas de prévention, on en arrive à des scores de 80 % des musiciens qui ont des pathologies. Et ça c'est inadmissible dans un métier [...]. On dirait : « bah là sur ce type d'employé qui travaille dans une usine, il y a 80 % des gens qui sont malades », tout le monde crierait au scandale [...] ; et chez les musiciens... ça ne pose problème à personne. Personne ! (E1). • Je pense que déjà, on devrait faire de la prévention [...] dans les endroits où gravitent ces musiciens professionnels. Pour rendre attentif que justement, le corps il n'est pas « esclavable » (E2). • La prévention, ça c'est mon combat, vraiment ; le besoin de comprendre, jusqu'où on peut aller dans le travail, à quel moment il faut s'en occuper (K1). 	<ul style="list-style-type: none"> • Il faudrait mettre le paquet sur : installer une politique de santé publique lors des études. Dès le début de l'apprentissage (E1). • Le début des études supérieures, c'est la plus critique que ce soit pour le corps, pour la construction mentale du musicien (E1). • Les élèves en cours d'apprentissage (E1). • A des orchestres et des conservatoires, qui ont un petit peu d'envergure, malheureusement. Pour avoir du budget et du public (E1). • L'adolescence [...]. Déjà tous les changements du corps : des changements hormonaux [...], la musculature change, les tendons, ligaments deviennent tout... tout élastiques [...]. Et de venir greffer là des exigences musicales qui augmentent, avec un instrument qui change, avec un prof qui change aussi peut-être... [...]. Je pense qu'à ce moment-là, on met en place des mauvaises habitudes gestuelles et posturales (E2).

<ul style="list-style-type: none"> • Je pense qu'effectivement c'est très important, et qu'il y a un vrai besoin auprès de cette population, de... voilà, de les prévenir des risques ; au moins de les sensibiliser sur la santé mentale (P1). • Ils ont besoin de retrouver des conseils de base d'hygiène de vie, et de comprendre que c'est important. Et gestion du stress (D1). • J'ai une vision "prévention primaire" [...], qui pour moi est : d'exclure du travail tout élément qui devient néfaste pour le salarié. Je ne suis pas convaincu par la prévention secondaire et tertiaire. Secondaire : amoindrissement des effets ; tertiaire : prise en charge des troubles, et vous ne modifiez pas grand-chose (T1). • Je reste convaincu, et c'est vraiment un cheval de bataille, un militantisme important, que : on doit – avant de prendre en charge la santé, le soin de la personne –, c'est : commençons par transformer ces putains d'organisations. Excusez-moi du "putain" ; mais vraiment j'y crois, et... et je trouve que, en plus, on part dans de mauvaises directions aujourd'hui (T1). 	<ul style="list-style-type: none"> • Il y en a deux : [...] le passage en première année de CNSM [...], il y a forcément un changement de prof à ce moment-là, [...] changement de contexte, avec des enjeux qui changent, [...] beaucoup de pression psychologique [...]. Et le second, c'est le moment notamment où les musiciens vont intégrer un orchestre [...], ils vont devoir gérer d'un coup d'un seul des heures et des heures de jeu assis [...] (K1). • Dès que le gamin il commence la musique, là il faudrait déjà le préparer à se tenir correctement [...]. Donc je pense qu'il faut voir les professeurs en fait. Et après [...], quand on est dans les orchestres les gens commencent déjà à avoir des problèmes, donc ça peut être intéressant à ce niveau-là aussi (D1).
--	--

T4E – sur l'intérêt que les musiciens portent à la prévention :

<ul style="list-style-type: none"> • Je pense qu'on a entre 2 et 3 % de musiciens qui s'intéressent à la prévention [...]. Si on dit à un musicien qui n'a pas de douleurs : « viens faire un programme de prévention », il va te dire : « désolé, mais là... là j'y peux pas. J'ai mon chien à sortir quoi » (<i>rires</i>) (E1). • Après je ne suis pas sûr que ça soit différent parce qu'ils sont musiciens (E1). • J'avais pu une fois donner un cours d'information à des professeurs [...], au conservatoire à Fribourg. Ça avait été hyper bien reçu (E2). • Vous avez le public de professeurs en conservatoire qui est réceptif, mais finalement pas en termes de prévention primaire pour eux ; mais plutôt à titre pédagogique, pour leurs élèves [...]. Et puis dans les orchestres nationaux où j'interviens, normalement sur la prévention on va dire, finalement ceux que je rencontre ce sont les musiciens qui ont déjà un souci [...]. Ils ne prennent pas forcément le temps de venir s'ils n'ont rien à me dire ... (K1). • Je ne sais pas trop quelle place ils mettent... je pense que par rapport à autrefois, ça commence à venir un petit peu. On a moins les anciens professeurs qui faisaient : « marche ou crève, mais... [...]. Je pense qu'il faut attendre qu'ils aient mal, pour leur dire que : « maintenant on va faire la prévention secondaire du coup, et en se tenant de telle manière, vous n'aurez pas mal de nouveau » (D1). • A la formation de Médecine des arts il y avait des profs de conservatoire [qui] se formaient pour ne pas reproduire les conneries que eux ils avaient appris quand ils étaient petits, et du coup pour apprendre les bonnes postures à leurs élèves (D1).
--

- Il y a une mécompréhension chez les intermittents, pas forcément chez le grand public, mais : on a 3 mois entre le moment où ils ont un contrat [...] pour faire la visite [médicale]. Et pour beaucoup, c'est devenu un "permis de travail" (T1).

T4F - sur les limites du système et les difficultés de mise en œuvre :

- C'est plus un problème de santé publique, c'est-à-dire que ça n'a jamais été fait, ça n'a jamais été institutionnalisé [...]. C'est juste un problème de : à un moment, si on ne le rentre pas de manière concrète et obligatoire, eh bien en fait il n'y a pas besoin de se contraindre et d'aller chercher quelque chose dont on n'a pas vraiment besoin pour le moment, au profit d'un futur potentiel. Il y a déjà suffisamment à apprendre et à maîtriser pour ne pas s'en rajouter en plus si ce n'est pas obligatoire (E1).
- Alors, on essaye, en faisant les conservatoires, on essaye de rentrer dans les écoles de formation, et on y arrive de plus en plus ; mais les contenus pédagogiques sont tellement denses, que de faire de la place, et de pouvoir avoir assez de temps pour expliciter correctement les éléments, c'est un peu compliqué encore. Mais c'est une des voies sur laquelle on va (T1).
- Je suis très bien accueilli par l'administration. Je le suis beaucoup moins par les musiciens, quand c'est une obligation d'être présent. Donc c'est toujours un défi assez monumental, la première fois que je vais dans un orchestre parce que j'ai face à moi des gens que ça embête d'être là, clairement (K1).
- Le problème qu'il y a – et notamment en santé, mais ça ne concerne pas que les musiciens ni que les intermittents –, c'est que tu ne vas commencer à t'intéresser à ta santé que quand elle est dégradée (T1).
- Je ne pense pas que ce soit une question de politique. Je pense que c'est inhérent à la notion même de prévention. La prévention coûte de l'argent. Aujourd'hui il y a plein d'études qui permettent de déterminer que la prévention... tu investis "1" en prévention, tu récupères "4" ; sauf que : le trouble, tu le vois, il te saute à la figure et tu le sens passer [...]. C'est palpable. Mais si tu fais de la bonne prévention, bah... ça ne se voit plus en fait, puisqu'il n'y a plus de trouble. Et en fait, de faire prendre conscience aux gens que c'est parce que tu as mis de la prévention en place qu'il n'y a plus de trouble... [...]. Mais, encore une fois, ce n'est pas que propre à la question des musiciens. Ça c'est le premier point. Le deuxième, c'est un biais cognitif aussi, c'est le biais de l'expérience, et de l'histoire. « On a toujours fait comme ça » (T1).
- On a beaucoup d'entrées, beaucoup de sorties sur le marché de l'emploi en fait chez les musiciens, et ceux qui tournent peu, aujourd'hui, on a moins de suivi. Alors ça s'explique aussi que les musiciens sont souvent regroupés sous des associations, des compagnies, assez peu structurées d'un point de vue RH et d'un point de vue organisationnel, et que les lieux qui les embauchent, embauchent rarement directement les musiciens (T1).
- Ceci s'explique aussi parce que les risques auxquels ils sont exposés ne les catégorisent pas dans ce qu'on appelle les « SIR » : les suivis individuels renforcés. Et qu'ils n'ont pas de suivi particulier, lié à l'exposition aux risques. Parce que c'est ça qui détermine en fait la classification des métiers, dans la loi qui organise la santé au travail [...]. Il y a peu de reconnaissance ; et c'est surtout que la liste d'accès au suivi individuel renforcé est assez limitative. Avec l'amiante, avec des produits chimiques, travail répété, travail posté... Et [...] le bruit n'est pas dedans (T1).
- Il y a une méconnaissance importante des dispositifs [...]. Aujourd'hui, pour aller toucher un musicien, ça reste compliqué (T1).

- L'accord [de 2009] est un peu vieux. Et puis, on a de vraies questions de prise en charge : il y a 280 000 intermittents, il y a de moins en moins de médecins du travail, et la visite ne règle pas tout [...] (T1).
- Ils avaient voulu refaire ce cours et ça n'a pas suivi au niveau du budget du conservatoire (E2).
- Déjà, comment on finance les services [...], comment aussi est-ce qu'on se rend accessible, et on rend connaissance, on donne à voir les dispositifs qui peuvent les accompagner (T1).
- On a échoué en termes de prévention sur un certain nombre de publics, et notamment la question des musiciens qui ont une activité extrêmement particulière, qui fait que : pour pouvoir être bons, ils sont obligés de se mettre dans des situations délétères pour le corps humain [...]. C'est-à-dire que [...] la seule manière de ne plus être exposé, bah c'est de ne plus y aller. Donc il faudrait arrêter l'activité (T1).

Thématique 5 - l'ergothérapie et les musiciens

T5A - sur la connaissance que les professionnels impliqués ont de l'ergothérapie et la place qu'ils lui donnent auprès des musiciens :

- De toutes façons, le médecin, il ne sait pas ce que c'est l'ergo, il ne sait pas ce qu'il va faire ; le compte rendu, il ne le lira sûrement pas... (E1).
- L'ergothérapie je ne connais pas grand-chose... ce que je connais de l'ergothérapie, c'est le gros truc qu'on met autour de la cuillère pour pouvoir l'attraper quand ça ne marche pas (*rires*) (D1).
- Je sais faire la différence entre l'ergonomie et l'ergothérapie (*rires*) ! Et je connais la différence entre un ergothérapeute et un psychomotricien, en tout cas en établissement médico-social. Par contre, sur la question de l'application de l'ergothérapie dans le travail, j'ai des convictions, qui ne sont pas des certitudes, donc à vous de me les changer (*rires*) [...]. Moi l'ergothérapie je l'ai connue dans le monde du handicap, dans le polyhandicap, où là pour le coup, on a besoin de la discipline pour adapter totalement l'environnement au handicap de la personne. Et je me dis que si on devient handicapé à cause du travail, c'est qu'il y a quand même des étapes qui ont été loupées, quelque part. L'ergothérapie – à laquelle j'adhère de manière générale, on en a besoin aujourd'hui –, c'est parce qu'on a échoué. A moins que la pertinence de l'intervention de l'ergothérapeute amène à supprimer la posture néfaste [...], pourquoi pas ! (T1).
- Et puis aujourd'hui [...] l'évolution des choses fait que : on n'a pas encore trouvé de solution à toutes les problématiques. Donc il y a peut-être un problème de recherche, et notamment en recherche matérielle (T1).

- [La place de l'ergo] est monumentale [...] j'en suis convaincu, elle est peut-être encore plus importante que... que la kiné. Parce que, par excellence, là vous avez un travail sur l'outil, sur l'environnement, sur leur rapport au corps et à l'instrument, que vous connaissez bien mieux que nous en fait (K1).
- Je pense que ça peut être une belle plus-value. Je sais que les musiciens se font souvent accompagner par des kinés, ce qui est déjà très intéressant ; mais l'ergothérapie c'est... ça me semble quand même très approprié, pour tout ce qui est postural. Parce que ce sont des personnes qui en ont vraiment besoin, moi j'identifie vraiment un besoin (P1).
- Dans un premier temps, peut-être même l'intégrer à leur cursus initial d'études ; dans le sens où ils pourraient avoir des... peut-être des outils ou bien des connaissances en tous cas, dans cet accompagnement, dans cette profession, dans ce que pourrait leur apporter l'ergothérapie (P1).

T5B - sur les ressources dont dispose l'ergothérapeute pour appréhender les problématiques de santé des musiciens :

- Je pense que l'ergothérapeute est vraiment le meilleur professionnel [de santé] pour les musiciens, [celui] qui répond à tous les tenants et aboutissants de cette population-là [...]. C'est vraiment celui qui coche toutes les cases pour ça. C'est... je ne peux pas mieux dire que ça (E1).
- C'est peut-être très prétentieux hein, mais je le vois un petit peu comme : l'ergothérapeute comme coordinateur de l'ensemble des autres professions de santé. En dehors de la hiérarchie un petit peu des professions de santé, c'est-à-dire : un médecin qui coordonne différentes prises en charge. Pour moi ça devrait être l'inverse, c'est-à-dire que ça devrait être l'ergothérapeute qui coordonne un petit peu l'ensemble des choses. Parce que c'est celui qui va avoir un peu toutes les compétences qu'on va chercher pour des musiciens. Et il ne va pas forcément aller au bout du chemin ; je prends l'exemple typique de l'alimentation du musicien, qui est pour moi fondamentale, et pour le coup je ne pense pas que ça soit l'ergothérapeute qui soit le mieux à même de répondre à cette problématique-là. Mais par contre, ça va être le professionnel de santé qui va être le plus à même d'incorporer cette partie-là dans un ensemble, dans une prise en charge globale [...]. C'est l'ergothérapeute qui va être un petit peu le chef d'orchestre de tout ça (E1).
- La capacité d'analyse de quelque chose qui est très précis, qui est très lié au corps, mais dans un contexte beaucoup plus général d'une personne humaine [...]. Notre grande force, c'est notre analyse d'une activité, et notamment d'un geste. Parce que là on parle quand même beaucoup de gestes, chez le musicien en tous cas. Donc je pense qu'on est vraiment la profession qui est allée le plus loin dans cette analyse d'une activité, à l'intérieur d'un écosystème qu'on appelle : un être humain [...]. C'est vraiment notre profession qui l'a poussé au plus loin, et qui est encore dans la recherche d'aller encore plus loin [...], et que je ne rencontre dans aucun autre professionnel de santé (E1).
- Je pense que c'est justement, notre possibilité de passer par l'activité [...]. Je crois que vraiment notre force c'est ça, c'est que : on peut vraiment faire jouer les gens, et puis observer dans l'activité ; ça on l'a quoi ! L'analyse d'activité (E2).
- On acquiert cette expérience de l'observation tout le temps, en fait, quand on fait de l'ergothérapie, ça devient un peu une obsession d'observer les gens (*rires*) (E2).
- Je ne pense pas qu'il y a une hiérarchie [entre les professions de santé]. Moi je suis toujours : si par exemple l'ostéopathie vous soulage dans les douleurs de nuque, ou votre tendinite, mais, faites de l'ostéopathie ! Mais l'ostéopathie ne va pas vous enlever l'origine du problème : ça va vous enlever les

symptômes, ça va vous améliorer vos symptômes [...] mais si la problématique de vos douleurs elle vient d'un geste ou d'une posture, il faudra forcément à un moment donné passer par [l'ergothérapie] (E2).

T5C - sur les outils théoriques propres à l'ergothérapie et la pratique clinique des ergothérapeutes interrogés :

- Je n'ai pas assez été suffisamment formé aux modèles conceptuels, pour pouvoir dire que je base ma pratique sur un modèle en particulier [...]. En ayant un peu regardé les modèles qui existent [...], je trouve que ce n'est pas assez poussé justement sur cet équilibre dont on parlait. Que c'est un petit peu trop : « on essaie d'équilibrer en termes de, de... » ... d'égalité. Et ça, moi je trouve que c'est impossible de... d'appliquer ça à un musicien. Et que je ne vais justement jamais chercher ça. Donc en fait je ne me retrouve pas dans les modèles qui existent, principalement à cause de ça (E1).
- Par contre je pense que ça serait indispensable de développer [un modèle conceptuel] si, justement, on veut créer ce domaine d'ergothérapie. Si on veut qu'il y ait d'autres ergos qui se forment, si on veut qu'il y ait un peu un engouement, que les musiciens aillent plus vers des ergothérapeutes (E1).
- Je pense qu'il faut, au-delà des principes théoriques, il faut aussi être confronté aux patients. Et peut-être que dans un point de vue théorique, on pourrait imaginer que c'est suffisant... mais en fait, la maturation nécessaire quand on est étudiant ne peut pas être suffisante. C'est-à-dire que ce n'est pas une question de compétence, c'est une question de, bah il faut... il faut... il faut avoir l'expérience, il faut avoir l'œil, il faut avoir le ressenti et... et comme je disais, c'est... il y a... enfin en tout cas, la manière dont je le fais, il n'y a absolument aucun protocole (E1).
- Le fait que je fasse des interventions, un peu type conférence ou atelier, ça ça aide beaucoup quand même à se faire connaître. Et après, de plus en plus le bouche à oreille qui commence. Mais il est... le bouche à oreille est beaucoup plus lent avec la population musicienne qu'avec la population non musicienne. Par exemple le bouche à oreille fonctionne très bien sur les tendinites, chez des patients qui ne sont pas musiciens, que chez les patients qui sont musiciens (E1).
- Aborder le musicien avec son instrument, je pense que je dois être un des seuls en Suisse romande... Il n'y a pas grand monde en fait (E2).

T5D - sur la collaboration entre les différents professionnels de santé autour des musiciens :

- En général, lors du bilan, il n'y a pas forcément d'ordonnance parce que les musiciens viennent par eux-mêmes. Par contre je demande systématiquement une ordonnance [...], parce que pour le coup c'est la hiérarchie qui nous impose ça, c'est une obligation légale [...], et pour moi c'est important de rentrer quand même dans ce processus-là. Je ne veux pas être un pion isolé qui fait sa vie de son côté. Ça je trouve que ce n'est pas bon, et ça ne nous rend pas service en tant qu'ergo (E1).
- Avant je prenais les devants pour contacter les autres [professionnels de santé]. Et puis je me suis rendu compte que ça ne servait pas à grand-chose, parce qu'en fait ils ne m'écoutaient pas. Donc maintenant je propose systématiquement que je réponde à ceux qui auraient besoin de me joindre (E1).
- Je pense qu'il y a d'autres professionnels qui ont cette vision quand même, beaucoup plus... globale, dans le sens : « histoire de la personne » ; je ne crois pas qu'on soit les seuls [...]. Les psychologues ou les neuropsyches peuvent aussi avoir cette vision-là. C'est juste qu'ils ne l'ont pas développée pour le musicien, mais les ergos ne l'ont pas développée pour le musicien non plus (E1).

- C'est hyper complémentaire parce que : du même problème, on va avoir des visions différentes [...]. Nous kinés, on va être très, trop ! souvent, trop analytiques [...] et là où vous, en ergo [...] j'ai le sentiment que vous allez avoir une vision un peu plus globale, un petit plus... nette, sur l'outil, sur l'adaptation de l'outil, sur le contexte environnemental... Et le médecin, à côté, c'est important d'en avoir un aussi [...] pour du traitement médicamenteux qui des fois reste incontournable, pour des examens... voilà, chacun a vraiment sa place là-dedans (K1).
- C'est typiquement le type de patient qu'on ne peut pas prendre d'un point de vue purement analytique [...]. C'est là où j'apprécie beaucoup personnellement de... de m'entourer systématiquement d'une ergo ou d'un ergo justement, et d'un psychologue sensibilisé à la gestion du trac ou des choses comme ça, parce que... une problématique physique, elle est quand même rarement uniquement mécanique (K1).
- Moi je prône vraiment la pluridisciplinarité pour la prise en charge des musiciens, beaucoup plus que pour d'autres publics (K1).
- Non malheureusement, il n'y a pas de collaboration avec les ergothérapeutes parce qu'en fait il y en a peu. Autour de moi, là dans le périmètre, il y a peu d'ergothérapeutes ; ou bien peu se font connaître dans l'accompagnement des musiciens (P1).
- Le physique étant lié malgré tout au psychique, l'approche globale est quand même très intéressante dans l'accompagnement [des musiciens] (P1).
- Il faut un médecin traitant qui soit un bon médecin traitant, avant tout. Même s'il n'est pas formé, il adressera à quelqu'un d'autre (D1).
- D'abord de bien se former, et travailler en réseau. Je pense qu'il faut travailler en équipe oui, ça c'est sûr. En fait, à plusieurs, c'est vraiment intéressant. Parce que tout seul on n'a pas toutes les infos, donc c'est vraiment intéressant d'avoir l'avis d'un tel, des imageries s'il en faut... (D1).
- Un professionnel qui veut travailler sur ce secteur, déjà, c'est de faire partie d'un réseau. Et ça c'est le premier point : c'est de se rapprocher de ces réseaux-là, et d'être "labellisé". Et ensuite, c'est d'être capable de travailler en pluriactivité, ou en pluridisciplinarité plutôt ; parce que ce n'est que ensemble en fait, il n'y a que le « pluri », qui va permettre de prendre en charge de manière globale la situation (T1).
- Et je pense que pour un professionnel de santé, c'est de s'intégrer à ces collectifs-là, de se faire connaître aussi par ces collectifs-là. Déjà parce que d'un point de vue commercial, c'est quand même plus simple quand est envoyé par un confrère. Et puis aussi c'est que : de ne pas imaginer que tout seul, tu vas pouvoir tout tout régler, parce que ce n'est pas vrai (T1).

Abstract

Introduction – The prevalence of playing-related musculoskeletal disorders (PRMD) in professional orchestra musicians ranging from 62 to 93 % during their lifetime, which is much higher than musculoskeletal disorders in other professions. Musical activity takes up a major part in the musician's life balance, and his health cannot be considered without it. In France, occupational health public services do not adequately address their health issues, because this population has very particular health needs.

Purpose - The aim of the study is to give an overview of professional musicians' health problems and to investigate how occupational therapy (OT) could be relevant to respond to them in an efficient way.

Methods - An exploratory qualitative research was conducted. 6 semi-structured interviews were carried out, including 2 OTs, 1 physiotherapist, 1 psychologist, 1 general practitioner and 1 project manager for occupational health services, providing specialized care. The results of the interviews were then confronted with the scientific literature that had been previously selected.

Results - In France, occupational health public services do not supply any satisfactory response to professional musicians. Moreover, OTs are totally absent from these services. However, OT's reference framework of competences and activities shows that this health care profession is the best qualified to provide professional musicians with adequate support. The few OTs specialized in musicians testified to very satisfying results from their interventions.

Conclusion - Professional musicians' health problems are a public health issue. Playing music in the way they want is fundamental to musicians and dealing with a limitation in musical activity may be devastating to their quality of life. As OTs are experts in the link between activity and health, occupational health public services would benefit from integrating OTs, specialized in providing adequate response to musicians' health issues.

Key-words : professional musicians, instrumentalist, bassoon, playing-related musculoskeletal disorders (PRMD), pain, occupational therapist (OT), occupational health services, activity.

Résumé

Introduction - Les instrumentistes professionnels présentent au cours de leur vie une prévalence des troubles liés à leur activité professionnelle allant de 62 à 93 %, ce qui est bien supérieur à tout autre profession. En France, les services de santé au travail n'apportent pas de réponse satisfaisante à ces problématiques, du fait des spécificités de la population musicienne.

Propos - L'objectif de cette étude est d'offrir une vue d'ensemble des problématiques de santé du musicien d'orchestre professionnel et d'explorer en quoi l'ergothérapie pourrait s'avérer pertinente pour y apporter des solutions satisfaisantes.

Méthodologie - Une enquête qualitative exploratoire a été menée via des entretiens semi-structurés. Six personnes ont été interrogées : deux ergothérapeutes, un kinésithérapeute, un psychologue, un médecin généraliste et un chargé de projets de Thalie Santé. Les résultats de ces entretiens ont ensuite été confrontés à la littérature scientifique sélectionnée au préalable.

Résultats - L'activité musicale tient une place prépondante dans l'équilibre de vie du musicien et sa santé ne peut s'envisager sans celle-ci. En France, les services de santé au travail n'apportent pas à ces salariés de réponse satisfaisante pour la gestion de leur santé. D'autre part, les ergothérapeutes en sont absents. Cependant, le référentiel d'activités et de compétences de l'ergothérapie atteste que cette profession de santé est la plus indiquée pour intervenir auprès des instrumentistes professionnels.

Conclusion - Les problématiques de santé des musiciens professionnels constituent un enjeu de santé publique. Pouvoir jouer de la manière dont il le veut est fondamental pour un musicien, et être confronté à une limitation de jeu peut avoir des conséquences dramatiques sur sa qualité de vie et sa santé. Parce que l'ergothérapeute est expert dans le lien qui unit santé et activité, les services de santé au travail auraient tout intérêt à intégrer des ergothérapeutes au sein de leurs équipes afin d'apporter des réponses et solutions adaptées à cette population si particulière.

Mots-clefs : musiciens professionnels, instrumentistes, basson, troubles liés à la pratique instrumentale, douleur, ergothérapie, santé au travail, activité.