



HAL
open science

Utilisation et représentation de la musique par les médecins généralistes dans les soins primaires

Kevin Abgrall

► **To cite this version:**

Kevin Abgrall. Utilisation et représentation de la musique par les médecins généralistes dans les soins primaires. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02326421

HAL Id: dumas-02326421

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02326421>

Submitted on 22 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE**

**UTILISATION ET REPRESENTATION DE LA MUSIQUE PAR LES
MEDECINS GENERALISTES DANS LES SOINS PRIMAIRES**

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice

Le 30 Août 2018

Par

Kevin ABGRALL

Né le 15 Septembre 1988 à Fréjus

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'État)

Membres du jury :

M. le Professeur CHEVALIER Nicolas
M. le Professeur BENOIT Michel
M. le Professeur BERTRAND François
M. le Professeur HOFLIGER Philippe
M. le Docteur TETART Johann

Président du jury
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Directeur de thèse



**UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE**

**UTILISATION ET REPRESENTATION DE LA MUSIQUE PAR LES
MEDECINS GENERALISTES DANS LES SOINS PRIMAIRES**

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice

Le 30 Août 2018

Par

Kevin ABGRALL

Né le 15 Septembre 1988 à Fréjus

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'État)

Membres du jury :

M. le Professeur CHEVALIER Nicolas
M. le Professeur BENOIT Michel
M. le Professeur BERTRAND François
M. le Professeur HOFLIGER Philippe
M. le Docteur TETART Johann

Président du jury
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Directeur de thèse

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M DELLAMONICA Jean Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GRELLIER Patrick
M. BALAS Daniel	M. GRIMAUD Dominique
M. BATT Michel	M. HARTER Michel
M. BLAIVE Bruno	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BOQUET Patrice	M. JOURDAN Jacques
M. BOURGEON André	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIÉL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIÉLS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
M. BRONSARD Nicolas Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI barbara Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

RESUME

Introduction : La musique dans les soins existe depuis toujours. La musicothérapie connaît un regain d'intérêt ces dernières décennies, comme sujet d'étude de la recherche scientifique et comme thème de formation menant à la professionnalisation. Cependant sa place dans les soins primaires est encore mal précisée.

Objectif : Évaluer l'utilisation et les représentations que se font les médecins généralistes de la musique dans leurs soins.

Méthode : Une enquête qualitative a été menée auprès de 15 médecins généralistes libéraux, interviewés lors d'entretiens individuels semi-dirigés de mars à août 2017. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits intégralement puis analysés par codage axial.

Résultats : La musique fait partie de la vie quotidienne personnelle des médecins et ils valident intuitivement son intérêt bénéfique sur l'organisme. Les médecins ne sont généralement pas formés à la musicothérapie. Certains l'utilisent à leur cabinet médical de façon plus ou moins protocolisée. Les indications les plus courantes sont l'anxiété, la dépression, la douleur et la démence. Malgré cela, le partenariat avec les musicothérapeutes n'est pas défini. Par ailleurs, les études récentes sur l'efficacité de la musicothérapie sont peu connues des médecins. Ils sont en demande de recommandations pour utiliser au mieux la musique dans leurs soins. Nous avons mis en évidence que les médecins sont préoccupés par le retentissement sur leur image auprès de leurs patients, même s'ils perçoivent leurs patients comme largement demandeurs de thérapies alternatives non allopathiques.

Conclusion : Les médecins généralistes sont favorables à l'utilisation de la musicothérapie dans les soins primaires. Leur formation, la diffusion des études et les partenariats avec les musicothérapeutes sont à développer pour promouvoir cette pratique.

ABSTRACT

Introduction : The use of music in medicine has always existed. Over the past decades, there has been a resurgence of interest in music therapy, as a subject of study in research, and as a field of education leading to its professionalisation. Nevertheless, its status in primary care is still to be determined.

Objective : To assess the use and representation of music therapy in primary care by general practitioners.

Method : 15 general practitioners were interviewed individually in a qualitative survey from March to August 2017. The interviews have been recorded, entirely transcribed, and analysed by axial coding.

Results : Music is an essential part of a doctor's personal daily life. They intuitively approve its benefits on the mind and body. Doctors are generally not educated to music therapy, but some of them use it in their office in a more or less protocolised way. The main indications are anxiety, depression, pain, and dementia. In spite of this, the collaboration with music therapists is not defined. Furthermore, few doctors know about the recent studies on the efficacy of music therapy and they ask for recommendations to improve their use of music in their treatment of patients. We also highlighted the fact that doctors are concerned about the image given to their patients, even though more and more patients ask for non-allopathic alternative therapies.

Conclusion : General practitioners are well-inclined towards music therapy in primary care. We must develop their training, the diffusion of the studies, and the collaboration with music therapists to promote this practice.

« La musique met l'âme en harmonie avec tout ce qui existe »

Oscar Wilde

« Là où est la musique, il n'y a pas de place pour le mal »

Miguel de Cervantès

INTRODUCTION

La musicothérapie est utilisée depuis toujours, et ce, bien avant la vogue récente des médecines douces. On peut cependant noter un intérêt grandissant depuis quelques décennies pour cette pratique, lié à son développement via la recherche scientifique et sa professionnalisation à travers la formation.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) la reconnaît en 1996, et la définit ainsi : la musicothérapie est une des composantes de l'art-thérapie. Elle consiste en une utilisation judicieuse de la musique comme outil thérapeutique de base pour rétablir, maintenir ou améliorer la santé mentale, physique et émotionnelle d'une personne.

On rencontre aujourd'hui deux axes principaux :

- **La musicothérapie active**, lorsque l'intervenant travaille avec des sujets en groupe ou en individuel autour de la pratique instrumentale ou chantée. Elle repose donc sur les productions sonores et/ou musicales du sujet. Cette technique demande systématiquement d'être dirigée par un musicothérapeute qui aura au préalable suivi une formation bien spécifique. La musicothérapie active favorise l'expression de soi, facilite la communication ou peut participer à la resocialisation de certains sujets.

- **La musicothérapie réceptive**, qui est basée sur une écoute simple de la part du patient. La technique réceptive est surtout utilisée dans le traitement de la douleur, de l'anxiété et de la dépression par le biais de la relaxation et la détente et par le détournement de l'attention. En relation avec le thérapeute, la musique peut être aussi utilisée comme « déclencheur d'un échange verbal sur les émotions qu'elle provoque, elle sert à analyser et prendre conscience des pathologies développées dans une démarche psychanalytique ».

La musicothérapie possède un caractère à la fois artistique et culturel par la musique, et psychologique ou médical par la thérapie. Ce qui explique que chaque individu puisse se sentir concerné.

La musique fait partie de la culture de chacun et accompagne notre vie au quotidien. Nous n'y sommes pas toujours attentifs, pourtant nous en expérimentons les effets dans tous les cas.

La recherche et la formation ont contribué à la nouvelle émergence de la musicothérapie depuis le milieu du XXème siècle.

En France, c'est Jacques Jost, ingénieur du son, qui dans les années 50 remet la musicothérapie au goût du jour en étudiant les effets électro-encéphalographiques de la musique.

En 1974, après la création de l'Association Française de Musicothérapie, se tient à Paris le premier congrès mondial de musicothérapie, marquant un tournant dans l'évolution de la recherche. (1)

Depuis, les techniques ne cessent de progresser au travers de travaux multiples impliquant un grand nombre d'ORL et de psychiatres.

Des centres de formation voient le jour dans différentes facultés partout en France, avant d'être homogénéisés en 2003 via la création de la Fédération Française de Musicothérapie. (1)

En 2013, une revue de la littérature menée par le Dr Levitin au Canada (2), met en évidence les effets neurobiochimiques de la musique, appuyant la légitimité des indications de la musicothérapie réceptive (écoute simple) et active (via le jeu d'instruments).

Ces indications se regroupent principalement autour de pathologies comme l'anxiété (3)(4), la dépression (5), les troubles du sommeil, la douleur (6)(7), et les troubles du comportement liés à l'autisme (8) ou la maladie d'Alzheimer(9). Toutes les pathologies citées précédemment sont largement répandues dans la population de patients en médecine générale et connaissent fréquemment des échecs thérapeutiques qui laissent les praticiens sans ressources pour traiter les malades.

Devant de telles évidences scientifiques de plus en plus marquées, et le développement d'outils technologiques rendant la musicothérapie réceptive simple d'accès, il est presque logique de se poser la question de la place de la musique dans les soins de médecine générale, et de l'intérêt qu'elle apporterait au patient qui pourrait en bénéficier.

Dans un souci de développer des solutions « alternatives » à une médecine allopathique qui connaît également ses propres limites, développant ainsi le concept semi-récent de « médecine intégrative » (associant médecines conventionnelles et complémentaires), il serait intéressant d'évaluer les possibilités d'application de la musicothérapie : peut-elle se frayer un chemin dans le paysage de la médecine moderne, au même titre que l'hypnose, l'acupuncture, ou les thérapies manuelles ont pu le faire ?

Il reste difficile d'évaluer à ce jour, à quel point elle fait déjà partie des pratiques courantes.

Quelle est donc l'utilisation qu'on en fait en médecine générale ?

Par ailleurs, dans une société occidentale où la culture et la formation des médecins prônent pour une médecine très axée sur l'allopathique, dans quelle mesure, la musicothérapie réceptive peut-elle être acceptée dans la pratique courante ?

Quelles sont les représentations que les médecins peuvent s'en faire ?

OBJECTIF DE L'ETUDE :

Cette étude a donc pour but de prendre connaissance et analyser l'utilisation et les représentations que se font les médecins généralistes de la musique dans leurs soins.

Pour répondre à cette question, nous avons été à la rencontre de médecins généralistes exerçant dans le Var, en Île-de-France, et les DOM lors d'entretiens individuels.

Les différents points de vue recueillis permettront d'éclaircir l'horizon de la musique dans les soins de médecine générale.

METHODE

I) Type d'étude

Cette présente étude est une recherche qualitative. Ce type d'étude est le plus adéquat pour collecter et analyser des données descriptives, comme les points de vue, les ressentis et le vécu des individus.

II) Population étudiée

1. CRITERES D'INCLUSION

Était inclus dans cette étude tout médecin généraliste en activité, pratiquant en cabinet libéral, quel que soit son type d'association (seul, en collaboration ou en groupe).

2. RECRUTEMENT

Les médecins ont tous été contactés par téléphone.

Dans un premier temps, ont été appelés les connaissances (personnelles ou maîtres de stages d'internat, et médecins rencontrés au cours de remplacements). La méthode dite « de proche en proche » a par la suite été utilisée. Enfin, certains ont été contactés au hasard dans l'annuaire.

3. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Certaines caractéristiques ont été relevées auprès des médecins avant de commencer l'entretien : âge, sexe, formations complémentaires, lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural), maître de stage ou non, exercice seul ou en groupe.

Il s'agit ici d'un échantillonnage raisonné, où le chercheur a tenté de constituer un échantillon qui lui semblait équilibré et propice à obtenir tous les points de vue représentatifs concernant sa problématique. Il a de ce fait procédé à un échantillonnage théorique.

III) Entretiens

1. PREPARATION

1.1 Guide d'entretien

Bien que la volonté première était de recueillir les informations en laissant un maximum de liberté aux médecins interviewés, il a été nécessaire de produire un guide d'entretien pour structurer les entretiens.

Blanchet, dans son ouvrage « L'entretien » (10) parle du guide d'entretien ainsi : « Ce guide a pour but d'aider l'interviewer à improviser des relances pertinentes sur les différents énoncés de l'interviewé, au moment même où ils sont abordés. Cette technique permet donc, du moins en principe, à la fois d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et un discours répondant aux questions de la recherche »

Ce guide n'a pas beaucoup évolué entre le début et la fin de l'étude. Deux questions ont été rajoutées devant la récurrence des réponses des interviewés concernant un protocole.

Un entretien test a été réalisé, pour s'assurer de la fluidité des questions réponses et aussi pour écarter toute influence potentiellement présente dans la formulation des questions.

1.2 Techniques d'entretien

La lecture préalable de « L'entretien » de Blanchet (10) a permis une meilleure appréhension des interviews. Notamment au sujet des relances qui ont été utilisées à maintes reprises, et notamment les répétitions.

L'auteur déclare à ce propos : « Ces interventions qui consistent à répéter un contenu déjà exprimé par l'interviewé manifeste à la fois une confirmation d'écoute et une demande d'explicitation. L'intervention relance vigoureusement le discours informatif (discours d'opinion). »

2. REALISATION DES ENTRETIENS

Les entretiens ont eu lieu entre mars et août 2017.

Lors de la prise de rendez-vous, il était annoncé une durée minimum de 20 minutes pour que le médecin puisse s'organiser.

Tous les entretiens ont été enregistrés sur Smartphone.
Il était rappelé au début de chaque entretien la nature de l'étude ainsi que le caractère confidentiel des données recueillies.

Ils ont préférentiellement été réalisés au cabinet des médecins dans un souci d'aisance et de confidentialité pour l'interviewé.
Seul un entretien a été réalisé au domicile d'un médecin à sa demande, tandis que deux autres ont été effectués en visioconférence via Skype pour cause d'éloignement géographique (DOM).

3. RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

Les interviews ont toutes été retranscrites mot à mot sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word, après transfert des fichiers audio sur ordinateur, lus sur iTunes.

Les erreurs de syntaxes n'ont pas été corrigées pour conserver le caractère spontané et authentique des entretiens. Les attitudes des médecins ont été retranscrites quand elles étaient nécessaires à la bonne compréhension des propos qui les accompagnaient.

Les indications concernant les personnes citées ont été rendues anonymes.

4. NOMBRE D'ENTRETIENS

Le nombre d'entretiens final s'élève à 15. Ce nombre a été estimé en cours d'étude, une fois que la saturation théorique (absence d'émergence de nouvelles idées) a été atteinte.

IV) Analyse

L'analyse des entretiens s'est surtout basée sur la capacité d'analyse et d'interprétation du chercheur, avec une volonté de garder toute idée personnelle préconçue à distance.

Il n'a pas été utilisé de logiciel d'aide à l'analyse (type NVivo) pour sa réalisation, chaque citation étant reprise directement à partir des fichiers du verbatim.

La méthode d'analyse était de type codage axial, dégagant les grandes idées au cours de leurs apparitions dans les entretiens.

Enfin, il n'y a pas eu pour cette étude de double codage, c'est-à-dire que seule l'analyse du chercheur a contribué à produire les résultats présentés dans cette étude, sans avoir eu recours à un deuxième chercheur.

RESULTATS

I) RESULTATS DESCRIPTIFS

1) RECRUTEMENT DE LA POPULATION ETUDIEE

Au total, 18 médecins ont été contactés par téléphone. Parmi eux, 15 ont répondu favorablement. Deux ont refusé de participer à l'étude, et un message laissé à la secrétaire du médecin est resté sans réponse.

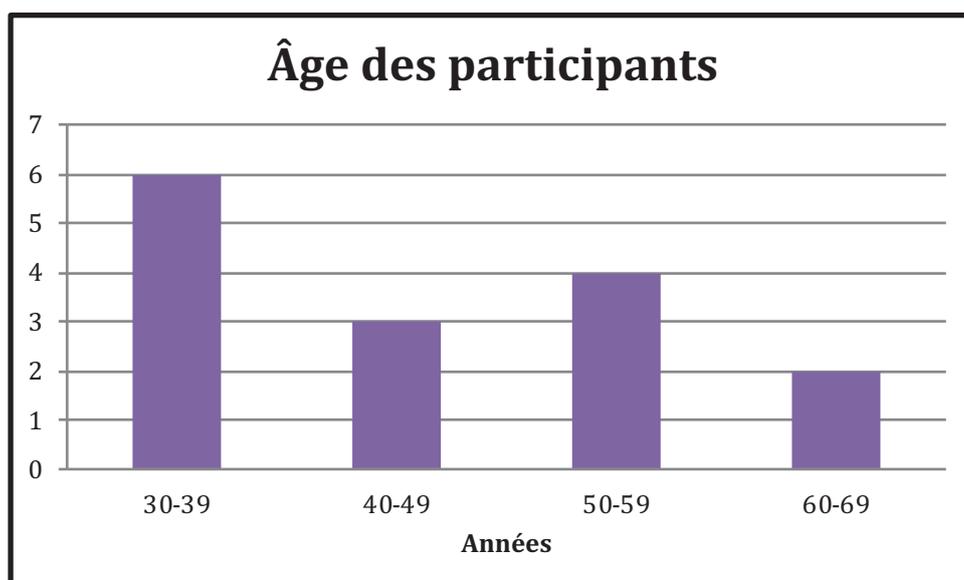
2) CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

2.1. Âge

Le graphique ci-dessous présente la répartition des participants, en fonction de leur âge.

L'âge moyen est de 46 ans.

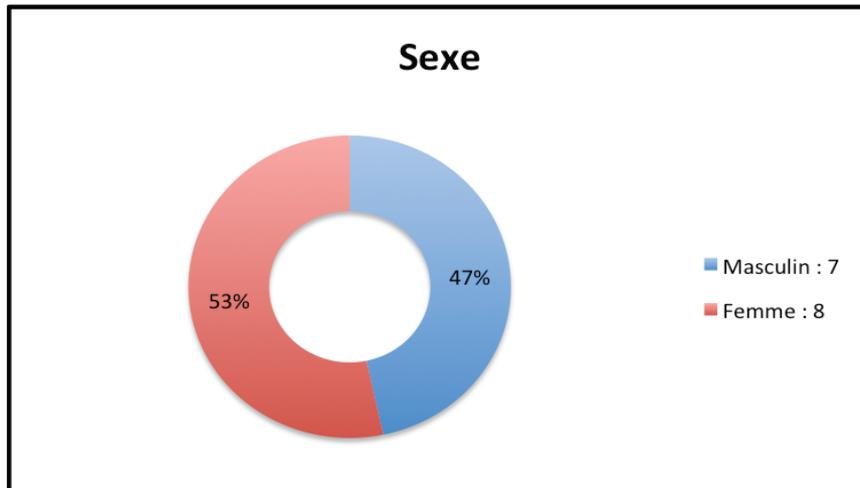
Le plus jeune participant avait 30 ans, le plus âgé 68 ans.



Graphique 1 : Répartition des âges

2.2. Sexe

La répartition homme-femme des interviewés est représentée dans la graphique suivant



Graphique 2 : Répartition en fonction du sexe

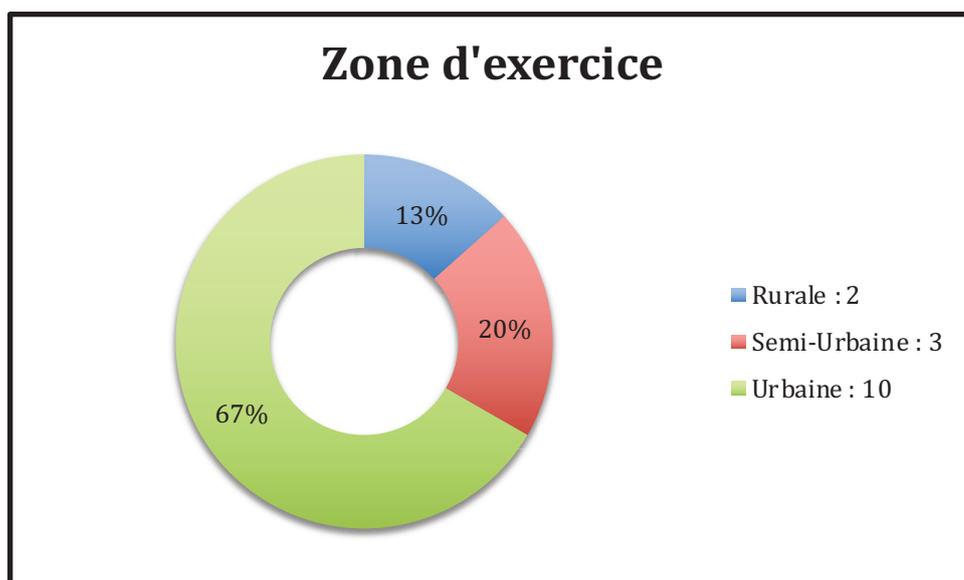
	Âge	Sexe
E01	68	F
E02	55	M
E03	38	F
E04	46	M
E05	55	F
E06	55	M
E07	32	M
E08	49	F
E09	34	F
E10	39	M
E11	30	F
E12	61	M
E13	52	F
E14	41	F
E15	36	M

2.3. Zone d'exercice

Parmi les 15 médecins interviewés :

- 2 exercent en milieu rural
- 3 exercent en milieu semi-urbaine
- 10 sont installés en milieu urbain

	Zone	Département d'exercice
E1	Rurale	Var
E2	Rurale	Var
E3	Semi-Urbaine	Var
E4	Semi-Urbaine	Var
E5	Urbaine	Var
E6	Urbaine	Var
E7	Urbaine	Réunion
E8	Urbaine	Paris
E9	Urbaine	Paris
E10	Urbaine	Paris
E11	Urbaine	Paris
E12	Semi-Urbaine	Val d'Oise
E13	Urbaine	Paris
E14	Urbaine	Paris
E15	Urbaine	Guyane



Graphique 3 : Répartition en fonction de la zone d'exercice

2.4 Maîtres de stage et formations complémentaires

5 des médecins interviewés étaient maîtres de stage encadrant des internes ou externes. Soit 1/3 des participants à l'étude.

Ci-dessous, voici également listées les formations complémentaires de chaque médecin.

	Maître de Stage	Formations complémentaires
E1	Non	Soins Palliatifs
E2	Oui	Urgences
E3	Non	-
E4	Non	-
E5	Oui	Sexologie Médecine du Sport Gériatrie
E6	Oui	Ostéopathie Réparation corporelle et juridique Mésothérapie
E7	Non	Hypnose Médecine Intégrative Pratique psychocorporelle
E8	Non	-
E9	Non	Génétique
E10	Oui	Hypnose Gynécologie Urgences
E11	Oui	-
E12	Non	-
E13	Non	Médecine aérospatiale Hypnose Gynécologie Douleur
E14	Non	-
E15	Non	Médecine tropicale Secours en milieu équatorial

3) DATE, DUREE ET VOLUME DES ENTRETIENS

La durée des entretiens est présentée dans le tableau ci-dessous.
La durée médiane des entretiens est de 22 minutes et 33 secondes.

	Date	Durée	Taille en mots
E1	01/03/17	14 :59	1567
E2	02/03/17	10 :35	1343
E3	06/03/17	10 :25	1337
E4	06/03/17	10 :54	1035
E5	07/03/17	20 :02	2054
E6	08/03/17	35 :44	2740
E7	02/04/17	36 :26	2757
E8	24/04/17	10 :59	1309
E9	16/05/17	18 :02	1648
E10	10/05/17	35 :56	2573
E11	17/05/17	16 :34	1640
E12	20/05/17	34 :41	2630
E13	23/05/17	26 :52	2252
E14	24/05/17	15 :18	1776
E15	21/08/17	40 :52	2872

II) RESULTATS QUALITATIFS

Un schéma de synthèse des résultats est disponible en Annexe 2

PARTIE A :

LE RAPPORT DES MEDECINS AVEC LA MUSIQUE

Cette première partie a pour but de déterminer quelle relation les médecins entretiennent avec la musique dans son sens le plus large, dans un plan strictement personnel d'abord, en dehors du milieu professionnel.

1) LA MUSIQUE ACCOMPAGNE LE QUOTIDIEN

La musique est surtout expérimentée avec un effet sur la sensorialité. Au travers de stimuli perçus par les organes des sens, et en particulier le sens auditif, elle est capable de modifier notre perception des choses.

On peut dégager des réponses des participants, des contextes d'écoute différents, en fonction de l'humeur et des envies, ainsi que de l'effet recherché.

1.1) La relaxation

La musique est vécue comme une source de relaxation, qui aide à induire un état de détente ou d'apaisement. C'est le motif d'écoute qui revient le plus souvent et le plus spontanément.

« Je pratique pas mal de musique, c'est vraiment ma détente, j'en fait énormément à côté » (E07)

« J'aime bien être entourée de musique quand je suis posée, ça peut être une source d'apaisement » (E03)

« J'en écoute de temps en temps, pas tous les jours, mais le weekend pour me détendre » (E14)

« Mon rapport avec la musique c'est que je n'ai pas le temps d'en écouter assez et c'est un rapport de détente et d'épanouissement » (E05)

1.2) Le divertissement

Le contexte du divertissement revient souvent dans les réponses, avec donc une notion de plaisir, de partage, et d'épanouissement.

« Pour moi la musique, c'est associé à un moment festif, quand il y a du monde pour faire un fond musical. » (E02)

« Je fais pas de musique, mais je l'écoute dans le cadre festif » (E04)

« Dans la voiture, pour moi c'est une source de divertissement » (E03)

« J'en écoute à plusieurs endroits, dans ma voiture, en voyage et aussi en concerts. Je l'utilise aussi comme fond sonore dans les activités du quotidien, que ce soit cuisine, ménage ou des trucs comme ça (rires) » (E15)

1.3) Au sport

La musique accompagne également le cadre sportif, aidant la performance.

« Je l'écoute essentiellement pendant le sport le weekend » (E04)

1.4) Un moyen d'expression

Pour d'autres, elle est surtout un moyen de s'exprimer et de générer des émotions, que l'on soit du côté émetteur ou receveur.

« La musique, c'est une évasion et c'est un épanouissement. C'est une expression, c'est une communication, c'est formidable » (E05)

« J'essaie vraiment d'étudier, disséquer la musique, et à bien m'imprégner de l'émotion » (E15)

« De toute manière, la musique est un moyen de communication extraordinaire. » (E06)

2) UNE EXPERIENCE PERSONNELLE FORTE

2.1) Un rapport fort avec la musique

En effet, ils expriment tous très facilement à quel point ils l'apprécient, et comment elle fait partie de leur vie quotidienne, qu'ils soient musiciens ou non.

« (La musique) c'est important pour moi. J'en écoute beaucoup et j'en joue » (E07)

« Je suis mélomane, j'aime beaucoup la musique, les voix. Dans une autre vie, je crois que j'aurais essayé d'être une musicienne » (E05)

« Je ne pratique pas d'instrument, mais j'aime beaucoup la musique » (E08)

2.2) Effets de la musique sur le comportement

Les médecins peuvent témoigner, pour l'avoir déjà expérimenté, même s'ils ne sont pas mélomanes, que la musique a un effet sur l'être humain.

« Le fils d'un patient qui était autiste, quand il avait des crises de violence, on lui mettait de la musique et ça le calmait, c'était impressionnant » (E01)

« Il y a une action de la musique sur nos impulsions. Le Rock n'Roll si ça saute dans tous les coins, c'est que ça excite les gens. » (E06)

« Je me souviens qu'une fois je pétais un câble sur les tiers payant, j'ai ressorti un truc de Léo Ferret, et je voulais que physiquement il se passe quelque chose... du coup j'ai monté le son (...) fallait que ça sorte. Ça m'a peut-être évité de me jeter par la fenêtre ce jour-là ! (rires) » (E10)

« Et finalement l'effet que ça produit sur ton oreille, vu que c'est un de tes sens, ça peut court-circuiter un peu le cerveau et puis, ne pas faire participer le mental mais, participer au fait que tu rentres dans ton corps. » (E15)

2.3) Les croyances en les bienfaits d'une éducation musicale

Certains médecins, qu'ils pratiquent ou non la musique, ont souligné l'impact qu'une éducation musicale peut avoir sur un individu.

« Donc tu vois c'est comme si j'avais suivi une rééducation, avec un instrument finalement. Donc la musique comme rééducation. Et comme rééducation psychologique aussi parce que c'est un vrai effort sur soi-même. » (E12)

« La pratique de la musique c'est important, même pour les gamins. Dans les collèges, lycées, on n'en fait pas assez, ou mal. » (E06)

2.4) Un manque de temps pour la musique

Même si les bienfaits de la musique sur l'humain sont soulignés par les médecins, plusieurs d'entre eux ont notamment attesté que le temps qu'ils peuvent consacrer à la musique leur manque souvent, de par leur emploi du temps chargé, toujours occupés à faire autre chose.

« Je n'ai pas le temps d'en écouter assez. Je peux plus en jouer, j'y arrive plus, j'ai pas le temps. Je suis très frustrée sur le plan musique » (E05)

« On n'a pas trop le temps. A part dans la voiture. Au boulot je peux pas en écouter. Et quand tu rentres à la maison, soit tu travailles, soit autre chose, et tu en écoutes pas » (E06)

« Un peu en diminution, elle était présente au réveil, le soir, à tous mes temps libres. Puis j'ai eu des filles qui ont grandi et qui ont commencé à choisir leur playlist. On met spontanément moins de musique le soir » (E10)

On constate cependant qu'ils voulaient mettre en avant le fait qu'ils aimeraient consacrer plus de temps à la musique.

PARTIE B :

UTILISATIONS EMPIRIQUES LES PLUS COURANTES

Cette utilisation de la musique est principalement empirique. Les médecins avouent ne pas avoir de formation particulière pour ça, mais utilisent plutôt la musique à l'instinct, uniquement de manière intuitive.

« C'est très empirique à l'heure actuelle.

Je pense qu'il y aurait un travail à faire » (E02)

1) RELAXATION :

La relaxation est le premier motif auquel font allusion les médecins lorsqu'on leur parle de l'intérêt de la musique dans les soins.

La musique à visée de relaxation reste l'application sur laquelle les médecins généralistes se projettent le plus facilement.

1.1) Situations déjà expérimentées

« Ils sortent du boulot, ils pensent au burn-out, ils sont sur le point de craquer parce que ça se passe mal au travail. Dans ces cas-là je pense qu'une petite musique ça peut aider à leur faire comprendre qu'ici on se pose, « ici, il ne peut rien vous arriver ». Pour créer une sorte de cocon » (E09)

« Dès que quelqu'un consulte pour un motif psycho somatique, je propose une séance de relaxation musicale » (E07)

1.2) Situations projetées

« Je pense à la relaxation, tout ce qui est psychologique. Chez un patient qui est agité, je suis persuadé que si tu lui mets un morceau de Bach ou de Beethoven lent, ça l'apaise. » (E06)

« Je mettrais plutôt des trucs indous zen, qu'on pourrait qualifier de musique d'ascenseur, un peu de cithare. Un peu cool, déconnectant, pour ma pratique d'interrogatoires plus longs, d'hypnose ou d'entretiens approfondis

d'une demi-heure, il pourrait y avoir un fond. Pour faire une sorte de fil conducteur » (E10)

2) EN MAISON DE RETRAITE

Elle reste le lieu privilégié pour l'utilisation de la musique dans les soins en médecine générale. Les médecins rapportent que de nombreuses maisons de retraite organisent des ateliers à base de musique pour la distraction, la relaxation, la stimulation et favoriser l'expression des pensionnaires. Leur expérience de musicothérapie prend source au travers de cette expérience-là.

« Regarde dans les maisons de retraite, les après-midis de musique, ils sont tous là, ils chantent, c'est assez drôle comme comportement. Celle dans laquelle je travaille, une fois par semaine, il y a quelqu'un qui vient chanter » (E01)

« J'insiste toujours pour ne pas que les patients en maison de retraite ou en fin de vie ne s'ennuient, pour qu'ils aient aussi une présence grâce à la musique, ça fait une stimulation. J'ai l'impression que du coup les patients s'ennuient un peu moins. Ce n'est peut-être que mon impression personnelle mais tout le monde a gardé sa radio à côté sur sa table de chevet. » (E11)

« Je sais que dans les EHPAD, ils s'en servent pas mal de la musique. C'est ma grand-mère, qui participait à ce genre de choses. C'est comme ça que j'ai surtout vu comment ça se passait de l'intérieur. Ça la rendait peut-être plus ouverte sur les autres. En tout cas elle participait alors qu'elle était plutôt dans ses pensées habituellement. » (E14)

« Mais tu sais quand je vais en maison de retraite et qu'on me dit que les patients sont agités, je leur dis de leur mettre en permanence de la musique, plutôt que de les coller devant la télévision (...). Je leur dis, vous le mettez dans sa chambre et vous lui mettez de la musique douce. Et ça marche ! » (E06)

3) DEMENCE

Les troubles cognitifs et les situations problématiques qui en découlent motivent les médecins à prescrire de la musique à leurs patients pour les accompagner, les apaiser et leur redonner des repères.

« Je travaille en musique avec la prise en charge Snoezelen qui est un principe de stimulation des patients déments. Les patients ont grandi avec une certaine sensorialité, et ça a pu se structurer avec la musique. Quand il y a un fonctionnement cérébral qui est perturbé comme dans les déficits cognitifs, on peut à travers le sensoriel retrouver un fil. Et leur permettre de se restructurer. » (E05)

« Je disais à un patient de mettre des chansons à sa femme démente pendant qu'il était dehors à étendre le linge, et elle restait avec sa musique, elle était apaisée, tranquille. » (E01)

« Ils l'utilisent pas mal aussi pour l'Alzheimer, l'anxiété dans la maladie d'Alzheimer ça marche très bien aussi. Le patient tu peux vraiment le sortir de période de confusion avec la musique. » (E07)

4) PEDIATRIE

Il vient assez naturellement à l'idée des médecins d'utiliser la musique lorsqu'ils ont affaire à des enfants dans leur cabinet.

« Parfois, quand les enfants entrent dans le cabinet, ils ont peur, ils ne savent pas ce qu'ils vont avoir (...). Du coup on met des choses qu'ils connaissent, ça détourne l'attention, durant l'examen clinique ou les vaccins. Les comptines ça marche super bien avec les enfants » (E09)

« Les enfants handicapés, ça va être de les recentrer, ça les remet dans un environnement qu'ils connaissent. Avec le handicap on utilise beaucoup la musique, les sourds ont des séances de musicologie. Ils font de la musique. Ils ressentent les vibrations. Sur le centre on a des musicothérapeutes. » (E09)

« J'ai eu une patiente dont l'enfant était poly handicapé, et ce gamin qui ne voit pas, et qui entend mal, dès qu'on lui met de la musique, son visage s'éclaire. C'est dingue. » (E01)

5) AUTISME

L'autisme est également cité parmi les indications pour lesquelles certains médecins utilisent la musique dans les soins. L'objectif est surtout d'aider les patients à s'ouvrir sur leur environnement.

« Si je pouvais ouais, je ferais de la musicothérapie active. Dans les maladies psychiatriques, où les personnes sont dans des replis autistiques. Là c'est génial parce que c'est vraiment un autre moyen de communiquer, non verbal. Elles vont pouvoir exprimer des choses qu'elles n'auraient pas pu exprimer verbalement. » (E07)

« Pour des enfants autistes, clairement ça nous aide bien, à capter l'attention. C'est quelque chose qui va les canaliser, ils vont regarder et entendre et ça va permettre de faire l'examen clinique » (E09)

« Les parents le font beaucoup ça de mettre de la musique pour les autistes. Mais c'est vrai que la musique peut apporter beaucoup, on ne l'utilise pas assez. » (E01)

6) SALLE D'ATTENTE :

Beaucoup de médecins mettent de la musique dans la salle d'attente. Au-delà du caractère apaisant que peut apporter la musique dans ce cadre stressant que représente parfois un cabinet médical, la musique est très souvent utilisée pour isoler la salle de consultation sur le plan sonore. En effet, une mauvaise isolation rend toute confidentialité durant la consultation impossible et représente donc une perte considérable dans la qualité de la relation médecin-patient lorsqu'il s'agit d'aborder des sujets sensibles.

Le poste de radio est donc mis à profit pour masquer le son que la porte a du mal à filtrer.

« C'est vrai, je mets de la musique dans la salle d'attente. L'objectif de ça, c'était pas la détente c'était d'isoler au niveau phonique. » (E04)

« En plus en vrai, ça fait aussi un bruit qui coupe la porte qui n'est pas bien isolée. Ça coupe le bruit, sinon il aurait fallu faire des travaux importants et le fait qu'il ait la musique, ça te rend le son vachement plus flou. Non

sérieusement, c'est parce que les patients t'entendent c'est pire que tout. La perception qu'ils pourraient avoir de savoir qu'ils sont entendus...» (E02)

Malgré tout, les médecins ont conscience de l'effet apaisant que peut apporter la musique sur les patients qui attendent, et l'utilisent également dans cette optique-là.

« Je mets un peu de musique dans la salle d'attente, pour que les gens patientent agréablement, que ça leur permette de s'accrocher aux morceaux plutôt que de penser à leur pathologie et d'avoir l'esprit qui ère un peu » (E01)

« En salle d'attente, par rapport à l'ancien cabinet ou on était et où il n'y avait pas de musique, j'ai l'impression que les gens sont beaucoup plus détendus dans la salle d'attente, qu'ils acceptent beaucoup plus volontiers d'attendre » (E03)

« Je mettais de la musique en salle d'attente (...). Ça mettait quant même une atmosphère qui mettait dans une situation calme et sereine pour entrer en consultation. » (E15)

7) DOULEUR

Bien que les médecins interviewés dans le cadre de cette étude déclarent ne pas utiliser la musique durant les soins de manière systématique, le fait d'utiliser la musique dans le but d'apaiser la douleur (ou les soins douloureux) est une idée récurrente.

« En médecine générale, il faudrait utiliser la musique à fond, c'est vraiment plaisant, t'as quelqu'un qui est vraiment pas bien, qui a une grosse douleur aiguë et tu le soulages rien qu'avec de la musique, quand t'es médecin c'est plutôt plaisant. » (E07)

« Pour associer à ce que je disais par rapport aux dentistes, il est vrai que si tu fais des actes à certains moments, de suture ou d'exérèse de petite lésion, on pourrait penser à l'associer à ce moment-là à de la musique pour apaiser un peu le patient, pour le mettre dans une condition positive. » (E02)

« Mais sinon, oui pour tout ce qui est geste invasif, je pense que la musique ça peut être utile, que ça permet de diminuer la sensation douloureuse. De mettre le patient dans une espèce de bulle musicale. » (E03)

8) DEPRESSION

La musique peut être proposée dans un but de stimulation dans le cadre de syndromes dépressifs :

« Ceux qui sont en dépression, pour essayer de voir, une fois qu'on a écarté le risque suicidaire bien sûr, pour essayer de voir leurs centres d'intérêt et les recentrer sur les choses qu'ils aiment. Et la musique ça en fait partie, forcément. » (E09)

9) ACOUPHENES

Dans le but de masquer les acouphènes, il a été fait mention d'une application à la limite de la musique :

« J'ai conseillé aux gens qui avaient des acouphènes d'écouter de la musique douce en permanence. Mais de la musique de fond. C'est simple, je leur dis, on fait pas de bruits vous entendez vos acouphènes, je mets de la musique vous entendez plus les acouphènes, faut une musique qui ne soit pas une musique plate. Un bruit blanc. Un bruit de vagues ou de rivière qui coule. Et ton acouphène est pris dedans et il est couché. » (E06)

PARTIE C :

FACTEURS FACILITANT LA PRESCRIPTION DE MUSIQUE

Le but a été ici de déterminer ce qui motiverait les médecins généralistes à faire usage de la musique dans les soins, et plus particulièrement de « prescrire » de la musique, dans le cadre de séances de musicothérapie réceptive ou active.

D'une manière plus large, on s'intéresse donc aux représentations que se font les médecins de la musique dans la pratique médicale, au-delà de leur pratique déjà en place, qu'ils utilisent ou non la musique.

1) CONVICTION DE L'EFFET THERAPEUTIQUE

La musique est vécue par les médecins comme une expérience personnelle d'abord. Elle est vécue comme positive car en lien avec des expériences fortes associées à la musique.

Il existe donc un transfert sur le plan professionnel avec une conviction de l'effet thérapeutique qui est généralisée de la même façon.

« Ça ne m'étonne pas, parce que même quand on en écoute soi, on n'en écoute pas pour se stresser, on en écoute forcément pour que ça nous apporte quelque chose. » (E14)

« Aux enfants, tu leur mets des jouets qui font des mélodies pour dormir. Donc c'est bien la preuve que c'est quelque chose qui marche. » (E06)

« De toute façon, je suis persuadé de l'effet bénéfique sur le stress, tout ce qui est lié, les troubles du sommeil, la dépression, les troubles de l'humeur, et même douleur psychosomatique » (E15)

« On pourrait donner aux gens d'aller pratiquer un instrument, parce que moralement ça fait du bien. Il y a des tas de gens, j'en ai encore vu un ce matin, qui se fait chier, qui est super stressé tout le temps, et en fait s'il faisait d'un instrument de musique, sans doute ça lui ferait du bien parce que ça lui permettrait de se faire plaisir pour lui-même. » (E12)

2) UNE BONNE INTUITION VIS-A-VIS DE LA MUSICOTHERAPIE

Cette conviction de l'effet thérapeutique encourage à utiliser de façon empirique la musique dans les soins, malgré le manque de formation préalable. Il a fallu déterminer d'où venait cette idée de l'utiliser.

2.1) Par expérience :

C'est à travers une situation vécue que les médecins peuvent avoir eu l'idée d'utiliser la musique.

2.1.a) En musicothérapie

« Je suis allé voir une fois un collègue thérapeute, je consultais pour moi. J'ai vu musicothérapeute sur la plaque, je me suis dit que ça allait me parler » (E15)

« Je sais que ma collègue qui était musicothérapeute l'utilisait parce qu'elle travaillait au Val de Grâce, qu'elle utilisait en soins pour la douleur, c'est vrai qu'à l'écouter ça avait l'air génial. En plus, elle le couplait à l'hypno thérapie donc c'était super. » (E13)

« J'ai chopé le virus (de la musicothérapie) moi aussi avec ma thèse » (E07)

2.1.b) Dans d'autres domaines

« J'ai fait de la sophrologie parce que j'avais la crainte des examens à la fac, et il y avait une petite musique derrière qui était plutôt apaisante alors qu'on avait un échange. » (E09)

« Je pense que c'est bien, qu'on peut le conseiller. Après, je l'ai toujours fait, parce que mon associée le faisait à la base, j'ai perpétué la tradition » (E01)

« J'ai déjà remplacé dans des cabinets où il n'y avait pas de musique, et je trouvais que ça manquait. » (E08)

2.2) Par intuition

Les médecins généralistes retrouvent intuitivement et presque sans effort les indications et les concepts de la musicothérapie (active et réceptive).

« Je pense que, instinctivement on le conçoit » (E03)

« Le sommeil, les anxieux, la dépression. Le reste, je ne connais pas, je n'ai pas d'autres idées... les douleurs peut-être ? » (E11)

« Ou alors écouter un morceau à mettre chez lui, parce que pendant ce temps-là il écoute sa musique, et il oublie un peu sa douleur et son environnement. De toute façon, dans chaque maladie il y a un côté douleur. Quelle que soit la pathologie, il peut y avoir un peu de musique qui vient. » (E12)

« Mettre le mental de côté par l'intermédiaire d'un des sens pour que le corps se relaxe. D'un côté musique libératoire, où tu peux chanter, danser, ou même des musiques qui iraient avec un exercice physique, et d'un autre côté, une utilisation plus relaxante. Deux versants différents pour combattre le stress. » (E15)

3) VERS UNE MEDECINE INTEGRATIVE

Les médecins généralistes expriment clairement leur « non-réticence » à utiliser la musique dans les soins. Et même si l'intégrer dans leur pratique courante reste difficile, il semblerait que leur motivation vienne d'une envie de voir plus large que la simple médecine allopathique que l'université a pu leur enseigner.

3.1) Effet de mode et évolution des mentalités

3.1.a) Effet de mode des médecines alternatives

Il existe chez les patients une volonté grandissante depuis plusieurs années à se pencher sur des thérapies souvent plus naturelles, moins « chimiques », lorsque leur pathologie le permet. Et les médecins le ressentent.

« Je suis sûr qu'il y aurait une patientèle qui serait à l'écoute de ça. Parce que même s'il n'y a pas de demande spécialement pour la musicothérapie, il y a quand même des demandes pour des thérapies alternatives. » (E15)

« Et puis maintenant les gens s'intéressent aux choses et sont assez accessibles à ça, quand on leur propose autre chose que des médicaments, ils écoutent vraiment, ils essaient. » (E11)

« Oui, souvent les gens que je vois en hypnothérapie, ils me disent : « oui, j'ai fait de la sophrologie, puis je me suis inscrit au truc de méditation », les gens ont une espèce de parcours. Ils vont picorer à droite à gauche, le champ est large maintenant. On peut y aller, hein ! » (E13)

3.1.b) Évolution des mentalités des médecins

Même si les médecins n'ont que peu été formés à l'université sur les médecines dites « douces », elles sont avec le temps mieux reconnues en tant que thérapies fiables. S'opère donc une ouverture vers ces pratiques.

« Petit à petit, on s'ouvre à ce genre de pratiques autres que allopathiques. Par expérience, parce qu'on voit aussi que ça ne fait pas tout l'allopathie. » (E14)

« En général je suis assez ouvert à toutes les médecines un peu parallèles. Autant je suis très traditionaliste, médecine allopathique, je suis carré. Je suis très scientifique, mais ce que je dis toujours aux malades, c'est que j'ai rien contre toutes les médecines parallèles, à partir du moment où le mec qui te fait ça ne t'esquinte pas plus [...] et à partir du moment où les patients ne se font pas arnaquer. » (E12)

« Avec le temps et en apprenant justement et en se penchant sur la question, je n'hésite pas à parler de toutes ces méthodes-là, alternatives. La musique pourrait en faire partie aussi. [...] Quand j'évoque ça, ça dépend, il y a des gens qui me regardent un peu dubitatifs, comme je pouvais peut-être l'être moi, il y a 10 ans. Il y en a d'autres au contraire, qui sont plutôt ouverts à ça et qui sont prêts à essayer ce type de choses » (E14)

3.2) Des thérapies non médicamenteuses

Les patients – comme certains médecins – sont devenus méfiants envers les médicaments, suite aux différents scandales sanitaires, et craintifs des effets secondaires. D'où la recherche de solutions thérapeutiques non médicamenteuses.

« Et surtout de plus en plus, les gens refusent les médicaments, ou ne veulent pas forcément, ont une méfiance vis-à-vis des médicaments. Pas tout le monde mais beaucoup. Plus on peut permettre d'avoir des méthodes douces et non chimiques, mieux ce sera. » (E14)

« Les gens en ont un peu marre de prendre des médicaments, et les médicaments ne sont plus aussi sûrs, dans la tête des gens, qu'avant. Donc ils se méfient et essaient d'en prendre au minimum. » (E07)

« Les patients sont ravis qu'on leur propose du non-médicamenteux » (E07)

« Parce que souvent ce sont des pathologies pour lesquelles on se lance dans des escalades de traitement qui ont plein d'effets secondaires qui sont terribles. Je trouve qu'on a pas trop d'autres choses à proposer, et si on peut fournir quelque chose qui ne soit pas médicamenteux ce serait top » (E11)

3.3) Complément de traitement

La musique représenterait donc un complément de traitement, en parallèle des médicaments, pour tenter de prendre en charge le patient dans sa globalité. Cela semble convenir aux médecins qui déclarent avoir le souci d'accompagner le patient dans tous les aspects de sa pathologie.

« En médecine de ville, pour tous les pathologies psychosomatiques, ou liées au stress, tu as un effet direct sur les patients sans leur avoir donné un Xanax. Tu vois rapidement que leur problème est lié au stress, tu leur proposes rapidement une solution, à travers une séance de musicothérapie [...] Généralement les personnes ressortent avec un grand sourire, « ça fait vraiment du bien ». Ou alors des fois ça fait le déclic, ils vont commencer à parler d'eux, ça va libérer en quelque sorte la parole, et la personne va essayer de chercher des solutions » (E07)

« C'est une prise en charge qui est plus de l'ordre de la psychothérapie. Qui est très utile, parce que de toute façon, tu dois toujours prendre un patient dans sa globalité et donc tu ne peux pas éliminer le domaine sensoriel. » (E05)

« Pour n'importe quelle pathologie qui peut avoir un effet anxiogène sur le patient, quand toi-même tu pourrais suspecter une origine psychosomatique, peut-être que la musique pourrait aider à faire passer un message et à accompagner le traitement. » (E15)

4) PEU D'EFFETS SECONDAIRES.

Le champ d'action de la musique basé sur le sensoriel recouvre des pathologies nécessitant des thérapeutiques médicamenteuses (antalgiques, anti-inflammatoires, anxiolytiques, antidépresseurs) avec beaucoup d'effets secondaires.

Le potentiel qu'a la musicothérapie dans les pathologies comme la dépression, l'anxiété, la douleur, et les troubles du sommeil permet donc d'avoir une réduction considérable des effets secondaires du traitement global. En conditions d'écoute normales, la musique n'a pas d'effet nocif.

« Forcément ça ne peut être que positif, il ne peut pas y avoir de négatif » (E04)

« Moi ça me paraîtrait effectivement vachement bien. Tout à fait sain » (E12)

« C'est pas dangereux, pas d'effet secondaire » (E13)

5) PEU DE RETOURS NEGATIFS

Les médecins déclarent - pour ceux qui utilisent déjà la musique dans le cadre des soins - que leurs patients acceptent volontiers cette possibilité thérapeutique. Il y a également peu de retours négatifs de la part des patients.

« J'ai remplacé dans des cabinets de groupe où il mettait de la musique pendant leurs consultations. Les patients m'ont donné des retours comme : « moi j'aime bien la musique, ça me détend, ça met une relation de confiance, ça signale aussi que le médecin n'est pas pressé, qu'il veut prendre son temps

pour nous écouter » et finalement les retours étaient positifs et les patients avaient été choqués que je ne le fasse pas ! » (E15)

« Non, j'ai jamais vraiment entendu quelqu'un se plaindre de la musique dans la salle d'attente, ou du choix de la musique. Au contraire, il y en a qui se sont plaints, qu'on n'avait pas mis la musique ! » (E03)

« A chaque fois, j'ai quasiment que des retours positifs. C'est hyper rare, à part des personnes qui vont me dire qu'elles n'ont pas réussi à lâcher prise pendant les séances de musicothérapie. Mais sinon, généralement les personnes ressortent avec un grand sourire et me disent : « ça fait vraiment du bien ». Pour certains, c'est juste un moment de bien-être. Ils voient très bien l'intérêt thérapeutique, très rapidement. » (E07)

« Mais sinon pas d'obstacles, j'ai pas de parents de patients qui sont opposés à ça. [...] Les parents nous disent : « ouais c'est une bonne idée, je n'y avais pas pensé ». Les enfants sont contents et quand ils reviennent ils montrent le téléphone. Ça prouve que ça leur a plu. Du coup je pense qu'ils viennent avec moins d'appréhension. Je n'ai pas encore fait les bonbons, je trouve que la musique ça suffit. » (E09)

6) UNE BONNE RELATION MEDECIN-PATIENT

Une relation de confiance entre le médecin et son patient est nécessaire à la mise en place d'un protocole de musicothérapie. Les médecins interviewés en ont conscience spontanément.

« Si les patients te font confiance, je ne pense pas qu'ils trouvent ça farfelu. Tu peux deviner ceux qui ne seront pas ouverts à ça, et quelles cibles seront réceptives aussi. » (E15)

« Ça m'intéresse tout particulièrement, je sais que si je leur dis : « vraiment essayez ça, c'est prouvé... et faites comme ça » -parce qu'il faut les orienter- je sais qu'ils vont l'essayer, que ça peut vraiment marcher » (E11)

« Il faut être à l'aise avec les parents des patients, les connaître, pas le proposer d'emblée... Il faut qu'il y ait quand même un lien » (E09)

« Mais c'est un temps à part, c'est des patients sur lesquels tu vas faire ton plan de soins, et tu vas programmer des temps de travail de sensorialité. » (E05)

7) LES MEDECINS RECOMMANDENT

Les médecins interviewés qui font des utilisations empiriques de la musique dans les soins recommandent leur pratique.

« Ah oui, enfin pour les médecins qui ont des salles d'attente qui sont un peu chargées, je crois que c'est une bonne chose. (E03)

« Je te conseille vivement de t'y mettre à la musicothérapie dès que tu t'installes. L'appli est très bien faite, tu peux l'utiliser au quotidien. Il y a des journées où je fais 4 ou 5 séances de musicothérapie. Ils sont ravis. » (E07)

« Oui, je le recommanderais. Après je fais beaucoup de pédiatrie, il faut être à l'aise avec les enfants c'est tout. » (E09)

PARTIE D :

FREINS A LA PRESCRIPTION DE MUSIQUE

1) UN DOMAINE FLOU POUR LES MEDECINS GENERALISTES.

1.1) Pas de formation officielle

Il n'existe pour l'instant, pas de formation en musicothérapie dans le cursus des études de médecine à l'université. Le concept reste donc étranger, rendant difficile l'intégration initiale de la musique dans les soins de médecine générale.

« De la thérapie par la musique, c'est vrai qu'on manque de connaissances sur le sujet. » (E15)

« Vous me parlez de musique en médecine générale, je ne saurais même pas vous dire en quoi ça pourrait consister. Je suppose que ce serait jouer d'un instrument, écouter de la musique, participer à une chorale. Je ne sais pas. [...] Puis surtout à la fac, on ne nous l'apprenait pas du tout. Je ne sais pas si c'est toujours le cas. Nous, on ne nous en parlait absolument pas. Donc ça ne faisait pas partie de notre pratique » (E14)

« Mais du coup j'ai du mal à associer la musique et le travail. Ou alors je vais proposer : « tiens ce serait bien d'écouter ça » mais je n'ai pas la formation pour ça donc je ne vais pas le faire. » (E13)

« En fait, ça demanderait... ce serait difficile à appliquer dans le cursus universitaire général, ce serait plus une formation à part entière. Puis je pense un peu comparable à ce qui se fait en médecines parallèles, médecines douces, énergétiques » (E15)

1.2) Absence de recommandations

L'absence de protocole et de recommandations officielles clairement établis concernant la musique dans les soins de médecine générale freine la mise en œuvre d'une telle discipline.

1.2.a) Les modalités d'utilisation sont inconnues

Quelle musique et dans quel contexte ? En pratique, de quelle manière utiliser la musique pour qu'elle soit bénéfique ?

« Tu me demandes ce que j'en fais dans ma pratique, tu vois même si j'en suis convaincue, c'est pas quelque chose que je propose. En même temps c'est vrai qu'il n'y a pas de consensus [...] Je ne saurais pas dire, il faut que vous écoutiez 3 minutes par jour de la musique de votre choix, ou d'une musique particulière, par exemple. On veut un protocole !! Un protocole de musicothérapie. C'est sûr que ça existe, puisque même le terme existe. » (E03)

« Alors je me suis vite arrêtée, parce que savoir quel type de musique et par quel biais, il y avait beaucoup d'étapes de réflexion et je ne suis pas allée plus loin dans cette réflexion-là » (E11)

« Après je reconnais pas bien le cadre et la théorie. Je te pose des principes généraux après, quelle musique on va mettre ? On est plus au feeling, c'est encore pas très structuré. » (E05)

« Il y a des patients qui vont être super contents, qui te disent : « pétard j'aurais mis que ça comme musique, j'adore la radio que vous mettez ». L'autre, il va te dire : « c'est quoi ce bruit ? On s'entend plus c'est pénible ! ». Tu peux pas avoir une satisfaction globale, toi tu vas mettre de la musique qui te semble la plus appropriée à une salle d'attente [...] mais qui ne convient pas forcément à tout le monde. » (E02)

1.2.b) Crainte de l'effet délétère

Il est constaté une peur d'avoir un effet néfaste sur le patient en cas de mauvaise utilisation (si la musique ne lui plait pas, ou si elle évoque de mauvais souvenirs, par exemple).

« Moi j'aimerais pouvoir l'utiliser en fond durant la consultation, mais en fond très très léger. Je ne me suis jamais permise de le faire parce que je ne sais pas comment ça peut se passer. » (E08)

« La cithare, par exemple. Quelqu'un qui n'aime vraiment pas la musique me dirait que ça le gêne. Ou on peut tout imaginer. Quelqu'un qui a des

souvenirs de sévices sous musique indienne, me dirait « attendez, ne me mettez pas ce genre de musique ». (E10)

« Lors d'une séance d'hypnothérapie, j'ai eu le cas de quelqu'un qui travaille dans la musique, il m'a dit que pendant toute la séance il entendait une musique, mais sa propre musique. Finalement je n'avais pas besoin de lui en mettre. Alors typiquement ce genre de personne, si vous lui mettais une musique qui ne lui plaît pas, alors là vous cassez le machin. Ça va pas marcher du tout. » (E13)

« On avait peur que ça gêne certaines personnes dans la salle d'attente, parce que ça peut détendre et permettre de patienter, mais il y en a aussi que ça peut déranger. » (E14)

1.3) Travaux scientifiques non connus

Les médecins sont mal renseignés sur les travaux de musicothérapie. Ils font également référence au manque de sérieux de ces études, sur lesquels ils ne peuvent pas s'appuyer de manière scientifique pour se convaincre de l'efficacité de la musicothérapie.

« Je ne sais pas s'il y a des études » (E06)

« Je pense que c'est intéressant mais tout le monde s'en mêle et qu'est ce qu'il y a de vraiment construit là-dedans ? Il faut arrêter les études subjectives, enfin, il faut essayer de théoriser pour pouvoir le reproduire » (E05)

« Donc c'est sûr que n'ayant pas de référence scientifique sur l'apport de la musique dans le soin, je n'ai pas de base. C'est difficile. » (E13)

« Je peux vous citer ce rhumatologue (...) qui proposait de l'hypno méditation et il est allé jusqu'à exploiter la musique en faisant allonger les patients sur la caisse de son piano double queue. Ça m'a paru assez bizarre, ce n'était pas du tout cartésien » (E10)

2) PARTENARIAT DIFFICILE AVEC LES MUSICOTHERAPEUTES

2.1) Peu de connaissances sur le métier de musicothérapeute

Les médecins sont mal informés sur le métier de musicothérapeute, ses capacités et les possibilités de partenariat avec ces derniers.

« Je ne saurais pas vers qui adresser, je ne saurais pas vers quelle structure. Personne ne nous expose ça, ni ne nous envoie des cartes, donc même si je voulais, je ne saurais pas comment m'y prendre. Je suis complètement ouverte à ça, mais je n'ai pas d'expérience. C'est pour ça que je ne le propose pas aussi. » (E14)

« Il n'y a pas de musicothérapeute, ça n'existe pas. Ou ça existe peut-être mais moi j'en connais pas. Il y a peut-être des mecs qui ont développé ça. Mais bon ça peut être intéressant. Plutôt que d'aller voir un psy. » (E12)

2.2) Collaboration difficile en milieu rural

La ruralité reste une entrave aux possibilités de collaboration avec les musicothérapeutes, qui sont principalement présents en zone urbaine.

« Oh attends, je vais les trouver où ? Déjà que je trouve pas d'orthophoniste ! Tu me parles de choses qui ne sont pas réalisables. » (E01)

3) L'IMPORTANCE DE L'IMAGE

3.1) Peur de paraître inapproprié dans un contexte médical

La notion d'image à conserver auprès de leur patient apparaît comme étant primordiale pour les médecins.

« Quand je suis arrivée dans le cabinet, je me suis posée la question de la musique dans la salle d'attente. [...] En choisissant mal la musique, j'aurais l'impression de donner une image [...] en fait, je veux plutôt garder un environnement de qualité médicale, neutre, qui ne se positionne pas » (E11)

« Et je ne veux pas perdre mon temps à dire, « qu'est ce que tu veux écouter ? ». On est là pour faire de la médecine avant tout. » (E09)

« Je voulais pas passer pour une farfelue ! » (E09)

« Altérer la relation peut-être pas, mais je pense plutôt à des réflexions du style, « arrêtez la musique » » (E08)

3.2) Pas de support scientifique connu pour se justifier auprès des patients

Les médecins insistent sur le besoin d'un support scientifique fiable sur lequel ils pourraient s'appuyer pour proposer la musicothérapie à leurs patients sans craindre de nuire à leur image.

« Si on me dit qu'il y a des preuves, ou des sortes de recos, un truc un peu codifié et puis que ça sorte dans les médias, pour ne pas passer pour des farfelus auprès des patients, ça m'aiderait » (E09)

« Alors là je ne me sens pas légitime, non. Parce que je n'ai aucune expertise en la matière, entre le soin et la musique. Par exemple en hypno thérapie je pourrais l'utiliser, mais je ne le fais pas. » (E13)

« A condition que ce soit structuré. Sinon ça ne peut pas s'établir. Il faut qu'il y ait un travail de réflexion. Il faut définir des populations, avec des tableaux sémiologiques. Et après il faut définir une façon de faire. » (E05)

3.3) Ne pas montrer aux patients l'attention dont ils ont besoin

Les interviewés font part de la difficulté à donner l'attention requise au patient du fait de la présence de la musique, lorsqu'elle est utilisée lors des consultations.

« Après pour le moment de la consultation, c'est plutôt gênant, parce que ça va interférer par rapport à l'attention que tu veux générer chez ton patient. Quand tu veux essayer de faire dire des choses à des gens, ou quand tu as l'impression qu'ils sont venus pour te dire un truc mais qu'ils t'en parlent pas, il faut qu'à un moment donné, par l'approche que tu veux avoir, leur faire dire la

vraie chose pour laquelle ils sont venus. Et pour ça, il faut qu'ils te soient complètement attentifs ». (E02)

« C'est vrai que la musique pour moi c'est plutôt gai, et je me revois baisser le son - c'est peut-être pour ça que je la propose pas plus que ça - quand ils disent des trucs un peu poignant (rupture, licenciement...) parce que j'ai l'impression que la musique devient un peu en trop, un peu déplacée. » (E10)

« J'utilise la musique pour créer une sorte de cocon. Mais vraiment qu'avec des gens que je connais bien ; des gens qui savent que je vais les écouter malgré tout. » (E09)

4) L'ASPECT TECHNIQUE

L'organisation matérielle qui encadre la musique dans les soins pose également souci, et souvent à elle seule suffit pour décourager la mise en œuvre :

- Devoir investir et installer du bon matériel
- Ne pas savoir quel matériel utiliser en particulier
- Cotisations auprès de la SACEM

« Mais, ça nécessitait d'avoir une installation qui soit bien, pour que ça fasse de la musique qui aille bien, j'aime bien quand c'est carré. Ma femme met la radio dans son cabinet. Une espèce de vieille radio pourrie qui se dérègle de temps en temps, ça fait un bruit infernal. Ou alors les patients changent et mettent de la musique de sauvage. Après il y a cette histoire de SACEM, aussi où il faut payer. Et je n'ai jamais eu envie de payer spécialement la SACEM. Je me suis pas beaucoup appesanti sur le problème. » (E12)

« Parce qu'il faut que je prenne le temps de le faire, de mettre une sono, de mettre un truc dans la salle d'attente. Et je t'avoue que quand j'ai fini de travailler j'ai plus envie de m'occuper de ça. J'ai déjà pas mis de rideaux aux fenêtres alors... » (E05)

« Après il faut avoir un bon système acoustique aussi. Parce que là je n'ai pas des superbes enceintes. C'est prévu de les améliorer, mais il faut un bon système acoustique agréable. Un bon matériel. » (E08)

« Il faut la rechercher sur internet la musique, ça les vieux ils ne savent pas le faire » (E06)

DISCUSSION

Nous reviendrons ici sur les limites de cette étude et nous confronterons les idées fortes des résultats au travers du prisme de la littérature.

I. LIMITES DE L'ETUDE

1) LIMITES LIEES A L'ENTRETIEN

- **Biais liés à l'enquêteur**

Cette étude s'appuie sur la réalisation d'entretiens, qui sont habituellement réalisés par des chercheurs ayant été formés dans ce domaine au préalable. Bien que la technique ait été abordée en amont grâce à la lecture d'ouvrages concernant la méthodologie, cette étude sociologique reste la première que j'entreprends.

Il m'a notamment fallu quelques entretiens avant de me sentir à l'aise dans mon rôle d'interviewer et obtenir des réponses qui soient le plus riches possibles pour faire avancer le travail.

Un enquêteur plus expérimenté aurait certainement pu mener des entretiens plus productifs.

- **Biais de recueil :**

C'est via des entretiens semi-dirigés, et comportant des questions très ouvertes que cette étude a été menée.

Il a été remarqué au cours des entretiens que les participants n'étaient pas familiers avec le sujet et que leur expérience de musique dans les soins n'était pas bien dessinée dans leur esprit. N'ayant eu que très peu de temps pour réfléchir, les situations concrètes étaient énoncées au compte-goutte, rendant la retranscription un peu désordonnée dans certains cas. Le point de vue du médecin restait donc parfois difficile à identifier.

Certains donnaient même l'impression de devoir justifier leur utilisation ou leur absence d'utilisation de la musique dans les soins. Certaines réponses semblaient être données alors que le médecin cherchait à « faire bien » plutôt que de révéler sa véritable opinion sur le sujet. Il est donc possible que dans certains cas, leur déclaration ne soit pas l'exacte réalité de leur pratique.

2) LIMITES DU GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien comporte volontairement des questions ouvertes et larges pour permettre une grande richesse et diversité de réponses, nécessaires à notre étude.

Cette neutralité dans les questions a eu pour effet d'obtenir des axes de réflexion nouveaux, qui n'étaient pas forcément attendus.

Cependant, cela a pu perturber le médecin dans ses déclarations. Certaines questions ont demandé un temps de réflexion et parfois même des reformulations pour préciser exactement le sens de notre exploration.

Par ailleurs, bien que toutes les questions du guide d'entretien aient été systématiquement posées, certaines d'entre elles ont été spontanément plus développées que d'autres par le médecin. Puisque l'objectif était d'obtenir une discussion libre avec des réponses larges, l'interviewé n'a pas été interrompu, dans le but de bien saisir ce qu'il cherchait à exprimer, avant de le rediriger vers la question initiale.

3) LIMITES LIEES A L'ECHANTILLON

- **Biais de recrutement**

La méthode dite de proche en proche, largement utilisée dans notre étude, a pour avantage de donner un taux de refus de participation très bas.

En revanche, le risque encouru est de sonder l'opinion d'un groupe et de ne pas obtenir tous les points de vue possibles.

Dans notre étude, et pour limiter ce phénomène, six médecins ont été contactés au hasard dans l'annuaire.

Sur les six personnes contactées de cette manière, nous avons essuyé deux refus de participer et un message laissé à la secrétaire, resté sans réponse.

Devant le nombre suffisant d'entretiens réalisés par saturation théorique, ce dernier n'a pas été relancé.

- **Zone géographique**

Une faible proportion seulement de médecins a été interviewée en zone rurale et semi-urbaine (4 sur 15). Cependant, il est intéressant de noter que les réponses de ceux-ci n'ont pas paru différentes de celles glanées dans les zones urbaines, même là où une différence était attendue.

4) LIMITES DE L'ANALYSE

L'analyse des données a été réalisée par un seul chercheur – moi-même. Cette analyse a été la plus objective possible. Les interprétations présentées sont des analyses totalement personnelles. Elles ne cherchent pas à démontrer des faits de façon formelle, mais sont au contraire discutables, ayant pour but d'ouvrir la discussion.

Il n'a pas été utilisé de logiciel d'aide à l'analyse comme NVivo, les citations ayant été reprise à partir des fichiers du verbatim. C'est un choix de méthode et pour autant l'émergence de concepts non attendus a pu être mise en avant dans l'analyse.

II. DISCUSSION DES RESULTATS

1) INTUITION ET HISTOIRE DE LA MUSICOTHERAPIE

Nous l'avons constaté dans les résultats de cette étude, les médecins sont convaincus de l'effet bénéfique de la musique sur le corps. Nous avons vu qu'elle fait partie du quotidien de chacun avec souvent un rapport très fort exprimé par les intervenants. L'origine de ce rapport n'est pas bien précisée. Nous avons également remarqué que certains médecins utilisent de manière empirique la musique dans les soins même sans recommandations ni formation.

On peut peut-être trouver une explication à cet attachement à la musique, dans l'inconscient collectif. En effet, lorsqu'on se penche sur l'histoire de la musicothérapie, on découvre que l'idée d'utiliser les effets de la musique à des fins thérapeutiques est très ancienne. Suivent quelques exemples.

On retrouve des textes tirés de la Bible qui soulignent le rôle joué par la musique : « David jouant de la lyre permit que par son jeu, le mauvais esprit quitta le roi Saül, calmant ses crises d'angoisse. » (11)

Dans la mythologie grecque, Apollon au-delà d'être le dieu de la jeunesse éternelle, est le dieu de la musique et des arts, mais également... de la médecine et de la purification ! Il a aussi été honoré par les Romains, qui l'ont adopté, dès le V^e siècle av. J.-C., pour ses pouvoirs guérisseurs et lui élevèrent

des temples. Il est donc souvent représenté muni d'une lyre, et accompagné d'une couleuvre s'enroulant autour d'un morceau de bois, symbole de la médecine.



Statue d'Apollon, dans les jardins de Versailles

Pythagore (580-495 avant JC) attribua très vite une importance à la musique. Ses disciples et lui pensaient que les mouvements des planètes étaient à l'origine d'une musique, dite des sphères. Ils ont donc créé une musicothérapie pythagoricienne, dans le but de mettre en symbiose l'humanité et les sphères célestes. (12)

On note également dans les écrits de grands philosophes de l'Antiquité des allusions à la musicothérapie.

Platon conseillait la musique et la danse contre les frayeurs et les angoisses phobiques.

Aristote attribuait l'effet bénéfique de la musique à son pouvoir cathartique.

Sénèque avançait que rien ne bougeait plus l'âme que la musique. (13)

En Allemagne, Nietzsche (1844-1900) écrivait dans le gai savoir : « bien avant qu'il n'y eût des philosophes, on attribuait la musique, et plus précisément au rythme musical, la faculté de décharger les passions, de purifier l'âme, d'adoucir la ferocia animi. La tension normale de l'âme, son harmonie venait-elle à se perdre, il fallait se mettre à danser en suivant la mesure du chant... c'était là l'ordonnance de cette thérapeutique » (12)

L'ubiquité de la musique dans les cultures humaines est révélatrice de la capacité que celle-ci a de produire du plaisir.

Il est important de préciser que l'on retrouve au travers de l'Histoire deux prototypes culturels de la musicothérapie, encore valables de nos jours :

- La musique cathartique ou catharsis, correspondant à une décharge des tensions, physiques et émotionnelles, comparable à un défoulement ou un exutoire.
- La musique sédative, à visée relaxante, dans un but d'apaisement.

La musicothérapie trouve ses premières applications officielles dans le milieu médical en France au milieu du XIXème siècle, et notamment en psychiatrie, considérée comme un moyen de calmer les « agités » et de stimuler les apathiques, ou encore de chasser les idées morbides. (1)

En rapprochant cette analyse aux propos des médecins qui ont été recueillis dans cette étude, on constate que l'idée d'utiliser la musique pour chasser l'anxiété n'est pas récente, mais est toujours d'actualité. Elle reste d'ailleurs la raison première de l'utilisation de la musique par les médecins. L'utilisation à visée stimulante se retrouve également dans nos résultats dans ses applications en maison de retraite, et chez les patients autistes ou déments. On pourrait conclure ici que ces utilisations empiriques ne seraient que le prolongement de pratiques historiques qui dépassent les quelques dernières décennies. La musicothérapie est inscrite inconsciemment et intuitivement dans chacun de nous, et de manière universelle.

2) JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE

Comment expliquer alors que la musique soit si peu utilisée dans la pratique courante ?

Au-delà du fait que la musicothérapie cible des pathologies bien précises, cette faible utilisation est peut-être inhérente à la façon dont les médecins sont formés.

Il apparaît dans les résultats, et ce de manière récurrente, un besoin pour les médecins de comprendre *comment* est-ce que la musique fonctionne sur l'organisme, même lorsque l'effet est admis de manière intuitive.

De plus, l'existence de preuves scientifiques de l'efficacité de la musique dans les soins ressort dans cette étude comme étant une motivation essentielle à son utilisation.

L'esprit du médecin a été formé depuis le début de ses études à être logique, et surtout à se baser sur l'existence de preuves d'efficacité. La fameuse « Evidence Based Medicine ».

Il est alors compréhensible qu'il se pose la question de la plausibilité scientifique d'une telle pratique avant de la mettre en œuvre.

2.1 État des connaissances

2.1.1 Études techniques

Dans ce contexte et depuis vingt ans, l'évolution des techniques de neuro-imagerie a permis d'identifier précisément les effets et les modifications que la musique peut provoquer dans notre cerveau ;

- L'étude de l'effet de la musique en TEP-scan a révélé que les zones cérébrales mises en jeu sont également impliquées dans l'émotion, la récompense et l'excitation (amygdale, striatum ventral, cerveau médian et cortex préfrontal). (14) (15)

Ces mêmes zones sont sollicitées lors de stimuli euphoriques déclenchés par la drogue, le sexe ou la nourriture.

Dans le même temps, les zones inhibées par la musique correspondent à celles impliquées habituellement dans les sentiments de peur, d'aversion et de fuite.

- L'étude d'EEG chez des adolescents présentant un état dépressif a montré une diminution de l'activation du lobe frontal droit lors de l'écoute d'une musique de style rock (stimulante) comparé au groupe contrôle. Hors, le lobe frontal droit connaît habituellement une augmentation de son activation

relative chez les adultes en dépression chronique. Ce qui suggère un effet stimulant sur l'humeur de la musique, même si les patients n'ont pas rapporté d'amélioration sur le ressenti. (5)

- En 2013, une revue de la littérature concernant la neurochimie de la musique (2), confirme ce qui a été perçu en TEP-scan, en mettant en évidence le fait que la musique agit via l'implication de systèmes neurobiochimiques. Bien que de nombreux progrès dans le domaine soient encore à réaliser, il a été remarqué un effet sur **4 axes principaux** :

1) **La motivation, la récompense et le plaisir** : par l'activation du système *dopaminergique* et la libération d'*opioïdes* endogènes.

2) **Le stress, l'excitation** : diminution des sécrétions de *cortisol* (*qui est une hormone qui représente l'activité de l'axe hypothalamo-hypophysaire corticotrope et est un biomarqueur de stress validé*) lors de l'écoute d'une musique relaxante, ou au contraire augmentation des taux de *cortisol*, d'*ACTH*, de *GH*, et de *NorAdrénaline* lors de l'écoute d'une musique stimulante (tempo rapide).

3) **L'immunité** : augmentation de l'activité des lymphocytes NK et de la sécrétion d'immunoglobulines A, mesurées dans la salive (rôle sur l'immunité au niveau des muqueuses notamment).

4) **Le lien social** : augmentation de la sécrétion d'*ocytocine* (notamment après des leçons de chant en groupe), qui n'est pas simplement une « hormone de l'attachement » mais qui organise les comportements sociaux en fonction du contexte et de l'individu, à travers sa régulation de l'anxiété et des états émotionnels affectifs et qui agirait comme un signal poussant l'individu à créer des liens sociaux.

- Par ailleurs, les niveaux de cortisol et d'alpha-amylase salivaires ont également été mesurés lors d'une étude visant à évaluer l'effet de la musique sur l'anxiété au quotidien (3). L'alpha amylase est une enzyme salivaire qui peut être considéré comme un biomarqueur de changement d'activité du système nerveux autonome lié au stress.

Le taux de cortisol a connu une baisse de sa concentration ($p < 0,001$) lorsque la musique a été écoutée dans un but de relaxation. L'alpha-amylase a varié en fonction de l'énergie de la musique sélectionnée, la musique stimulante accroissant et la musique relaxante diminuant le taux de l'enzyme ($p = 0,025$).

2.1.2 La méthode Tomatis

Le Docteur Alfred Tomatis, né à Nice en 1920 et médecin ORL à Paris, a au milieu du XXème siècle poursuivi des travaux lui permettant de développer une approche singulière sur l'écoute. Il est pour cela considéré comme l'un des précurseurs dans le domaine de la musicothérapie.

Il a initialement remarqué chez des travailleurs en aéronautique (dont l'audition était altérée à cause des forts bruits de moteurs constants), une altération de la voix. Il démontrera ainsi plus tard, qu'en modifiant les facultés auditives d'un sujet, on obtenait la transformation du comportement et du langage. (16)

L'amélioration des capacités d'écoute aurait, selon Alfred Tomatis, des effets sur le fonctionnement physiologique et psychique, la motricité, le langage et la communication. (17)

La méthode Tomatis est une stimulation de l'écoute par les sons.

C'est une « gymnastique » auditive ayant pour but de développer les capacités d'écoute.

Cette méthode s'appuie sur l'utilisation de « l'Oreille électronique », qui se présente sous forme d'un casque qui va filtrer les sons et stimuler ainsi l'écoute en jouant sur la conduction aérienne (écouteurs) et la conduction osseuse du son (os du crâne). L'Oreille Électronique transmet les sons à l'oreille du sujet selon un schéma précis, imposant au sujet cette manière d'entendre, l'obligeant ainsi à percevoir les sons suivant une accommodation désirée. Au travers le filtrage du son (timbre et intensité), cet outil va reproduire une oreille parfaite (c'est-à-dire avec une capacité d'écoute optimale) qui va entraîner l'oreille du patient qu'elle stimule à développer les mêmes capacités optimales d'écoute.

En résumé, selon Tomatis, par cette gymnastique, tout le circuit neuromusculaire se met à travailler et va rendre le corps apte à écouter, aboutissant ainsi à une amélioration de l'écoute, de l'attention, de la communication et donc une modification du comportement et du langage.

Cette méthode serait efficace dans la prise en charge, non seulement des troubles du traitement auditif, mais aussi et surtout des troubles dyslexiques et du langage, de troubles autistiques, et de troubles de l'attention. (18)(19)

Bien que le Dr Tomatis ait longtemps été critiqué pour s'être enthousiasmé à outrance autour de ses découvertes, il n'en ressort pas moins que ses travaux ont inspiré plusieurs autres médecins.

A l'instar du Dr Issartel (médecin à Neuilly), fondateur du logiciel *Hiperion*, basé sur la méthode Guy Bérard (ORL à Nancy et élève du Dr Tomatis) proposant une « cure sonore réceptive ». Cette méthode utilise un filtrage des fréquences de la musique écoutée pour obtenir chez l'auditeur tel ou tel sentiment, filtrage guidé par l'indication initiale.

Une étude publiée en 2014 (8) montre une amélioration du comportement d'enfants autistes (selon l'échelle Aberrant Behavior Checklist) après un entraînement de 10 jours basé sur la méthode Bérard.

2.1.3 Études d'efficacité

Des nombreuses autres études visant une indication médicale particulière ont été menées et mettent en évidence un effet bénéfique de la musicothérapie.

- **Le montage en U**

Ce modèle, largement utilisé en détente psychomusicale s'inspire des principes fondamentaux de la musicothérapie réceptive, et témoigne de l'importance du choix des musiques dans ce cadre.

Il est utilisé dans les études mentionnées ci-dessous et représente un outil facile à utiliser dans des contextes intra ou extra hospitaliers. C'est pour cette dernière raison que l'on a porté une attention toute particulière à ce modèle.

Le montage en U est une séquence musicale, d'une durée de 20 minutes environ, qui assemble plusieurs morceaux de quelques minutes chacun, fondus et enchaînés.

Elle démarre avec un tempo rapide (environ 120 bpm) et une formation orchestrale fournie (environ 4 à 5 instruments) pour établir un contact avec le niveau de tension du patient.

De l'état initial, la séquence amène progressivement le patient à la détente (phase descendante du U) par une variation du rythme musical, de la formation orchestrale et du volume.

S'ensuit une phase de plateau où le tempo est très lent (environ 50 bpm) et l'orchestration très pauvre (1 seul instrument) qui aura pour effet de maintenir le patient dans cet état de relaxation, qui atteindra son maximum (partie basse du U).

Enfin, la musique connaîtra une accélération de tempo et retrouvera l'ensemble de son orchestre, lors de la phase de redynamisation (partie ascendante du U).

Les choix musicaux se portent sur des extraits musicaux peu entendus du grand public. Des expériences ont montré que le fait de reconnaître une musique peut entraver, voire annuler l'effet de relaxation recherché, par le souvenir. Ces choix sont exclusivement des extraits musicaux instrumentaux, permettant une concentration maximum, la parole pouvant parasiter l'écoute. (6)

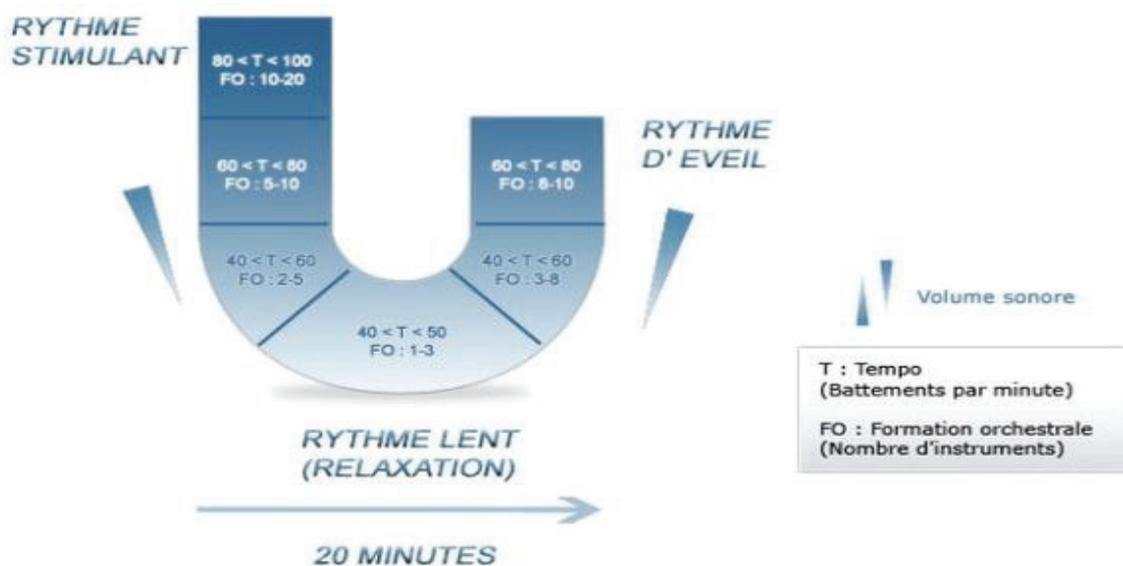


Schéma 1 : Modèle en U (6)

- **La douleur**

La musicothérapie réceptive, et notamment la détente psychomusicale a une efficacité démontrée par des études contrôlées dans de nombreuses pathologies douloureuses. L'utilisation intentionnelle du potentiel et des propriétés de la musique (selon un montage en U) agit par de multiples mécanismes interactifs (sensoriels, cognitifs, affectifs et comportementaux) (cf. schéma 2), permettant une action directe sur les composantes globales de la douleur des patients.

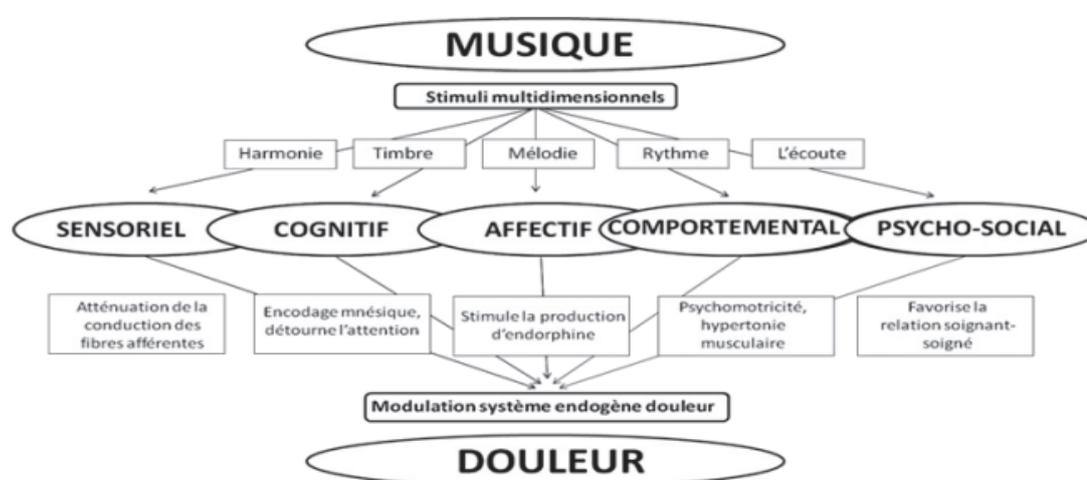


Schéma 2 : Effets de la musique sur la douleur (6)

La musicothérapie a par exemple pu montrer un effet sur la douleur des patients en réanimation en cours de sevrage ventilatoire : diminution de l'EVN (Échelle Visuelle Numérique) ($4,4 \pm 1,7$ vs $1,9 \pm 1,3$, $p < 0,01$). (6)

Une autre étude, en service de cancérologie a montré une efficacité sur les douleurs. Les patients ont bénéficié de séances hebdomadaires de musicothérapie réceptive réalisées par une musicothérapeute selon le protocole adapté de la méthode en U standardisée. Ils ont quantifié leur niveau de douleur et d'anxiété sur deux EVA avant, après et 30 minutes après chaque séance. La musicothérapie réceptive permet des réductions significatives de la douleur ($p < 0,001$) pendant la séance ($-58,3\%$) et jusqu'à 30 minutes après ($-59,7\%$). (7)

Enfin, une étude portant sur l'utilité de la musicothérapie réceptive par la technique du montage en «U» pour la prise en charge de la migraine

épisode dans le cadre d'un suivi en consultation spécialisée a montré que 55.56% des patients étudiés sont répondeurs à cette technique de musicothérapie selon les critères de l'International Headache Society (réduction d'au moins 50% de la fréquence mensuelle). De plus, sur 3 mois, les prises de traitements de crise ont diminué en moyenne de 31.77%, et de la durée des crises de 27.90%. (20)

- **L'anxiété**

D'autres études encore portent sur l'intérêt de la musicothérapie réceptive dans le traitement de l'anxiété.

- Une revue de la littérature d'études randomisées a suggéré que l'écoute d'une musique pré-enregistrée avait un effet bénéfique sur l'anxiété pré-opératoire qui était réduite en moyenne, de 5,72 points de plus (95% CI -7.27 to -4.17, $P < 0.00001$) que dans le groupe de soins standard, lorsqu'elle était mesurée par la State-Trait Anxiety Inventory (STAI). (4)

- L'utilisation du montage en U à l'écoute dans les soins douloureux de patients vigiles en soins critiques a permis de diminuer l'anxiété de ces patients de 50% ($p < 0,001$) sur le score de COVI après le soin, par rapport au groupe contrôle. Il s'agissait d'une étude randomisée prospective dans un service de réanimation. (12)

- Enfin, une étude allemande, a révélé que la simple écoute de musique pouvait être considérée comme un moyen de réduction du stress dans la vie quotidienne, surtout lorsque celle-ci était écoutée dans un but de relaxation ($p < 0,001$). (3)

Pour cela, 55 étudiants ont été examinés durant une semaine d'études standard et durant une semaine d'examen, avec des relevés des attitudes d'écoute (pour déterminer l'intention et la condition d'écoute de musique) ainsi que leur niveau de stress 4 fois par jour.

- **La dépression**

- Une étude observationnelle sur des patients cérébrolésés institutionnalisés a évalué l'intérêt de la musicothérapie active et réceptive (selon le montage en U) lors de séances hebdomadaires individuelles d'une durée de 1 heure chacune (30 minutes de musicothérapie active et 30 minutes de réceptive), sur une période de 20 semaines. L'humeur était évaluée grâce à l'échelle à visages (hétéroévaluation graduant) et l'anxiété-dépression était évaluée grâce à

l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) qui comprend 14 questions, sept pour l'anxiété et sept pour la dépression. Ces deux évaluations avaient lieu immédiatement avant et après la première session, puis toutes les 5 sessions. Il a été retrouvé une amélioration significative de l'humeur, dès la première session (-43%) (de 4,6 [+/- 3,2] à 2,6 [+/- 2] ; $p < 0,01$). La musicothérapie permettait aussi de réduire de façon significative l'anxiété-dépression ($p < 0,05$) à partir de la semaine 10 jusqu'à la semaine 20. (21)

- **Autres indications**

D'autres études ont visé les effets bénéfiques sur la mémoire et particulièrement chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer dont la mémoire immédiate est altérée et qui réussissent à retenir des textes lorsqu'ils sont mis en chanson (9).

Par ailleurs, une stimulation musicale serait utile pour rééduquer le langage en « relançant » la plasticité cérébrale lors d'une aphasie post-AVC (14).

- **Corrélations avec les résultats de cette étude**

Il ressort de cette bibliographie une triade d'indications pour lesquelles le montage en U a prouvé son efficacité et qui regroupe la douleur, l'anxiété et la dépression. Les résultats des études techniques concernant les suppositions des effets neurobiochimiques et les zones activées du cerveau en neuro-imagerie durant l'écoute de musique vont également dans le même sens (activation du circuit de la récompense, du lien social, régulation du stress). Cependant, sur des pathologies de démence, bien que la musique contribue au bien-être des patients à travers la réduction de l'anxiété et la stabilisation de l'humeur, aucune donnée ne démontre un effet sur la récupération de la mémoire.

Malgré tout, ces recherches appuient les utilisations empiriques les plus fréquentes que les médecins interviewés dans cette étude ont soulevées, et peuvent ici servir de justification à leurs pratiques, tant pour eux-mêmes que pour l'image qu'ils souhaitent renvoyer à leurs patients. On remarque également que les bienfaits de l'écoute de musique dans un cadre personnel qui ont été mentionnées trouvent une explication dans les études techniques suscitées.

On peut aussi considérer que ces résultats encouragent la réduction du recours aux traitements médicamenteux, ce qui est en accord avec la volonté des patients de diminuer leur consommation de médicaments.

2.2 En pratique aujourd'hui

On remarque que malgré un grand nombre de travaux menés ces dernières décennies par des musicothérapeutes, neurologues, ORL sur l'efficacité de la musique dans le cadre médical, les médecins se disent très mal informés sur ce qui se fait en musicothérapie, malgré l'existence de résultats encourageants. Ce phénomène est probablement dû à la faible médiatisation de cette pratique et au faible nombre de publications scientifiques concernant ces travaux.

Ce même phénomène explique que les médecins soient réticents à introduire la musique dans les soins en raison de l'image qu'ils vont renvoyer. Il est clairement exprimé pour certains le besoin d'avoir des supports scientifiques pour pouvoir se justifier auprès des patients lorsqu'ils proposent la musicothérapie et garder une réputation fiable auprès de leurs patients.

Paradoxalement, même si certains utilisent la musique dans le cadre de leur soin, la recherche scientifique voire l'auto-formation n'est pas toujours présente. Cela décrit une volonté franche de la part de certains à vouloir développer le concept, qui se voit rapidement freiné par le manque de savoir faire sérieux et logique en la matière. Il existerait alors une sorte de conflit intérieur entre le rationnel (esprit logique scientifique) et l'irrationnel (intuition musicale) chez le médecin qui oscille donc dans un entre deux, utilisant la musique mais sans approfondir pour autant.

Ce qui laisse penser qu'avec un minimum de recommandations, et de formation rendant une base de connaissances plus solides, les praticiens pourraient plus aisément mettre en œuvre ces techniques.

3) MOTIVATION DE PRESCRIPTION

Un autre aspect de l'utilisation de la musicothérapie réceptive ressort des interviews des médecins concernant les situations de prescription, et pourrait être la conséquence directe du conflit entre rationnel et irrationnel décrit précédemment.

En effet, excepté dans le cadre particulier de la salle d'attente, les médecins qui utilisent déjà la musique dans les soins, font entrer en jeu des pathologies « lourdes » (autisme, démence...).

Bien que l'utilisation de la musique dans le traitement de ces pathologies soit en accord avec les recherches en musicothérapie, il apparaît que le médecin généraliste introduise la musique dans une optique de « dernier recours », lorsque les autres traitements, souvent médicamenteux, sont inefficaces.

Il est possible dans ce contexte que le médecin trouve une légitimation de son utilisation de la musique quand toutes les autres solutions ont été envisagées et revenues inefficaces. Ce qui traduirait une réticence à sortir la carte de la musicothérapie en première intention, même en complément thérapeutique.

Soit par facilité – prescrire un médicament s'avère plus simple – soit parce qu'il est plus crédible pour un médecin de nos jours de prescrire un anxiolytique à un anxieux plutôt que de la musique.

On notera que des patients déments ou autistes graves peuvent difficilement faire part d'un retour négatif, ce qui n'est pas le cas d'un anxio-dépressif ou d'un douloureux chronique.

Le rôle de l'image que le médecin souhaite conserver pourrait donc avoir son importance encore une fois.

4) MEDECINE INTEGRATIVE ET MUSICOTHERAPIE

La médecine intégrative a d'abord émergé aux États-Unis au cours des vingt dernières années, pour faire face à la crise du système de santé américain. Elle propose des soins qui sont centrés sur le patient, qui favorise la relation médecin-patient et qui associe des approches thérapeutiques de médecine conventionnelle et de médecine alternative (22). L'objectif n'est pas de soigner seulement un organe mais l'individu, sans dissocier le corps du mental, avec une composante de prévention également.

Après un lourd investissement dans la recherche sur ce sujet, les résultats probants (en termes de santé mais également en termes économiques) poussent l'ordre des médecins américain à reconnaître la médecine intégrative comme une spécialité à part entière. (23)

De ce fait, un nombre de plus en plus important de facultés dispose d'un cursus de médecine intégrative aux États-Unis, et au Canada.

En France également, plus récemment, quelques universités commencent à proposer cette formation.

Il est intéressant de souligner que cette médecine intégrative a vu le jour et a été guidée par la demande des patients.

On peut rapprocher cette dernière notion au fait que, au cours de notre étude, il est clairement énoncé par les médecins que les patients sont de plus en plus à la recherche de thérapeutiques non médicamenteuses. Il existe une sorte de prise de conscience par les patients de la nocivité potentielle des produits administrés et donc une réticence à consommer ces médicaments lorsqu'ils ne semblent pas indispensables.

Il en ressort également une volonté générale de la part des patients surtout mais aussi de la part des médecins, d'avoir une prise en charge qui fait appel à d'autres thérapeutiques moins agressives, plus « naturelles » et qui s'intègrent dans une prise en charge globale du patient.

Il apparaît alors que ce modèle de médecine intégrative décrite parfois comme la « médecine du futur » puisse remplacer progressivement le modèle de soins primaires actuel.

La musicothérapie, est un soin alternatif d'art-thérapie qui s'inscrit parfaitement dans cette mouvance de prise en charge globale du patient, en permettant un traitement de la personne et pas seulement du symptôme, avec une composante de prévention lorsqu'elle est utilisée sur le long terme. Elle remplit également la mission du renforcement de la relation médecin-patient. On peut penser qu'elle trouvera une place légitime dans la médecine intégrative, si ce n'est déjà le cas outre-Atlantique. Notre étude confirme en tout cas cette impression.

5) MEDECINES ALTERNATIVES – PROFIL DE PRATICIEN

Dans la mouvance récente des médecines alternatives, je me suis posé la question de savoir si l'utilisation de ces thérapeutiques (dont la musicothérapie fait partie) revenait à un profil de praticiens particulier ou non.

Il apparaît dans cette étude que les personnes qui utilisent la musique dans les soins, ne sont pas forcément les praticiens ayant suivi une formation complémentaire en médecine alternative (hypnose, mésothérapie, ostéopathie...)

Il serait intéressant de réaliser une étude quantitative à plus grande échelle pour déterminer l'existence ou non d'une corrélation entre pratique de médecine alternative et musicothérapie et ainsi déterminer avec encore plus de précision quelle population de médecins généralistes seraient concernés par la musicothérapie.

6) COOPERATION AVEC LES MUSICOTHERAPEUTES

6.1. Un manque de communication

On peut clairement conclure au vu des résultats de cette étude, que le partenariat entre médecins généralistes et musicothérapeutes est difficile à mettre en place.

Conséquence d'un manque de formation et d'information sur le sujet, les médecins n'ont pas le réflexe d'orienter un patient en musicothérapie.

Lors d'un entretien avec Stéphane Guétin, musicothérapeute à Paris, ce dernier a exprimé le fait que les médecins généralistes apparaissent comme un sujet épineux pour les musicothérapeutes. Ils cherchent à comprendre comment les aborder et disposer des bons arguments pour les faire adhérer à cette art-thérapie.

6.2. L'influence de la zone géographique

Outre l'aspect communicationnel, il reste évident que les musicothérapeutes sont encore trop peu pour être présents partout sur le territoire. La possibilité d'un partenariat en ruralité notamment représente un réel défi.

En effet : la répartition des musicothérapeutes inscrits à la FFM (Fédération Française de Musicothérapie) parle d'elle-même (24) :

Sur un total de 204 inscrits sur tout le territoire français, la moitié d'entre eux travaille en zone urbaine, dans les principales métropoles.

Paris, Nantes et Montpellier figurent parmi les plus fournies. Elles sont en outre, les villes qui disposent d'une formation de musicothérapie à l'université, ce qui influence probablement la répartition sur le territoire.

Quelques chiffres pour les grandes agglomérations :

- Paris et Ile-de-France : 45
- Montpellier : 17
- Nantes : 16
- Lyon : 7
- Marseille : 4
- Toulouse : 4
- Alpes-Maritimes : 4 (3 à Nice, 1 à Antibes)
- Bordeaux : 3

Dans les départements d'exercice des médecins interviewés dans cette étude, hors Ile-de-France :

- Var : 3 (2 à Draguignan et 1 à St Zacharie)
- Guyane : 0
- Réunion : 0

On constate donc une répartition inégale, essentiellement concentrée en zone urbaine, laissant difficile d'accès une consultation en musicothérapie dans les zones plus rurales.

Rappelons qu'il n'a pas été constaté de différences dans les discours des médecins exerçant en zone urbaine par rapport à ceux exerçant en zone rurale concernant l'utilisation de la musique dans leur pratique, les échanges avec les musicothérapeutes, les collaborations avec ses derniers, ainsi qu'en terme de connaissances sur la musicothérapie en générale.

Lorsqu'ils sont interrogés, les médecins expriment tous le manque de directives fondées. Ils sont à la recherche d'un consensus qui leur permettrait d'inclure un patient dans un protocole de musicothérapie de manière sérieuse et codifiée.

7) UN OUTIL DE MUSICOTHERAPIE RECEPTIVE EN MEDECINE GENERALE : EXEMPLE DE MUSIC CARE®

Bien que les études soient encourageantes, il se pose naturellement le problème de la mise en pratique de la musicothérapie dans les soins primaires de médecine générale.

Notamment dans les zones où les musicothérapeutes se font rares.

Il est alors pertinent de signaler que des outils utilisables au domicile existent, comme l'exemple de l'application pour smartphones et tablettes *Music Care*®, créée au sein de la société de recherche et de développement du même nom.

Le concept repose sur l'écoute de pièces de musique originales, dans plusieurs genres différents, selon le modèle dit en « U » (*cf. schéma 2*), destiné à induire un état d'hypnose, ou du moins, de relaxation, sur une durée modulable de 20 minutes à 1 heure.

Cet outil est utilisé par un des interviewés dans cette étude. Ce médecin a découvert la musicothérapie durant ses travaux de thèse. Il a depuis été convaincu de l'intérêt d'intégrer la musique dans ses soins, chez

une certaine catégorie de patients.

Il met à disposition des patients et en libre service au cabinet, dans une salle à part, des tablettes sur lesquelles figure l'application.

Selon son témoignage, cette application a réellement modifié sa pratique clinique. Ce médecin qui accorde une place conséquente au bien-être de ses patients au travers de la relaxation pour de meilleurs résultats cliniques, recommande son utilisation dans les pathologies qui présentent un aspect psychosomatique (problème de douleurs chroniques, d'anxiété, dépression) (16) (17) (25)

On note ici la facilité d'appropriation d'une telle pratique, avec une formation en musicothérapie très mince, ne comprenant que les bases de la spécialité. En effet, ce type d'outil représente surtout un atout pour contourner l'aspect technique et les connaissances en musicothérapie nécessaires à toute séance, qui impliquent habituellement une réelle formation sur plusieurs années. Ces deux points figurent parmi les freins à la prescription de musicothérapie qui ont été soulevés lors de cette étude.

L'effet bénéfique de la pratique peut être supposé lorsque les patients reviennent spontanément pour demander au médecin généraliste des séances supplémentaires.

L'application est également utilisable directement au domicile : le patient peut alors choisir le moment opportun pour introduire une séance de relaxation, ou être aidé pour s'endormir, lutter contre une douleur... pour ensuite faire un compte-rendu des expériences qu'il a vécu à son médecin. Ce compte-rendu, qui fait partie intégrante de la musicothérapie, permet un feedback du vécu de la pathologie par le patient, et peut donc renforcer la relation entre le médecin et son patient, au travers d'une meilleure compréhension de la souffrance du patient.

A l'heure du tout numérique et d'une médecine de plus en plus connectée, il serait intéressant de pouvoir évaluer la faisabilité et l'efficacité d'une telle mise en place au quotidien, à plus grande échelle chez des médecins généralistes volontaires.

CONCLUSION

L'utilisation de la musique dans les soins de médecine générale est bien présente, de manière intuitive, empirique et désorganisée.

Les études scientifiques à ce sujet constituent déjà une preuve de l'efficacité de la musicothérapie dans les domaines de l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil, les douleurs, l'autisme et la démence, qui sont autant de pathologies rencontrées en médecine générale.

Cependant, bien que les médecins soient intéressés par la musicothérapie, il manque encore un cadre scientifique précis avec des recommandations officielles pour pouvoir faire intervenir au mieux la musique dans leur pratique courante.

Ce manque de consensus entraîne une réticence manifeste, car en dehors de tout aspect technique mal maîtrisé, le médecin fait part de son inquiétude quant à l'image qu'il renvoie de lui-même à ses patients.

La peur de ne pas paraître sérieux, et hors contexte médical en faisant intervenir la musique est un frein évident que cette étude a pu mettre en avant.

Il semble que de nombreux travaux soient encore à réaliser avant de pouvoir accéder à une globalisation de la musicothérapie en médecine générale, qui s'inscrirait alors dans un axe de santé intégrative.

Les patients sont par ailleurs très demandeurs de médecine alternative, en exprimant leur crainte de plus en plus grande d'une médecine purement allopathique. Et ils auront certainement un rôle à jouer dans cette potentielle transition.

Au travers d'outils informatiques simples d'utilisation en cabinet ou à l'hôpital, la musicothérapie réceptive connaît déjà un succès à petite échelle, qu'il serait intéressant de tester sur un plus grand nombre.

Enfin, les musicothérapeutes ont également un champ d'action large à exploiter, celui de l'information des médecins concernant leur spécialité, à défaut de formation officielle en faculté.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

- Introduction :

Bonjour, et merci d'avoir accepté de participer à cette étude.

Mon rôle est de comprendre quelle place occupe la musique dans les soins en médecine générale.

C'est donc tout naturellement que je me tourne vers vous pour enquêter sur ce sujet.

Cet entretien sera enregistré pour me permettre de revenir et travailler dessus. Je peux cependant vous garantir que cet entretien restera strictement anonyme et confidentiel.

Demander le consentement concernant la participation à l'entretien et à l'enregistrement audio.

Je vous encourage donc à partager vos témoignages personnels.

Faire un court questionnaire quantitatif pour caractériser le profil du médecin interviewé : âge, sexe, DIU et autres formations complémentaires, zone d'exercice urbaine ou rurale, maître de stage.

UTILISATION DE LA MUSIQUE (faits, vécu)

- Quelle est la place de la musique dans votre vie de tous les jours ?

(Fréquence et type d'écoute, musicien amateur ou professionnel, expérience personnelle de la musique en général)

Si pas de réponse évidente ou spontanée, relancer par « Racontez-moi la dernière fois que...? »

- Dans le cadre des soins (en général), la musique, ça peut être utile ?

- Que pouvez-vous me dire de la musique dans votre pratique ?

(Exemples d'utilisation de la musique dans votre pratique : utilisation au cabinet, liens avec pairs spécialistes de la musique, prescriptions de musique...)

- Si non explicité par le médecin lui-même : relance (facultative donc) de la question précédente : **Quelles sont vos applications les plus courantes ?**

- Quelle que soit la réponse dont parle le médecin :

- Un ou plusieurs exemples d'application/utilisation concrets
- Tentative infructueuse
- Absence d'utilisation totale de la musique (ne retenir que les questions 1 et 3 du module dans ce cas)

-> Appliquer le module pour chaque item cité :

- 1) Récit : laisser parler le médecin pour qu'il puisse nous expliquer
- 2) Quels sont les résultats que vous avez obtenus ?
- 3) Quels sont les obstacles ou difficultés que vous avez rencontrés ?
(et pour celui qui ne l'utilise pas, lui faire préciser l'existence d'une raison précise l'ayant démotivé à utiliser la musique).
- 4) Quelles sont vos suggestions pour améliorer au mieux la faisabilité de cette application ?

Si non explicité par le médecin lui-même : **Quelles (autres) idées (encore non appliquées) pourrait-on avoir pour appliquer la musique en médecine générale ?**

REPRESENTATIONS (opinions)

- **Quel est votre point de vue sur la musique dans les soins ?** (Croyance, possibilités thérapeutiques, efficacité réelle, inclusion dans la pratique, observance des patients, crédibilité de cette pratique...)

- **Que pensent les patients de la musique dans le soin ?**

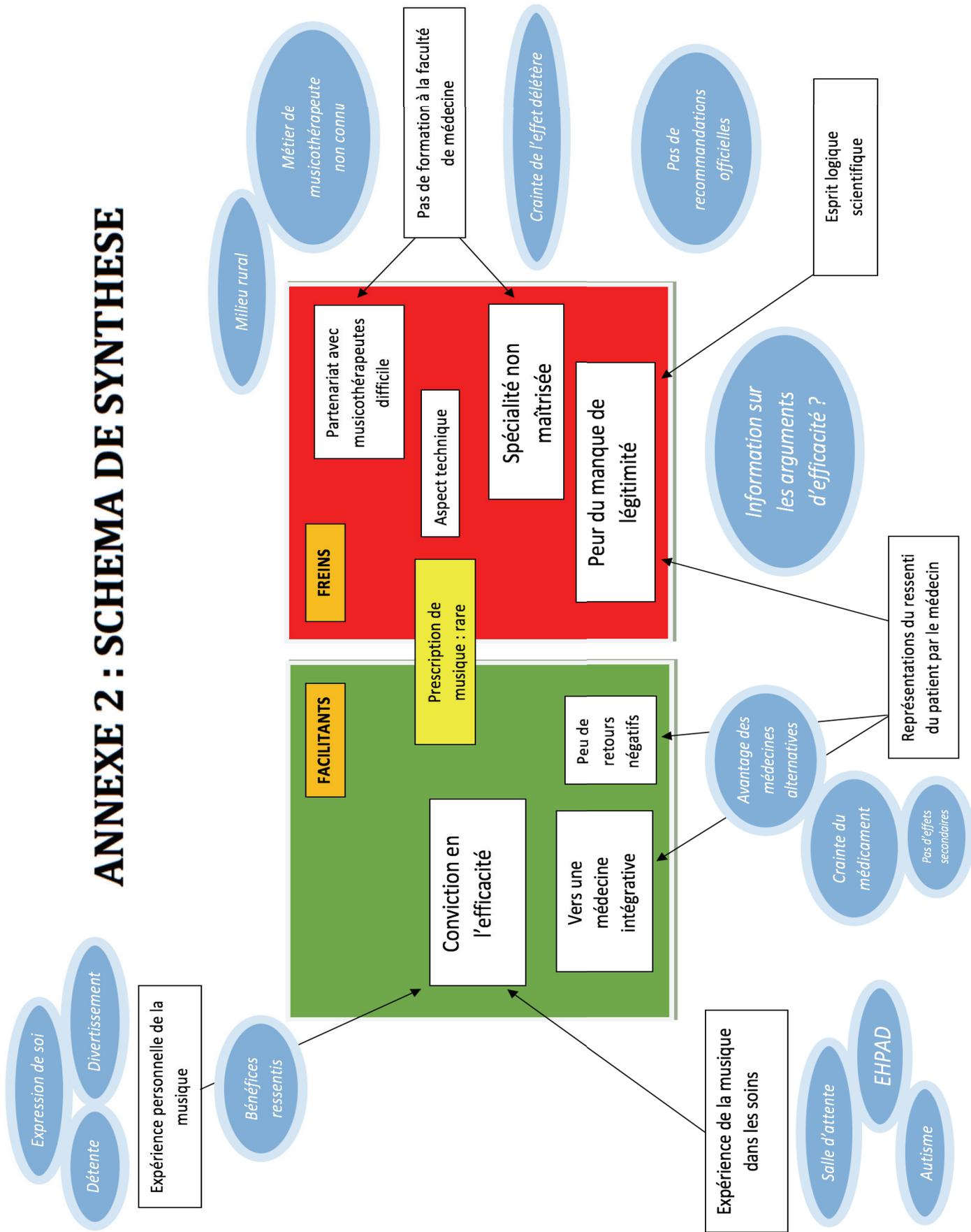
-> **Relance éventuelle : quelles sont leurs attentes concernant la musique ?**

Questions supplémentaires ajoutées en cours d'étude :

- **Vous est-il déjà arrivé de travailler avec des musicothérapeutes ? Si oui, comment ? Sinon, pourquoi ?**

- **Quel impact sur votre pratique aurait l'existence d'un protocole explicite et validé de l'utilisation de la musique dans les soins en médecine générale ?**

ANNEXE 2 : SCHEMA DE SYNTHESE



BIBLIOGRAPHIE

1. Lecourt E. La musicothérapie. Paris : Eyrolles ; 2005, 194p
2. Levitin DJ, Chanda ML. The neurochemistry of music, Trends in cognitive science; 2013: vol 17, no.4: 179-193
3. Linnemann A, Ditzen B, Strahler J, Doerr J, Nater U. Music listening as a means of stress reduction in daily life, Psychoneuroendocrinology; 2015, 60:82-90; <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.06.008>
4. Bradt J, Dileo C, Shim M. Music interventions for preoperative anxiety, Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun 6;(6):CD006908.
5. Field T, Martinez A, Nawrocki T, Pickens J et al. Music shifts frontal EEG in depressed adolescents, Adolescence; Spring 1998: 33, 129; Psychology Database pp 109-116
6. Guétin S. Musicothérapie et douleur aiguë chez l'adulte et la personne âgée, Centre mémoire de ressources et de recherches, Service de neurologie, Inserm U888, CHRU Montpellier, Association de musicothérapie, applications et recherches cliniques, 2007 (En Ligne)
https://www.cnrd.fr/IMG/pdf/9_SG_191007.pdf
7. Jourt-Pineau C, Guétin S, Védrine L, Le Moulec S, Poirier J, Ceccaldi B. Effets de la musicothérapie sur la douleur et l'anxiété des patients atteints de cancer hospitalisés et/ou suivis en service d'oncologie, Douleurs ; 2013, 14:200-207
8. Brockett SS, Lawton-Shirley NK, Giencke-Kimball J. Berard Auditory Integration Training: Behavior Changes Related to Sensory Modulation, Autism Insights 2014:6
9. Simmons-Stern, N.R, et al. Music as a memory enhancer in patients with Alzheimer's disease. Neuropsychologia (2010), doi:10.1016/j.neuropsychologia.2010.04.033
10. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2nd ed. Paris : Armand Colin, 2007, 126p. (L'enquête et ses méthodes).

11. Segond. La Bible, Ancien testament, 1 Samuel 14-22).
12. Guilbaut V. Apport de l'intervention médicale standardisée type Music Care sur les soins douloureux des patients vigiles en soins critiques, thèse de doctorat en médecine, sous la direction du Dr Jean-Philippe Fosse, Faculté de médecine de Nice ; 2017, 52p
13. Ducourneau G. Eléments de musicothérapie, Paris, Editions Dunod, 2002, 192p
14. Bigand E. Le cerveau mélomane, Paris : Belin, 2013, 199p
15. Blood AJ, Zatorre RJ. Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. PNAS. 2001; 98 (20) : 11818–11823
16. Husson R. Modifications phonatoires d'origine auditive et applications physiologiques et cliniques. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1957; 141:9-14
17. Tomatis A. La Nuit Uterine, Paris : Stock, 1981, 257p
18. Gilmore T. The Efficacy of the Tomatis Method for Children with Learning and Communication Disorders: A Meta-Analysis, International Journal of Listening. 1999; 13:1, 12-23
19. Sacarin, L. Early effects of the Tomatis Listening Method in Children with Attention Deficit; *Antioch University Repository and Archive*. 2013; n° 44
20. Parlongue G. Guilhem Parlongue. Intérêt de la musicothérapie dans la prise en charge des patients migraineux épisodiques suivis en consultation douleur chronique : résultats de l'étude " MusicMig " réalisée en 2013-2014 au CHU Sud Réunion. Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01178478>
21. Guétin S, Soua B, Voiriot G, Picot MC, Hérisson C. The effect of music therapy on mood and anxiety-depression: an observational study in institutionalised patients with traumatic brain injury. Ann of physical and rehabilitation medicine. 2008; 52:30-40

22. Maizes V, Rakel D, Niemiec C. Integrative medicine and patient-centered care, *Explore*. 2009 ; 5:277-289

23. <http://unice.fr/faculte-de-medecine/contenus-riches/agenda/la-medecine-integrative-a-travers-le-monde>

24. FFM, Fédération Française de Musicothérapie. [En ligne]
<http://www.musicotherapie-federationfrancaise.com>. Consulté le 4 avril 2018

25. Guétin S, Portet F, Picot MC, Defez C, Pose C, Blayac JP, et al. Intérêts de la musicothérapie sur l'anxiété, la dépression des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et sur la charge ressentie par l'accompagnant principal (étude de faisabilité). *Encéphale*. 2009; 35:57-65

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCTION.....	4
METHODE	7
I) TYPE D'ETUDE	7
II) POPULATION ETUDIEE	7
1. Critères d'inclusion	7
2. Recrutement	7
3. Caractéristiques de l'échantillon	7
III) ENTRETIENS	8
1. Préparation des entretiens	8
2. Réalisation des entretiens.....	8
3. Retranscription des entretiens.....	9
4. Nombre d'entretiens	9
IV) Analyse	9
RESULTATS	10
I) RESULTATS DESCRIPTIFS	10
1. Recrutement de la population étudiée.....	10
2. Caractéristiques de la population étudiée	10
II) RESULTATS QUALITATIFS	15
<i>PARTIE A : LE RAPPORT DES MEDECINS AVEC LA MUSIQUE</i>	
1. La musique accompagne le quotidien.....	15
2. Une expérience personnelle forte	17
<i>PARTIE B : UTILISATION EMPIRIQUE LES PLUS COURANTES</i>	
1. Relaxation	19
2. En maison de retraite	20
3. Démence	21
4. Pédiatrie	21
5. Autisme	22
6. Salle d'attente	22
7. Douleur	23
8. Dépression	24

9. Acouphènes	24
 <i>PARTIE C : FACTEURS FACILITANT LA PRESCRIPTION DE MUSIQUE</i>	
1. Conviction de l'effet thérapeutique	25
2. Une bonne intuition vis-à-vis de la musicothérapie	26
3. Vers une médecine intégrative	27
4. Peu d'effets secondaires	30
5. Peu de retours négatifs	30
6. Une bonne relation médecin-patient	31
7. Les médecins recommandent	32
 <i>PARTIE D : FREINS A LA PRESCRIPTION DE MUSIQUE</i>	
1. Un domaine flou pour les médecins généralistes	33
2. Partenariat difficile avec les musicothérapeutes	36
3. L'importance de l'image	36
4. L'aspect technique	38
 DISCUSSION	 39
I) LIMITES DE L'ETUDE	39
1. Limites liées à l'entretien	39
2. Limites du guide d'entretien	40
3. Limites liées à l'échantillon	40
4. Limites liées à l'analyse	41
II) DISCUSSION DES RESULTATS	41
1. Intuition et histoire de la musicothérapie	41
2. Justification scientifique	44
3. Motivation de prescription	52
4. Médecine intégrative et musicothérapie	53
5. Médecines alternatives – Profil de praticien	54
6. Coopération avec les musicothérapeutes	55
7. Un outil de musicothérapie réceptive en médecine générale : Exemple de Music Care®	56
 CONCLUSION	 58
ANNEXES	59
BIBLIOGRAPHE.....	62

RESUME

Introduction : La musique dans les soins existe depuis toujours. La musicothérapie connaît un regain d'intérêt ces dernières décennies, comme sujet d'étude de la recherche scientifique et comme thème de formation menant à la professionnalisation. Cependant sa place dans les soins premiers est encore mal précisée.

Objectif : Évaluer l'utilisation et les représentations que se font les médecins généralistes de la musique dans leurs soins.

Méthode : Une enquête qualitative a été menée auprès de 15 médecins généralistes libéraux, interviewés lors d'entretiens individuels semi-dirigés de mars à août 2017. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits intégralement puis analysés par codage axial.

Résultats : La musique fait partie de la vie quotidienne personnelle des médecins et ils valident intuitivement son intérêt bénéfique sur l'organisme. Les médecins ne sont généralement pas formés à la musicothérapie. Certains l'utilisent à leur cabinet médical de façon plus ou moins protocolisée. Les indications les plus courantes sont l'anxiété, la dépression, la douleur et la démence. Aucun des médecins interrogés n'avait défini de partenariat précis avec des musicothérapeutes.

Par ailleurs, les études récentes sur l'efficacité de la musicothérapie sont peu connues des médecins. Ils sont en demande de recommandations pour utiliser au mieux la musique dans leurs soins. Nous avons mis en évidence que les médecins sont préoccupés par le retentissement sur leur image auprès de leurs patients, même s'ils perçoivent leurs patients comme largement demandeurs de thérapies alternatives non allopathiques.

Conclusion : Les médecins généralistes sont favorables à l'utilisation de la musicothérapie dans les soins premiers. Leur formation, la diffusion des études et les partenariats avec les musicothérapeutes sont à développer pour promouvoir cette pratique.