



HAL
open science

Évaluation des représentations, des facteurs limitants et des leviers à propos de l'usage de musique en consultation de médecine générale

Eva Wolff

► **To cite this version:**

Eva Wolff. Évaluation des représentations, des facteurs limitants et des leviers à propos de l'usage de musique en consultation de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03514160

HAL Id: dumas-03514160

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03514160>

Submitted on 6 Jan 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Eva WOLFF

Le 08 décembre 2021

WHAT'S GOING ON

EVALUATION DES REPRESENTATIONS, DES FACTEURS LIMITANTS ET
DES LEVIERS A PROPOS DE L'USAGE DE MUSIQUE EN CONSULTATION
DE MEDECINE GENERALE



Directeur de thèse : Dr DUBOIS Guillaume

JURY

Président : Pr AMOUYAL Michel, PU-Médecine générale

Assesseurs : Dr SERAYET Philippe, MCA-Médecine générale

Dr DUBOIS Guillaume, MSU-Médecine générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Eva WOLFF

Le 08 décembre 2021

WHAT'S GOING ON

EVALUATION DES REPRESENTATIONS, DES FACTEURS LIMITANTS ET
DES LEVIERS A PROPOS DE L'USAGE DE MUSIQUE EN CONSULTATION
DE MEDECINE GENERALE



Directeur de thèse : Dr DUBOIS Guillaume

JURY

Président : Pr AMOUYAL Michel, PU-Médecine générale

Assesseurs : Dr SERAYET Philippe, MCA-Médecine générale

Dr DUBOIS Guillaume, MSU-Médecine générale

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	DEMAILLE Jacques	LOPEZ François Michel
ALLIEU Yves	DESCOMPS Bernard	LORIOT Jean
ALRIC Robert	DIMEGLIO Alain	LOUBATIERES Marie
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	Madeleine
ASENCIO Gérard	DUJOLS Pierre	MAGNAN DE
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	BORNIER Bernard
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MARTY ANE Charles
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MARY Henri
AYRAL Guy	FABRE Serge	MATHIEU-DAUDE
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	Pierre MEYNADIER
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	Jean
BALDY-MOULINIER	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-
Michel BALMES Jean-	GRASSET Daniel	Bernard MION Charles
Louis BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	MION Henri
BAYLET René	GUITER Pierre	MIRO Luis
BILLIARD Michel	HEDON berbard	NAVARRO Maurice
BLARD Jean-Marie	HERTAULT Jean	NAVRATIL Henri
BLAYAC Jean Pierre	HUMEAU Claude	OTHONIEL Jacques
BLOTMAN Francis	JAFFIOL Claude	PAGES Michel
BONNEL François	JANBON Charles	PEGURET Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	JANBON François	PELLISSIER Jacques
BOUSQUET Jean	JARRY Daniel	PETIT Pierre
BRUEL Jean Michel	JOURDAN Jacques	POUGET Régis
BUREAU Jean-Paul	KLEIN Bernard	PUJOL Henri
BRUNEL Michel	LAFFARGUE François	RABISCHONG Pierre
CANAUD Bernard	LALLEMANT Jean	RAMUZ Michel
CHAPTAL Paul-André	Gabriel LAMARQUE	REBOUL Jean
CIURANA Albert-Jean	Jean-Louis LAPEYRIE	RIEU Daniel
CLOT Jacques	Henri	ROCHEFORT Henri
COSTA Pierre	LEROUX Jean-Louis	ROUANET DE VIGNE
D'ATHIS Françoise	LESBROS Daniel	LAVIT Jean Pierre

SAINT AUBERT
Bernard SANCHO-
GARNIER Hélène
SANY Jacques

SEGNARBIEUX
François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette

SOLASSOL Claude
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BONAFE Alain
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DAVY Jean-Marc
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GROLLEAU RAOUX Robert
GUERRIER Bernard
GUILLOT Bernard
JONQUET Oliv  er
LANDAIS Paul
LARREY Dominique

LE QUELLEC Alain
MARES Pierre
MAUDELONDE Thierry
MAURY Michèle
MESSNER Patrick
MILLAT Bertrand
MONNIER Louis
MOURAD Georges
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
RIBSTEIN Jean
SCHVED Jean-François
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
UZIEL Alain
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BEREGI Jean-Paul - Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BOULOT Pierre - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CHAMMAS Michel - Chirurgie orthopédique et traumatologique

COLSON Pascal - Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTES Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques

COTTALORDA Jérôme – Chirurgie infantile

COUBES Philippe - Neurochirurgie

COURTET Philippe - Psychiatrie d'adultes ; addictologie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

CYTEVAL Catherine - Radiologie et imagerie médicale

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel – Médecine d'Urgence

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DELAPORTE Eric – Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie ; addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie viscérale et digestive

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

HAMAMAH Samir - Biologie et Médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale

HERISSON Christian - Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir - Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

JEANDEL Claude - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian - Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier - Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre - Neurologie
LEFRANT Jean-Yves - Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain - Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge - Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MEUNIER Laurent - Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel - Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis - Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal - Biologie cellulaire
QUERE Isabelle - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques - Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques - Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe - Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice - Radiologie et imagerie médicale
TOUITOU Isabelle - Génétique
VANDE PERRE Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc - Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia - Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine - Nutrition
AZRIA David - Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria - Pédiopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric - Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud - Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles - Pédiatrie
CAMU William - Neurologie
CANOVAS François - Anatomie
CAPTIER Guillaume - Anatomie
CARTRON Guillaume - Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume - Cardiologie
CHANQUES Gérald - Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre - Immunologie
COULET Bertrand - Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe - Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe - Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves - Physiologie
DE TAYRAC Renaud - Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John - Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland - Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier - Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane - Urologie
DUCROS Anne - Neurologie
DUPEYRON Arnaud - Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud - Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David - Génétique
GUILLAUME Sébastien - Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUIU Boris - Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice - Physiologie
HOUEDE Nadine - Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada - Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel - Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal - Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle - Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry - Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

LECLERCQ Florence - Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis - Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan - Physiologie
MORANNE Olivier - Néphrologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
NAVARRO Francis - Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David - Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc - Cardiologie
PERNEY Pascal - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis - Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane - Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal - Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh - Pédiatrie
VERNHET Hélène - Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline - Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine - Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud - Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel - Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent - Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent - Ophtalmologie
DORANDEU Anne - Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey - Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile - Rhumatologie
GODREUIL Sylvain - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe - Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian - Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire - Rhumatologie
JACOT William - Cancérologie ; Radiothérapie

JEZIORSKI Eric - Pédiatrie
JUNG Boris - Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas - Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence - Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin - Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge - Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric - Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas - Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid - Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie - Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio - Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise - Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck - Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François - Pédiatrie
ROSSI Jean François - Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François - Cardiologie
SEBBANE Mustapha - Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas - Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme - Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre - Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane - Nutrition
THOUVENOT Éric - Neurologie
THURET - Rodolphe Urologie

TUAILLON Edouard - Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

VENAIL Frédéric - Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max - Ophtalmologie

VINCENT Denis - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry - Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne - Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÈRE Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno - Médecine palliative

SEGONDY Michel - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie - Biochimie et biologie moléculaire

BOULLE Nathalie - Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère - Génétique

CARRIERE Christian - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale - Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Murie - Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin - Anatomie

BOUDOUSQ Vincent - Biophysique et médecine nucléaire

BRET Caroline - Hématologie biologique

BROUILLET Sophie - Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

COSSEE Mireille - Génétique

GIRARDET-BESSIS Anne - Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine - Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier - Médecine et Santé au Travail

MARTRILLE Laurent - Médecine légale et droit de la santé

MATHIEU Olivier - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin - Biochimie et biologie moléculaire

PANABIÈRES Catherine - Biologie cellulaire

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris - Physiologie

STERKERS Yvon - Parasitologie et mycologie

THEVENIN-RENE Céline – Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERGOUGNOUX Anne - Génétique

CHIRIAC Anca - Immunologie

DE JONG Audrey - Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DU THANH Aurélie - Dermato-vénéréologie

FITENI Frédéric - Cancérologie ; radiothérapie

GOUZI Farès - Physiologie

HERRERO Astrid - Chirurgie viscérale et digestive

HUBERLANT Stéphanie - Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale

KUSTER Nils - Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain - Maladies infectieuses, Maladies tropicales

PANTEL Alix - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie - Thérapeutique; addictologie

ROUBILLE Camille - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SZABLEWSKY - Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1re classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HERBET Guillaume - Neurosciences

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUOT Gilles Philosophie

PASSERIEUX Emilie Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

RAYNAUD Fabrice - Sciences du Médicament et autres produits de santé

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie - Physiologie

BASTIDE Sophie - Epidémiologie, économie de la santé et prévention

CAZAUBON Yoann - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

DAGNEAUX Louis - Chirurgie orthopédique et traumatologique

DUFLOS Claire - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

GOULABCHAND Radjiv - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

LATTUCA Benoit - Cardiologie

MARIA Alexandre - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

MIOT Stéphanie - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SARRABAY Guillaume - Génétique

SOUCHE François-Régis - Chirurgie viscérale et digestive

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COLIN Olivier
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	CONSEIL Mathieu
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CORBEAU Catherine
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	COROIAN Flavia-Oana
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	COUDRAY Sarah
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	CRANSAC Frédéric
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	CUNTZ Danielle
ATTALIN Vincent	BRINGUIER	DARDALHON Brigitte
AYRIGNAC Xavier	BRANCHEREAU Sophie	DAVID Aurore
BADR Maliha	BRISOT Dominique	DE BOUTRAY Marie
BAIS Céline	BRONER Jonathan	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier
BARBAR Saber Davide	CADE Stéphane	DEBIEN Blaise
BASSET Didier	CAIMMI Davide Paolo	DELPONT Marion
BATIFOL Dominique	CARR Julie	DENIS Hélène
BATTISTELLA Pascal	CARTIER César	DEVILLE de PERIERE Gilles
BAUCHET Luc	CASPER Thierry	DJANIKIAN Flora
BENEZECH Jean-Pierre	CASSINOTTO Christophe	DONNADIEU-RIGOLE Hélène
BENNYS Karim	CATHALA Philippe	FAIDHERBE Jacques
BERNARD Nathalie	CAZABAN Michel	FATTON Brigitte
BERTCHANSKY Ivan	CHARBIT Jonathan	FAUCHERRE Vincent
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER Thierry	FILLERON Anne
BIRON-ANDREANI Christine	CHEVALLIER- MICHAUD Josyane	FITENI Frédéric
BLANC Brigitte		
BLANCHARD Sylvie		

FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille	RICHAUD-MOREL
GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent	Brigitte
GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi	RIDOLFO Jérôme
GENY Christian	MEYER Pierre	RIPART Sylvie
GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe	RONGIERES Michel
GINIES Patrick	MORAU Estelle	ROULET Agnès
GRECO Frédéric	MOSER Camille	RUBENOVITCH Josh
GUEDJ Anne Marie	MOUSTY Eve	SANTONI Fannie
GUYON Gaël	MOUTERDE Gaël	SASSO Milène
HENRY Vincent	PANSARD Nicole	SCHULDINER Sophie
JAMMET Patrick	PERNIN Vincent	SEGURET Fabienne
JEDRYKA François	PERRIGAULT Pierre	SENESSE Pierre
JREIGE Riad	François	SKALLI El Medhi
KINNE Mélanie	PEYRON Pierre-Antoine	SOLA Christelle
LABARIAS Coralie	PICARD Eric	SOULLIER Camille
LACAMBRE Mathieu	PICOT Marie Christine	STOEBNER
LANG Philippe	PIERONI Laurence	DELBARRE Anne
LAZERGES Cyril	POQUET Hélène	TEOT Luc
LE GUILLOU Cédric	PUJOL Sarah-Lise	THIRION Marina
LEGLISE Marie Suzanne	PUPIER Florence	VACHIERY-LAHAYE
LOPEZ Régis	QUANTIN Xavier	Florence
LUQUIENS Amandine	RAFFARD Laurence	VERNES Eric
MANZANERA Cyril	RAPIDO Francesca	VINCENT Laure
MARGUERITTE	RIBRAULT Alice	WAGNER Laurent
Emmanuel		ZERKOWSKI Laetitia

Remerciements

Au Professeur Michel Amouyal

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse, soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur Philippe Serayet,

Un grand merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour ta gentillesse, ta joie de vivre et ta bonne humeur à toute épreuve.

Au Docteur Guillaume Dubois,

Merci de m'avoir proposé ce sujet, merci pour tes conseils, ton aide et ta patience tout au long de ce travail, débuté il y a maintenant plusieurs années (tu vois, tout arrive à point à qui sait attendre). Merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Tu es toujours égal à toi-même, et chaque moment est teinté de bonne humeur et d'une touche d'humour, et pour ça, je te remercie !

A ma famille

Maman, je ne sais même pas comment te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi. Merci d'avoir toujours été là, de savoir toujours trouver les bons mots, merci pour ta bonne humeur communicative et ton optimisme, merci pour tout, tout simplement.

Papa, merci d'avoir toujours été si gentil. Un père que beaucoup de personnes aimeraient avoir et que j'aimerais encore avoir près de moi. Tu me manques énormément, je t'aime.

Audrey, merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Tu as toujours été à la fois une deuxième petite maman et la meilleure grande sœur qu'on puisse espérer, alors je te remercie de tout mon cœur.

Max, merci pour tous ces moments partagés ensemble et à venir, pour tous nos jeux, nos fous rires, nos discussions interminables. Merci d'être toujours là et d'être si adorable, merci d'être un grand frère parfait quoi...

Francky, quelle merveilleuse rencontre ! Un dur au cœur tendre (très tendre)... Merci pour tous ces moments partagés ensemble, pour ta douceur (je ne parle pas de tes poignées de main), pour tous ces fous rires, tous ces coaching et j'en passe.

Alex, le beau-frère idéal ! Quel plaisir de passer des moments à tes côtés ! Beaucoup de savoir, beaucoup beaucoup d'humour, encore plus de gentillesse, tous les ingrédients pour une recette parfaite.

Maître Pavel, également le beau-frère idéal. Merci pour tous les bons moments passés à tes côtés, les moments de détente au piano, les cours d'œnologie, les petits week-end, les escape game... Merci pour ta gentillesse.

Arthur, merci d'être un petit neveu si mignon, *ma petite Rose*, aussi douce que ton prénom, j'ai hâte de continuer à partager plein de bons moments avec vous.

A *Véro*, merci tout simplement d'être comme tu es, si gentille et sensible, tu es pour moi un modèle.

A *toute ma famille*, une famille en or, mes grands-parents, oncles, tantes, cousins, petits cousins, j'aimerais tant passer plus de temps avec vous. Vous me manquez, je vous aime !!

A mes amis :

A *Marie*, ma Viviane, la définition d'une meilleure amie parfaite ! Merci pour tous ces fous rires, tous ces excellents souvenirs, merci pour ces 20 ans passés à tes côtés (le coup de vieux !), et pour tous les moments à venir. Tu auras encore quelques années à me supporter parce que je ne compte pas te lâcher avant la maison de retraite (ni même après), désolée.

A *Sephora*, avec toi la devise c'est « un fou rire par jour », et qu'est-ce que c'était bien ! Merci pour tous ces éclats de rire depuis le collège jusqu'au lycée, que je n'oublierai jamais. Merci pour ces premières années de médecine et prépa en coloc, tu es au top !

A *Camille*, merci pour tous les bons moments partagés ensemble, pour toutes ces années de fac à tes côtés, pour notre coloc, nos soirées sushis, nos via ferrata, pour tous ces beaux voyages et leurs souvenirs (les meilleurs !), les premiers d'une longue série !

A *Marion*, ma co-interne puis ma coloc puis de nouveau ma coloc puis on ne se lâche plus ! Merci pour ces semestres passés à tes côtés, du rire, du ping-pong, des jeux, des crasses, des apéros, des soirées, et j'en passe !

A *Sarah, Maud et Tony, Marion et Alexandre (et bien sûr au petit Paul)*, merci pour tous ces moments passés ensemble, vous êtes de très belles rencontres.

A *mes potes de grimpe, Thibault et Adrien*. Merci de m'avoir initiée à l'escalade et aux bières post escalade. Thibault on finit toutes ces longues années en même temps, hâte de fêter ça comme il se doit.

A *toutes ces belles rencontres* pendant ces années de médecine : Mathilde, Ingrid, Cédric, Anaïs, Sylvie, Henitsoa, Zineb, Mickaël, Emilie (au pluriel), Margaux, Amina, Marine (au pluriel), Florian, Lulu...

A *Mailys*, même si le temps nous a éloigné, merci pour ces 20 ans de rires et de bons souvenirs.

A tous mes co-internes et colocs.

Au *cabinet médical de Remoulins*, cette équipe de fous ! Vous êtes tous au top ! Vous m'avez fait découvrir plein de blagues et une vision très particulière mais tellement géniale de la médecine générale !

A *Nathalie*, une si belle rencontre, aussi gentille que généreuse, tu es une personne en or, heureusement que je t'ai rencontrée !

A Ghassan, merci pour ces sept mois de stage à tes côtés, tu es au top ! (Et grâce à toi je sais gérer 28 choses en même temps).

A Sarah, Lucas, Virginie, Lydia, Caro, Hidriss, Pierre et j'en passe, merci pour votre gentillesse, merci pour toutes ces blagues et ces bons moments.

A toutes les personnes que j'ai rencontré pendant mes stages et qui m'ont marquée :

A toute l'équipe des urgences du Millénaire, vous avez rendu mon premier semestre au top ! Et plus particulièrement à Yannig, quelle belle rencontre ! Toujours débordant d'énergie et plein d'humour, un vrai plaisir de travailler (et de faire des apéros) avec toi !

A Catherine, merci pour ta gentillesse et ton accompagnement tout au long du stage.

A la team Narbonne, un super semestre à vos côtés !

A Monsieur Bonaldi Vincent, merci d'avoir accepté de répondre à mes questions sur la musicothérapie pendant ce travail.

Sommaire

Partie 1 : INTRODUCTION	6
I. Généralités sur la musicothérapie	7
II. Histoire de la musicothérapie	9
III. Le logiciel Music Care	11
IV. Le travail du musicothérapeute	13
V. Effets de la musique sur le cerveau et sur différents symptômes	16
1. <i>Effets de la musique sur le cerveau</i>	16
2. <i>Effets de la musique sur la douleur et l'anxiété</i>	18
3. <i>Effets de la musique sur la consommation médicamenteuse</i>	19
4. <i>Effets de la musique sur la dépression</i>	20
5. <i>Effets de la musique sur le sommeil</i>	21
VI. Intérêts de la musicothérapie en médecine générale	22
Partie 2 : MATERIEL ET METHODES	24
I. Méthode de recherche qualitative	24
II. Analyse phénoménologique	25
III. Approche sémio-pragmatique selon Peirce	27
IV. Revue de la littérature	28
V. Élaboration du guide d'entretien	29
VI. Choix des participants	31
VII. Recueil des données	32
VIII. Retranscription et analyse des entretiens	32
IX. Exemple d'interprétation : entretien n°4, Dr 4	33
Partie 3 : RESULTATS	40
I. Caractéristiques des participants	40
II. Les freins à l'utilisation de musicothérapie par les médecins généralistes.	41
1. <i>Le manque de formation et d'expérience</i>	41
2. <i>Le manque de temps</i>	43
3. <i>Un coût pour les médecins</i>	44
4. <i>Des médecins sceptiques</i>	45
5. <i>Des patients sceptiques</i>	46
6. <i>L'absence de recommandations</i>	46
7. <i>Les freins à l'orientation vers un musicothérapeute</i>	47
III. Une technique ressentie comme bénéfique	48
1. <i>L'absence d'effets indésirables et d'inconvénients</i>	49
2. <i>Des effets positifs</i>	50
3. <i>Une aide à la consultation</i>	51
4. <i>Un intérêt en médecine générale</i>	52
IV. Voies d'amélioration pour l'utilisation de musicothérapie	52
1. <i>Information des médecins</i>	52
2. <i>Information des patients</i>	53
3. <i>Assistants médicaux</i>	54

4. <i>L'existence d'une cotation spécifique</i>	54
V. Catégories conceptualisantes	55
Partie 4 : DISCUSSION	57
I. Les points forts et limites de l'étude	57
1. <i>Le sujet abordé</i>	57
2. <i>L'approche qualitative</i>	57
3. <i>Les participants</i>	58
4. <i>Le recueil des données et la retranscription</i>	59
5. <i>Les critères de scientificité de notre analyse de données</i>	60
II. Discussion des résultats et comparaison à la littérature	61
1. <i>L'utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses en général</i>	61
2. <i>La musicothérapie en médecine générale</i>	63
III. Discussion à propos des catégories conceptualisantes	64
IV. Des difficultés d'orientation des patients vers un musicothérapeute	69
V. Perspectives d'avenir	71
Partie 5 : CONCLUSION	72
Partie 6 - BIBLIOGRAPHIE	74
Partie 7 – ANNEXES	77
RESUME	83

Partie 1 : INTRODUCTION

D'après Albert Schweitzer, un philosophe, médecin et musicien du 19^{ème} siècle, « il y a deux moyens d'oublier les tracas de la vie : la musique, et les chats ». (1)

Les « tracas de la vie » peuvent être à l'origine de divers symptômes et pathologies (douleurs chroniques, troubles du sommeil, anxiété, dépression...), fréquemment rencontrés en médecine générale. Certaines consultations chez le médecin peuvent également être pourvoyeuses de symptômes comme la douleur, l'anxiété (soins douloureux, consultations de pédiatrie, hypertension « blouse blanche »,...). S'il paraît difficile d'intégrer des chats dans la pratique des médecins généralistes, pourquoi la musique est-elle si peu utilisée dans ce domaine ?

Si encore aujourd'hui certains médecins voient la prescription médicamenteuse comme une étape indispensable à la prise en charge d'un patient, de plus en plus de médecins souhaitent s'orienter si possible vers des interventions non médicamenteuses (INM). De plus en plus de patients également sont demandeurs de ce type de prise en charge.

« Une INM est une intervention psychologique, corporelle, nutritionnelle, numérique ou ergonomique sur une personne visant à prévenir, soigner ou guérir ». Cela comprend entre autres la psychothérapie, la phytothérapie, l'activité physique, les compléments alimentaires, l'art-thérapie, dont fait partie la musicothérapie... (2).

De nombreuses études ont montré l'efficacité des INM « pour ralentir l'évolution de certaines maladies chroniques, pour améliorer l'état général de santé, pour prévenir des comorbidités, pour optimiser l'observance des traitements biomédicaux, pour améliorer la qualité de vie des patients et enfin pour éviter des hospitalisations non programmées » (2).






 Interventions psychologiques santé	 Interventions physiques santé	 Interventions nutritionnelles santé	 Interventions numériques santé	 Autres INM santé
Art Thérapie Education pour la santé Psychothérapie Zoothérapie	Activité physique Hortithérapie Physiothérapie Thérapie manuelle Thermalisme	Complément alimentaire Thérapie nutritionnelle	Objet connecté Thérapie par le jeu vidéo Thérapie par la réalité virtuelle	Lithothérapie Mycothérapie Objet ergonomique Phytothérapie Thérapie par les ondes Thérapie cosmétique Autre

Tableau 1 – les différentes INM (2)

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande l'utilisation de ces INM (3), et d'ailleurs de plus en plus de patients et médecins ont recours à ce type de thérapie. Cependant aujourd'hui, nous pouvons constater que rares sont les médecins généralistes ayant recours à la musicothérapie, qui fait partie des INM (4). C'est pourquoi nous avons voulu nous intéresser à ce sujet.

Nous aborderons dans un premier temps des généralités sur la musicothérapie en elle-même et son histoire.

Nous parlerons ensuite d'un logiciel de musicothérapie pouvant être utile pour les consultations de médecine générale, et du travail du musicothérapeute.

Puis nous verrons dans la dernière partie de cette introduction les principaux effets de la musique sur différents symptômes, afin de comprendre son intérêt potentiel en médecine générale.

I. Généralités sur la musicothérapie

La musicothérapie est selon l'OMS « une des composantes de l'art-thérapie qui consiste à utiliser la musique comme un outil thérapeutique pour rétablir, maintenir ou améliorer la santé mentale, physique et émotionnelle d'une personne ».

Elle représente selon la fédération française de musicothérapie « une pratique de soin, d'aide, de soutien ou de rééducation qui consiste à prendre en charge des personnes présentant des difficultés de communication et/ou de relation. (...) La musicothérapie s'appuie sur les liens étroits entre les éléments constitutifs de la musique, et l'histoire du sujet. Elle utilise la médiation sonore et/ou musicale afin d'ouvrir ou restaurer la communication et l'expression au sein de la relation dans le registre verbal et/ou non verbal ». (5)

Toute musique peut avoir un effet bénéfique, et aucun apprentissage n'est nécessaire. (6)

Il existe deux types de musicothérapie (7):

- La musicothérapie active, qui consiste en une pratique instrumentale avec le patient, dans laquelle ce dernier n'a pas besoin de s'exprimer verbalement, mais par l'intermédiaire du chant, de la composition de chansons, de l'improvisation instrumentale ou gestuelle, ou encore de l'exécution de mouvements rythmiques au son de la musique. Cette technique permet une expression et une communication avec le patient, qui procure détente et bien-être. Ce type de musicothérapie a montré son intérêt dans la prise en charge des patients atteints d'autisme, de schizophrénie (8), mais aussi chez les traumatisés crâniens (9) ou encore dans la maladie d'Alzheimer (10) ...
- La musicothérapie réceptive, basée sur l'écoute musicale.
 - Elle peut être de type « analytique », elle est dans ce cas utilisée comme support pour une psychothérapie analytique, et comporte deux temps : un temps d'écoute musicale (musique choisie en fonction des besoins du patient) qui a pour but de provoquer la résurgence de souvenirs chargés affectivement, et un temps de parole permettant de faire le travail analytique proprement dit.
 - Elle peut être de type « relaxation », avec simplement l'écoute d'une musique, et a pour but d'amener progressivement le patient à un état de relaxation et de détente profonde, grâce à une modification progressive du tempo, du volume sonore, et de l'orchestration.

Cette technique est utilisée principalement pour le traitement de la douleur ou des troubles anxio-dépressifs (11). C'est à ce type de musicothérapie que nous nous intéresserons dans ce travail.

II. Histoire de la musicothérapie

La musicothérapie utilise la musique à but thérapeutique. C'est une technique paraissant récente puisqu'elle se professionnalise depuis seulement une cinquantaine d'années, mais elle est en réalité utilisée depuis l'Antiquité, et dans toutes les cultures. Nous pouvons retrouver depuis cette période plusieurs récits sur la musicothérapie, qui s'accordent tous sur son effet bénéfique.

Deux prototypes culturels de musicothérapie, sur lesquels nous nous basons encore aujourd'hui, ont parcouru les siècles et les continents : la musique cathartique et la musique sédative :

- La musique cathartique avait pendant l'Antiquité pour but d'atteindre la catharsis, qui correspond à une décharge des tensions physiques et émotionnelles, qui soulage et apaise momentanément. La musique était donc utilisée pour calmer des états d'agitation ou au contraire de torpeur, grâce à la libération des tensions du sujet.
 - La musique sédative, qui se base sur l'effet relaxant et apaisant de la musique, avait dans l'Antiquité pour but de chasser les mauvais esprits afin d'apaiser et d'harmoniser le sujet.
- (12)

Pendant l'Antiquité, le pouvoir de la musique était de faire fuir les démons, les mauvais esprits, permettant ainsi de rétablir la paix intérieure chez le sujet. Le meilleur exemple est la prise en charge par David (en quelque sorte le premier musicothérapeute professionnel) de Saül, qui souffrait de crises d'angoisses et de troubles mentaux après que Yahvé lui ait envoyé un mauvais esprit. Ces troubles furent apaisés après l'écoute de la musique jouée par David.

Ce modèle est encore en vigueur de nos jours dans certaines traditions (transe, exorcisme).

(6)

La première théorie sur la musicothérapie a vu le jour dans les écrits de Boèce au Vème siècle, qui ont eu une influence jusqu'à la Renaissance : les quatre éléments, l'air, l'eau, le feu, et la terre constituent les composantes de la base de l'univers. Un équilibre entre ces

composantes est nécessaire chez chaque sujet pour maintenir un état de bonne santé, la maladie signifiant ainsi la rupture de l'harmonie entre ces composantes.

Cette première théorie supposait que la musique permettait d'offrir un rééquilibrage entre ces quatre éléments. (6)

Pendant le Moyen-Âge, « le tarentisme représente la forme la plus aboutie de la musicothérapie ». Une morsure de tarentule, une araignée noire du Sud de la France, provoquait des crises de douleurs, d'agitation, de mélancolie, voire des convulsions. Le seul moyen de venir à bout de ces crises était l'écoute continue d'une musique, provoquant une danse frénétique permettant d'éliminer le poison. « Le Moyen-Âge ajoutera aux qualités thérapeutiques de la musique une qualité morale qui restera longtemps attachée aux pratiques de la musicothérapie. » (6)

L'utilisation de la musique dans le domaine médical a commencé au début du 19^{ème} siècle lorsque Philippe Pinel, fondateur de la psychiatrie française, a décrit dans sa thèse le rôle essentiel qu'a joué le violon dans le rétablissement d'un de ces patients.

Ce n'est que quelques années plus tard, entre 1820 et 1880, que la pratique de la musicothérapie sera officiellement développée, notamment dans le domaine de la psychiatrie, par Esquirol principalement mais aussi Leuret, Dupré, Nathan, Bourneville... à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris.

La musique était considérée comme un moyen efficace de calmer les patients agités ou au contraire de stimuler les patients apathiques. Cette technique s'est ensuite étendue au reste de la France, et de certains pays d'Europe sous la forme de thérapie de groupe, voire de masse. (12)

Cette technique s'est fait oublier à la fin du 19^{ème} siècle devant le développement de la psychiatrie, de la psychologie, de la psychanalyse, qui ont ouvert d'autres pistes de recherche et ont ainsi placé la musicothérapie au second plan.

Ce n'est qu'à la seconde moitié du 20^{ème} siècle que la musicothérapie se développe à nouveau, cette fois par des techniques d'enregistrement et de reproduction musicale. La musicothérapie est aujourd'hui utilisée dans de nombreux pays, il existe désormais une organisation européenne et une fédération mondiale de musicothérapie.

On assiste également à cette période à la création « de structures associatives aux Etats-Unis, aux Pays-Bas, en Argentine, puis en Autriche, Grande-Bretagne et Allemagne. Enfin, dans les années 1970, la plupart des pays s'équipe de ces structures professionnelles. » (6)

Les applications de la musicothérapie sont nombreuses et variées. En France, la première indication de la musicothérapie était la psychiatrie, puis cette dernière a démontré au travers de plusieurs études son efficacité sur la réduction de la douleur, du stress, de l'anxiété, sur la relaxation, grâce à des effets démontrés sur le cerveau (neuromusicothérapie) (6).

III. Le logiciel Music Care

Le logiciel Music Care a été développé en 2008 par le docteur Stéphane Guétin, psychologue et musicothérapeute. C'est la première application de musicothérapie, qui consiste en une technique de relaxation musicale basée sur les principes de l'hypno analgésie, grâce à une séquence en U (13). Ce logiciel a montré son efficacité dans la prise en charge de la douleur, l'anxiété, les troubles du sommeil, et la surconsommation médicamenteuse.

La séquence en U a pour but d'atteindre un état de relaxation complète (musicothérapie réceptive de type « relaxation »), grâce à des variations du rythme, de la mélodie, des fréquences et se base ainsi sur un schéma particulier qui comporte trois phases :

- La première phase représente l'état de conscience, le rythme de la musique est donc stimulant, avec un tempo compris entre 90 et 120 battements par minute.
- La deuxième phase a pour but de modifier l'état de conscience du sujet afin de l'amener dans un état de détente et de relaxation profonde. Le volume et le rythme de la musique diminuent donc progressivement jusqu'à atteindre un tempo compris entre 30 et 70 battements par minute, ce tempo étant maintenu environ 10 à 15 minutes voire plus en fonction de la durée de la séance.
- La troisième phase ou phase d'éveil permet une reprise progressive de l'état de conscience initial. Le volume et le rythme de la musique augmentent progressivement jusqu'à atteindre un tempo autour de 90 battements par minute (14).

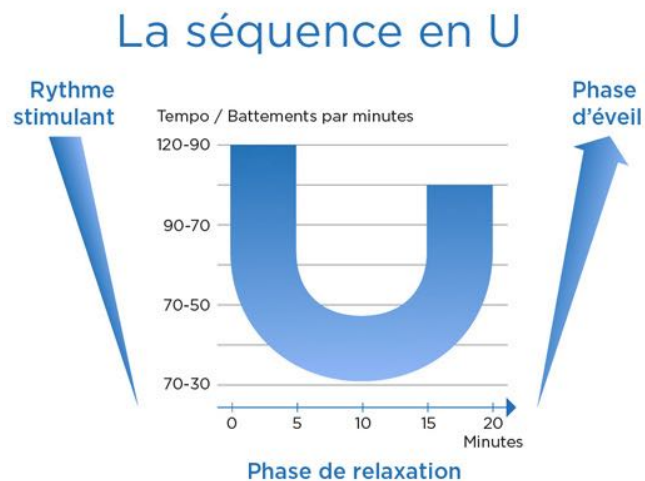


Figure 1 – La séquence en U

Il existe également une séquence endormante, qui aurait plus d'intérêt à domicile pour les troubles du sommeil, et une séquence dynamisante, plutôt utilisée en post opératoire.

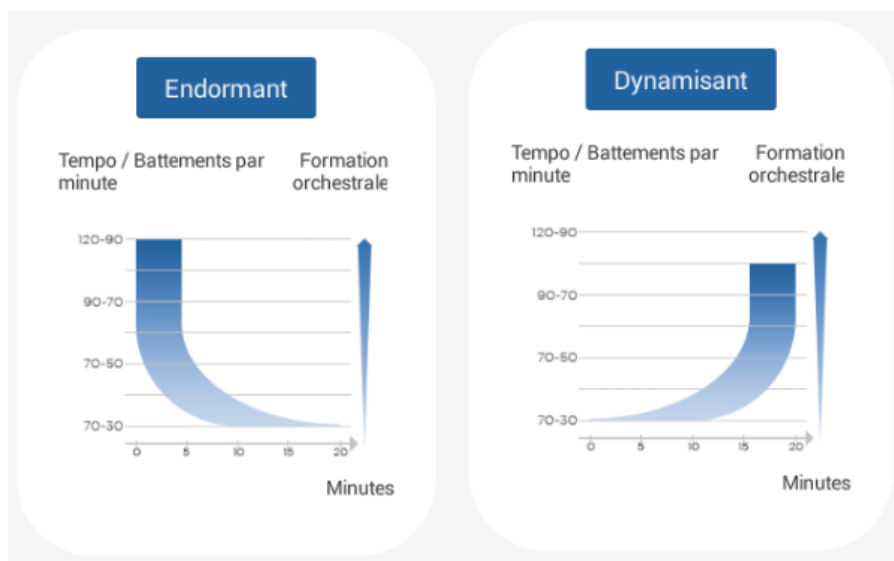


Figure 2 – Séquence endormante et dynamisante

L'écoute d'une musique plaisante pour un sujet permet l'augmentation de la sécrétion d'endorphines, de dopamine et sérotonine, hormones de la récompense et du plaisir. La diminution du tempo permet une diminution de la sécrétion de cortisol, hormone du stress, ce qui a pour effet d'amener le patient dans un état de détente plus profonde qu'avec l'écoute simple d'une musique, sans séquence en U.

L'écoute de la musique constitue une expérience personnelle, influencée par plusieurs facteurs comme l'éducation, la personnalité, la culture, les influences, l'intérêt, de telle sorte que l'écoute d'une musique peut susciter une émotion positive intense chez certains individus alors qu'elle peut laisser d'autres individus totalement indifférents, voir provoquer des émotions négatives.

En effet, en fonction du vécu de chacun, une musique peut évoquer des souvenirs positifs pour un individu et ainsi augmenter la production d'endorphines et de dopamine et diminuer la sécrétion de cortisol, alors qu'elle peut avoir l'effet inverse pour un autre individu, si cette musique lui évoque des souvenirs négatifs. C'est pour cette raison qu'il existe un choix varié de styles musicaux sur Music Care, en fonction des préférences du patient (classique, jazz, reggae, musique celtique, musiques de film...), toutes ces musiques étant enregistrées en studio par des compositeurs professionnels (15).

Ce logiciel est utilisé au CHU de Montpellier, notamment dans les services d'anesthésie-réanimation, de neurologie, et au centre anti douleur.

C'est un outil simple d'utilisation, ne nécessitant pas de formation particulière (simplement formation téléphonique de trente minutes à l'acquisition du logiciel). Il est très peu utilisé par les médecins généralistes, alors qu'il pourrait être très utile pour certaines consultations de médecine générale, par exemple pour les soins douloureux ou anxiogènes, les consultations de pédiatrie, l'HTA blouse blanche..., afin de détendre le patient et ainsi diminuer sa sensation de douleur, d'anxiété, et améliorer son vécu. La musique choisie sera donc dans ce cas une musique ressentie comme agréable pour le patient, le but étant la relaxation, à la différence des choix musicaux effectués par un musicothérapeute professionnel (cf ci-dessous).

IV. Le travail du musicothérapeute

Pour ce travail de thèse, afin de différencier l'usage simple de la musique en cabinet de médecine générale par exemple grâce au logiciel Music Care et la musicothérapie en tant que telle, j'ai contacté un musicothérapeute, Mr BONALDI Vincent, pour avoir plus d'informations

concrètes sur la musicothérapie en pratique. L'entretien s'est fait par téléphone au vu des conditions sanitaires.

Il travaille en institution, en EHPAD et accueil de jour psychiatrique.

La formation pour devenir musicothérapeute est un diplôme universitaire d'une durée comprise entre 2 et 3 ans selon le lieu.

Il existe aussi de multiples formations, plus courtes, mais le diplôme n'est dans ce cas pas reconnu par l'État.

Il y a comme nous l'avons vu précédemment deux types de musicothérapie :

- La musicothérapie active, dans laquelle le patient est acteur. Ce dernier va jouer de la musique, les instruments utilisés sont en général simples d'utilisation, pour qu'aucune compétence en musique ne soit requise et que tout le monde puisse y avoir accès. La verbalisation se fait principalement via l'instrument de musique.
- La musicothérapie réceptive, qui se base sur l'écoute de plusieurs morceaux de musique, avec pour chaque musique une verbalisation du ressenti du patient. Le choix de la musique est en général fait par le musicothérapeute, surtout pour les séances de groupe, et le but n'est pas de choisir des musiques appréciées de tous, mais des musiques permettant aux patients de verbaliser des émotions suite à l'écoute de ces dernières, que ces émotions soient positives ou négatives, à la différence de l'usage de musique en cabinet de médecine générale, où le but est uniquement la détente du patient, nécessitant ainsi de choisir une musique appréciée par ce dernier.

Les musicothérapeutes travaillent sur le long terme, sur une pathologie le plus souvent chronique. Il n'y a là non plus besoin de performance particulière en musique, et pas besoin de reconnaître les titres musicaux.

Il existe des séances individuelles ou de groupe (en général 8 personnes maximum). La durée d'une séance est d'environ 1h à 1h30. Le coût moyen d'une séance est compris entre 50 et 70 euros, et ces séances ne sont pas remboursées par la sécurité sociale.

Les indications sont très variées, allant des troubles anxio-dépressifs à la difficulté de gestion de ses émotions, en passant par le manque de confiance en soi...

Le but est de créer des moments de créativité, de stimuler l'imaginaire, de favoriser l'estime de soi, d'exprimer et mieux gérer ses émotions, d'améliorer les capacités de communication.

Au cours de chaque séance, il y a en général une introduction où le patient verbalise ses émotions, ses attentes, ses objectifs... suivi de l'écoute ou de la production de musique avec également une verbalisation du ressenti du patient à propos de la musique entendue ou jouée, puis une fin de séance avec à nouveau un temps d'échange avec le musicothérapeute seul en cas de séance individuelle ou avec tout le groupe en cas de séance collective.

Le choix du type de musicothérapie (active ou réceptive), et du type de séance (individuelle ou de groupe), va dépendre de chaque patient.

Il y a donc en amont de la première séance et pour chaque patient, de façon individuelle, un travail d'information sur le patient, son passé, ses attentes, son histoire ; c'est l'entretien clinique, et sur le rapport du patient face à la musique, aux instruments ; c'est le bilan psycho musical.

Tout ceci permet de choisir la méthode la plus adaptée au patient.

- Les séances individuelles vont plutôt être choisies pour les patients ayant une demande personnelle, pouvant se référer à leur passé par exemple.
- Les séances de groupe seront adaptées lorsqu'une socialisation peut être bénéfique, par exemple pour l'estime de soi, pour améliorer les capacités de communication...

Le nombre de séances est variable, parfois déterminé à l'avance avec un objectif thérapeutique précis, mais le plus souvent évalué au fil des séances. Il y a une réévaluation constante du progrès des patients afin d'orienter le dérouler de la séance, de voir si les objectifs thérapeutiques sont atteints, de déterminer s'il est pertinent de changer de type de séances, de poursuivre ou d'arrêter les séances si l'objectif est atteint.

Lors de cet entretien téléphonique, une remarque a été faite concernant la prescription de musicothérapie. Cette dernière est le plus souvent prescrite par les psychiatres ou psychologues, mais très rarement par les médecins généralistes.

Selon Mr BONALDI, les éléments pouvant permettre une augmentation de la prescription de musicothérapie par les médecins généralistes seraient : une reconnaissance du métier de musicothérapeute à plus grande échelle, une meilleure communication entre les institutions utilisant cette technique et les médecins généralistes, et un plus grand contact entre médecins et musicothérapeutes. Un des freins évoqués par Mr Bonaldi est l'absence de remboursement des séances par la sécurité sociale.

V. Effets de la musique sur le cerveau et sur différents symptômes

1. Effets de la musique sur le cerveau

« *La musique est la langue des émotions* », Emmanuel Kant.

Que la musique soit chantée, écoutée, ou pratiquée, différentes zones cérébrales sont stimulées. Les techniques d'imagerie et électro-physiologiques actuelles ont permis d'affiner les connaissances sur les réseaux neuronaux mis en jeu lors de l'écoute musicale.

La relation entre la musique et le cerveau a entre autres été étudiée grâce à la tomographie par émission de positons (TEP) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM)(16).

Une étude se basait sur la mesure par TEP chez dix pianistes du débit sanguin cérébral grâce à un marqueur radioactif, dans le but d'analyser les structures cérébrales stimulées lors de l'écoute d'une musique au piano.

Par ailleurs, une image du cerveau de chaque sujet fut obtenue par IRM dans le but d'identifier quelles structures anatomiques étaient activées lors de la réalisation de chaque épreuve, par superposition aux données physiologiques du TEP. Il en résulte l'activation d'un riche réseau neuronal suite à l'écoute d'œuvres musicales s'étendant sur les quatre lobes cérébraux ainsi que sur le cervelet (16).

Une autre étude, se basant sur les mêmes techniques d'imagerie (physiologique par le TEP et anatomique par l'IRM) a montré que les zones stimulées par l'écoute de la musique sont des zones impliquées dans l'émotion, la récompense et l'excitation, et également activées par d'autres stimuli euphoriques, comme la prise de drogue par exemple (cerveau médian gauche, thalamus droit, lobes du cervelet bilatéral, striatum gauche, insula bilatéral, cortex orbito-frontal droit). C'est la corrélation positive.

Il existe également des zones éteintes, inhibées lors de l'écoute de la musique, dont l'hippocampe gauche, le cortex visuel, et l'amygdale, cette dernière étant impliquée dans les sentiments de peur (17). C'est la corrélation négative.

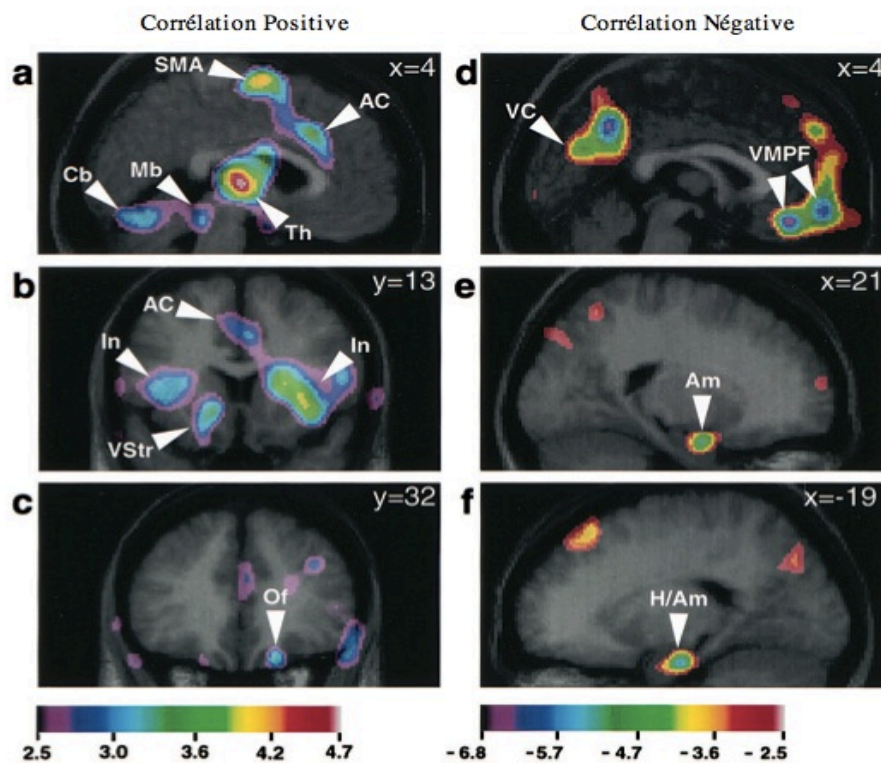


Figure 3 – zones stimulées et inhibées par la musique

Une étude canadienne de 2013 recensant plus de 400 articles a montré l'existence de preuves scientifiques sur les effets de la musique sur la neurochimie du cerveau. Il en résulte suite à l'écoute de la musique une modification de la sécrétion de dopamine, sérotonine, ocytocine, endorphines, qui interviennent dans le système de la récompense, de la motivation, du plaisir. Il a également été démontré une modification des sécrétions de cortisol (diminution lors de l'écoute d'une musique relaxante ou au contraire augmentation lors de l'écoute d'une musique stimulante), ce dernier intervenant dans le système du stress et de l'excitation (18).

Il a été démontré que la pratique musicale induit des modifications neuro-anatomiques sur le cerveau ; c'est la plasticité cérébrale. Grâce à ses effets démontrés sur le cerveau et la sécrétion hormonale, la musicothérapie a donc des effets sur certains symptômes et pathologies, que nous allons détailler.

2. Effets de la musique sur la douleur et l'anxiété

« La chose superbe à propos de la musique, c'est que lorsqu'elle vous touche, vous ne ressentez plus la douleur » Bob Marley.

La musicothérapie modifie la perception de la douleur grâce à plusieurs actions au niveau cérébral, elle joue sur la sécrétion d'endorphines et provoque une contre-stimulation des fibres afférentes nociceptives. Elle joue également sur la composante cognitive et comportementale de la douleur. Enfin sur le plan psycho-social, elle favorise la relation soignant-soigné (11).

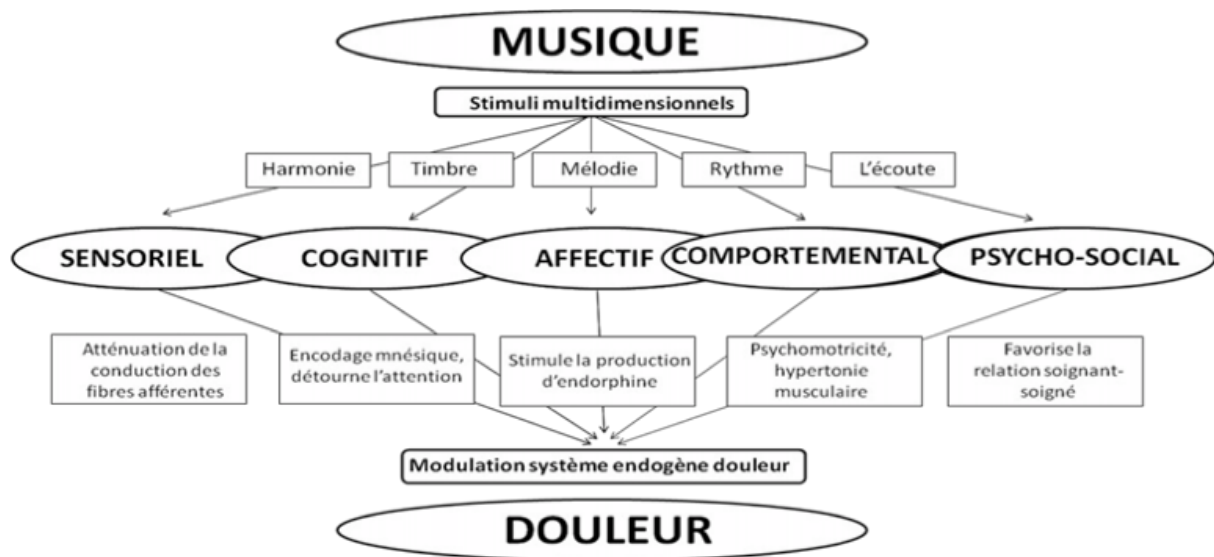


Figure 4 – effets de la musique sur la douleur

Une étude prospective randomisée contrôlée a été effectuée en 2016 afin d'évaluer l'effet de la musique sur la douleur et l'anxiété.

La dénervation par radiofréquence est une technique utilisée pour diminuer à long terme la douleur dans les discopathies dégénératives, les arthropathies, ... C'est un acte long et douloureux, donc anxiogène.

L'objectif de l'étude était de mesurer les effets de la musique sur l'anxiété et le niveau de douleur avant et après une dénervation par radiofréquence.

Deux groupes de patients, âgés de 21 à 88 ans, qui devaient subir une dénervation par radiofréquence ont été créés pour l'étude. Un groupe a écouté de la musique, l'autre non. Une randomisation a eu lieu afin de déterminer dans quel groupe serait placé chaque patient. Il en résulte que la musique diminue le niveau de douleur et d'anxiété chez les patients lors d'un acte douloureux et anxiogène par rapport aux patients n'ayant pas écouté de musique, même si la différence n'était pas statistiquement significative. En effet, les conditions d'écoute n'étaient pas optimales (son trop faible, seulement trois genres musicaux), ce qui a peut-être faussé les résultats (19).

Une autre étude randomisée contrôlée en double aveugle a évalué l'effet de la musique (associée à une sédation légère ou profonde) sur la douleur et l'anxiété chez des patients devant faire une endoscopie digestive.

Il y avait donc quatre groupes : sédation légère sans musique, sédation légère avec musique, sédation profonde sans musique, sédation profonde avec musique.

Il en résulte dans cette étude une diminution statistiquement significative de la douleur et de l'anxiété chez les patients faisant partie des groupes ayant écouté de la musique (20).

3. Effets de la musique sur la consommation médicamenteuse

« La musique a un pouvoir de guérison. Elle a la capacité de sortir les gens d'eux-mêmes pendant quelques heures » Elton John.

Une étude prospective randomisée a été réalisée dans un service d'urgence en Tunisie en 2017 afin d'évaluer l'effet de la musique sur la consommation morphinique. 144 patients de plus de 16 ans consultant les urgences de traumatologie, ayant une douleur évaluée à plus de 5 sur l'échelle numérique, et ne présentant pas de critères de non inclusion (absence de consentement, anomalies de la compréhension ou de la communication) ont été inclus pour l'étude. Les participants ont ensuite été randomisés en deux groupes : un groupe « morphine » et un groupe « morphine + musique ». « Le critère de jugement principal était la diminution de la consommation morphinique. Les critères de jugement secondaires étaient le temps de résolution de la douleur, les effets indésirables et le degré de satisfaction des patients. »

Il en résulte une diminution statistiquement significative de la consommation morphinique dans le groupe écoutant de la musique ($p=0,022$).

Le temps de la résolution de la douleur était plus rapide dans le groupe écoutant de la musique ($p=0,036$), les effets indésirables étaient moindres, et la satisfaction des patients était supérieure.

La musique pourrait donc avoir en médecine générale des effets sur la surconsommation médicamenteuse, notamment les médicaments antalgiques, et éventuellement les anxiolytiques, hypnotiques ou antidépresseurs (21).

4. Effets de la musique sur la dépression

« *La musique offre aux passions le moyen de jouir d'elles-mêmes* » Friedrich Nietzsche.

L'effet de la musicothérapie sur la dépression est décrit depuis l'Antiquité. Une étude a été réalisée en 2016 afin d'évaluer l'impact d'un programme de musicothérapie chez des patients présentant des troubles dépressifs et/ou bipolaires résistants.

Quinze patients hospitalisés au « Centre Expert Dépression Résistante » du CHU de Purpan ont été inclus pour l'étude. Ces patients ont suivi le programme de musicothérapie (réceptive, active, et créative), et plusieurs paramètres ont été recueillis avant (pré-test ou t0) et après (post-test ou t1) l'écoute de la musique :

- Five Facets Mindfulness Questionnaire : questionnaire de 39 items évaluant la capacité à focaliser son état de conscience sur l'instant présent. Plus le score est élevé, plus la personne arrive à se focaliser sur l'instant présent.
- Beck Depression Inventory : questionnaire de 21 items évaluant la symptomatologie dépressive. Plus le score est élevé, plus l'intensité des symptômes dépressifs est élevée.
- Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire : questionnaire de 40 items évaluant le versant alexithymique (difficulté à exprimer ses émotions). Plus le score est élevé, plus la personne est alexithymique.
- Body Distorsion Questionnaire : questionnaire de 82 items évaluant la distorsion de l'image corporelle. Si le score est supérieur à 10, on peut parler de distorsion corporelle.
- Évaluation du vécu des ateliers afin d'évaluer le ressenti des patients avant, pendant et après l'étude, leurs émotions, leurs attentes.

Il en résulte entre t0 et t1 une augmentation significative du score de Mindfulness ($p < 0,002$), une diminution significative du score de dépression, d'alexithymie, de distorsion, ($p < 0,001$). Le vécu des patients était amélioré au cours de la séance. (22)



Figure 5 – le vécu par séance

Plusieurs autres études montrent une diminution de la symptomatologie dépressive grâce à la musique. (23–25)

5. Effets de la musique sur le sommeil

« *Tout un art complet, la musique (...) appartient au rêve* » Victor Hugo

Six études incluant au total 314 participants recherchant les effets de la musique sur le sommeil ont été effectuées, se basant sur l'écoute de musique préenregistrée pendant 25 à 60 minutes par jour, sur une période de trois jours à cinq semaines.

Cinq études ont évalué la qualité du sommeil grâce à l'indice de qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI). Ces études ont montré une augmentation statistiquement significative de la qualité du sommeil grâce à l'écoute de la musique.

Une seule étude a évalué d'autres aspects du sommeil : la latence d'endormissement, le temps de sommeil total, l'interruption du sommeil, et l'efficacité du sommeil. Les preuves ont été qualifiées de faible pour cette étude selon l'approche GRADE. Cette étude n'a pas montré de réel effet bénéfique de la musique sur ces aspects.

Les effets de la musique sur le sommeil sont sans doute bénéfiques, au moins sur la qualité du sommeil, mais davantage de recherche de haute qualité seraient nécessaires pour confirmer ou infirmer cet effet. Malgré la présence de biais et un niveau de preuve non optimal, aucune des études n'a rapporté d'effets indésirables de la musique. (26)

VI. Intérêts de la musicothérapie en médecine générale

Au cours des cinquante dernières années, le soin par la musique est une thérapeutique non médicamenteuse qui tend à se développer. La musique, grâce à ses effets sur le cerveau, intervient dans le système de la récompense, de la motivation, du plaisir.

Cette technique a montré comme il a été vu précédemment son efficacité dans de nombreux domaines, notamment celui de la douleur (aigue ou chronique), des troubles anxio-dépressifs, de la réduction de la consommation médicamenteuse... Elle est d'ailleurs utilisée dans beaucoup de spécialités médicales et paramédicales (pédiatrie, gériatrie, soins palliatifs, anesthésie et chirurgie, centres dentaires...), mais très peu en médecine générale, même si les médecins généralistes valident le plus souvent l'effet bénéfique de la musique (4).

Les effets démontrés de la musicothérapie laissent supposer un intérêt en médecine générale, en utilisant la musique de manière très simple en cabinet de médecine générale, comme une aide à la consultation, par exemple pour les actes douloureux ou anxiogènes (sutures, stérilet, implants, consultation de pédiatrie, HTA blouse blanche...).

Une revue de la littérature a été réalisée en 2017 afin d'évaluer l'intérêt de la musicothérapie en médecine générale (27).

Les effets démontrés de la musique sur la réduction de la douleur et de l'anxiété laissent supposer un intérêt en médecine générale, les deux symptômes précédemment cités représentant une bonne partie des motifs de consultation de médecine générale, et pouvant

même être déclenchés lors de certains soins ou consultations. De plus, la musicothérapie est une intervention non médicamenteuse, non invasive, et simple d'utilisation (27), qui sont des critères recherchés par de plus en plus de patients et médecins.

Pourquoi les médecins généralistes ne se servent pas de cet outil ?

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les représentations qu'ont les médecins généralistes sur la musicothérapie afin de déterminer les limites à son utilisation, et ainsi déterminer les voies d'amélioration.

L'hypothèse principale est que cette technique est insuffisamment répandue et connue par les médecins généralistes, ce qui génère probablement d'autres freins.

Nous verrons donc dans un premier temps le matériel et les méthodes utilisées pour mener cette étude.

Les principaux résultats issus des entretiens seront présentés dans une deuxième partie.

Enfin, en dernier lieu, nous discuterons à propos des résultats et les comparerons à la littérature.

Partie 2 : MATERIEL ET METHODES

I. Méthode de recherche qualitative

La recherche qualitative est un ensemble de techniques d'investigation permettant de donner de façon plus approfondie que dans un sondage un aperçu du comportement et des perceptions des personnes interrogées, suite à des entretiens. Elle permet de décrire et analyser la culture et le comportement des personnes interrogées. Ce type de recherche est donc particulièrement approprié lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer (28).

La méthode qualitative ne génère pas de données statistiques et les résultats ne peuvent donc pas être extrapolés à l'ensemble de la population, car l'échantillon de recherche n'est pas représentatif. Elle permet de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? ». Cette technique de recherche permet ainsi d'émettre des hypothèses sur un sujet défini, contribuant à répondre à une ou plusieurs questions, et éventuellement ouvrir d'autres pistes de recherche. (29)

La recherche qualitative se base sur des entretiens dans lesquels l'enquêteur utilise un guide d'entretien élaboré selon le sujet et la cible de l'étude. Il existe plusieurs techniques d'entretien :

- Les focus groupe : des questions claires, ouvertes et courtes sont posées à un groupe de personnes, permettant d'obtenir une dynamique de groupe avec des interactions entre les individus
- L'entretien individuel, qui se base aussi sur le même type de questions mais posées à une seule personne, permettant d'explorer des sujets plus délicats (29).

Il existe plusieurs manières de recueillir les données (30) :

- L'entretien libre : permet à la personne interrogée de s'exprimer librement sur un sujet
- L'entretien dirigé : basé sur un guide d'entretien précis, ne laissant pas de place pour l'expression spontanée de la personne interrogée
- L'entretien semi-dirigé : basé sur un guide d'entretien avec des questions ouvertes, permettant de choisir les thèmes abordés en laissant une place pour l'expression libre.

L'enquêteur peut adapter le guide d'entretien en fonction des réponses et expériences des participants, afin d'éliminer les questions n'apportant que peu d'informations, ou de rajouter des questions plus pertinentes.

La recherche qualitative s'oppose à la recherche quantitative, même si elle en est complémentaire, ces deux techniques associées permettant une approche plus globale d'un phénomène étudié. Basée sur une approche de collecte et d'analyse de l'information obtenue à partir d'un échantillon de la population (représentatif de la population générale si l'étude est de bonne qualité et bien menée), la recherche quantitative a pour but de fournir des résultats valides sur le plan statistique, donc extrapolables à une population plus large. Elle s'attache à répondre aux questions de type « combien ? » (31).

La méthode qualitative a été choisie pour ce travail, qui n'a pas pour objet de mesurer ou quantifier mais qui a pour objectif d'explorer les représentations et le ressenti des médecins généralistes sur l'utilisation de la musicothérapie en médecine générale. Le recueil de données s'est fait grâce à des entretiens individuels semi-dirigés pour laisser une place à l'expression spontanée des participants, avec l'utilisation d'un guide d'entretien sur un échantillon le plus diversifié possible, sur le mode du volontariat. Les personnes interrogées étaient des médecins généralistes, d'âge, lieu et mode d'activités variables, jusqu'à saturation des données.

II. Analyse phénoménologique

« L'approche phénoménologique place au premier plan l'expérience vécue du sujet, réflexive et située, sans y substituer un mécanisme explicatif ; elle vise la restitution d'un compte

rendu descriptif. C'est d'abord une attitude empathique d'écoute des témoignages des divers participants, dans le respect de la parole de chacun, en utilisant un questionnement phénoménologique qui n'est en aucun cas un questionnaire. » (32)

Pour P. Paillé et A. Mucchielli, l'examen phénoménologique des données c'est « l'écoute initiale attentive des témoignages pour ce qu'ils ont à nous apprendre, avant que nous soyons tentés de les « faire parler » ». Il nécessite de la part du chercheur une attitude d'ouverture au monde-vie, de respect de l'autre et de son monde (33).

L'attitude phénoménologique consiste en la réceptivité, l'ouverture au monde, la découverte. Il s'agit pour le chercheur de lire les textes pour les décrire et réfléchir sur eux. Le but est de décrire le vécu, les phénomènes tel qu'ils apparaissent, sans jugement, sans chercher d'explication ou de cause, et avec empathie. Dans ce type d'analyse, la pensée causaliste est donc mise de côté car cette dernière n'est pas applicable à l'expérience humaine, qui est une réalité à part entière. (33)

Ce type d'analyse contient deux temps :

- Un premier temps intuitif de saisie brute du texte, tel qu'il nous est présenté par la personne interrogée. A ce stade, nous observons « ce qui saute aux yeux » d'après Peirce. C'est un premier coup d'œil sur la forme, l'agencement, basé sur la spontanéité, « l'immédiateté »
- Un deuxième temps réflexif, dont le but est de comprendre le texte, en fonction de sa propre expérience personnelle. Pour cela, il faut décrire chaque partie pour le comprendre sans porter de jugement et sans tenter de l'expliquer (34).

Dans ce travail, le but était d'interroger des médecins généralistes afin de connaître leurs représentations sur la musicothérapie, et les raisons pour lesquelles ils ne l'utilisent pas en pratique. L'analyse phénoménologique était donc adaptée dans ce cas car elle se rapporte au vécu, au ressenti des personnes interrogées, qui auront chacune leurs raisons, leur expérience.

III. Approche sémio-pragmatique selon Peirce

L'approche sémio pragmatique constitue une enquête sémiotique dynamique, qui consiste à prendre en compte tous les détails du texte pour en ressortir les éléments les plus signifiants et pertinents pour l'étude, afin de faire émerger une catégorie conceptuelle, voire une théorie.

Cette approche est constituée de deux étapes simultanées :

- La première, qui consiste à étudier tous les détails du texte pour ressortir les éléments pertinents. « C'est le moment où les détails deviennent des indices »
- La deuxième étape, qui consiste à « faire appel à une sémiotique du langage en prenant en compte dans le texte les signes linguistiques, en se référant aux éléments de contextualité sur les bases de sémiotique situationnelle et de communication sociale intersubjective » (34)

Selon Peirce, il y a trois modes d'être de tout phénomène :

- La priméité, qui correspond à la vie émotionnelle. C'est la catégorie des signes correspondant aux émotions, aux sentiments, au vécu, à la perception des phénomènes.
- La secondéité, qui correspond à la vie pratique. C'est la catégorie des faits, des expériences, de la prise en conscience, de la réflexivité.
- La tiercéité, qui correspond à la vie intellectuelle et de l'institution. C'est la catégorie de la loi, des principes généraux, les concepts et les théories. (32,34)

La catégorie 3 (tiercéité) présuppose la 2 (secondéité), qui présuppose la 1 (priméité)

Priméité	Qualité	Emotions, sentiments, vécus, représentations
Secondéité	Faits	Expériences, constats, réflexivité
Tiercéité	Loi	Théorie, principes, concepts, habitus, pensées

Tableau 2 – catégories selon Peirce

Tout ce qui fait sens est utilisé dans le matériau d'analyse pour informer le chercheur. Aucun phénomène ne peut exister en lui-même, il y a toujours un contexte. En pratique, les éléments signifiants du texte (verbal ou non verbal) vont être mis en relation afin de les placer dans les catégories citées ci-dessus (1, 2, 3).

Les catégories sont ensuite mises en ordre logique, c'est l'ordonnement logique. C'est la catégorie conceptualisante qui pilote le sens dégageant la logique interne du phénomène étudié.

Pour notre étude, le matériau recueilli a été traité de la façon suivante (35) :

- Retranscription des enregistrements avec prise en compte des éléments de contextualité préexistants.
- Première lecture, intuitive
- Deuxième lecture, réflexive, afin de comprendre le texte sans porter de jugement
- Découpage en unités de sens avec repérage des éléments signifiants (indices)
- Caractérisation sémiotique selon Peirce, ordonnancement logique et mise en lien des énoncés : catégorisation de premier ordre
- Mise en lien et comparaison entre les verbatims, les catégories en construction et l'objet de recherche : catégorisation de deuxième ordre
- Restitution de sens : sens global du discours et sa cohérence (logique interne), restitution de propositions conceptualisantes.

IV. Revue de la littérature

La recherche bibliographique s'est faite sur internet, grâce au portail de recherche de l'université de Montpellier, en utilisant des bases de données référencées (SUDOC, Pubmed, EM Premium...). Les mots clés utilisés étaient : « musicothérapie », « music therapy », « médecine générale », « general practice », « douleur/pain », « anxiété/anxiety », « depression », « sommeil ». Les articles étudiés étaient écrits en anglais ou en français.

V. Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien se distingue du questionnaire dans la mesure où il structure l'interrogatoire mais ne dirige pas le discours.

Dans cette étude, le guide d'entretien comprenait différentes parties. L'objet de la recherche a été abordé de manière progressive. Pour sa réalisation, j'ai été aidée par le Dr Agnès Oude Engberink.

Dans un premier temps, le but était d'explorer les connaissances, le vécu, et les représentations des médecins généralistes sur la musicothérapie, afin d'avoir leur avis, leur ressenti, leur expérience à propos de cette technique, et une vue d'ensemble sur le sujet. Dans un deuxième temps, les questions avaient pour objet de comprendre pourquoi cette technique est si peu utilisée, quels sont les freins ou les limites à son utilisation, et de rechercher ainsi les conditions qui permettraient d'augmenter l'utilisation de cet outil en médecine générale. Enfin, la dernière question était une ouverture sur l'utilisation de la musicothérapie à domicile.

Des techniques de reformulation phénoménologiques telles que « selon vous, quelle est votre expérience, que pensez-vous... » ont été utilisées afin de susciter la verbalisation du vécu, des émotions, des faits.

Un premier guide d'entretien a été réalisé et paraissait pertinent. A la suite du premier entretien, une question a été supprimée car était redondante avec la précédente. Puis, suite à l'écoute et la retranscription du verbatim de deux médecins, le guide d'entretien a été modifié, notamment l'ordre et la formulation des questions, et nous avons retiré les explications systématiques sur la musicothérapie, qui coupaient l'entretien et n'étaient donc pas propices au bon recueil des données. Le guide a été ajusté afin de l'enrichir sans en faire perdre la crédibilité des résultats, puisqu'il s'agit d'une étude qualitative. Un nouvel entretien test a été réalisé.

La durée de l'entretien étant encore trop courte et n'apportant pas assez de matière à analyser, le guide a de nouveau été modifié, et des questions de relance supplémentaires ont été introduites afin de favoriser la verbalisation du ressenti du sujet interrogé, notamment avec une distinction entre l'utilisation de la musicothérapie en cabinet, et l'orientation du patient vers

un musicothérapeute. Après ce troisième entretien, une question de relance supplémentaire concernant le vécu du participant à propos de la musique (pour lui-même, à savoir l'écoute ou la production de musique, le but recherché) a été ajoutée, suite à une remarque intéressante d'un participant à ce sujet. Pour les deux premiers entretiens, cette question a été posée a posteriori. La réponse à ce sujet a été donnée pendant le troisième entretien sans poser la question.

A la suite de ces modifications, le guide d'entretien s'est avéré satisfaisant. Les explications sur la musicothérapie étaient données seulement en cas de demande de la part des médecins, soit pendant l'entretien soit à la fin.

Guide d'entretien

1. Si je vous dis musicothérapie qu'est-ce que cela vous évoque, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?
2. Quelle est votre expérience de la musicothérapie ?
Jouez-vous ou écoutez-vous de la musique ? Si oui, dans quel but ?
3. Que pensez-vous de la musicothérapie comme technique de soin ? Les avantages, les inconvénients ?
4. Quels seraient pour vous les freins à l'utilisation de cette technique dans votre pratique ?
Et pour la prescription de musicothérapie ?
5. Au contraire, qu'est-ce qui vous permettrait d'utiliser cette approche dans votre pratique ?
Et que faudrait-il selon vous pour que cette technique soit utilisée de façon plus large par les médecins généralistes ?
6. Que pensez-vous d'une prise en charge à domicile de certaines pathologies grâce à la musicothérapie ?

VI. Choix des participants

Les participants ont été recrutés au fur et à mesure dans différents cabinets de médecine générale. Il s'agissait d'hommes et de femmes médecins généralistes. Leur âge était compris entre 31 et 60 ans, l'ancienneté d'installation entre 2 et 20 ans. Les entretiens ont été effectués dans 9 cabinets différents, dans le Gard pour la plupart, mais aussi dans les Bouches du Rhône (deux entretiens) et à Strasbourg (un entretien). Il s'agissait de MSP ou de cabinets de groupes pour la majorité, ou de cabinets individuels. Les médecins étaient tous volontaires pour répondre aux questions. Les critères de non inclusion étaient l'absence d'installation et l'utilisation de la musicothérapie.

Les médecins ont été inclus :

- Par recrutement direct, c'est-à-dire des médecins que je connaissais et que j'ai sollicité pour participer à ce travail
- Par recrutement indirect, c'est-à-dire des médecins volontaires pour répondre aux questions, contactés soit par des médecins que je connaissais, soit par des connaissances en dehors du cercle médical. Ces entretiens se sont faits par téléphone, par question de faisabilité (distance importante) ou à cause des conditions sanitaires actuelles.

Le sujet de l'étude leur a été exposé, ainsi que le déroulement de l'entretien. Ils ont été informés du caractère enregistré et anonyme de l'entretien, et du fait qu'ils pouvaient arrêter l'entretien à tout moment ou choisir de ne pas répondre à une question. Ils ont, à la suite des explications, donné leur consentement oral. Les données démographiques ont été recueillies à la fin de l'entretien.

Le recrutement des participants s'est arrêté lorsque nous avons atteint le phénomène de saturation des données, c'est-à-dire que l'analyse des verbatim n'apportait plus d'élément nouveau (36). Ce seuil a été atteint au bout du neuvième entretien. Trois entretiens supplémentaires ont été effectués afin de s'assurer de la saturation.

VII. Recueil des données

Les entretiens se sont déroulés de mai à novembre 2020 dans des cabinets médicaux ou par téléphone au vu des conditions sanitaires. Ils ont tous été enregistrés grâce à un dictaphone ou un téléphone, après recueil du consentement oral des participants. Le guide d'entretien a servi de trame pour la réalisation de tous les interviews. Quand cela s'est avéré nécessaire, des questions de relance ont été posées, permettant la production d'un discours linéaire et structuré. Les entretiens ont duré entre 8 minutes 24 et 15 minutes 47.

VIII. Retranscription et analyse des entretiens

Afin de ne pas perdre d'informations, la retranscription des verbatim a été réalisée au fur et à mesure, après chaque entretien, grâce au logiciel Microsoft Word. Les discours non verbaux (sourires, rires, hésitations, soupirs...) ont également été retranscrits. Afin d'obtenir une retranscription la plus fidèle possible, une écoute globale a d'abord été effectuée, suivie d'aller-retours dans l'enregistrement, pour finir par une nouvelle écoute intégrale une fois l'entretien totalement retranscrit.

L'analyse s'est faite au fur et à mesure avec découpage en unités de sens, repérage des éléments textuels et contextuels, classement en différentes catégories obtenues à l'aide des catégories de Peirce et enfin restitution de sens par ordonnancement logique.

En pratique ces étapes ne sont pas strictement chronologiques. Des va et vient sont nécessaires entre ces différentes étapes au cours de l'analyse afin de faire évoluer la catégorie et de lui permettre d'atteindre la « densité » recherchée, sachant que « le niveau de « densité » de la catégorie est atteint lorsque plus aucun indice n'est susceptible de l'enrichir. » (25)

Par ailleurs, l'analyse au fur et à mesure permettait d'avoir une idée de la saturation des données et donc du nombre de participants nécessaires. Les différents verbatim ont par la suite été comparés afin de comprendre le sens global de l'étude et de faire émerger des catégories conceptualisantes. Les interlocuteurs sont notés par Dr, suivi du numéro de l'entretien.

IX. Exemple d'interprétation : entretien n°4, Dr 4

Si je te dis musicothérapie, qu'est-ce que cela t'évoque ? Qu'est-ce qui te vient à l'esprit ?

Euh thérapie par la musique, je dirais, enfin le premier mot c'est ça qui me vient en tête.	(2) première idée, définition générale
Euh soigner grâce, enfin, soigner, euh,	(1) hésitation
la musique comme une aide au soin.	(2) reformulation
Après je pense pas que ça soit, je pense pas qu'on soigne tout avec la musique, mais une	(2) limite d'efficacité à elle seule
aide complémentaire au soin et une aide, une thérapie quoi.	(2) la musique comme complément à d'autres thérapies

Quelle est ton expérience de la musicothérapie ?

A vrai dire, aucune (rires). Aucune.	(2) pas d'expérience sur cette thérapie
J'ai remplacé un médecin généraliste quand je débutais à Montpellier qui avait une psychologue qui faisait de la musicothérapie, mais, ben du coup j'ai pas eu l'occasion de la rencontrer, j'ai pas eu l'occasion d'en discuter	(2) expérience personnelle
mais j'ai trouvé l'idée assez intéressante.	(1) sentiment personnel, positif

Est-ce que tu joues ou écoutes de la musique ?

Euh, je joue pas de musique, j'en ai jamais joué d'ailleurs.	(2) vécu
Par contre j'écoute de la musique oui bien sûr, je dirais même tous les jours.	(2) écoute quotidienne
Euh, j'en écoute dans la voiture pour tous les trajets, euh... quand je fais le ménage aussi (rires). Et euh, j'écoute de la musique avec mes enfants, enfin c'est plus des comptines (rires) mais c'est de la musique quand même.	(2) multiples occasions d'écouter de la musique

D'accord, et dans quel but ?

- Pour me détendre principalement.
Pour penser à rien, un peu pour déconnecter (1) la musique comme échappatoire
- tu vois. Euh, je trouve que ça permet un peu de...
ouais de se détendre. (1) insiste sur la détente
- Et avec mes enfants ben la ça va plutôt
être pour les calmer. (2) apaise les enfants

Que penses-tu de la musicothérapie comme technique de soin, les avantages et les inconvénients ?

- Euh, ben à mon sens,
enfin comme je te disais, c'est plutôt,
je le vois comme un plus en fait, (2) dans (1) exprime son ressenti,
je pense qu'on peut pas soigner tout avec la musique limite de la technique à elle seule
- mais je pense que ça peut être une aide au soin
en consult, ça peut être une aide euh (2) la musique est une
en tant que thérapeutique. INM, en complément d'autres
thérapeutiques
- Alors la première chose qui me vient
c'est euh la musicothérapie peut être pour les
gens déprimés, les gens qui ont des pathologies
au long cours, je dirais les cancers,
pour aider peut-être euh, fin en mode (2) utile dans les pathologies
accompagnement psychologique, euh une chroniques, dépression, cancer...
aide euh psychologique dans ce genre d'épreuve. PEC au long cours, joue sur le moral
- Euh, et après musicothérapie ça me sonne
pédiatrie, et une aide la plus pour la consult. (2) application en pédiatrie, cette
fois PEC ponctuelle
- Enfin j'y connais rien (2) pas d'expérience
- mais je me dis que la musicothérapie
ça peut être une aide en consultation.
Je le vois plus comme ça pour les enfants. (1) dans (2) ressenti personnel
Et euh, voilà. pour cette indication
- Après je sais pas si ça a un intérêt maintenant
ou pas, je t'avoue que quand y a une consultation
de pédiatrie qui est un peu difficile, spontanément,
je le fais pas à chaque fois mais ça m'arrive de chanter
un peu des comptines, euh, je chante très très mal (rires)
mais tu t'aperçois que quand tu leur chante ou

quand tu demandes aux parents de chanter une comptine qu'ils aiment bien, ça a tendance à faire diversion et à calmer les choses.

(2) expérience personnelle sur l'utilisation de la musique en pédiatrie, effet bénéfique

Voilà mon expérience de la musicothérapie, elle est pas forcément très élaborée, mais voilà ce qui me vient en tête.

(2) peu d'expérience

Pour toi quels sont les avantages de la technique en elle-même ?

Euh ben les avantages ?

(1) répétition

C'est que... ben y a pas d'effets secondaires,

(2) absence d'EI

ça peut être que bénéfique,

(1) ressenti positif

je pense pas que ça peut faire du mal d'écouter de la musique.

(1) reformulation en négation

Je vois l'effet relaxant que ça a sur moi alors je me dis qu'en tant que thérapie ça doit être la même chose, euh... ça doit détendre, ça doit détourner l'attention du patient donc peut-être qu'il pense moins à son stress par exemple. Ouais je dirais ça.

(2) dans (1) fait part de son ressenti personnel pour imaginer les effets sur les patients

D'accord, et les inconvénients ?

Euh j'en vois pas.

(1) ressenti, pas d'inconvénient

A part le fait qu'on peut pas tout soigner avec la musique mais c'est aussi le cas de la psychothérapie, de la sophrologie et de toutes ces thérapies alternatives et c'est même le cas des médicaments donc en fait non,

(2) revient sur le manque d'efficacité de la musique à elle seule

(3) compare à d'autres techniques y compris les médicaments

c'est pas un inconvénient.

Non je pense que j'en vois pas.

(1) revient sur le ressenti initial

Quels sont pour toi les freins à l'utilisation de la musicothérapie en médecine générale ?

Je pense que les freins ça serait peut-être le manque de connaissance,

(2) 1^{er} frein, peu de connaissance

le manque de temps, parce que parfois

(2) 2^{ème} frein, manque de temps

<p>on est un petit peu... et puis la routine fais que ben on est concentrés sur ce qu'on fait, que en terme de consultation de pédiatrie hein, euh voila c'est le manque de temps,</p>	<p>(2) insiste sur le manque de temps</p>
<p>le fait est qu'on est peut être stressés par l'extérieur et que on se dit que voila, on gère au mieux, et euh, et après euh,</p>	<p>(2) consultations déjà bien remplies, salle d'attente pleine</p>
<p>pour la musicothérapie en soi, oui le manque de temps pour me former, pour euh...</p>	<p>(2) manque de temps en consult mais également pour se former</p>
<p>pour comment dire développer ça parce que je pense que ça peut être intéressant pour nos patients.</p>	<p>(1) trouve cette technique intéressante</p>
<p>Après je t'avoue que l'option intéressante ça peut être aussi, je sais pas si on appelle ça musicothérapie mais avoir une ambiance sonore je pense en salle d'attente, ça peut être un plus auquel j'ai pas forcément pensé.</p>	<p>(2) ouverture, musique en salle d'attente</p>
<p>Euh, je pense que pour l'avoir vu en salle d'attente, je trouve que ça détend en fait, tu vois. Ca donne une ambiance un peu zen, de détente.</p>	<p>(2) dans (1) expérience personnelle, se sentait détendue</p>
<p>Donc je pense que ça peut être un plus en amont de la consult aussi,</p>	<p>(2) ouverture possible</p>
<p>pas forcément pendant la consult. Parce que pendant la consult si t'as de la musique en fond sonore, ça je te parle pour les adultes, ça peut être un peu perturbant,</p>	<p>(2) peut parasiter la consultation</p>
<p>et quoi que c'est pas sur hein, mais je trouve qu'en salle d'attente ça, en fonction de ce que tu mets, ça zenifie les choses.</p>	<p>(1) insiste sur la détente</p>
<p>Tu vois, j'ai fais de l'acupuncture euh pour la préparation de l'accouchement pour mon troisième et elle mettait un fond sonore de, je crois que c'était de la musique hyper zen,</p>	<p>(2) vécu personnel de musicothérapie</p>
<p>et je trouve que c'est hyper apaisant.</p>	<p>(1) effet de détente</p>
<p>Donc je pense que ça peut être pas mal, même pour apaiser ta salle d'attente ça peut être pas mal.</p>	<p>(1) répétition, insistance</p>

Le frein, si je dois trouver un frein c'est qu'il faut vraiment, tu vois y a des textes de loi ou il faut te déclarer, euh, en fonction de ce que tu publies t'as pas le droit de mettre en fond sonore.

(3) Existence d'un cadre légal

Si tu mets des choses en fond sonore tu dois payer un impot.
Du coup je m'en suis même pas occupée,

(2) dans (3) 3^{ème} frein, le prix

tu vois spontanément je me dis ça pourrait être sympa mais ce qui me limite un peu c'est que je me dis qu'il faut que je me renseigne sur ce qu'on doit, on a des droits d'auteur.

(2) manque de connaissances sur le cadre légal

Donc peut être que je me trompe mais je crois qu'il y a des droits d'auteur à payer quand tu diffuses de la musique en salle d'attente. Alors en salle de consult, je t'avoue j'en sais rien mais euh, voilà. Ca fait partie peut être des freins qui pourraient me limiter moi.

(1) dans (2) dans (3) principe (cadre légal) pour lequel il faut se renseigner Et qui est donc vécu comme un frein

Et selon toi, quels sont les freins pour conseiller au patient d'aller voir un musicothérapeute ?

Euh... ben la le temps c'est plus un problème. Mais du coup, j'y reviens, c'est le manque de connaissance et de formation.

(2) technique non connue

Je vais pas proposer quelque chose que je connais pas et que je saurais pas expliquer si on me pose des questions, voilà.

(2) frein : manque d'information

Il me faudrait des retours de patients, que je sache dans quels cas le conseiller...

(2) importance du retour des patients

Et puis, il faudrait que je sache aussi vers qui adresser.

(2) importance du réseau de soin

Au contraire qu'est-ce qui te permettrait d'utiliser cette approche dans ta pratique, et dans quelles conditions ?

Euh, c'est peut-être d'être plus informée sur les intérêts de la musicothérapie tout simplement. Euh, voilà, peut être

(2) 1^{er} levier : avoir plus d'informations sur la technique, ses bienfaits

me renseigner moi sur ça, lire des études, enfin voir les bénéfices pour le patient. Voilà c'est le manque d'info qui me limite,

(2) insiste sur le 1^{er} frein

qui fait que j'utilise pas

puis le manque de temps. Donc j'ai pas le temps,

(2) revient sur le 2^{ème} frein

tu vois j'ai des cadres à installer, qui sont prêts chez moi, je les ai achetés y a... (rires) mais le manque de temps fait que ben t'arrives dans ta journée de consult tu te dis bon c'est bon,

(2) un exemple d'autre chose laissé de côté par manque de temps

je gère déjà mes courriers, mes, comment dire, mes demandes de conseils de patients, mes messages laissés par le patient, du coup je prends pas le temps d'installer mes cadres

(2) beaucoup de choses à gérer dans le quotidien d'un médecin

donc du coup tu vois ça serait le frein, ça serait vraiment le manque de temps. J'optimise mon temps ici, du coup ben tout ce qui est à coté qui faudrait que je développe je le fais pas forcément.

(2) insistance

Mais je pense que ce serait un bien aussi pour mon plaisir de consult, tu vois. Bien prendre soin du soigné, mais aussi du soignant. Ca peut être un atout aussi.

(1) bienfaits de la musique pour le soignant également

Oui, même pour les soins douloureux ça peut être bien, les sutures par exemple, ou les consult gynéco qui peuvent être anxiogènes.

Ouais, ouais, je pense que ça peut être une approche à... Enfin j'y ai pas pensé mais en effet, gynéco, sutures je t'avoue qu'on en fait, enfin moi j'en fais de moins en moins parce que pour tout ce qui est pédiatrie j'envoie aux urg pour qu'ils aient le kalinox mais c'est clair que ouais, c'est hyper intéressant. Ou pour les vaccins tu vois, ça peut être intéressant.

(1) dans (2) voit un intérêt pour sa pratique

Quels moyens faudrait-il selon vous pour que cette technique soit mieux connue et ainsi plus utilisée de façon globale en médecine générale ?

Ben je pense que ça peut être intéressant que tu, que en fonction voilà de ta thèse, tu puisses nous la faire lire et que éventuellement tu puisses faire une petite fiche peut être à destinée des médecins généralistes, tu vois, une petite fiche d'info à transmettre via peut-être l'ordre, en fonction de ton étude euh,

(2) fiche d'infos aux MG

tes conclusions, je pense que ça pourrait être intéressant.

Qu'est-ce que tu penses d'une prise en charge à domicile de certaines pathologies, notamment les douleurs chroniques, les troubles anxio dépressifs grâce à la musique ?

Par quel biais par exemple ? on lui dit juste d'écouter de la musique ?

Par exemple par l'intermédiaire d'un logiciel de musicothérapie, en fait le médecin a un code qu'il peut donner au patient et qui lui permet d'écouter un large choix de musiques en fonction de ses préférences. Et ces musiques suivent un schéma particulier avec des variations de rythme qui permettent de détendre profondément le patient.

Ben je pense que c'est une très bonne idée.
Après je t'avoue que je le connais pas du tout,
je sais pas comment il se met en place.

(1) ressenti positif

(2) manque de connaissance

Après c'est vrai qu'on en a pas parlé mais
souvent pour les gens qui sont anxieux ou
déprimés, j'ai tendance à leur dire d'aller
sur internet et parfois de leur dire, tu vois
y a des tutoriels sur des, sur des, comment
dire sur des techniques de relaxation,
sur des cours de yoga ou de relaxation,
de sophro gratuits, et du coup c'est vrai que

(2) conseille déjà d'autres INM
à domicile

ça pourrait être une opportunité aussi bien,
dans ce que je conseille aux gens qui sont déprimés.

(1) possible avec la musique également

Alors j'y pense pas pour les douloureux chroniques,
tu vois, mais c'est, ça serait une bonne idée.
Ouais, je m'y connais pas mais je suis intéressée.

(1) intéressée

Restitution de sens :

- Pas d'expérience en musicothérapie en tant que telle mais technique ressentie comme bénéfique, principalement grâce au vécu personnel de la musique
- Technique non utilisée par manque d'information (sur les bénéfices, les indications, le cadre légal, le réseau de soin), mais aussi par manque de temps, et car technique payante. On se rend tout de même compte que le médecin interrogé utilise parfois la musique en consultation sans même s'en rendre compte
- Principal levier : améliorer la formation et l'information des médecins

Partie 3 : RESULTATS

Après la retranscription des caractéristiques de chaque participant sous forme de tableau, les résultats de cette étude seront exposés en trois parties, tout d’abord les freins à l’utilisation de la musicothérapie en médecine générale, puis les conditions nécessaires à son utilisation, les leviers. Nous aborderons entre ces deux parties le ressenti des médecins généralistes sur cette technique. Dans chaque partie émergeront les différentes catégories conceptualisantes, que nous résumerons dans un dernier temps.

I. Caractéristiques des participants

	Sexe	Age	Mode d'exercice	Durée d'installation	Lieu d'exercice	Type de cabinet	Durée de l'entretien	Production ou écoute de musique
Dr 1	Homme	41 ans	Semi-rural	8 ans	Remoulins	MSP	11'58''	Oui (écoute)
Dr 2	Femme	60 ans	Urbain	20 ans	Strasbourg	Cabinet individuel	8'26''	Oui (écoute)
Dr 3	Homme	55 ans	Semi-rural	21 ans	Remoulins	MSP	12'25''	Oui (écoute + production)
Dr 4	Femme	41 ans	Semi-rural	8 ans	Clarensac	MSP	13'27''	Oui (écoute)
Dr 5	Femme	33 ans	Semi-rural	4 ans	Remoulins	MSP	10'21''	Oui (écoute)
Dr 6	Femme	32 ans	Semi-rural	2 ans	Remoulins	MSP	9'08''	Oui (écoute)
Dr 7	Femme	53 ans	Semi-rural	18 ans	Aubord	Cabinet individuel	7'37''	Oui (écoute)
Dr 8	Femme	31 ans	Urbain	2 ans	Aix en Provence	Cabinet individuel	11'10''	Oui (écoute)
Dr 9	Homme	47 ans	Semi-rural	15 ans	Aimargues	MSP	7'36'	Oui (écoute + production)
Dr 10	Femme	32 ans	Semi-rural	3 ans	Saint Laurent d'Aigouze	Cabinet de groupe	15'47''	Oui (écoute)
Dr 11	Homme	41 ans	Urbain	9 ans	Marseille	Cabinet de groupe	13'38''	Oui (écoute + production)
Dr 12	Femme	32 ans	Semi rural	3 ans	Saturargues	Cabinet de groupe	8'24''	Oui (écoute)

Tableau 3 – Résumé des caractéristiques des participants

II. Les freins à l'utilisation de musicothérapie par les médecins généralistes.

La musique a des effets bénéfiques prouvés sur la douleur, l'anxiété, le stress, par des actions directes sur le cerveau. Ces symptômes sont fréquemment rencontrés en médecine générale, voir générés lors de certaines consultations.

L'usage de la musique est très simple, alors pourquoi n'est-elle pas utilisée par les médecins généralistes comme une aide à la consultation ?

1. Le manque de formation et d'expérience

Le premier et principal frein identifié est le **manque de formation**. Ce dernier ressort dans la grande majorité des entretiens : « *C'est quelque chose qui est assez obscur pour pas mal de gens* » Dr 6. Il est vrai que la musicothérapie n'est pas enseignée à la faculté, pendant les stages, ou pendant la vie professionnelle « *Comme toute thérapie non médicamenteuse, on connaît pas, enfin on étudie pas à la faculté de médecine, on étudie pas assez* » Dr 10.

La plupart des médecins généralistes n'ont que quelques notions larges sur cette technique, « *ce qui me vient à l'esprit, c'est euh... le soin par la musique* » Dr 1, « *C'est quand même très flou dans mon esprit* », Dr 7, « *euh voilà j'en ai entendu parler plutôt dans des structures psychiatriques* » Dr 6, « *Euh franchement... franchement pas grand-chose parce que je connais pas du tout* » Dr 12.

Ce **manque de formation** aboutit à un **manque d'information** sur la technique en elle-même, son utilisation, ses indications, les logiciels existants, les moyens d'y accéder, le cadre légal : « *je sais pas trop, euh, qu'est-ce qu'on a le droit de mettre dans un cabinet médical comme c'est un lieu public* » Dr 5, « *j'ai jamais vu ni jamais su en quoi ça consistait ni à quoi ça ressemblait ni comment se déroulait une séance* » Dr 8, « *savoir le cadre légal, (...) comment ça peut se faire et qu'est-ce qu'on a le droit de faire* » Dr 5.

Tout cela est vécu comme un véritable frein à l'utilisation de la musique en médecine générale : « *Ben les freins, c'est ce que je t'ai dit en fait, c'est le manque de formation* » Dr 9, « *Voilà, c'est le manque d'info qui me limite* » Dr 4

Le fait de ne pas avoir de connaissances sur le sujet rend difficile son utilisation : « *si tu t'y connais pas t'y penses pas et tu le pratiques pas* » Dr 6, « *comme on connaît pas c'est difficile (...) de s'en servir parce qu'on y pense pas forcément* » Dr 10.

Le **manque d'information** aboutit à une incertitude de la part des médecins interrogés et ainsi semble être une limite au recours à cette thérapie : « *je me verrais pas le proposer euh... si moi-même je m'y connais pas sur le sujet* » Dr 11. Ils ne se sentiraient pas forcément capable de donner des explications claires aux patients : « *Comme on connaît pas c'est difficile de s'en servir* » Dr 10, « *Je vais pas proposer quelque chose que je connais pas et que je saurais pas expliquer si on me pose des questions, voilà* » Dr 4. L'absence de formation fait que les médecins généralistes, outre le fait de ne pas savoir quand ni comment la proposer, ne se sentent peut-être **pas en mesure de faire de la musicothérapie**, de peur de mal faire par exemple : « *Faut peut-être avoir certaines compétences en musique qu'on n'a pas forcément quand on est médecins* » Dr 10, « *je me sentirais pas capable de le faire* » Dr 11.

Les médecins ne connaissent pas les **indications** de la musicothérapie et ne savent donc pas dans quels cas il est possible de s'en servir, dans quelles situations l'écoute de musique peut être bénéfique : « *j'avais du mal à savoir dans quel cas je devais l'utiliser ou pas l'utiliser, voilà* » Dr 1, « *on doit l'utiliser pour les dépressions, mais sinon non, je connais pas plus d'indications* » Dr 10

Le **logiciel Music Care**, qui permet de faire de la musicothérapie en cabinet de médecine générale de façon très simple et sans formation particulière, est très peu connu également : « *Alors je peux pas trop te dire ce que je pense du logiciel Music Care parce que je le connais pas* ». Dr 3, « *j'ai essayé de télécharger le logiciel à une époque et puis je me suis retrouvé bloqué parce que j'ai vu rapidement qu'il y avait pas de mode démonstration (...), et donc je me suis arrêté la* » Dr 1, « *Après je t'avoue que je le connais pas du tout, je sais pas comment il se met en place* » Dr 4. Ainsi, les médecins généralistes ne savent pas comment intégrer simplement la musique dans leur spécialité et imaginent qu'il faut une formation longue et spécifique.

Le fait de ne pas être formé et informé sur cette technique pendant les études de médecine ou la carrière professionnelle aboutit logiquement à un **manque d'expérience** des médecins généralistes, qui ne pratiquent pas et ne voient pas ou très peu pratiquer la

musicothérapie dans leur entourage : « *j'ai pas d'expérience particulière avec cet outil-là* » Dr 1, « *mon expérience, on peut dire qu'elle est nulle* » Dr 7, « *mon expérience, malheureusement, elle est quasi nulle* » Dr 2 « *Aucune, strictement aucune, zéro* » Dr 12.

Ce manque d'expérience lié au manque de formation n'est pas propice à l'utilisation de cette technique en médecine générale, utiliser une thérapie qu'on ne connaît pas et dont on n'a pas l'habitude paraît délicat.

Seuls trois médecins interrogés ont parlé de leur expérience indirecte de musicothérapie : « *juste mon associé (...) qui la pratique et qui lui est branché musicothérapie donc il m'avait un peu montré* » Dr 5, « *Moi je l'ai vue utilisée en soins palliatifs à l'hôpital* » Dr 10, « *J'en ai jamais entendu parler mis à part certains praticiens qui en faisaient* » Dr 8.

2. Le manque de temps

Le deuxième principal frein identifié est le **manque de temps**, principaleent du temps pour se former mais aussi pour l'utiliser en cabinet : « *Le frein essentiel c'est le temps, c'est évident, pour moi, c'est évident* » Dr 3, « *Les freins ? ben peut être le manque de temps* » Dr 8

La pratique des médecins généralistes tend à s'intensifier ces dernières années devant la demande et le nombre croissants des patients qui se heurte à un nombre insuffisant de médecins, notamment dans certaines régions : « *on a déjà beaucoup beaucoup de choses à faire, de plus en plus variées, on a de plus en plus de missions à remplir et de plus en plus de patients à gérer* » Dr 6, « *je gère déjà mes courriers, mes demandes de conseils de patients, mes messages laissés par le patient* » Dr 4

Tout ce qui n'est pas une priorité est laissé de côté par manque de temps, « *tu vois, j'ai des cadres à installer, qui sont prêts chez moi, je les ai achetés y a ... (rires), mais (...) je prends pas le temps* » Dr 4

Il est vrai que la musicothérapie est une intervention non médicamenteuse, complémentaire mais non indispensable à la prise en charge des patients, ainsi, se libérer du temps pour se former et la pratiquer paraît compliqué pour les médecins interrogés : « *je savais pas comment le caser dans ma pratique quotidienne, voilà, qui est assez intensive* » Dr 1.

La majorité des médecins généralistes interrogés voient le manque de temps comme un frein essentiel à l'utilisation de la musicothérapie pendant certaines consultations, mais également comme un obstacle pour se former, et donc l'utiliser : « *J'optimise mon temps ici, du coup ben tout ce qui est à coté qui faudrait que je développe, je le fais pas forcément* » Dr 4, « *les journées sont pas euh, on peut pas les rallonger* » Dr 6.

Certains médecins ont cité comme frein le fait de devoir créer une **organisation particulière** de leur emploi du temps, de leur activité, avec une nécessité de changer ses habitudes, ce qui n'est pas toujours évident, « *la routine fait que ben on est concentrés sur ce qu'on fait* » Dr 4, « *les freins, peut être le manque de temps, d'organisation, de se créer des créneaux* » Dr 8.

3. Un coût pour les médecins

L'utilisation de la musicothérapie a un coût direct et indirect, qui est vécu comme un facteur limitant pour certains médecins.

Le **cout direct** est le prix à payer pour avoir le droit d'utiliser de la musique dans un cabinet médical, qui est un lieu public, et donc soumis à des règles.

Ce prix est vécu comme un frein par certains médecins : « *Si tu mets des choses en fond sonore, tu dois payer un impôt. Du coup je m'en suis même pas occupée* » Dr 4, « *il faut payer, il faut un code, donc je me suis arrêté la* » Dr 1, « *le prix peut être (...), j'ai aucune idée de combien ça pourrait coûter* » Dr 5.

Le **coût indirect** est représenté par le fait qu'il n'existe pas de cotation particulière pour la musicothérapie, alors que cette technique demanderait pour les médecins interrogés plus de temps qu'une consultation classique. Certains médecins trouvent que « *c'est regrettable qu'il n'y ait pas de cotation dans ce type de thérapie, parce que ça prend du temps* » Dr 1. « *C'est pas rémunéré plus qu'une consultation* » Dr 7, et « *quand on pense temps, on pense aussi un peu acte et argent donc savoir si ça peut correspondre à une cotation particulière* » Dr 10. « *Time is money* » !

4. Des médecins sceptiques

Pour certains des médecins interrogés, **l'utilisation en cabinet** de la musicothérapie par le médecin généraliste **paraît impensable**, « *je pense pas que ça sera utilisé en cabinet en fait* », « *je pense pas que les médecins adhèrent* » Dr 9, « *si je me disais tiens je vais intégrer la musicothérapie dans ma pratique comment je ferais, euh je me pose la question sincèrement. Sincèrement.* » Dr 3.

Pour certains, l'utilisation de la musique pendant une consultation peut parasiter cette dernière : « *pendant la consult, si t'as de la musique en fond sonore, ça je te parle pour les adultes, ça peut être un peu perturbant* » Dr 4.

Le manque de preuves et de recommandations claires sur la musicothérapie fait que certains médecins émettent **quelques doutes** concernant cette technique. Malgré l'absence d'effets indésirables et les effets bénéfiques probables largement évoqués par la grande majorité des médecins interrogés, certains ont exprimé leurs doutes concernant cette thérapie, notamment sur le fait que « *la musique seule ne suffit pas à traiter un problème* » Dr 11.

C'est une intervention non médicamenteuse, efficace dans plusieurs domaines, soit seule, soit en complément d'une autre prise en charge, médicamenteuse (antalgiques, anxiolytiques...) ou non (psychothérapie, hypnose, relaxation, kinésithérapie...), mais le manque de connaissance fait que les médecins vont préférentiellement s'orienter vers une technique plus connue, même si cette prise en charge n'est qu'un complément à une autre thérapeutique : « *je pense pas qu'on soigne tout avec la musique* » Dr 4, « *ça sera pas pour traiter un problème* » Dr 3, « *je pense pas que ça puisse traiter n'importe quoi* » Dr 7.

Cette technique peut être vécue comme « trop légère », et donc difficile à intégrer. Malgré le fait que de plus en plus de médecins cherchent à réduire les prescriptions médicamenteuses pour leurs patients, et à s'orienter vers des interventions non médicamenteuses, l'inconnu reste une limite, « *y a peu de praticiens qui en utilisent alors que c'est vraiment complémentaire je trouve* » Dr 12.

5. Des patients sceptiques

Même si de plus en plus de patients sont à la recherche d'alternatives à la prise en charge médicamenteuse, certains restent tout de même d'après les médecins interrogés méfiants quant aux interventions non médicamenteuses, principalement les moins connues, « *ils vont peut-être voir ça comme du charlatanisme* » Dr 6.

Ceci peut être un frein à l'utilisation de musicothérapie (notamment pour les prises en charge à domicile) pour les **patients douteux** vis-à-vis de ce type de thérapie, ou ceux qui demandent systématiquement des médicaments pour se sentir pris en charge : « *certain patients ne vont pas accepter qu'on leur prescrive juste de la musique entre guillemets, et ils vont vouloir quelque chose de plus fort* » Dr 7, « *Moi il me faut des trucs forts docteur* » Dr 6.

La prescription médicamenteuse joue encore aujourd'hui dans beaucoup d'esprits un rôle symbolique dans la relation médecin-patient, « *je pense qu'il y en a aussi qui seraient super réticents, y en a pas mal qui veulent absolument des médicaments* » Dr 8.

Certains patients ne sont pas forcément ouverts à ce type de thérapie, « *en fait t'as des gens qui disent que ça les soule quoi* » Dr 12.

6. L'absence de recommandations

L'**absence de recommandations** claires sur le sujet, « *quelque chose qui fasse consensus, pas juste une étude ou deux* » Dr 1, a également été mentionnée comme étant un frein à l'utilisation de musicothérapie. En médecine nous nous appuyons souvent sur des preuves fondées, nous proposons des thérapeutiques qui ont été étudiées, qui ont montré leur efficacité et sont ainsi recommandées officiellement, « *les recommandations de l'HAS sont quand même, enfin sont souvent peu discutées* » Dr 1, « *par exemple l'HAS, si jamais un jour y a des recommandations* », Dr 1.

La présence de recommandations claires, « *qui disent noir sur blanc que ça peut être bénéfique* » Dr 1, pourrait favoriser l'utilisation de musicothérapie d'après quelques médecins interrogés, peut être en tant que réassurance sur l'intérêt de cette technique.

7. Les freins à l'orientation vers un musicothérapeute

Une petite attention a été portée pendant les entretiens sur les freins à l'orientation des patients vers un musicothérapeute. En effet, si l'utilisation de musique en cabinet paraît compliquée, qu'en est-il de l'orientation des patients vers un spécialiste ?

Le manque de formation et de connaissance est là aussi vécu comme un frein (cf paragraphe « manque de formation et d'expérience »).

De plus, la **présence d'un réseau de soin** est un élément essentiel pour l'orientation des patients, « *je veux bien les adresser mais je sais pas qui en pratique autour de moi* » Dr 11. Le fait de ne pas connaître de musicothérapeutes limite les médecins pour la prescription de musicothérapie, en effet il est appréciable de connaître le professionnel afin de le conseiller aux patients : « *je sais pas, je saurais pas faire en fait, je saurais pas à qui adresser* » Dr 9, « *ne pas savoir non plus à qui adresser les patients* », « *je saurais pas à qui adresser, je connais pas de musicothérapeute* » Dr 8, « *et puis il faudrait que je sache aussi vers qui adresser* » Dr 4. Le réseau se fait tout au long de la carrière professionnelle.

L'**absence de retour** de musicothérapeutes sur l'intérêt de la musicothérapie, les effets bénéfiques, le ressenti des patients,...est une limite à la prescription, « *Si j'avais un copain musicothérapeute (...) qui pourrait me faire des retours (...) sur l'évolution des patients (...), ouais j'en prescrirais plus* » Dr 10, ainsi que l'absence de demande ou de retour de la part des patients, « *si j'avais aussi des bons retours de patients* » Dr 5, « *si peut être les patients me le demandaient ou connaissent eux-mêmes* » Dr 7, « *Il me faudrait des retours de patients, que je sache dans quels cas le conseiller* » Dr 4. Les demandes des patients permettent parfois de s'ouvrir à de nouvelles propositions, voir même de s'affranchir de certaines recommandations.

De plus, cette technique est coûteuse pour les patients. En effet les séances de musicothérapie ne sont **pas remboursées** par la sécurité sociale, et le prix d'une séance est d'environ 50 euros. Ceci peut être vécu comme un frein à la prescription pour certains médecins : « *ça fait partie des choses qui ne sont pas remboursées par la sécurité sociale donc ça, ça peut être un bon frein aussi* » Dr 10

Cela peut être vécu comme une inégalité d'accès à l'offre de soins.

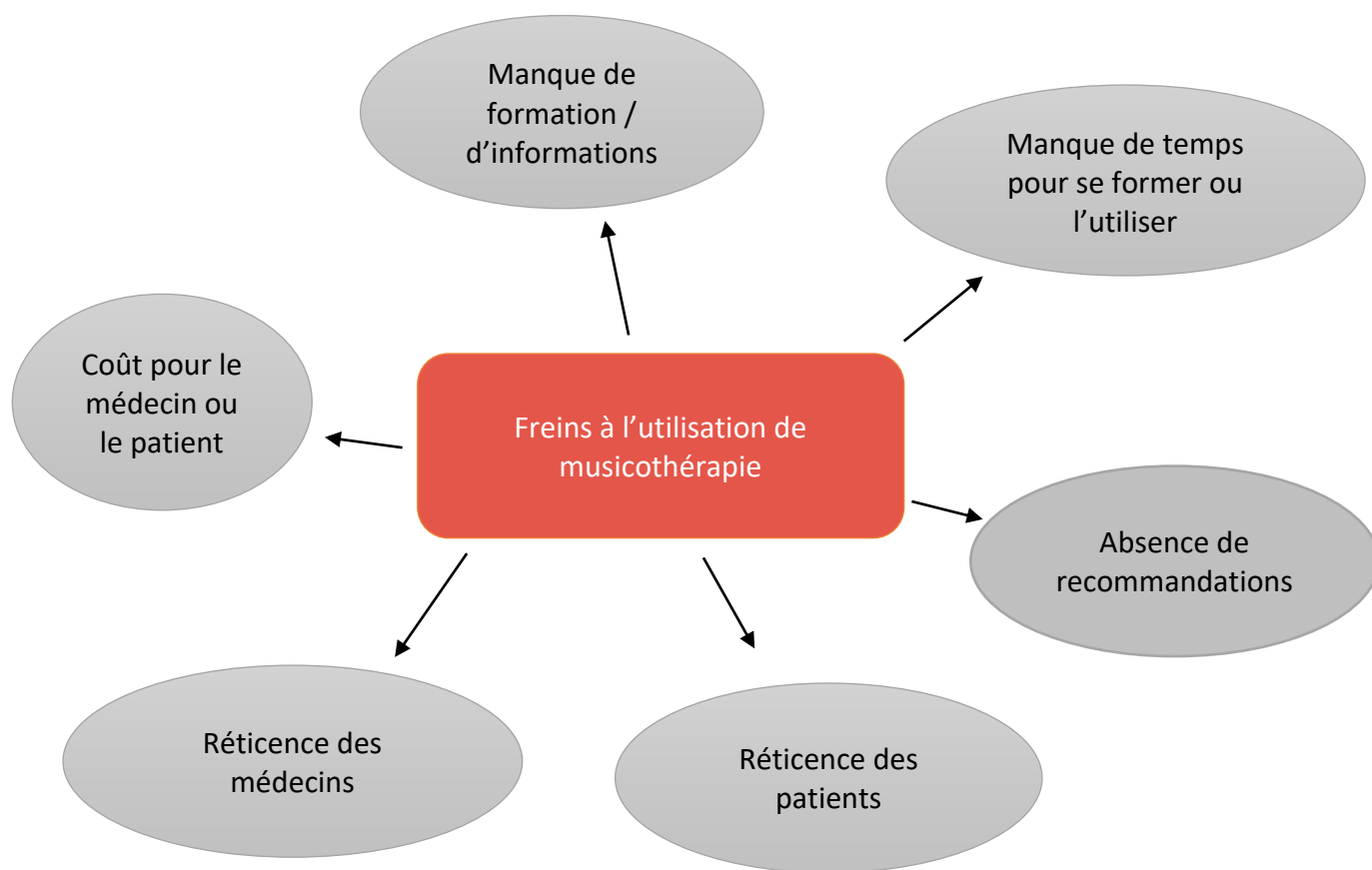


Figure 6 – Résumé des freins

III. Une technique ressentie comme bénéfique

Malgré la présence d'un contexte culturel et organisationnel peu favorable à l'utilisation de thérapies non médicamenteuses telles que la musicothérapie, les médecins s'accordent sur le fait que cette technique en elle-même n'a que très peu voire pas d'inconvénients, qu'elle pourrait être bénéfique, et qu'ils se sentiraient prêts à l'utiliser ou à la conseiller sous certaines conditions.

Il en ressort en effet dans la quasi-totalité des entretiens que la musicothérapie est une technique pouvant être positive et utile, pour le patient comme pour le praticien.

1. L'absence d'effets indésirables et d'inconvénients

Le premier avantage de cette technique est, d'après les participants, l'**absence d'effets indésirables** : « *y a pas d'effets secondaires, je vois pas d'inconvénient* » Dr 7. C'est en effet une intervention non médicamenteuse dénuée d'effets secondaires potentiels, à la différence des médicaments : « *on a pas a priori d'effets secondaires à craindre* » Dr 6, « *l'absence d'inconvénient surtout, l'absence d'effet indésirable* » Dr 2.

C'est un critère essentiel pour le choix d'une thérapeutique, principalement depuis plusieurs années, ou la plupart des médecins ont pour but de diminuer la consommation de médicaments non indispensables, au profit d'autres thérapeutiques causant moins d'effets secondaires : « *Aujourd'hui on est plus dans une perspective de réduction (...) des consommations de psychotropes* » Dr 3, « *si après à la place de prendre un Stilnox il met de la musique, moi je trouve ça super* » Dr 5.

La musicothérapie pourrait trouver sa place pour remplacer ou diminuer la prescription des antalgiques, des hypnotiques ou anxiolytiques par exemple, « *une alternative et un plus aux médicaments par exemple* » Dr 5, « *ça sera un complément à d'autres thérapeutiques* » Dr 7. Progressivement, « *on sort de « un problème, un médicament »* » Dr 6, et nous commençons à être convaincus que nous pouvons prendre en charge efficacement un patient sans forcément rédiger à la fin de la consultation une ordonnance de médicaments, « *on peut proposer simplement d'écouter de la musique pour se détendre à la place d'introduire tout de suite un médicament, je pense que ça peut être top* » Dr 7, « *je fais partie des médecins qui voudraient essayer de traiter un maximum sans prendre de médicaments* » Dr 7.

De plus en plus de patients sont également intéressés et demandeurs d'une prise en charge non médicamenteuse, par crainte des effets secondaires et également pour découvrir des nouvelles thérapeutiques ; « *les patients ils aiment bien aussi ce retour à des techniques non*

médicamenteuses » Dr 6, « y a de plus en plus de patients qui sont en recherche de méthodes alternatives » Dr 8.

Si l'utilisation de la musicothérapie en médecine générale est très faible, la majorité des médecins interrogés n'a pas vu d'inconvénients à la technique en elle-même ou n'a pas parlé des inconvénients pour se concentrer uniquement sur les avantages : « L'absence d'inconvénient surtout » Dr 2, « les inconvénients ? j'en vois pas trop hein » Dr 6, « A partir du moment ou y a pas d'effets secondaires, je vois pas d'inconvénient » Dr 7, « non en fait je vois pas d'inconvénient à la technique en elle-même » Dr 11.

2. Des effets positifs

Malgré le fait que les médecins généralistes n'ont que très peu de retours et très peu de recommandations sur les effets de la musicothérapie, la majorité s'accorde pour dire que la musique a des effets bénéfiques, en se basant sur leur expérience personnelle, « on peut voir l'effet positif que ça a sur notre mental » Dr 8, « je vois vraiment plutôt que des avantages » Dr 12.

Il est intéressant de voir que la totalité des participants interrogés écoutent de la musique, presque quotidiennement : « j'écoute de la musique tous les jours (...) pour me détendre, pour penser à rien, pour chanter, pour faire passer le temps » Dr 11. « J'écoute de la musique oui bien sûr, je dirais même tous les jours » Dr 4. Les effets recherchés sont principalement la **détente**, « la musique ben ça permet de se détendre et de rendre un moment désagréable plus sympa, ça permet de se calmer » Dr 11, le **lâcher-prise**, « pour me changer les idées en fait » Dr 9, la **relaxation**, « ça a un effet positif sur le psychique, un effet relaxant » Dr 8, « ça permet de se défouler, ça permet aussi de se calmer » Dr 12. Dans le quatrième entretien, le médecin interrogé fait part de son expérience de musicothérapie lors de son dernier accouchement : « elle mettait un fond sonore, je crois que c'était de la musique hyper zen, et je trouve que c'est hyper apaisant ».

Certains médecins interrogés jouent ou ont joué un instrument de musique, et reconnaissent les effets positifs : « *Jouer de la musique ça me permet de m'évader, de penser à rien d'autre qu'au moment présent* » Dr 11, « *Effectivement la musique a été un levier très important pour moi dans ma vie* », « *ça m'a appris effectivement (...) à prendre de la distance* » Dr 3.

Grâce à tous ces effets positifs ressentis sur le plan personnel, l'usage de la musique en cabinet de médecine générale pourrait avoir un intérêt pour le patient mais aussi pour le médecin, « *je pense que ce serait un bien aussi pour mon plaisir de consult* » Dr 4. Il est important de « *bien prendre soin du soigné, mais aussi du soignant* » Dr 4.

3. Une aide à la consultation

La musique, pour soulager l'anxiété ou la douleur est vue comme étant un **complément possible à une consultation**, « *je pense que ça peut être une aide au soin en consult* », « *musicothérapie ça me sonne pédiatrie, et une aide, la plus pour la consult* » Dr 4. D'ailleurs certains médecins utilisent déjà la musique notamment lors des consultations de pédiatrie « *ça m'arrive de chanter un peu des comptines, (...), quand tu leur chantes (...) ça a tendance à faire diversion et à calmer les choses* » Dr 4.

La musique est donc vue comme une aide pour apaiser le patient dans certaines circonstances, « *pour les vaccins tu vois, ça peut être intéressant* » Dr 4, « *si j'ai un geste à faire, une suture euh, un geste technique, une pose d'implant, de stérilet, je pense que ça peut être un complément pour détendre les gens* » Dr 5, « *pourquoi pas l'utiliser de manière détournée par exemple en mettant de la musique dans la salle d'examen par exemple pour les consult de pédiatrie* » Dr 11.

Certains médecins interrogés se sentiraient prêts à intégrer la musique pour certaines consultations, « *en y réfléchissant je m'en servais je pense tous les jours au moins une fois par jour quoi* » Dr 12.

4. Un intérêt en médecine générale

L'usage de musique en cabinet de médecine générale permet d'apporter une aide supplémentaire pour le praticien et « *ça élargit un peu la pratique, ça fait découvrir d'autres choses* » Dr 8.

La musique par une action sur le cerveau permet de diminuer la douleur et l'anxiété, qui sont des symptômes très fréquemment rencontrés en médecine générale, et certaines consultations sont pourvoyeuses de ce type de symptômes, elle a donc toute sa place dans cette discipline, « *je pense que ça peut être vraiment un bon outil en médecine générale et dans plein de domaines, dans la pédiatrie, dans la gynéco, dans la psy, enfin je pense que ça peut apporter des choses dans plusieurs domaines* » Dr 8.

IV. Voies d'amélioration pour l'utilisation de musicothérapie

Nous allons maintenant voir quels sont les leviers identifiés par les médecins généralistes qui pourraient permettre une augmentation de la pratique de musicothérapie par les médecins généralistes. En effet, en constatant les points positifs relevés par les médecins interrogés lors des entretiens, nous pouvons imaginer qu'il y a des pistes permettant d'intégrer la musique dans la pratique des médecins généralistes.

1. Information des médecins

Le frein essentiel est le manque de connaissance, le principal levier identifié est donc pour la grande majorité des médecins interrogés d'**améliorer la formation** à ce sujet. Il faudrait tout d'abord une formation sur la technique en elle-même, ses indications, les résultats, « *déjà se former, comment on la pratique, quelles sont les indications* » Dr 6, le cadre légal... « *je sais pas trop euh, qu'est-ce qu'on a le droit de mettre dans un cabinet médical comme c'est un lieu public* » Dr 5.

Cette formation doit selon eux débiter dès la faculté, « *qu'il y ait une formation réelle, qu'on en parle dès le début* » Dr 8, que ce soit dans l'enseignement « *il faudrait déjà une formation à la fac je pense* » Dr 11, « *des cours ou une diffusion de cette méthode, euh ça plus dans l'enseignement* » Dr 5 ou pendant les stages « *qu'on voit plus souvent pratiquer quand on est en stage* » Dr 10.

Elle doit se poursuivre tout au long de la carrière professionnelle, et peut se faire par plusieurs moyens, « *on peut faire des soirées avec des généralistes pour leur exposer un petit peu la technique* » Dr 2, « *il faudrait euh qu'il y ait des groupes de travail dans les cabinets* » Dr 3, « *une petite fiche peut être à destinée des médecins généralistes* » Dr 4, « *un démarcheur, quelqu'un qui vienne présenter la technique* » Dr 5, « *que la sécu envoie des dépliants aux gens, par exemple* » Dr 7.

La formation pourrait également concerner **d'autres professionnels de santé**, afin de permettre une prise en charge plus globale du patient : « *pas mal de professionnels de santé (...) qui pourraient être formés* », « *par exemple les infirmières formées à ça, les psychologues également* » Dr 3. Ceci permettrait une utilisation plus large de la musique, y compris à domicile, « *qu'il y ait des effecteurs sur le terrain qui puissent accompagner le patient* » Dr 3, afin de profiter des bienfaits de la musique sur un plus long terme, « *pas juste sur une consultation* » Dr 3, et d'assurer un suivi des patients.

La présence de **recommandations claires** sur la musicothérapie pourrait permettre une augmentation de son utilisation en médecine générale, grâce à une information des médecins qui se tiennent souvent à jour des nouvelles recommandations, et les suivent la plupart du temps, « *par exemple l'HAS, si jamais un jour y a des recommandations (...) qui me disent noir sur blanc que ça peut être bénéfique* », « *quelque chose qui fasse consensus, pas juste une étude ou deux* », « *les recommandations de l'has (...) sont souvent peu discutées* » Dr 1.

2. Information des patients

Une **information des patients** concernant cette technique pourrait permettre une augmentation de son utilisation en médecine générale, « *qu'il y ait des forums, des tracts, des flyers dans les cabinets* » Dr 8, en effet, les retours et demandes des patients à leurs médecins à

une influence importante sur la pratique de ces derniers, et permet même souvent de s'affranchir de preuves scientifiques ou de recommandations claires comme évoqué ci-dessus. Un médecin va en effet plus facilement utiliser de la musique dans son cabinet si le patient lui demande, car tout ce qui peut avoir un effet bénéfique pour le patient doit être pris en compte, même si l'effet ressenti n'était que subjectif et non prouvé scientifiquement : « *et que le patient aussi veuille en parler à son médecin* » Dr 8, « *si j'avais aussi des bons retours de patients* », « *si peut être les patients me le demandaient ou connaissent eux-mêmes* » Dr 10.

3. Assistants médicaux

L'avènement récent des **assistants médicaux** est vu par certains médecins comme une ouverture possible pour l'utilisation de la musique en médecine générale, « *avec l'avènement des assistants médicaux, y aurait peut-être des pistes* » Dr 3. Ils représentent, d'après les médecins interrogés, une solution au manque de temps qui est le deuxième principal frein, en effet, les assistants médicaux pourraient recevoir des patients en consultation pour faire de la musicothérapie, et ainsi libérer du temps médical. Ceci concernerait des consultations dédiées, et non pas une aide à une consultation classique de médecine générale, « *on parle beaucoup des assistants médicaux (...) ça peut permettre de dégager peut-être du temps* » Dr 6. Elle pourrait également agir comme une « prémédication musicale » en amont d'une consultation anxiogène avec le médecin.

4. L'existence d'une cotation spécifique

Le prix à payer pour avoir accès à la musicothérapie (logiciel, Sacem), est vécu comme un frein à l'utilisation de cette technique, l'existence d'une cotation particulière pourrait donc permettre, d'après les médecins interrogés, de s'affranchir de cette limite, « *c'est regrettable qu'il y ait pas de cotation dans ce type de thérapie* » Dr 1, « *quand on pense temps on pense aussi un peu acte et argent donc savoir si ça peut correspondre à une cotation particulière* » Dr 10.

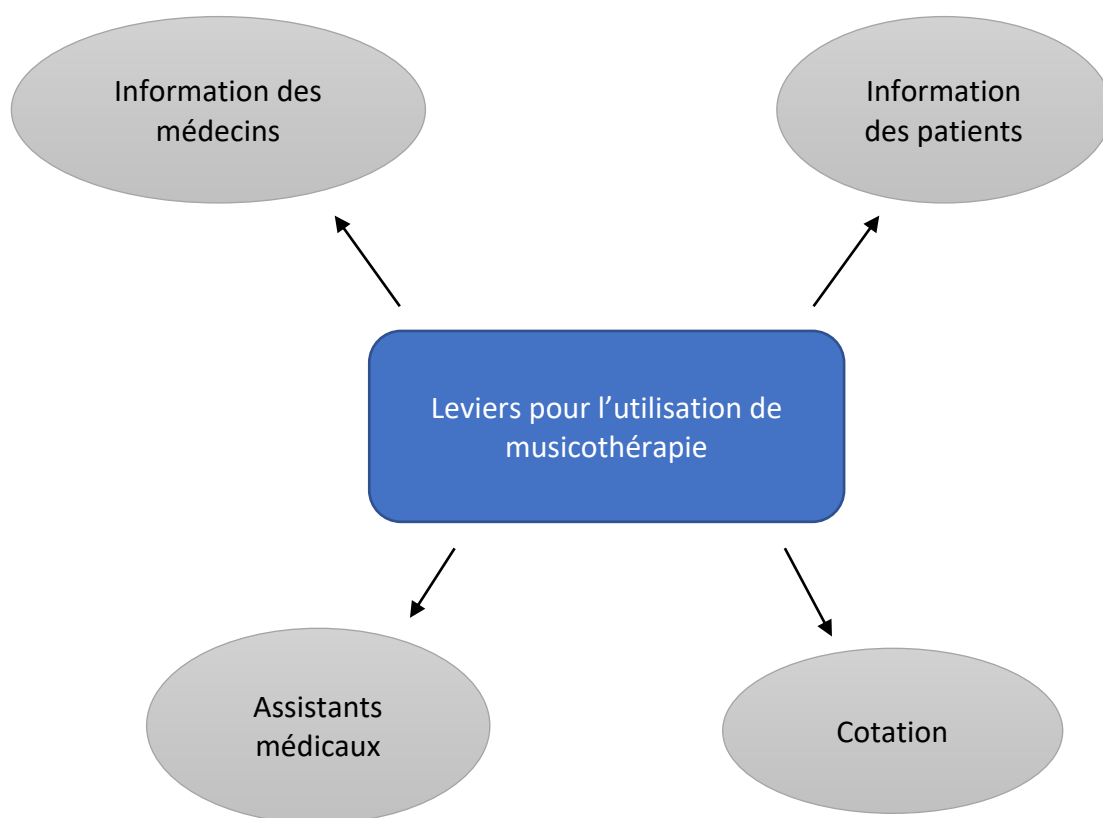


Figure 7 – Résumé des leviers

V. Catégories conceptualisantes

Les catégories obtenues ci-dessus suite à l'analyse et la comparaison des entretiens sont des catégories de deuxième ordre, elles même issues des catégories de premier ordre établies selon les critères de Peirce. Ces catégories nous ont permis de faire une restitution de sens et ainsi de faire émerger des catégories conceptualisantes à propos de l'usage médical de la musique en consultation de médecine générale :

- La musique, une thérapie non utilisée et non répandue en médecine générale en raison d'un défaut d'information, de l'absence de recommandations claires institutionnelles et de demande ou retours de la part des patients, à l'origine d'un manque de reconnaissance de cette thérapie.

En raison de cette absence d'information, les médecins ne pensent pas forcément à intégrer la musique dans leur pratique et ne connaissent pas les modalités d'utilisation, le cadre légal, les indications...

- **La musique, outil accessible et omniprésent dans le cadre privé, est décrite par les médecins comme une technique à l'innocuité évidente, potentiellement utile dans la pratique médicale.**

Comme il a été vu, tous les médecins interrogés écoutent quotidiennement de la musique à la recherche d'émotions positives comme la détente, le lâcher-prise. Certains ont même été amenés à écouter de la musique dans le domaine médical, cette fois du côté des patients, et en gardent un souvenir positif.

- **La musique, malgré un assentiment et une appropriation dans la sphère personnelle, est vecteur d'une anticipation anxieuse à une utilisation professionnelle, liée à la peur de l'inconnu.** Cette peur de l'inconnu crée un sentiment d'incapacité à utiliser la musique sur le plan professionnel, avec l'idée que ceci nécessite une formation et des connaissances particulières, du temps, de l'argent, et que la musique n'est pas une thérapie efficace à elle seule pour les patients.

Partie 4 : DISCUSSION

I. Les points forts et limites de l'étude

1. Le sujet abordé

La recherche bibliographique a bien prouvé que la musicothérapie a sa place en médecine générale, car ses indications sont des symptômes très fréquemment retrouvés dans cette discipline.

La présence d'un faible nombre d'étude sur l'utilisation de la musique en cabinet de médecine générale fait qu'il était intéressant de se pencher sur la question.

Il nous a semblé pertinent d'explorer dans un premier temps les représentations qu'ont les médecins généralistes sur la musicothérapie, leur expérience, les idées reçues, leurs attentes, leurs questionnements, afin de déterminer les difficultés, les freins à son utilisation et ainsi de réfléchir aux moyens pouvant permettre une plus grande utilisation de cette technique en cabinet, et de mieux répondre à la demande des patients et également des médecins.

2. L'approche qualitative

Une étude qualitative a été faite sur les déterminants à la prescription de musicothérapie en médecine générale dans le cadre des syndromes anxio-dépressifs (37) et une autre étude sur les représentations de la musique par les médecins généralistes dans les soins primaires (4) mais n'ayant répertorié aucune étude sur les déterminants à l'utilisation de la musicothérapie au sein même du cabinet de médecine générale, il nous semblait donc intéressant de les évaluer.

Le choix de la méthode s'est porté sur une étude qualitative par entretien semi-dirigés, afin d'obtenir des réponses des médecins interrogés sans les limiter. Le but étant d'identifier les déterminants et non pas de les quantifier, nous avons posé des questions ouvertes, afin de

laisser libre cours à l'expression des participants pour qu'ils expriment leur vécu, leur expérience, leur opinion, leurs attentes.

Le choix d'un entretien semi-dirigé a permis de ne pas restreindre les réponses des participants comme dans un entretien dirigé, mais a permis d'orienter les médecins à la différence d'un entretien libre, en effet le sujet abordé étant très peu connu, il aurait sans doute été difficile pour les médecins de parler longuement sur ce sujet sans questions d'orientation.

Une analyse phénoménologique complétée par une analyse sémio-pragmatique nous a semblé adaptée afin d'explorer pleinement les représentations, le vécu, et le ressenti des médecins généralistes quant à la musicothérapie afin de faire émerger des catégories, ce que ne nous aurait pas permis une analyse thématique qui aurait relevé les différents thèmes sans en dégager de sens.

3. Les participants

En recherche qualitative, l'échantillon n'est pas tiré au hasard mais choisi. Il existe donc un biais de sélection, ce qui fait que l'échantillon n'est le plus souvent pas représentatif de la population, ce qui n'est d'ailleurs pas le but recherché dans ce type d'étude. Cependant, afin de faire émerger le plus d'informations, nous avons essayé de choisir des médecins d'âge, de sexe, d'ancienneté d'installation, de type et de lieu de pratique variables. Le but était de limiter au maximum les biais de sélection.

Les participants ont été inclus comme il a été vu précédemment par recrutement direct pour la moitié d'entre eux et par recrutement indirect pour l'autre moitié.

Les médecins inclus par recrutement direct étaient des médecins que je connaissais avant le début de l'étude, ce qui a pu limiter la richesse des informations recueillies, par inhibition, peut-être par crainte d'un jugement quelconque, ou au contraire les modifier par désinhibition, et a ainsi pu créer un biais.

Le sujet exact ne leur a pas été communiqué à l'avance afin de ne pas orienter ou influencer les réponses, et afin de récupérer le ressenti instantané, spontané.

4. Le recueil des données et la retranscription

Nous avons choisi de faire des entretiens individuels parce que nous pensions que les entretiens de groupe n'auraient pas fait davantage émerger de déterminants majeurs, voire auraient pu limiter l'expression de certains participants. Cependant, ce type d'entretien permet également de faire émerger des catégories distinctes via la dynamique de groupe, qui n'ont donc pas été retrouvées avec les entretiens individuels, ce qui a pu représenter une perte d'informations.

L'absence de connaissance dans ce domaine rendait difficile le développement des réponses et donc l'atteinte d'une durée satisfaisante pour les entretiens, mais j'ai tout de même préféré enlever les explications sur la musicothérapie au bout du troisième entretien suite à une remarque d'un des participants, afin de ne pas influencer les réponses. Des explications ont cependant souvent été données après la fin de l'enregistrement de l'entretien, ou même pendant, suite à des questions posées par les médecins interrogés sur la musicothérapie, le logiciel Music Care... La durée courte des entretiens a peut-être été à l'origine d'une moindre richesse des informations recueillies.

La saturation des données a été atteinte au bout de neuf entretiens, et j'ai fait trois entretiens supplémentaires afin de m'assurer de l'absence d'éléments nouveaux. Effectivement dans les trois derniers entretiens, les données recueillies étaient complémentaires mais n'ont pas permis de faire émerger des catégories nouvelles.

La réalisation des entretiens se fait habituellement par des chercheurs formés dans ce domaine. Malgré la lecture en amont de la réalisation du guide d'entretien et des entretiens d'ouvrages concernant la méthodologie, cette étude est la première que je réalise. Un enquêteur plus expérimenté aurait sans doute pu mener des entretiens plus productifs avec plus de matière à analyser, grâce à des reformulations par exemple ou des questions de relance plus pertinentes.

5. Les critères de scientificité de notre analyse de données

En recherche qualitative, les critères de scientificité dépendent du respect des critères de validité interne et externe (22).

La validité interne consiste à vérifier si les observations sont représentatives de la réalité. Ce critère de vraisemblance consiste à faire valider les résultats d'une part par les participants ce qui n'a pas été réalisé ici du fait de problèmes organisationnels. En revanche, la triangulation a été réalisée conjointement entre l'investigatrice et son directeur de thèse pour les six premiers entretiens. La cotation s'avérant similaire, les six derniers entretiens ont été interprétés par l'investigatrice seule avec un échange simplement au moment de l'émergence des catégories conceptualisantes. Un biais d'interprétation ne peut donc être totalement exclu, principalement pour les six derniers entretiens, avec une possible subjectivité d'interprétation. Dans un second temps, la confrontation des résultats aux données de la littérature permet de vérifier la crédibilité de l'étude. Ceci a été réalisé dans cette étude, malgré le manque de richesse de bibliographie sur le sujet précisément.

La validité externe renvoie à la possibilité de pouvoir généraliser les observations à d'autres objets ou contextes impliquant d'avoir un échantillon représentatif de la problématique. Il doit inclure autant que possible des individus ayant un vécu singulier, une expérience particulière à analyser. Les éléments recueillis dans les entretiens étaient assez riches dans cette étude, et l'échantillon le plus varié possible. Par ailleurs, le nombre d'individus doit être assez élevé pour atteindre un niveau de saturation des données acceptable, que l'on appelle critère de résistance. Comme il a été vu précédemment, dans notre étude, ce phénomène a été atteint après neuf entretiens, avec trois entretiens supplémentaires pour s'assurer de l'absence d'éléments nouveaux.

La grille de lecture COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) a servi de support tout au long de ce travail. Elle est le résultat d'une méta analyse de l'ensemble des grilles de lecture de la littérature, publiée en 2007 dans l'International Journal for Quality in Healthcare. Elle a été utilisée dans sa version française traduite. Elle définit 32 critères de qualité. Elle est présentée en annexe (38).

II. Discussion des résultats et comparaison à la littérature

1. L'utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses en général

Les résultats obtenus dans notre étude sont soutenus par le rapport d'orientation de la HAS publié en 2011 à propos de la prescription des interventions non médicamenteuses, bien qu'il ne prend pas en compte l'utilisation directe au sein du cabinet de médecine générale de la musique(3), mais plutôt l'utilisation en général des INM, donc plutôt l'adressage des patients vers un musicothérapeute. Les principaux freins identifiés pour le recours à ce type de thérapeutique sont :

- Un rôle symbolique de la prescription de médicaments dans la relation médecin-patient : la prescription médicamenteuse est encore de nos jours parfois vécue comme essentielle pour clôturer un acte médical, pour certifier de l'état pathologique : *« L'ordonnance, et plus précisément sa longueur, (...), le nom compliqué des produits, leur nouveauté pour le malade, etc. signifient pour ce dernier qu'il a bien fait de venir chez le médecin, que son état relève bien de la pratique médicale et qu'il n'aurait pas pu se tirer d'affaire tout seul. »* (39). En effet comme nous l'avons vu dans les résultats, certains patients sont encore réticents à ce type de prise en charge et veulent des médicaments.
- Une organisation du système de soin et ses modalités de financement peu incitative à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses : prescrire une intervention non médicamenteuse demande du temps pour l'expliquer aux patients, implique de savoir vers qui adresser... Tout cela demande du temps, dans une société où le temps est relié à l'argent. Cette vision des choses rend donc moins facile la prescription de ce type de thérapeutique.
- Un manque d'information et ainsi un défaut d'adhésion : Le manque d'information sur l'efficacité des TNM, sur les compétences propres des professionnels spécialisés, sur le réseau de soin existant, la méconnaissance des recommandations sur le sujet, sont

autant de freins à son utilisation et provoquent ainsi un défaut d'adhésion de la part des médecins.

- Un défaut de disponibilité et d'accessibilité : Étant le plus souvent non prises en charge par l'assurance maladie, les TNM représentent une inégalité d'accès à l'offre de soin. De plus, il existe une inégalité de répartition des professionnels selon le lieu d'exercice.

Des voies d'amélioration ont donc été identifiées dans ce rapport de la HAS :

- Améliorer le cadre économique et organisationnel : *« le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est conditionné par l'évolution des modalités de rémunération afin qu'elles incitent les médecins à consacrer le temps nécessaire aux étapes clés de la consultation dont le déroulé détermine la décision de prescription (...). Plusieurs systèmes de financement sont envisageables. Ils font l'objet à l'heure actuelle de recherches et d'expérimentations en France et au niveau international. »*(40)
- Améliorer l'information des médecins et des patients, notamment concernant les modalités de prescription de ces TNM (brochures d'informations, logiciels d'aide à la prescription), et concernant également les professionnels spécialisés exerçant à proximité de leur cabinet et vers qui orienter les patients (rencontres inter professionnelles par exemple).
- Améliorer l'adhésion des professionnels de santé aux recommandations sur les TNM : le développement de la prescription de TNM peut s'espérer s'il existe des données scientifiques sur l'efficacité des TNM par rapport aux thérapeutiques médicamenteuses dans le cadre d'essais cliniques. En effet, nous avons vu que les médecins ont plutôt tendance à aller vers une thérapie connue, qui a fait ses preuves au travers d'essais cliniques, et qui fait l'objet de recommandations claires.
- Améliorer l'accès à l'offre en ce qui concerne les TNM : *« le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est conditionné par une plus grande accessibilité de l'offre en matière de thérapeutiques non médicamenteuses. L'objectif est*

de rendre possible l'orientation par les médecins de leurs patients vers des professionnels spécialisés (...), alors il convient de garantir l'accessibilité financière des patients à l'égard de ces thérapeutiques. L'évolution du périmètre des biens et services de santé remboursables peut à ce titre être envisagée (...) ».

Les freins identifiés sont concordants avec ceux trouvés dans notre étude : un manque d'informations, un frein financier pour les médecins comme pour les patients, un défaut d'adhésion de la part des médecins (manque de recommandations claires), ou de la part des patients (certains veulent encore une prescription de médicaments, qui a un rôle symbolique).

Les leviers identifiés dans cette étude sont également concordants avec ceux retrouvés dans notre étude : une meilleure information des professionnels, la présence de preuves scientifiques et recommandations claires, une meilleure accessibilité financière.

2. La musicothérapie en médecine générale

Il existe a priori peu de littérature permettant de répondre directement à la question posée dans ce travail. Une seule étude portant sur les représentations de la musique par les médecins généralistes (4) a été identifiée lors de ma recherche documentaire, ce qui rendait la question de recherche intéressante. Les résultats de cette étude sont concordants avec ceux de notre étude. Il en ressort que la musique est clairement ressentie comme bénéfique et positive pour les médecins interrogés, et qu'elle pourrait avoir un intérêt dans beaucoup de circonstances en médecine générale. Les freins identifiés à son utilisation sont : le manque de formation, l'absence de recommandations, l'absence d'un réseau de soin. Il en ressort également une crainte par rapport à l'image renvoyée aux patients (choix de la musique, peur de paraître inapproprié, absence de support scientifique connu pour se justifier auprès des patients), comme nous l'avons vu dans ce travail ou les médecins ne se sentent pas aptes ou à la hauteur pour utiliser la musique. L'aspect technique est aussi vécu comme un frein avec notamment le cadre légal, le matériel à utiliser, les cotisations..., ce que nous retrouvons aussi dans ce travail.

Un autre travail de thèse concernant les déterminants à la prescription de musicothérapie en ambulatoire dans le syndrome anxio-dépressif a récemment été effectué (37). Les résultats de notre étude concordent avec les résultats de ce travail. Les principaux freins évoqués sont le manque d'information, des doutes sur l'efficacité de cette technique par absence de recommandations claires, de formation, de retours des patients..., la notion de coût et d'absence de remboursement, le symbole de la prescription de médicaments.

Nos résultats sont également concordants avec un travail de thèse sur le même sujet que cité précédemment (34) mais cette fois-ci du point de vue des patients (41). Il en ressort que la musicothérapie est une technique pas assez connue, qui présente des limites d'efficacité à elle seule, et qui n'est donc pas utilisée en premier recours. Nous retrouvons aussi un frein financier, un frein organisationnel, et un défaut d'orientation et de conseils de la part de leurs médecins.

III. Discussion à propos des catégories conceptualisantes

• **La musique, une thérapie non utilisée et non répandue en médecine générale en raison d'un défaut d'information, de l'absence de recommandations claires institutionnelles et de demande ou retours de la part des patients, à l'origine d'un manque de reconnaissance de cette thérapie.**

Le principal frein identifié dans notre étude est, comme il a été vu dans les résultats, le manque de formation et d'information. Ce résultat est également retrouvé dans les deux thèses sur la musicothérapie, plutôt ciblées sur le syndrome anxio-dépressif (34-35). De ce frein découlent les autres freins.

La formation débute dès les premières années de médecine à la faculté et se poursuit tout au long de l'exercice professionnel. Elle peut s'acquérir par des cours à la faculté, pendant les stages d'externat ou d'internat, ou plus tard grâce à des stages de formation spécifiques, des DU, des groupes de travail etc... Il est vrai que la musicothérapie, comme une bonne partie des interventions non médicamenteuses, est très peu étudiée pendant le cursus universitaire, et également pendant la vie professionnelle. Nous avons rarement tendance à aller spontanément vers l'inconnu, principalement lorsqu'il intervient dans le cadre professionnel. Les médecins ont

effectivement pour la majorité émis des difficultés à parler d'un sujet s'ils ne le connaissent pas, ne savent pas quand l'aborder, et ne se sentent donc pas aptes à donner les explications nécessaires aux patients et à l'utiliser. L'absence de recommandations claires sur le sujet est vécue comme un facteur limitant, en effet nous essayons de suivre au maximum les recommandations de bonne pratique dans notre discipline.

Ainsi, une plus grande information des médecins, mais également des patients sur cette technique pourrait permettre une plus grande utilisation. L'information des médecins sur les bienfaits scientifiquement prouvés de la musique peut permettre de lever une certaine réticence. La présence de recommandations claires de la HAS permettrait sans doute une augmentation de l'usage de musique en médecine générale, en effet les médecins s'intéresseraient sans doute à cette thérapie si elle était recommandée.

De plus, rappelons que l'usage médical de la musique en consultation ne nécessite pas de formation spécifique. Il s'agit simplement de détendre le patient en mettant un fond musical lors de certaines consultations, en se basant sur les effets de la musicothérapie réceptive de type relaxation. Le médecin n'a donc pas besoin de compétence en musicothérapie, la musique agissant par elle-même. Le logiciel Music Care, simple d'utilisation car il demande simplement une formation gratuite de trente minutes par visioconférence avec un spécialiste, permet de détendre le patient dans plusieurs circonstances grâce à l'écoute de musique. Cette détente est majorée par rapport à une musique « classique » grâce à la séquence en U relaxante (42). Les choix musicaux sont multiples, ce qui permet au patient de choisir le style musical. L'utilisation de ce logiciel est donc simple et permet ainsi d'intégrer la musique lors de certaines consultations anxiogènes ou de soins douloureux, par exemple des points de suture, des pansements complexes, des vaccins, une pose de stérilet ou d'implant, une consultation de pédiatrie...

Une explication simple de ce logiciel aux médecins généralistes et des effets sur les patients pourrait être intéressante et lever une grande partie des freins retrouvés dans les entretiens (absence de formation, manque de compétences, manque de temps...)

D'autre part, le retour des patients permet souvent de s'affranchir de recommandations précises, si on peut y voir un bénéfice quelconque pour le patient ou si ce dernier voit des bénéfices pour lui-même. En effet les demandes et suggestions des patients à leur médecin peuvent permettre de s'ouvrir et de s'intéresser à un nouveau sujet, sur lequel on ne se serait pas penché spontanément.

Ainsi, le fait que la population générale ait quelques notions sur le sujet et que les patients puissent donc en parler s'ils sont intéressés pourrait augmenter l'utilisation de la musicothérapie en médecine générale. Cette information peut se faire par des affiches explicatives par exemple dans les cabinets médicaux ou d'autres professionnels de santé (psychologues, IDE, sages-femmes, hypnothérapeutes...), sur les lieux de travail, par des courriers personnels, des mails d'information...

D'après la HAS, « *le système actuel de formation semble insuffisant pour préparer les médecins aux difficultés que soulèvent les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses. L'information à laquelle ont accès les professionnels est insuffisante* ». Améliorer cette information serait donc une piste à prendre en compte (40).

Ce manque d'information ressenti par tous peut rendre les médecins et patients perplexes et douteux, et être responsable d'un manque de reconnaissance de cette thérapie.

• La musique, outil accessible et omniprésent dans le cadre privé, est décrite par les médecins comme une technique à l'innocuité évidente, potentiellement utile dans la pratique médicale.

Il est intéressant de relever que la totalité des médecins s'accorde sur les effets positifs et bénéfiques de la musique sur eux-mêmes, mais qu'aucun ne se sentirait prêt à intégrer la musique dans leur pratique. Les médecins interrogés écoutent pour la plupart de la musique presque quotidiennement, avec un effet recherché de détente, de lâcher-prise, mais certains sont sceptiques des effets que la musique pourrait avoir sur leurs patients...

Cette discordance est liée à un manque d'information et de recommandations qui fait que les médecins ne se sentent pas en capacité d'utiliser cette thérapie, car ils ne sont pas certains de la véritable efficacité, des indications, des modalités d'utilisation, de la réaction des patients,

et ne s'imaginent pas qu'il est accessible à tous de faire de la musicothérapie, sans formation particulière (pour la musicothérapie réceptive de type relaxation).

Pourtant, certains médecins utilisent spontanément la musique pour certaines consultations (par exemple des comptines pour les enfants), sans forcément s'en rendre compte, et sans imaginer que c'est une forme de musicothérapie.

• La musique, malgré un assentiment et une appropriation dans la sphère personnelle, est vecteur d'une anticipation anxieuse à une utilisation professionnelle, liée à la peur de l'inconnu.

En ce qui concerne le défaut d'adhésion des médecins, il est sans doute dû au défaut de connaissance.

Le manque de formation et d'informations sur la musicothérapie aboutit à une méconnaissance sur le sujet et ainsi à une sorte d'anticipation anxieuse, avec l'idée largement retrouvée qu'utiliser la musique en cabinet nécessite une formation spécifique, du temps et de l'argent, et que les patients pourraient être réticents à ce type de prise en charge. Ceci est sans doute lié à la peur de l'inconnu. Cette réticence serait donc probablement plus faible si les médecins connaissaient le sujet et les preuves scientifiques.

La musique pourrait également avoir des effets bénéfiques sur le soignant lui-même.

Le manque de temps est vécu comme un frein important pour l'utilisation de la musique en cabinet. La plupart des médecins imaginent une nécessité de se créer des créneaux spécifiques pour la musicothérapie, plus longs qu'une consultation classique de quinze minutes. Ce résultat n'est pas retrouvé dans d'autres études car aucune ne traite de l'utilisation de la musicothérapie en consultation de médecine générale mais uniquement de la prescription de musicothérapie, qui ne demande pas plus de temps qu'une ordonnance « classique ».

Si on pense à la musicothérapie comme une prise en charge d'une pathologie à part entière, il faut effectivement une formation spécifique de musicothérapeute, une consultation bien plus longue qu'une consultation classique de quinze minutes, et un suivi du patient dans le temps avec une réévaluation. Mais la musique, comme nous l'avons vu précédemment, peut être utilisée uniquement en complément d'une consultation classique, lorsqu'elle peut soulager un

sentiment d'anxiété, une douleur... de façon « aigue ». Ainsi, le temps de consultation n'est pas rallongé mais le vécu du patient peut être amélioré par l'écoute de musique en fond. C'est la musicothérapie réceptive de type « relaxation ». Nous pouvons même imaginer que la musique peut représenter un gain de temps si elle permet d'apaiser le patient, de diminuer la douleur ressentie, et donc le temps passé par le médecin à détendre le patient. La musique pourrait faire en quelque sorte une partie du travail habituellement fait par le médecin (réassurance, attente, réévaluation de la tension après du repos par exemple...).

Cependant, il est vrai que l'écoute complète d'une musique suivant le schéma en U peut être plus longue qu'une consultation de quinze minutes. Dans ce contexte, le développement récent des assistants médicaux pourrait être intéressant. En effet, les patients pourraient voir un assistant médical afin d'écouter de la musique en amont d'une consultation avec leur médecin, si cette consultation est ressentie comme stressante, ou douloureuse (points de suture, changement de stérilet, HTA blouse blanche...). L'écoute de la musique avec un assistant médical pourrait donc être plus longue qu'au cours de la consultation seulement avec le médecin, permettant ainsi au patient de suivre une musique complète avec la séquence en U et ainsi d'améliorer son vécu. Le développement des assistants médicaux peut donc être une ouverture intéressante (43), plus pour améliorer le vécu des patients que pour un gain de temps, grâce à une sorte de « prémédication musicale » avant un soin douloureux, ou avant la prise de tension artérielle chez un patient présentant une HTA blouse blanche par exemple.

En ce qui concerne le manque de temps pour se former, l'usage de la musique en consultation ne nécessite pas de formation particulière, mais simplement une explication des modalités de mise en place et des indications.

Le manque de temps est donc un frein créé par le manque d'informations.

Un autre frein cité par les médecins et le frein financier. La SACEM, société des auteurs, compositeurs, et éditeurs de musique, est une société civile à but non lucratif, fondée en 1851. Sa mission principale est de collecter et de gérer les droits d'auteur en France, et de les redistribuer aux créateurs français et du monde entier, afin de pérenniser la création et le fonctionnement de la filière musicale. Elle « assure la collecte et la répartition des droits d'auteur pour la diffusion publique (...) des œuvres qu'elle représente »(44).

Ainsi, les commerces souhaitant diffuser de la musique doivent obtenir l'autorisation préalable des auteurs et régler des droits d'auteur à la SACEM. Le tarif va dépendre du type d'activité et de la taille de l'établissement (nombre d'employés). Plus le nombre d'employés augmente, plus le prix par personne sera dégressif (45).

Le fait de diffuser de la musique protégée sans autorisation est puni de 3 ans d'emprisonnement et 300 000 euros d'amende.

L'autre moyen d'accéder à des musiques dans le cadre médical sans passer par la SACEM est d'obtenir un logiciel de musicothérapie, par exemple le logiciel Music Care. Le prix de ce logiciel pour les professionnels de santé est d'environ 500 euros par an.

Ils peuvent ensuite permettre un accès aux patients qui, une fois abonnés à Music Care, peuvent accéder aux musiques à domicile grâce à un code donné par leur médecin.

Ce prix est vécu comme un frein à l'utilisation de musicothérapie. L'absence de cotation est peut-être vécue comme un manque de reconnaissance de cette thérapie. Ainsi, l'existence d'une cotation spécifique pour les consultations accompagnées de musique pourrait lever ce frein de la part des médecins, mais rendrait peut-être les patients plus réticents en l'absence de remboursement de ces consultations.

IV. Des difficultés d'orientation des patients vers un musicothérapeute

Il est important de différencier la musicothérapie au sens propre du terme, soit de type active, soit de type réceptive analytique, qui nécessite une formation, sert à traiter différentes pathologies, nécessite un suivi sur plus ou moins long terme, et l'usage médical de la musique (46), à visée anxiolytique immédiat, et qui ne nécessite pas de formation particulière de la part des médecins, mais simplement d'acquérir un logiciel de musicothérapie.

Le manque de formation, le manque de temps, la réticence de médecins ou des patients sont des freins qui concernent plus la musicothérapie au sens propre que l'usage médical de la musique en consultation. De plus la réticence des médecins concerne plutôt les séances de musicothérapie à part entière, certains considérant qu'on ne peut pas tout soigner avec la musique. Le but recherché est ici d'améliorer le confort du patient en diminuant la douleur ou l'anxiété, or tous les médecins s'accordent dans les entretiens à dire que la musique a sur eux des effets bénéfiques (12). Il serait intéressant de demander aux patients les effets qu'à la

musique sur eux, et quelles sont leurs représentations sur l'usage de musique pendant une consultation chez leur médecin.

Ainsi, les limites retrouvées dans les entretiens concernent moins l'usage léger, réceptif et individuel de la musique.

Pour faire la différence entre usage de la musique en consultation et musicothérapie exercée par un spécialiste, nous avons porté une petite attention dans ce travail à la prescription de musicothérapie. Cette dernière semble compliquée pour les médecins généralistes.

Le premier facteur limitant étant le manque de formation sur la technique et ses indications, une plus grande information des médecins pourraient augmenter la prescription de musicothérapie dans certains cas. Mais ce n'est pas le seul frein, car l'existence d'un réseau de soin est très importante pour pouvoir orienter spécifiquement les patients et les conseiller. Les musicothérapeutes sont en effet peu nombreux et peu connus en France, ce qui représente un facteur limitant. Il existe sur le site de la fédération française de musicothérapie un registre national avec une carte de France répertoriant tous les musicothérapeutes par région (47), pouvant permettre aux médecins d'orienter leurs patients vers un musicothérapeute en particulier.

En ce qui concerne l'adressage des patients vers un musicothérapeute, il existe également un frein financier du point de vue des patients, retrouvé dans les travaux de thèses précédemment cités, diminuant l'adhésion des médecins mais aussi des patients (33 ; 34). En ce qui concerne la prescription de musicothérapie, l'absence de remboursement des séances de musicothérapie est une limite à l'orientation des patients vers un musicothérapeute, car elle est vécue comme une inégalité d'accès aux soins. Ceci serait une piste intéressante à prendre en charge.

De plus, certains médecins et patients sont sceptiques sur ce type de thérapie, pensant qu'on ne peut pas tout soigner avec la musique (33 ; 34).

V. Perspectives d'avenir

Comme nous l'avons vu, très peu de médecins généralistes utilisent la musique dans leur pratique. Une plus grande information sur les logiciels existants et leur facilité d'utilisation permettrait de lever la grande majorité des freins retrouvés dans les entretiens (manque de temps, réticence, nécessité d'être formé).

Il serait intéressant de faire le même travail mais en interrogeant cette fois des patients, afin d'évaluer quel est leur ressenti par rapport à la musique, s'ils seraient intéressés ou au contraire réticents d'avoir un fond musical lors de certaines consultations chez leur médecin généraliste.

L'utilisation de la musique en salle d'attente afin de détendre les patients ou en amont d'une consultation grâce aux assistants médicaux sont deux pistes intéressantes à étudier.

Une autre ouverture possible est l'utilisation de la musicothérapie à domicile grâce à un logiciel. Cela permettrait au patient d'être acteur de sa santé et de sa prise en charge. La prise en charge pourrait se faire sur un plus long terme et le frein financier serait moindre pour le patient. Par exemple pour le logiciel Music Care, le prix pour le patient est de 9,90 euros par mois après un mois d'essai gratuit (48). Ceci implique que son médecin ait le logiciel et donne au patient un code d'accès.

Partie 5 : CONCLUSION

Si la prescription de musicothérapie par les médecins généralistes paraît compliquée en raison du manque de formation sur la technique, les indications, les résultats, mais également de la méconnaissance d'un réseau de soin, de l'absence de remboursement des séances et de retour des patients..., l'utilisation de la musique en cabinet de médecine générale paraît beaucoup plus simple, comme une aide à la consultation. La musique pourrait simplement être intégrée aux consultations de médecine générale, sans formation particulière, et ainsi apporter un bénéfice pour le patient mais également pour le médecin. L'écoute d'une musique plaisante en fond permettrait de soulager l'anxiété, la douleur, qui sont des symptômes souvent rencontrés en médecine générale, voir même déclenchés lors de certaines consultations. Une information des médecins sur cette technique et sa simplicité d'utilisation pourrait être intéressante.

L'utilisation d'un logiciel de musicothérapie est un bon compromis, puisqu'il permet de faire rentrer simplement la musique dans le cabinet médical. Peu coûteux, simple d'utilisation, ne nécessitant pas de formation particulière, et pouvant représenter un outil complémentaire afin d'apaiser les patients lors de consultations anxiogènes, de soins douloureux, de pédiatrie, il peut même représenter un gain de temps pour le médecin et également lui apporter un bénéfice personnel.

Nous avons vu que tous les médecins avaient un vécu personnel par rapport à la musique, positif dans la majorité des cas, et qu'ils étaient ouverts à ce type de thérapie pour leurs patients, à condition d'être plus informés, ce manque de formation représentant le principal frein, d'où découlent les autres freins. Ainsi tout porte à croire que cette technique pourrait se développer et devenir un outil complémentaire dans les années à venir si les médecins étaient informés sur la musicothérapie, ses bénéfices et indications, ainsi que ses modalités d'utilisation.

Il serait intéressant d'interroger également les patients afin de déterminer leur ressenti sur l'intégration de la musique lors de certaines consultations chez leur médecin.

Étant donné les effets bénéfiques prouvés de la musique, des pistes intéressantes à étudier seraient l'utilisation de la musique en salle d'attente ou avant une consultation par exemple avec l'avènement des assistants médicaux, et également l'utilisation de la musique à domicile.

Partie 6 - BIBLIOGRAPHIE

1. Citation d'Albert Schweitzer [Internet]. Citation Célèbre. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://citation-celebre.leparisien.fr/citations/42860>
2. Ninot-IR155.pdf [Internet]. [cité 16 oct 2020]. Disponible sur: <https://splf.fr/wp-content/uploads/2020/03/Ninot-IR155.pdf>
3. [developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_fiche_synthese.pdf](#) [Internet]. [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_fiche_synthese.pdf
4. Abgrall K. Utilisation et représentation de la musique par les médecins généralistes dans les soins primaires. :79.
5. La musicothérapie | Fédération Française de Musicothérapie [Internet]. [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.musicotherapie-federationfrancaise.com/zoom-definition/la-musicotherapie-2/>
6. Lecourt E, Falquet C, Gonzalez-Duperret N. Musicothérapie(s). //www.em-premium.com/data/traites/ps/37-65250/ [Internet]. 2 nov 2017 [cité 25 déc 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/1167438/resultatrecherche/1>
7. Duperret-Gonzalez N. Émergence des affects en musicothérapie réceptive de groupe. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 17 déc 2014;n° 63(2):189-200.
8. Tang W, Yao X, Zheng Z. Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia. A one-month randomised controlled trial in Shanghai. Br J Psychiatry Suppl. août 1994;(24):38-44.
9. The effect of music therapy on mood and anxiety–depression: An observational study in institutionalised patients with traumatic brain injury - EM|consulte [Internet]. [cité 30 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/203200>
10. Thomas P, Chandès G, Hazif-Thomas C. Efficacité de la musicothérapie sur la résilience dans la maladie d'Alzheimer. //www.em-premium.com/data/revues/16274830/v17i101/S1627483017300715/ [Internet]. 20 sept 2017 [cité 30 déc 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/1143500/resultatrecherche/2>
11. Parlongue G. 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. :75.
12. Lecourt E. Découvrir la musicothérapie. Paris: Eyrolles; 2005.
13. Guétin S, Giniès P, Picot M-C, Brun L, Chanques G, Jaber S, et al. Évaluation et standardisation d'une nouvelle technique de musicothérapie dans la prise en charge de la douleur : le montage en « U ». //www.em-premium.com/data/revues/16245687/v11i5/S1624568710001289/ [Internet]. 19 oct 2010 [cité 25 déc 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/269150/resultatrecherche/1>
14. Traitement - MUSIC CARE [Internet]. [cité 25 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.music-care.com/fr/traitement>

15. Histoire - MUSIC CARE [Internet]. [cité 25 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.music-care.com/fr/histoire>
16. Sergent J. De la musique au cerveau par l'intermédiaire de Maurice Ravel. *Med Sci (Paris)*. 1993;9(1):50.
17. Blood AJ, Zatorre RJ. Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 25 sept 2001;98(20):11818-23.
18. Chanda ML, Levitin DJ. The neurochemistry of music. *Trends in Cognitive Sciences*. avr 2013;17(4):179-93.
19. Redding J, Plaughter S, Cole J, Crum J, Ambrosino C, Hodge J, et al. "Where's the Music?" Using Music Therapy for Pain Management. *Fed Pract*. déc 2016;33(12):46-9.
20. Bashiri M, Akçali D, Coşkun D, Cindoruk M, Dikmen A, Çifdalöz BU. Evaluation of pain and patient satisfaction by music therapy in patients with endoscopy/colonoscopy. *Turk J Gastroenterol*. sept 2018;29(5):574-9.
21. Jebali C, Hassine NI, Bouriga R, Mahjoub M, Bouhamed C. Impact de la musicothérapie sur la consommation de morphine aux urgences : étude prospective randomisée. //www.em-premium.com/data/revues/16245687/v19i5/S1624568718301112/ [Internet]. 25 oct 2018 [cité 29 déc 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/1252499/resultatrecherche/2>
22. D'Abbadie de Nodrest L, Sudres J-L, Schmitt L, Yrondi A. Jouer son blues quand la dépression résiste... : évaluation de l'efficacité d'un programme de musicothérapie pour des personnes présentant un trouble dépressif et/ou bipolaire résistants. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. mars 2018;176(3):266-72.
23. Lee J, Thyer BA. Does Music Therapy Improve Mental Health in Adults? A Review. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 1 juill 2013;23(5):591-603.
24. Eckhardt KJ, Dinsmore JA. Mindful Music Listening as a Potential Treatment for Depression. *Journal of Creativity in Mental Health*. 1 avr 2012;7(2):175-86.
25. Petchkovsky L, Robertson-Gillam K, Kropotov J, Petchkovsky M. Using QEEG parameters (asymmetry, coherence, and P3a Novelty response) to track improvement in depression after choir therapy. *Advances in Mental Health*. 1 juin 2013;11(3):257-67.
26. Musique contre l'insomnie chez les adultes [Internet]. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: [/fr/CD010459/BEHAV_musique-contre-linsomnie-chez-les-adultes](http://www.cd010459/BEHAV_musique-contre-linsomnie-chez-les-adultes)
27. rubisztejn-these.pdf [Internet]. [cité 25 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/rubisztejn-these.pdf>
28. 6.2. Recherche qualitative – MG TFE [Internet]. [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.mgtfe.be/guide-de-redaction/6-les-differentes-methodes-dinvestigation/6-2-recherche-qualitative/>
29. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
30. 16_EBentretien.pdf [Internet]. [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: https://www.ac-strasbourg.fr/fileadmin/pedagogie/stss/DEPOT_DOCUMENTS/BAUMEIER_Elisabeth/16_EBentretien.pdf
31. 6.3. Recherche quantitative – MG TFE [Internet]. [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.mgtfe.be/guide-de-redaction/6-les-differentes-methodes-dinvestigation/recherche-quantitative/>
32. Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. *Pédagogie Médicale*. nov 2011;12(4):199-212.
33. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd.

Armand Colin; 2016. 285 p.

34. Engberink AO. Intérêt d'une approche sémio-pragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative. :20.
35. Oude Engberink A, Lognos B, Clary B, Michel D, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique: Une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer*. 1 janv 2013;105:4-11.
36. Gélinas Proulx A, Dionne É. Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin. *Mesure et évaluation en éducation*. 2010;33(2):127.
37. Carrasset Etienne. MUSICOTHERAPIE ET SYNDROME ANXIO-DEPRESSIF EVALUATION AUPRES DES MEDECINS DES DETERMINANTS A LA PRESCRIPTION DE MUSICOTHÉRAPIE EN AMBULATOIRE. 2020.
38. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4.
39. Dupuy J-P, Karsenty S. *L'invasion pharmaceutique*. 2. éd. complétée et mise à jour. Paris: Seuil; 1977. 310 p. (Collection Points ; 84).
40. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees
41. Calamote Céline. Musicothérapie et syndrome anxio dépressif. Evaluation auprès des patients des déterminants à la prescription de musicothérapie en ambulatoire.
42. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.music-care.com/Offres.html>
43. Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical [Internet]. [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical>
44. Nos missions - La Sacem [Internet]. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: <https://societe.sacem.fr/missions>
45. Redevance sur la diffusion de musique dans un commerce - professionnels | service-public.fr [Internet]. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F3094>
46. Éléments de musicothérapie [Internet]. 2021 [cité 12 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/elements-musicotherapie-0>
47. Registre national | Fédération Française de Musicothérapie [Internet]. [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.musicotherapie-federationfrancaise.com/trouver-un-musicotherapeute/>
48. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.music-care.com/Offres.html>

Partie 7 – ANNEXES

• Grille COREQ

Pour une critique objective de l'étude, une grille de lecture a été utilisée comme support : Consolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ). Cette dernière est le résultat d'une méta-analyse de l'ensemble des grilles de lecture de la littérature, publiée en 2007 dans l'International Journal for Quality in Healthcare. Elle a été utilisée dans sa version française traduite. Elle définit 32 critères de qualité.

Domaine 1 : Équipe de recherche et réflexion

- Caractéristiques personnelles

1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Eva WOLFF
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en 6 ^{ème} semestre du DES de médecine générale puis médecin remplaçant
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Stade de gynécologie puis remplacements en médecine générale
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Aucune expérience en recherche qualitative

- Relations avec les participants

6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le début de l'étude ?	Connaissance antérieure pour 6 des 12 participants
---	---------------------	--	--

7	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation de l'enquêteur au début de l'entretien + connaissance antérieure pour certains
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflit d'intérêt, intérêt pour le sujet de recherche

Domaine 2 : conception de l'étude

- Cadre théorique

9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse phénoménologique complétée d'une approche sémio-pragmatique
---	---------------------------------------	--	---

- Sélection des participants

10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Recrutement direct et indirect
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	En face à face ou par téléphone
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	12 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ?	Zéro

- Contexte

14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	En cabinet de médecine générale
15	Présence de non-participants	Y-avait-il d'autres personnes présentes outre les participants et les chercheurs ?	Non, pas d'observateur
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Elles sont présentées dans un tableau récapitulatif

- Recueil des données

17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide fourni par l'auteur, testé au préalable puis modifié après quelques entretiens car initialement trop pauvre
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Un seul entretien par patient
19	Enregistrement audio / visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, principalement après
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Entre 8'24'' et 15'47''
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, atteint à l'entretien 9 puis réalisation de 3 entretiens supplémentaires
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretiens ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

- Analyse des données

24	Nombre de personnes codant les données ?	Combien de personnes ont codé les données ?	Une personne
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non

26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A partir des données, énoncés phénoménologiques puis catégories
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Retranscription des verbatim sur Microsoft Word
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

- Rédaction

29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, verbatim notés
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes présentés ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui, catégories conceptualisantes présentées
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui, décrits après les thèmes principaux

• Fiche de consentement

Objet de l'étude : explorer les représentations des médecins généralistes sur la musicothérapie afin de déterminer les freins et les leviers à son utilisation en pratique.

Responsables du projet : Wolff Eva (interne en médecine générale), Dr Dubois Guillaume (médecin généraliste, directeur de thèse)

Présentation du projet : la musicothérapie a montré son efficacité dans de nombreux domaines, et est utilisée dans beaucoup de spécialités médicales et paramédicales. Elle est très peu connue et utilisée en médecine générale alors que la musique agit sur des symptômes fréquemment rencontrés dans ce contexte. Nous souhaitons donc comprendre pourquoi la musicothérapie est si peu utilisée en médecine générale, et quels moyens faudrait-il pour qu'elle le soit.

Informations concernant l'étude :

- Si vous acceptez de participer à cette étude, plusieurs questions concernant votre vécu, votre expérience, votre opinion, vous seront posées.
- Toutes les informations recueillies dans ce questionnaire seront traitées de façon anonyme et resteront confidentielles.
- Les résultats obtenus à l'issue du traitement de ce questionnaire pourront faire l'objet de publications scientifiques, mais l'identité des participants ne sera pas révélée, et aucun renseignement pouvant révéler votre identité ne sera dévoilé.
- La participation à cette étude est entièrement volontaire. Sachez que même si vous décidez de répondre aux questions, il est possible d'arrêter l'entretien à tout moment, ou de ne pas répondre à une question, et tant que l'enregistrement final n'a pas été effectué, aucune de vos données ne sera traitée.
- Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et dans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.
- Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

En donnant votre consentement oral, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus et que l'on vous a informé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction : La musique, grâce à une action sur le cerveau a des effets sur la réduction de la douleur, de l'anxiété... Ces symptômes sont fréquemment retrouvés en médecine générale, pourtant la musique est très peu utilisée dans cette discipline. L'objectif de cette étude était donc de comprendre les représentations des médecins généralistes sur la musicothérapie afin de déterminer les limites à son utilisation, et ainsi les voies d'amélioration.

Matériel et méthodes : Nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes. Les verbatim obtenus ont été interprétés par une analyse phénoménologique avec approche sémio-pragmatique.

Résultats : La musique est vécue comme très bénéfique sur le plan personnel pour les médecins interrogés, mais son usage en consultation paraît compliqué. Le principal facteur limitant est le manque d'informations et de formation sur la musicothérapie, qui aboutit à un manque d'expérience et qui fait que les médecins ne se sentent pas aptes à se servir de cette thérapie, ou n'y pensent pas. Les autres freins sont le manque de temps, le coût, et la réticence supposée des patients et médecins.

Les principaux leviers identifiés sont d'améliorer la formation et l'information des médecins et des patients. L'avènement des assistants médicaux pourrait être une piste intéressante, ainsi que l'existence d'une cotation spécifique qui serait peut-être vue comme une reconnaissance de cette thérapie.

Discussion : Ces résultats sont concordants avec la bibliographie, confortant l'idée que la musique est une thérapie peu utilisée car méconnue et non étudiée au cours du cursus médical, entraînant une anticipation anxieuse à sa mise en pratique.

Conclusion : La principale piste envisageable pour promouvoir la musicothérapie en médecine générale serait l'amélioration de son enseignement, qui permettrait de lever les autres freins. L'utilisation de la musique en salle d'attente serait probablement, à la fois pour le médecin et pour le patient, une ouverture accessible et facile à la musicothérapie.

MOTS CLES : musicothérapie / médecine générale / douleur / anxiété / analyse qualitative / phénoméno-pragmatique / freins / leviers