Les Boutons : antidépresseurs ISRS et pratique d'un instrument — ce que les deux déplacent pendant qu'on a le dos tourné, pourquoi les deux mettent des semaines, et pourquoi aucun des deux ne s'arrête sans rien payer

Vermeulen-Achour L.[1], Rinaldi-Tshibangu C.[2], Kessler J.[3], Delattre S.[4]

[1] *Université de Bruges-Flandrienne, Observatoire du Plancher*
[2] *Université d'Ottawa-Outaouaise, Laboratoire de la Pratique*
[3] *Université de Besançon-Comtoise, Unité du Délai*
[4] *Université de Nancy-Lorraine, Service de la Table de Mixage**
** Le Service ne touche à rien. C'est sa méthode.*

DOI : 10.9999/icf.2026.les-boutons · icf.news/article-les-boutons

Résumé

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) agissent sur leur cible en quelques heures et sur l'humeur en quelques semaines ; on ne les arrête pas d'un coup ; et quand le premier ne convient pas, on en essaie un autre, sans pouvoir dire à l'avance lequel. Ces trois faits, connus de tout prescripteur, décrivent moins une molécule qu'une *manière d'agir* : quelque chose déplace un réglage, et l'organisme passe des semaines à s'équilibrer autour. La présente étude s'est demandé si autre chose agit de cette manière. Elle a suivi huit semaines trois groupes de 600 adultes — des personnes stabilisées sous ISRS par leur médecin, des pratiquants réguliers d'un instrument, et des auditeurs réguliers de musique qui n'en jouent pas —, par un journal d'humeur quatre fois par jour dont on a retenu non la moyenne mais le *plancher* et le *plafond*. Trois suivis naturalistes complètent le dispositif : 140 débuts d'ISRS décidés par un médecin, 150 débutants d'instrument, 120 pratiquants contraints à une pause. L'Institut n'a modifié aucune prescription ni provoqué aucun arrêt. Résultats. L'écoute relève l'humeur de 2,1 points en vingt minutes, de 0,0 le lendemain, sans s'user à la répétition (r = 0,02) et sans rien coûter les jours sans musique : c'est une fenêtre. La pratique, elle, présente les trois signatures des ISRS. Le délai : rien avant la quatrième semaine, +1,7 de plancher à la douzième (ISRS : +1,8 dès la huitième). La persistance : les jours sans jouer, le plancher tient (−0,1, ns). Le coût de l'arrêt : après deux semaines de pause, les pratiquants passent 1,2 point *sous* leur ligne de base, et n'y reviennent que trois semaines après la reprise. Deux différences. L'ISRS relève le plancher sans toucher au plafond (+0,1), et 44 % déclarent ressentir moins, en bien comme en mal ; la pratique relève les deux (+1,1 de plafond ; 6 %). Et la pratique n'a été mesurée chez aucune personne déprimée : l'étude compare des manières d'agir, pas des traitements. La fréquence des états de transe — « le moment où j'ai cessé de m'entendre penser » — prédit le gain (r = 0,41) ; à la question « qu'est-ce qui a changé en vous ? », 83 % des pratiquants et 79 % des personnes sous ISRS répondent : je ne sais pas. Les deux falsificateurs sont tombés sur leur seconde moitié. Sans molécule n'est pas sans mécanisme : la musique écoutée passe dans la table telle qu'elle est réglée ; la musique jouée touche aux boutons.

MOTS-CLÉS : ISRS · sérotonine · pratique instrumentale · plasticité · plancher d'humeur · transe · arrêt · homéostasie

Encart à l'attention du lecteur pressé — l'étude en clair

Les antidépresseurs de la famille des ISRS ont trois particularités : ils mettent des semaines à agir, leur effet tient entre deux prises, et on ne les arrête pas brutalement. L'Institut s'est demandé si la musique fait pareil. Réponse en deux temps. *Écouter* de la musique, non : cela fait du bien tout de suite, cela ne dure pas, et l'on peut s'en passer un jour sans rien sentir. *Jouer* d'un instrument, oui : cela ne fait rien pendant un mois, puis l'humeur des mauvais moments remonte ; cela tient les jours où l'on ne joue pas ; et quand on arrête deux semaines, on se retrouve plus bas qu'avant d'avoir commencé. L'explication proposée tient en une image : écouter, c'est passer un disque sur une table de mixage sans y toucher ; jouer — comme prendre un ISRS —, c'est déplacer des boutons, après quoi le cerveau passe des semaines à tout rééquilibrer. **L'étude ne dit pas que le piano remplace un médicament. Elle n'a testé le piano sur aucune personne déprimée, et n'a touché à aucun traitement. Si vous en prenez un, la seule personne avec qui en discuter est celle qui vous l'a prescrit.**

1. Le point de départ

1.1 Un nom qui dit contre quoi, pas ce que ça fait

Le mot « antidépresseur » dit ce contre quoi on prescrit une molécule ; il ne dit pas ce qu'elle fait. Les ISRS — escitalopram, sertraline, paroxétine, fluoxétine, pour les plus courants — sont prescrits dans la dépression, mais aussi dans les troubles anxieux, le trouble panique, le trouble obsessionnel-compulsif : un seul nom pour des usages que la dépression ne résume pas. Ce qu'ils

font à leur cible est en revanche connu avec précision : ils bloquent le transporteur qui recapture la sérotonine après sa libération, de sorte qu'elle reste plus longtemps dans la synapse. Cela se produit en quelques heures. L'effet sur l'humeur, lui, demande de deux à six semaines. Entre les deux, il se passe quelque chose que la pharmacologie décrit bien et que personne ne voit : le cerveau réagit. Les neurones à sérotonine portent des autorécepteurs qui, détectant l'excès, freinent leur propre activité ; il faut des semaines pour que ce frein se désensibilise et qu'un nouvel équilibre s'installe. C'est l'explication classique du délai. Elle signifie que l'effet clinique n'est pas l'action de la molécule : c'est la *réponse* de l'organisme à cette action.

1.2 Ce qu'on sait, et ce qu'on ne sait pas

L'idée que la dépression serait un « manque de sérotonine » que la molécule viendrait combler a longtemps servi d'explication. Une revue parapluie de l'ensemble des méta-analyses disponibles (Moncrieff et al., 2022) a conclu qu'aucun corpus de preuves cohérent ne relie la dépression à une baisse de la sérotonine. Cela ne dit pas que les molécules n'agissent pas : la plus vaste méta-analyse en réseau (Cipriani et al., 2018 — 522 essais, 21 molécules) établit que toutes font mieux que le placebo dans la dépression de l'adulte, avec un effet moyen modeste. Les deux résultats tiennent ensemble : *ça agit, et ce n'est pas pour la raison qu'on donnait.* Une hypothèse plus récente place l'effet du côté de la plasticité — les antidépresseurs faciliteraient le remodelage des connexions (Casarotto et al., 2021) —, ce qui s'accorde avec le délai mieux que l'idée d'un niveau à remonter. Quant au choix de la molécule, il reste empirique : dans l'essai STAR*D, après l'échec d'un premier ISRS, le passage à un autre antidépresseur a conduit à la rémission environ une personne sur cinq, et n'a apporté aucun bénéfice notable à plus de la moitié (Rush et al., 2006, 2020). On essaie ; on ne sait pas à l'avance. Et l'arrêt se fait par paliers, parce que l'équilibre installé ne se défait pas plus vite qu'il ne s'est fait (Horowitz et Taylor, 2019).

Encart — Bloquer la recapture fait-il produire plus de sérotonine ?

C'est ce qu'on enseigne souvent, et le raisonnement est bon jusqu'à son avant-dernière étape. Un neurone à sérotonine remplit ses vésicules à deux sources : ce qu'il *fabrique*, à partir du tryptophane, et ce qu'il *récupère*, par le transporteur que l'ISRS bloque. La recapture n'est donc pas un simple nettoyage de la synapse : c'est du recyclage. La bloquer, c'est priver le neurone d'une de ses deux sources, et ses réserves devraient baisser — d'où l'idée, logique, qu'il compense en fabriquant davantage. Les mesures disent autre chose. Chez l'animal, un traitement prolongé par citalopram *réduit* la synthèse de sérotonine, à tous les temps mesurés (Honig et al., 2009) : la sérotonine restée dans la synapse active les autorécepteurs, qui freinent à la fois la décharge du neurone et sa fabrication. Le transporteur lui-même se raréfie : après deux à trois semaines, ses sites diminuent d'environ 80 % (Benmansour et al., 2002). Et quand la capacité de synthèse est déjà faible, le traitement vide les réserves au lieu de les remplir (Siesser et al., 2013). Chez l'humain, les données sont indirectes, mais la revue de Moncrieff relève qu'elles sont compatibles avec une *baisse* de la sérotonine sous traitement au long cours.

Le tableau est donc : plus de sérotonine dans la synapse, moins dans le neurone, moins de fabrication, moins de transporteurs — et un effet clinique quand même. L'enseignement avait raison sur le point qui compte : **le neurone compense**. Il s'était trompé sur le sens : il ne compense pas en produisant plus, il compense en produisant moins et en démontant une partie de la machine qu'on lui bloque. C'est la métaphore de l'encart suivant, à un détail près que la métaphore ne pouvait pas prévoir : le DJ ne monte pas le volume pour couvrir le bouton déplacé. Il baisse le reste.

Encart — Le DJ (métaphore du Conseiller Clinique, reproduite telle quelle)

« Imaginez une table de mixage. Le DJ a fait ses réglages, ça sonne. Il tourne le dos. Quelqu'un passe et chipote à un bouton. Le DJ se retourne : — *Qu'est-ce que vous avez touché ? — Je ne sais plus… — Allez, bougez de là.* Il ne retrouve pas le bouton. Alors il touche aux autres, un par un, jusqu'à ce que ça sonne à peu près comme avant — pas pareil : à peu près. Il tourne le dos de nouveau. L'autre revient, plein de bonne volonté : — *J'ai remis le bouton que j'avais bougé ! — Non mais vous le faites exprès !* Et il doit tout refaire. Voilà pourquoi ça met des semaines, et voilà pourquoi on n'arrête pas d'un coup : le réglage d'origine n'existe plus. Il y a celui que le DJ a refait autour du bouton déplacé. »

L'Institut a retenu la métaphore pour une raison de méthode : elle fait trois prédictions vérifiables sans toucher à un seul traitement. Si quelque chose déplace un bouton pendant que le DJ a le dos tourné, on doit observer (1) un **délai** — le temps du rééquilibrage ; (2) une **persistance** — l'effet tient quand la main n'est plus sur le bouton ; (3) un **coût de l'arrêt** — remettre le bouton ne remet pas la table. Ce qui ne présente aucune des trois n'a pas touché aux boutons.

Encart — L'interrupteur et la table : pourquoi un anxiolytique n'est pas un ISRS

La comparaison éclaire ce que la table de mixage veut dire. Les benzodiazépines — alprazolam, diazépam, lorazépam — se fixent sur un récepteur précis, le récepteur GABA-A, qui est un canal. Le GABA est le principal frein du cerveau ; quand il s'y fixe, le canal s'ouvre, du chlore entre dans le neurone, et celui-ci devient plus difficile à exciter. La benzodiazépine ne l'ouvre pas elle-même : en présence de GABA, elle le fait s'ouvrir *plus souvent* (l'allongement de la durée d'ouverture, que l'on cite parfois, est le fait d'une autre famille, les barbituriques). Une cible, un geste, un effet : en moins d'une heure, l'apaisement est de même nature chez presque tout le monde, et l'on peut le prédire à partir de la dose. C'est un interrupteur.

La sérotonine, elle, agit sur quatorze récepteurs connus, répartis en sept familles, dont treize ne sont pas des canaux mais des relais lents ; certains excitent, d'autres freinent, plusieurs se trouvent sur le même neurone. L'ISRS ne se fixe sur aucun d'eux : il laisse monter la sérotonine, et les quatorze répondent, chacun à sa façon, dans un cerveau qui s'ajuste ensuite pendant des semaines. On ne sait pas attribuer à tel récepteur telle part de l'effet sur l'humeur, et c'est pourquoi l'effet varie d'une personne à l'autre et d'une molécule à l'autre. Ce n'est pas un interrupteur ; c'est la table.

Une précision, pour que la comparaison ne tourne pas à l'avantage de l'interrupteur : à l'usage répété, lui aussi fait réagir la table. Le récepteur s'habitue, la même dose fait moins, et l'arrêt doit être progressif — raison pour laquelle les recommandations limitent ces prescriptions dans le temps. Appuyer une fois sur un interrupteur ne modifie rien. Le tenir enfoncé des mois, si.

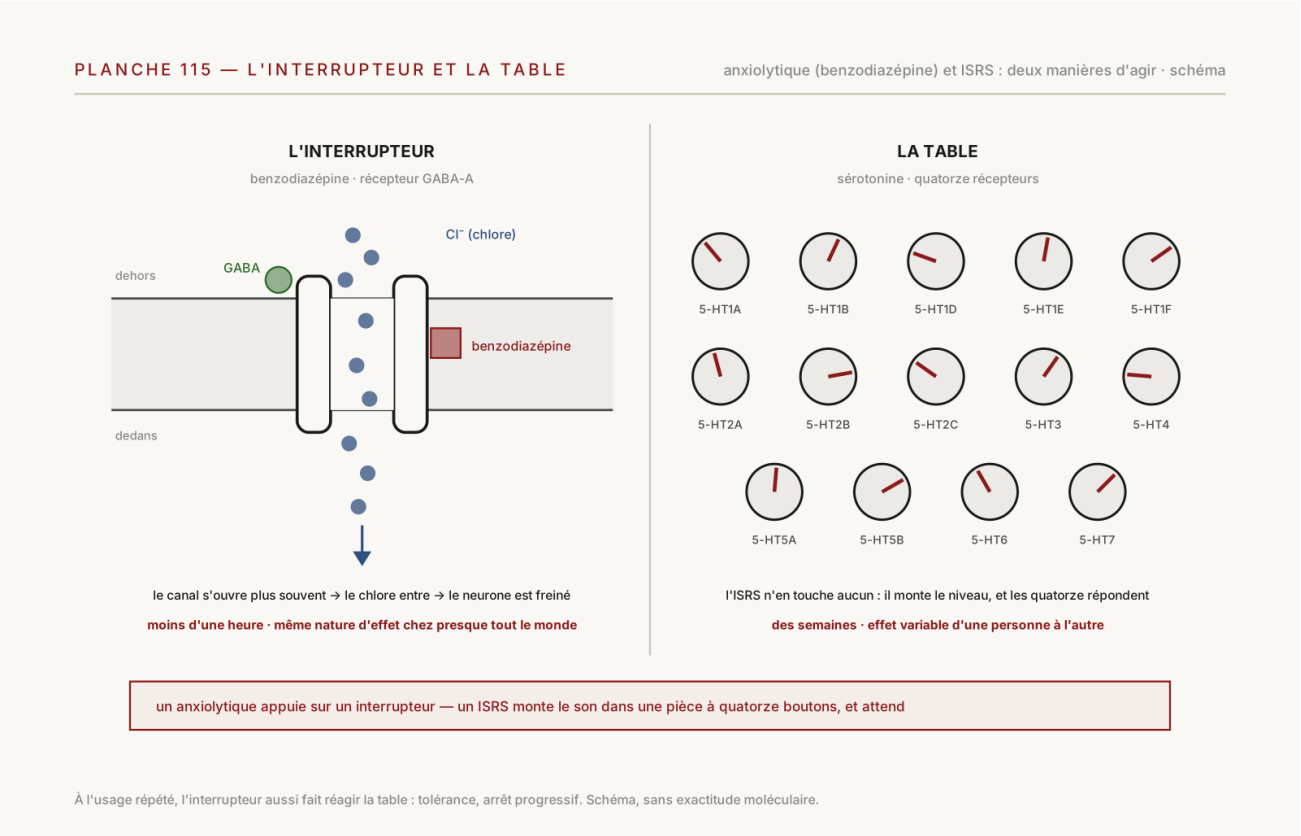


Planche 115 — L'interrupteur et la table. Schéma, sans exactitude moléculaire.

1.3 L'humeur, ou tous les voyants éteints

La sérotonine n'est pas « la molécule de l'humeur ». Environ neuf dixièmes de celle du corps se trouvent dans l'intestin, où elle règle le transit ; elle intervient dans la satiété, le sommeil, la température, la nausée, la douleur, la coagulation par les plaquettes, la fonction sexuelle, la vessie. Qu'une molécule agissant sur ce système produise des nausées les premières semaines et modifie la libido n'est pas un accident : c'est le même système. Cela suggère une définition modeste de l'humeur, que l'étude a voulu mettre à l'épreuve : être bien, c'est d'abord n'avoir ni faim, ni soif, ni trop chaud, ni mal dormi, ni mal digéré, ni mal quelque part, ni envie pressante — *tous les voyants éteints*. L'humeur serait moins un état qu'un tableau de bord dont on ne remarque que les alarmes.

1.4 Écouter n'est pas jouer

L'hypothèse de départ portait sur la musique en général. La littérature oblige à la couper en deux. L'*écoute* : le plaisir musical libère de la dopamine dans le striatum, à l'anticipation puis au sommet du morceau (Salimpoor et al., 2011), et l'on peut l'augmenter ou le réduire en manipulant la dopamine (Ferreri et al., 2019) ; c'est rapide, c'est une autre voie que la sérotonine, et rien n'indique que cela laisse une trace. La musicothérapie ajoutée au traitement habituel aide à court terme dans la dépression, avec des preuves de qualité modérée (Aalbers et al., 2017) — ajoutée, non substituée. La *pratique* : apprendre un instrument modifie le cerveau de façon mesurable et lente. Les musiciens diffèrent des non-musiciens par la matière grise de régions motrices et auditives (Gaser et Schlaug, 2003) ; quinze mois de leçons suffisent à produire chez l'enfant des changements structurels corrélés aux progrès (Hyde et al., 2009) ; et la plasticité induite par l'entraînement musical est l'un des modèles les mieux documentés du domaine (Herholz et Zatorre, 2012). L'apprentissage y est *procédural* : il passe par les ganglions de la base et le cervelet, et se fait d'autant mieux que la délibération s'en retire.

Encart — La transe, ou le DJ qui tourne le dos

Les pratiquants décrivent un état que la psychologie appelle *flow* (Csikszentmihalyi, 1990) et qu'ils appellent plus volontiers transe : on joue, et à un moment on cesse de s'entendre penser. Dietrich (2003) en a proposé une lecture neurologique, l'*hypofrontalité transitoire* : dans ces états, les régions préfrontales qui surveillent et commentent se mettent en retrait. Limb et Braun (2008) l'ont observé en imagerie chez six pianistes de jazz : pendant l'improvisation, le cortex préfrontal dorsolatéral — celui du contrôle et de l'autosurveillance — se désactive largement, tandis que le préfrontal médian s'active. Dans les termes de la métaphore : la transe est le moment où le DJ tourne le dos. Ce qui se joue alors se joue sans lui ; et quand il se retourne, la table n'est plus tout à fait la même.

1.5 L'écho des études précédentes

L'étude n°53 a montré qu'un geste répété change de circuit — du striatum ventral, où il est voulu, au striatum dorsal, où il se déclenche — et que le contrôle s'en désengage à mesure. L'étude n°37 avait vérifié qu'un composé reproduisant un état serait classé parmi les stupéfiants avant d'être classé parmi les remèdes. L'étude n°81 a donné la formule que la présente étude réemploie : *exact comme expérience, faux comme mécanisme.* La prédiction qui s'en tire : si la pratique d'un instrument fait à l'humeur quelque chose qui ressemble à ce que font les ISRS, ce ne sera pas par la même voie ; ce sera par la même *manière* — un réglage déplacé hors de la vue du contrôle, et des semaines pour s'équilibrer autour.

1.6 La question, et les deux falsificateurs

La question : la pratique d'un instrument présente-t-elle les trois signatures de ce qui touche aux boutons — délai, persistance, coût de l'arrêt —, et l'écoute en présente-t-elle une seule ? Deux falsificateurs, déposés avant les données, testés en premier. **« La Molécule »** : (a) la pratique relève le plancher d'humeur d'une amplitude comparable à celle observée à l'installation d'un ISRS ; (b) avec le même profil — même délai, même effet sur le plafond, même émoussement. **« L'Arrêt »** : (a) l'effet de la pratique tient les jours où l'on ne joue pas, à la différence de l'écoute ; (b) et il se quitte sans manque, à la différence des ISRS. Si les deux (b) tiennent, la pratique est un ISRS sans inconvénients, et il faudra relire les données. S'ils tombent, la règle 24 s'applique : la moitié qui tient devient le résultat, et la moitié qui tombe en donne le prix.

Encart — Sur le mot « falsificateur »

Un falsificateur est une prédiction que l'étude s'engage à publier même si elle tombe. Il est déposé avant les données, testé en premier, et ses deux moitiés sont rapportées séparément. Quand la première moitié tient et la seconde tombe, le falsificateur est tombé — pas « à moitié confirmé » —, et la moitié qui tient devient un résultat à part entière. C'est la règle 24 de l'Institut.

2. Méthode

2.1 Trois groupes, trois suivis

Les trois groupes. 1 800 adultes de 25 à 65 ans, suivis huit semaines. *600 personnes sous ISRS*, à dose stable depuis au moins six mois, prescrite et suivie par leur médecin, qui a été informé de l'étude et à qui rien n'a été demandé. *600 pratiquants* : au moins trois heures par semaine d'un instrument depuis au moins deux ans, amateurs pour 91 %, sans traitement psychotrope. *600 auditeurs* : au moins une heure d'écoute attentive par jour, aucune pratique, aucun traitement — le groupe témoin de la fenêtre.

Les trois suivis naturalistes, douze semaines, 410 personnes recrutées à part. *140 débuts d'ISRS* : des adultes à qui leur médecin venait de prescrire un premier ISRS, pour quelque indication que ce soit, et qui ont accepté de tenir le journal dès la veille de la première prise. *150 débutants d'instrument* : des adultes commençant un instrument, dont 90 l'avaient choisi et 60 avaient pris

celui qui se trouvait là — le piano de la maison, la guitare d'un frère. *120 pratiquants en pause* : des pratiquants réguliers contraints d'arrêter au moins deux semaines pour une raison extérieure — déménagement, voyage, instrument en réparation, poignet plâtré.

2.2 Ce que l'Institut n'a pas fait

Il n'a modifié, suggéré ni commenté aucune prescription. Il n'a demandé à personne d'oublier une prise : les doses oubliées analysées sont celles que les participants ont déclarées d'eux-mêmes dans le journal, et chacune a déclenché un rappel de la consigne de leur médecin. Il n'a demandé à aucun pratiquant d'arrêter. Il n'a pas proposé d'instrument à une personne sous traitement, ni de traitement à un pratiquant. Et il n'a pas mesuré la pratique chez des personnes déprimées : les débuts d'ISRS concernent des personnes à qui un médecin a jugé utile d'en prescrire un ; les débutants d'instrument sont des adultes tout-venant. **Les deux courbes ne partent pas du même endroit, et l'étude ne compare pas deux traitements.** Elle compare deux profils temporels.

2.3 Les instruments de mesure

Le journal plancher-plafond (annexe B) : quatre fois par jour, à heures tirées au sort, une seule question — « comment ça va, là ? » — de 0 à 10. De chaque journée on ne retient ni la moyenne ni la dernière note, mais la plus basse (le *plancher*) et la plus haute (le *plafond*) : la règle 62 de l'Institut veut qu'on regarde la variance avant la moyenne, et une humeur moyenne de 6 ne distingue pas une journée entre 5 et 7 d'une journée entre 2 et 10. **L'inventaire des voyants (IV-12)** (annexe A) : à chaque saisie, douze cases à cocher — faim, soif, trop chaud ou trop froid, mal dormi, digestion, vessie, transit, posture, douleur, bruit, fatigue, tension. **L'émoussement** : un item, emprunté à la littérature sur les effets émotionnels des antidépresseurs — « ces derniers temps, je ressens moins, en bien comme en mal ». **La transe** (annexe C) : « en jouant cette semaine, y a-t-il eu un moment où vous avez cessé de vous entendre penser ? » — fréquence et durée estimée. **La question ouverte**, posée en fin de suivi aux trois groupes : « qu'est-ce qui a changé en vous ? » **La séance d'écoute** : pour les auditeurs, un morceau choisi, humeur avant, puis à vingt minutes, deux heures et vingt-quatre heures.

2.4 Analyses

Les deux falsificateurs avant tout autre calcul, leurs moitiés dans l'ordre. Puis : le gain de plancher et de plafond par semaine dans les trois suivis ; le plancher des jours sans pratique et des jours sans écoute ; la trajectoire des 120 pauses ; la part de l'humeur du jour expliquée par les voyants ; et la fréquence des transes comme prédicteur du gain. Le Dr Osei-Mensah a exigé que les gains soient exprimés en points de plancher par rapport à la propre ligne de base de chacun, jamais en comparaison entre groupes : « trois populations qui ne se ressemblent pas ne se soustraient pas ; elles se superposent, et on regarde la forme ».

3. Résultats

3.1 L'écoute : une fenêtre

Chez les auditeurs, un morceau choisi relève l'humeur de 2,1 points à vingt minutes, de 0,4 à deux heures, de 0,0 le lendemain. L'effet ne s'use pas : sur huit semaines, la corrélation entre le rang de la semaine et l'effet à vingt minutes est de 0,02 — le millième morceau fait ce que faisait le premier. Le plancher du jour, lui, ne bouge pas d'une semaine à l'autre (0,0 de la première à la douzième), et les jours sans musique ne se distinguent pas des autres (0,0). **Aucune des trois signatures.** Pas de délai : l'effet est immédiat. Pas de persistance : il s'éteint avec le son. Pas de coût de l'arrêt : il n'y a rien à quitter. L'écoute est la chose la plus efficace de l'étude à vingt minutes et la moins efficace à vingt-quatre heures, et c'est le même fait : elle passe dans la table telle qu'elle est réglée, et la laisse comme elle l'a trouvée.

3.2 Le délai

« La Molécule », première moitié. Chez les 140 personnes commençant un ISRS, le plancher ne bouge pas à deux semaines (+0,1), gagne 0,9 à quatre, 1,6 à six, 1,8 à huit, et s'y tient à douze. Chez les 150 débutants d'instrument, il ne bouge ni à deux ni à quatre semaines (0,0), gagne 0,3 à six, 0,6 à huit, et 1,7 à douze. À douze semaines, les deux gains sont comparables : +1,8 et +1,7. La première moitié tient. Les deux courbes ont la même forme — un plat, puis une montée, puis un palier que la pratique n'a pas encore atteint à douze semaines — et ne diffèrent que par l'échelle de temps : quatre à six semaines pour la molécule, huit à douze pour l'instrument. **Le plat du début est le résultat le plus instructif de l'étude.** Pendant un mois, le débutant joue chaque jour et son humeur n'en sait rien ; pendant deux semaines, la personne sous ISRS a déjà toute la molécule qu'elle aura et son humeur n'en sait rien non plus. Pour la molécule, on sait ce qui a été déplacé le premier jour : c'est de la pharmacologie. Pour l'instrument, on ne le sait pas : on observe la même forme, et c'est l'hypothèse de l'étude — non une donnée — que d'y lire la même chose. Dans les deux cas, ce qu'on mesure ressemble à un rééquilibrage plus qu'à une action.

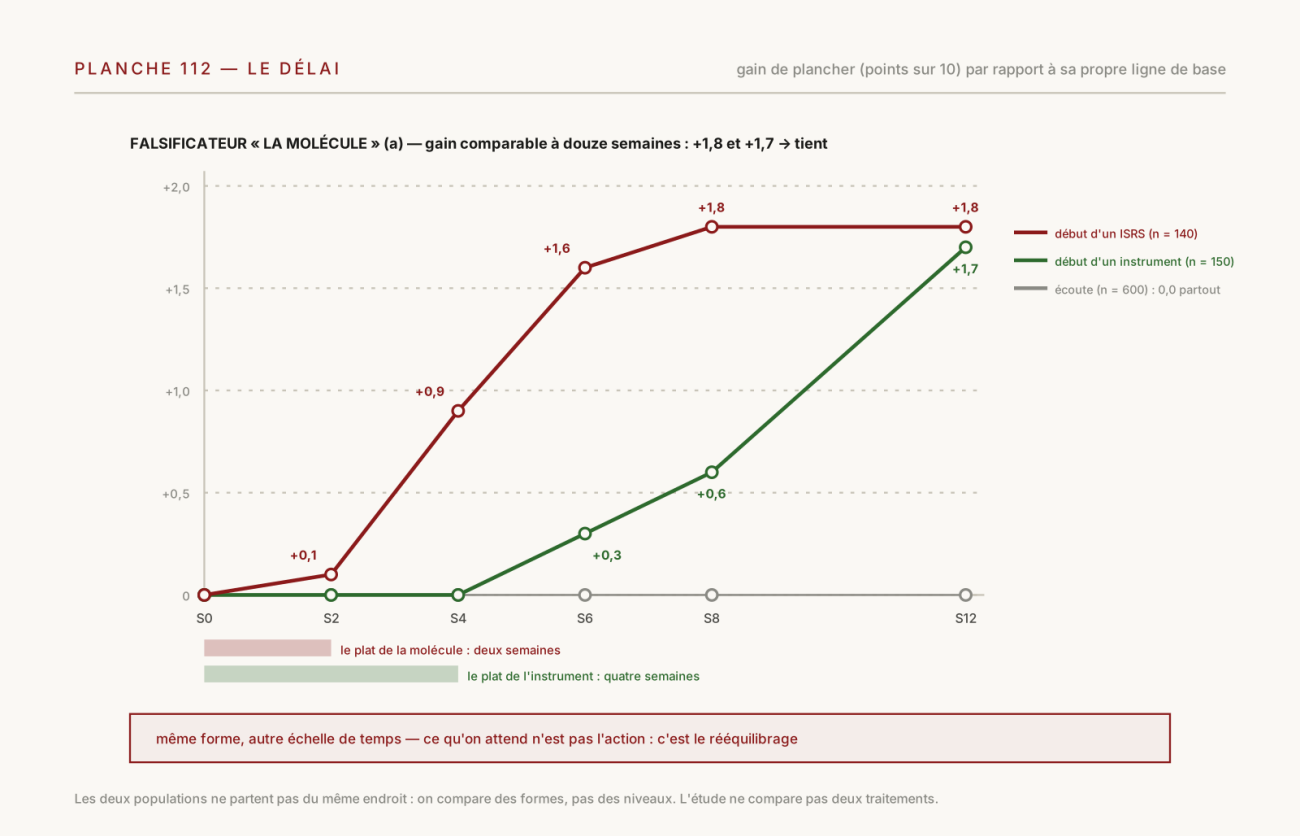


Planche 112 — Le délai. Même forme, autre échelle de temps. Les deux populations ne partent pas du même endroit : on compare des formes, pas des niveaux.

3.3 Le plancher et l'escalier

« La Molécule », seconde moitié. Le profil n'est pas le même, et il diffère sur trois points. Le délai, on l'a vu, double. Le plafond : sous ISRS, il ne bouge pas (+0,1, ns) — les bons moments ne sont pas meilleurs, les mauvais sont moins mauvais ; chez les débutants d'instrument, il gagne 1,1 point. Et l'émoussement : 44 % des personnes sous ISRS cochent « je ressens moins, en bien comme en mal » — chiffre voisin des 46 % rapportés par Goodwin et collègues (2017) —, contre 6 % des pratiquants et 5 % des auditeurs. La seconde moitié tombe. La molécule pose un *plancher* : elle empêche de descendre, ce qui est exactement ce qu'on lui demande quand on descend trop ; elle ne fait pas monter, et elle n'a jamais prétendu le faire. La pratique construit un *escalier* : elle relève le bas et le haut. Ce n'est pas une supériorité — on ne construit pas un escalier à quelqu'un qui tombe, on lui met un plancher —, c'est une différence de nature entre deux réglages déplacés. Quant à la voie, l'étude ne l'a pas mesurée et la littérature la dit autre : dopamine et circuits moteurs d'un côté, sérotonine de l'autre. Deux mains différentes sur deux boutons différents de la même table.

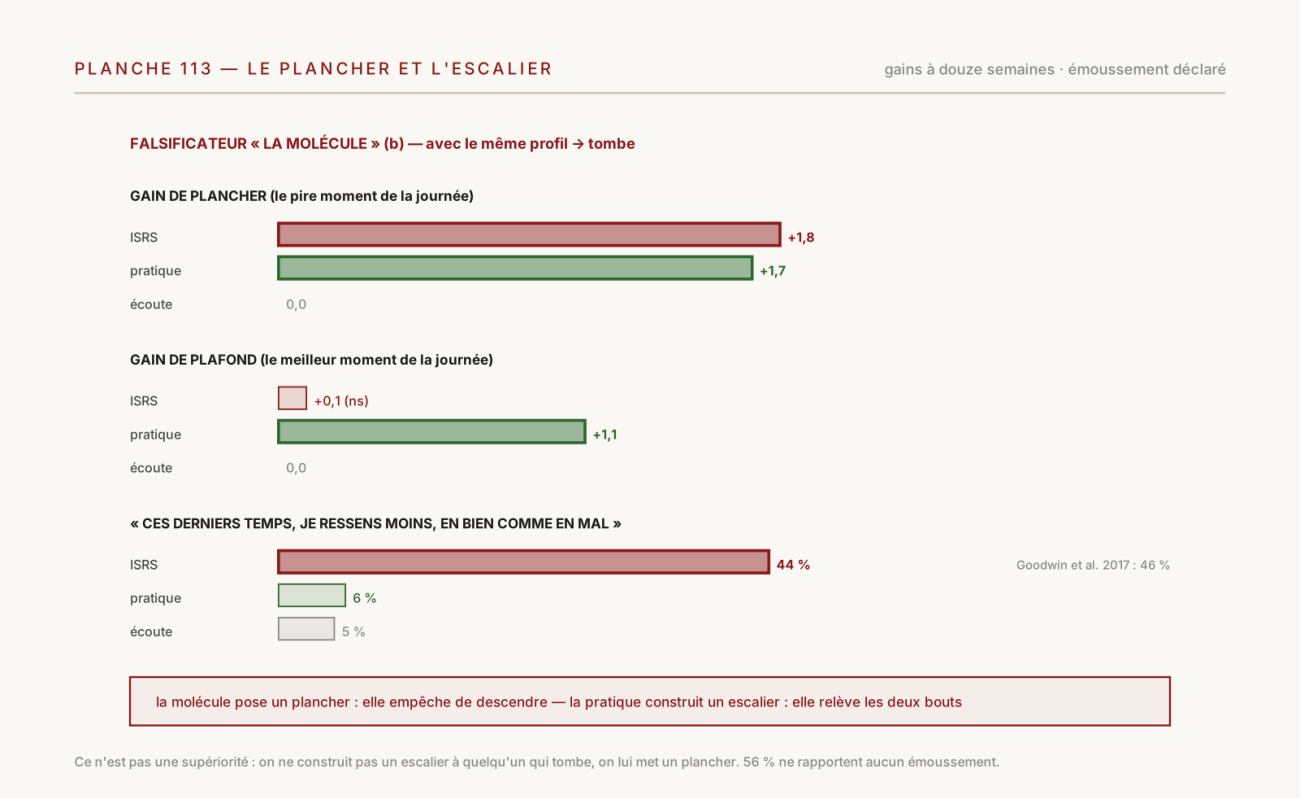


Planche 113 — Le plancher et l'escalier. La molécule empêche de descendre ; la pratique relève les deux bouts.

3.4 L'arrêt

« L'Arrêt », première moitié. Les jours où les pratiquants ne jouent pas, leur plancher ne se distingue pas de celui des jours où ils jouent (−0,1, ns). L'effet tient sans le geste, à la différence de l'écoute, dont il ne reste rien le lendemain. La première moitié tient : ce que la pratique a déplacé reste déplacé quand la main n'est plus sur le bouton.

Seconde moitié. Les 120 pratiquants contraints à la pause ne reviennent pas à leur ligne de base : ils passent dessous — dans un dessin naturaliste, où ce qui impose la pause peut peser aussi (section 5). Le plancher tient la première semaine, puis perd 1,2 point à la deuxième, et ne retrouve son niveau que trois semaines après la reprise. Les participants ont un mot pour cela, que l'Institut rapporte sans l'adopter — « je suis en manque de piano » —, et une description plus exacte : « ce n'est pas que ça me manque ; c'est que je vais moins bien et que je ne sais pas pourquoi, jusqu'à ce que je rejoue ». Du côté des ISRS, les doses oubliées déclarées par les participants — 212 épisodes en huit semaines — sont suivies d'une baisse de plancher de 0,9 point au deuxième et au troisième jour, plus marquée pour les molécules à demi-vie courte, ce qui est conforme à ce que la pharmacologie en dit. La seconde moitié tombe. **Ce qui tient sans vous vous manque sans lui.** La persistance et le coût de l'arrêt ne sont pas deux propriétés ; c'est la même, vue des deux côtés. Un effet qui survit à l'absence du geste est un réglage déplacé, et un réglage déplacé ne se remet pas en place en retirant la main : le DJ a déjà tout refait autour.

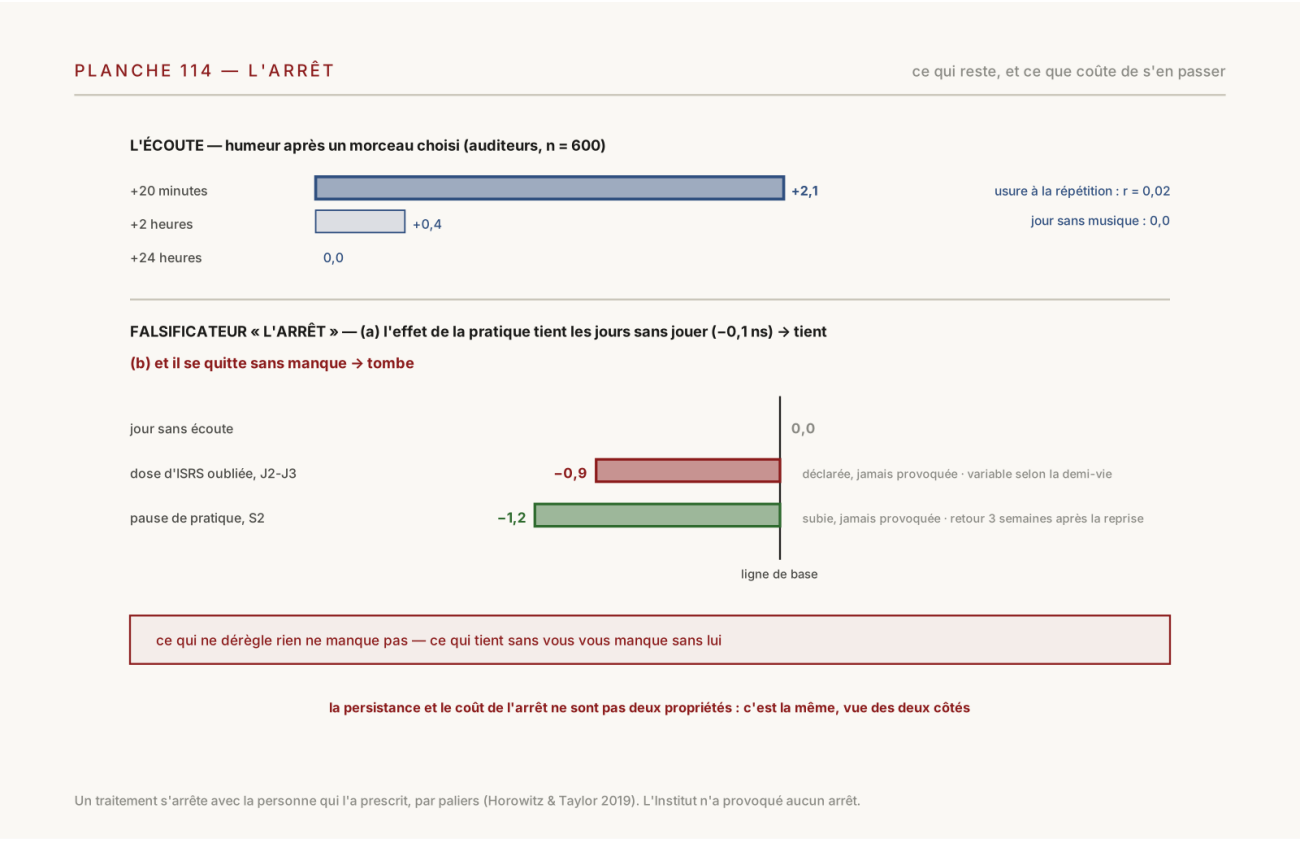


Planche 114 — L'arrêt. Ce qui ne dérègle rien ne manque pas ; ce qui tient sans vous vous manque sans lui.

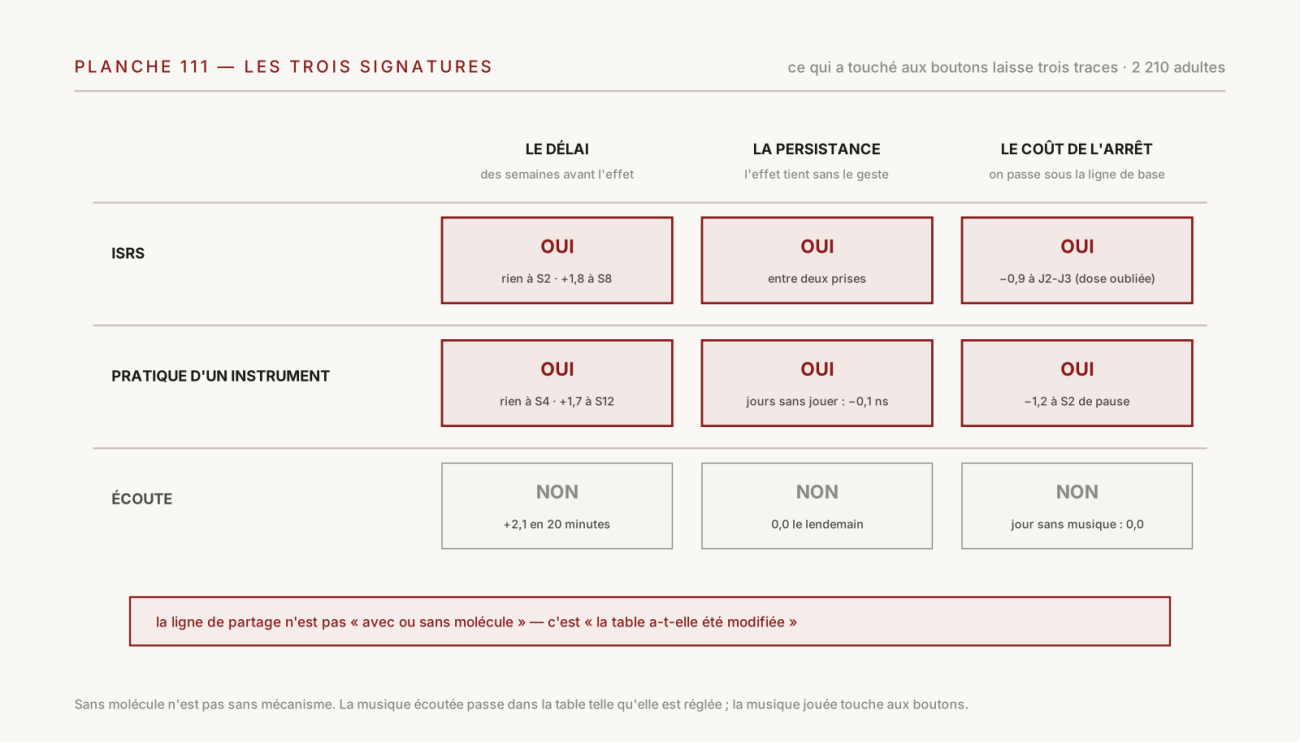


Planche 111 — Les trois signatures. La ligne de partage n'est pas « avec ou sans molécule » ; c'est « la table a-t-elle été modifiée ».

3.5 La transe, et « je ne sais pas »

64 % des pratiquants rapportent au moins un épisode de transe par semaine. Leur fréquence prédit le gain de plancher (r = 0,41), mieux que le nombre d'heures jouées (r = 0,19) : ce n'est pas le temps passé à l'instrument qui compte, c'est le temps passé à

l'instrument *sans s'entendre penser*. Chez les débutants, la première transe survient à la septième semaine en médiane, et le premier gain mesurable à la huitième : elle précède. Et à la question ouverte de fin de suivi — « qu'est-ce qui a changé en vous ? » —, 83 % des pratiquants et 79 % des personnes sous ISRS donnent une réponse codée « je ne sais pas » : « je vais mieux mais je ne peux pas dire ce qui est différent », « rien de précis », « c'est comme avant, en moins bas ». Les auditeurs, eux, savent très bien ce que la musique leur fait, et le disent en détail. **On sait décrire ce qui passe par la fenêtre. On ne sait pas décrire ce qui a touché aux boutons** — parce que cela s'est fait le dos tourné, et que c'est la condition pour que cela se fasse.

3.6 Les voyants

L'inventaire des voyants explique 31 % de l'humeur du moment, dans les trois groupes et dans les mêmes proportions. Les saisies sans aucun voyant allumé donnent une humeur de 7,4 ; celles où quatre voyants ou plus sont allumés, 5,1. Ni l'ISRS ni la pratique n'en éteignent un seul : le nombre moyen de voyants allumés par jour est de 3,1 sous ISRS, 2,9 chez les pratiquants, 3,0 chez les auditeurs. Près d'un tiers de ce qu'on appelle l'humeur est donc de la physiologie ordinaire — avoir faim, avoir mal dormi, être mal assis —, sur laquelle rien de ce que l'étude a mesuré n'agit. Les deux tiers restants sont ce que la molécule et l'instrument déplacent ; le premier tiers se règle en mangeant.

3.7 Le deuxième instrument

Chez les débutants, l'instrument « prend » — la personne joue encore à douze semaines et son plancher a monté — dans 70 % des cas quand elle l'a choisi (63 sur 90), et 27 % quand elle a pris celui qui se trouvait là (16 sur 60). Sur les 71 chez qui il n'a pas pris, 30 en ont essayé un autre ; il a pris chez 7, soit 23 %. L'Institut rapporte le rapprochement sans le forcer : dans STAR*D, la deuxième molécule conduisait à la rémission environ une personne sur cinq. Dans les deux cas, personne ne savait à l'avance laquelle ; dans les deux cas, on essaie ; et dans les deux cas, l'échec du premier essai ne dit rien de la personne.

« Sans molécule n'est pas sans mécanisme. La musique écoutée passe dans la table telle qu'elle est réglée ; la musique jouée touche aux boutons. » Section 4.1

4. Discussion

4.1 La ligne de partage

L'étude était partie pour comparer un médicament et la musique. Elle a trouvé une autre frontière. D'un côté, ce qui traverse l'organisme sans le modifier : l'écoute — immédiate, intacte à la millième fois, gratuite à quitter, et dont il ne reste rien. De l'autre, ce qui déplace un réglage : l'ISRS et la pratique — lents, durables, et qui se paient à l'arrêt. « Sans molécule » ne range pas la pratique du premier côté. Ce qui la range du second, c'est qu'elle fait au cerveau ce que le cerveau ne défait pas en une nuit ; et les trois signatures sont la trace de ce travail, pas celle d'une substance. On croit souvent qu'une intervention « naturelle » est une intervention sans contrepartie. Les données disent l'inverse : **la contrepartie est le signe que quelque chose a été fait.** L'écoute ne présente ici aucun coût, parce qu'elle ne laisse ici aucune trace mesurable.

4.2 Pourquoi le dos tourné

Le résultat le plus stable de l'étude est que ni les pratiquants ni les personnes sous ISRS ne savent dire ce qui a changé, et que la transe prédit le gain mieux que les heures. Les deux vont dans le sens de l'hypofrontalité : ce qui déplace un réglage le fait d'autant mieux que le contrôle n'y assiste pas. La molécule n'a pas besoin de cette condition — elle passe par le sang —, mais elle en partage la conséquence : le changement arrive sans récit. La psychothérapie fait l'inverse, et l'Institut le note sans l'avoir mesuré ici : elle change les choses en les faisant passer par la parole, donc par le DJ, qui sait ensuite ce qu'il a touché. Trois manières de déplacer un réglage — par le sang, par le geste, par le récit —, dont deux à l'insu de l'intéressé. Il serait surprenant qu'elles soient interchangeables, et rien dans cette étude ne dit qu'elles le sont.

4.3 Sur le mot « antidépresseur »

Les données de l'étude décrivent ce que fait un ISRS installé : il relève le plancher, laisse le plafond, émousse chez près d'une personne sur deux. « Antidépresseur » nomme l'indication ; « régulateur de l'humeur » serait plus juste, mais le mot est pris — les *thymorégulateurs* désignent le lithium et les molécules apparentées. L'Institut ne propose pas de rebaptiser une classe thérapeutique. Il propose, pour lire ses propres planches, le mot de *plancher* : c'est ce que la molécule pose, c'est ce qu'on lui demande quand on descend trop bas, et c'est ce que les participants décrivent — « c'est comme avant, en moins bas ».

4.4 Ce que le résultat ne dit pas

Il ne dit pas que la pratique d'un instrument traite la dépression : elle n'a été mesurée chez aucune personne déprimée, et une personne déprimée est précisément quelqu'un pour qui commencer un instrument et tenir un mois sans effet est le plus difficile.

Il ne dit pas que la pratique vaut un ISRS, ni qu'elle le remplace, ni qu'elle le complète : l'étude n'a croisé les deux chez personne. Il ne dit pas que les ISRS « ne font qu'émousser » : ils relèvent le plancher de 1,8 point chez des gens qui en avaient besoin, et 56 % ne rapportent aucun émoussement. Il ne dit pas que l'écoute ne sert à rien : elle est ce que l'étude a trouvé de plus efficace à vingt minutes, et il y a des jours où vingt minutes sont ce qu'il faut. Il ne dit pas que la contrepartie est un défaut. Et il ne dit à personne d'arrêter quoi que ce soit.

Encart — Position de l'Institut

L'Institut n'a modifié aucune prescription et n'en conseille aucune. La seule chose qu'il ait demandée aux médecins des participants est : rien. Il a comparé des formes de courbes entre des populations qui ne se ressemblent pas, et il le répète parce que c'est la phrase qu'on oubliera en premier. Ce que l'étude montre, c'est que deux choses qui touchent aux boutons se ressemblent ; pas que l'une remplace l'autre. Un traitement se commence, s'ajuste et s'arrête avec la personne qui l'a prescrit, par paliers et sans improviser — c'est d'ailleurs ce que l'étude vient d'expliquer : le réglage d'origine n'existe plus. Quant au piano, l'Institut ne le prescrit pas non plus. Il note seulement que 120 personnes qui ont dû s'en passer deux semaines sont allées moins bien, et que c'est la meilleure preuve qu'il leur faisait quelque chose.

5. Limites

La limite principale est écrite en 2.2 et se répète ici : les débuts d'ISRS concernent des personnes à qui un médecin a prescrit un traitement, les débuts d'instrument des adultes tout-venant ; un gain de 1,8 point à partir d'un plancher bas et un gain de 1,7 à partir d'un plancher ordinaire ne sont pas le même événement, et la ressemblance des courbes est une ressemblance de forme. Les suivis sont naturalistes : personne n'a été tiré au sort pour commencer un instrument, et ceux qui en commencent un à l'âge adulte et tiennent douze semaines ne sont pas n'importe qui — les 31 % qui ont abandonné avant la fin n'ont pas de courbe. La pause étudiée est une pause subie : une part de la baisse peut tenir à ce qui a causé la pause — un déménagement, un plâtre — plutôt qu'à l'absence de l'instrument ; l'Institut l'a contrôlé en partie (la baisse est la même chez ceux dont l'instrument était simplement en réparation), pas en totalité. Les doses oubliées sont déclarées, donc sous-estimées. La transe est rapportée, jamais observée. Le journal mesure une humeur du moment, pas un état clinique. Et le falsificateur qui suivrait — **« Le Récit »** : ce qui déplace un réglage en passant par la parole présente-t-il les mêmes trois signatures, et sait-on dire, cette fois, ce qui a changé ? — n'a pas été testé. Le Conseiller Clinique a un avis. L'Institut attendra les données.

Déclarations

Approbation éthique. Le Comité a approuvé le protocole au titre de l'article 7, avec six exigences : que les deux falsificateurs soient testés avant tout autre calcul ; qu'aucune prescription ne soit modifiée, suggérée ni commentée ; qu'aucun arrêt, de traitement ou de pratique, ne soit provoqué ; que toute dose oubliée déclarée déclenche le rappel de la consigne du médecin ; que la phrase « l'étude ne compare pas deux traitements » figure dans le résumé, la méthode, la discussion et les limites ; et que le mot « sevrage » ne soit employé pour un instrument qu'entre guillemets et dans la bouche des participants.

Consentement. Les participants ont consenti à « une étude sur l'humeur au fil des jours ». Les médecins des 740 personnes sous ISRS ont été informés par courrier ; aucun n'a été sollicité. Le débriefing a présenté les trois signatures et rappelé, à chaque personne sous traitement, que rien dans l'étude ne constitue un avis sur le sien.

Contributions. L. Vermeulen-Achour a dirigé l'Observatoire du Plancher, conçu le journal à quatre saisies, et obtenu que l'on jette la moyenne : « une moyenne d'humeur est la température moyenne d'un hôpital ». C. Rinaldi-Tshibangu a dirigé le Laboratoire de la Pratique, recruté les 150 débutants, et noté que « le premier mois, ils jouent tous les jours et il ne se passe rien, et c'est exactement à ce moment-là qu'il se passe quelque chose ». J. Kessler a dirigé l'Unité du Délai et superposé les deux courbes après avoir refusé trois fois de les soustraire. S. Delattre a dirigé le Service de la Table de Mixage, suivi les 120 pauses, et tenu à ce qu'aucune ne soit provoquée, « y compris celle du participant qui proposait de se casser le poignet pour la science ». Le Dr K. Osei-Mensah a conduit les modèles et vérifié que les voyants expliquaient la même part d'humeur dans les trois groupes : « un tiers de leur état d'âme est un sandwich ; je l'ai refait deux fois ». Mme É. Beaumont-Schiavetti a tenu le journal pendant huit semaines par solidarité et rendu un plancher de 7, un plafond de 7 et la mention « je ne vois pas ce que vous cherchez ». Le correspondant de l'Institut a demandé si l'écoute d'un pratiquant comptait comme écoute ou comme pratique ; la question a occupé une réunion ; elle figure en annexe C. Le Conseiller Clinique a fourni la métaphore du DJ, le matériau composite de l'annexe D, transposé, et la phrase qui a servi de garde-fou à chaque section : « une ressemblance n'est pas une ordonnance ».

Disponibilité des données. Les instruments sont en annexes A, B et C, libres d'usage, à condition que le journal soit exploité en plancher et en plafond, jamais en moyenne, et qu'aucun résultat ne soit présenté comme une comparaison de traitements.

Références

– Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C. F., Vink, A. C., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X.-J. et Gold, C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD004517.

– Benmansour, S., Owens, W. A., Cecchi, M., Morilak, D. A. et Frazer, A. (2002). Serotonin clearance in vivo is altered to a greater extent by antidepressant-induced downregulation of the serotonin transporter than by acute blockade of this transporter. *Journal of Neuroscience*, 22(15), 6766-6772.

– Casarotto, P. C., Girych, M., Fred, S. M. et al. (2021). Antidepressant drugs act by directly binding to TRKB neurotrophin receptors. *Cell*, 184(5), 1299-1313.

– Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G. et al. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder. *The Lancet*, 391(10128), 1357-1366.

– Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. Harper & Row.

– Dietrich, A. (2003). Functional neuroanatomy of altered states of consciousness: the transient hypofrontality hypothesis. *Consciousness and Cognition*, 12(2), 231-256.

– Ferreri, L., Mas-Herrero, E., Zatorre, R. J. et al. (2019). Dopamine modulates the reward experiences elicited by music. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(9), 3793-3798.

– Gaser, C. et Schlaug, G. (2003). Brain structures differ between musicians and non-musicians. *Journal of Neuroscience*, 23(27), 9240-9245.

– Goodwin, G. M., Price, J., De Bodinat, C. et Laredo, J. (2017). Emotional blunting with antidepressant treatments: a survey among depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 221, 31-35.

– Herholz, S. C. et Zatorre, R. J. (2012). Musical training as a framework for brain plasticity: behavior, function, and structure. *Neuron*, 76(3), 486-502.

– Honig, G., Jongsma, M. E., van der Hart, M. C. G. et Tecott, L. H. (2009). Chronic citalopram administration causes a sustained suppression of serotonin synthesis in the mouse forebrain. *PLoS ONE*, 4(8), e6797.

– Horowitz, M. A. et Taylor, D. (2019). Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *The Lancet Psychiatry*, 6(6), 538-546.

– Hyde, K. L., Lerch, J., Norton, A., Forgeard, M., Winner, E., Evans, A. C. et Schlaug, G. (2009). Musical training shapes structural brain development. *Journal of Neuroscience*, 29(10), 3019-3025.

– Institut du Constat Fondamental (2026). La Contenance. Étude n°53. — La Titration de l'Attachement. Étude n°37. — La Démangeaison. Étude n°81.

– Limb, C. J. et Braun, A. R. (2008). Neural substrates of spontaneous musical performance: an fMRI study of jazz improvisation. *PLoS ONE*, 3(2), e1679.

– Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P. et Horowitz, M. A. (2022). The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, 28, 3243-3256.

– Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R. et al. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1905-1917. — Rush, A. J., South, C., Jha, M. K., Jain, S. B. et Trivedi, M. H. (2020). What to expect when switching to a second antidepressant medication following an ineffective initial SSRI. *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(5), 19m12949.

– Salimpoor, V. N., Benovoy, M., Larcher, K., Dagher, A. et Zatorre, R. J. (2011). Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music. *Nature Neuroscience*, 14(2), 257-262.

– Siesser, W. B., Sachs, B. D., Ramsey, A. J. et al. (2013). Chronic SSRI treatment exacerbates serotonin deficiency in humanized Tph2 mutant mice. *ACS Chemical Neuroscience*, 4(1), 84-88.

Annexe A — L'inventaire des voyants (IV-12)

N°	Voyant	Formulation (case à cocher : « là, maintenant »)
1	Faim	J'ai faim.

N°	Voyant	Formulation (case à cocher : « là, maintenant »)
2	Soif	J'ai soif.
3	Température	J'ai trop chaud ou trop froid.
4	Sommeil	J'ai mal ou trop peu dormi cette nuit.
5	Digestion	Je digère mal ce que j'ai mangé.
6	Vessie	J'ai besoin d'uriner et je me retiens.
7	Transit	Même question, autre voyant.
8	Posture	Je suis mal installé(e).
9	Douleur	J'ai mal quelque part.
10	Bruit	Il y a un bruit que je ne peux pas arrêter.
11	Fatigue	Je suis fatigué(e).
12	Tension	Je suis tendu(e) sans savoir pourquoi.

Tableau A. L'item 12 est le seul qui ne soit pas un voyant : c'est le signal qu'un voyant est allumé et qu'on n'a pas trouvé lequel. Il est coché dans 23 % des saisies et disparaît, dans 61 % de ces cas, après un repas.

Annexe B — Le journal plancher-plafond

Quatre saisies par jour, à heures tirées au sort entre le lever et le coucher déclarés, par notification. Une question : « Comment ça va, là ? » — de 0 à 10, sans libellé intermédiaire. Puis l'inventaire des voyants. Durée médiane d'une saisie : 14 secondes. De chaque journée, on retient la note la plus basse (plancher) et la plus haute (plafond) ; une journée de moins de trois saisies est écartée. La ligne de base de chacun est la médiane de ses planchers et de ses plafonds sur les sept premiers jours (suivis) ou sur les huit semaines (groupes). Tous les gains sont exprimés par rapport à la ligne de base de la personne elle-même.

Annexe C — La transe, la pratique, et la question du correspondant

L'item de transe, hebdomadaire : « En jouant cette semaine, y a-t-il eu un moment où vous avez cessé de vous entendre penser ? » — jamais / une fois / plusieurs fois / à presque chaque séance ; puis « combien de temps, à peu près ? ». **La pratique** est déclarée chaque soir : minutes jouées, instrument. **« Prendre »** : la personne joue encore à la douzième semaine au moins trois fois par semaine, et son plancher a gagné au moins un point. **La question du correspondant** — l'écoute d'un pratiquant est-elle une écoute ou une pratique ? — a été tranchée par les données : chez les pratiquants, écouter un morceau qu'ils savent jouer donne à vingt minutes le même +2,1 que chez les auditeurs, et rien le lendemain. Écouter reste écouter, même quand on sait jouer. Le correspondant s'est dit déçu.

Annexe D — Trois récits

Trois participants ont accepté que leurs réponses à la question ouverte soient reproduites. Matériau composite, transposé ; aucun n'est identifiable.

Q. Une participante sous ISRS depuis trois ans, plancher stable, émoussement coché.

« Ce qui a changé ? Je ne sais pas. Avant, il y avait des jours où je n'arrivais pas à me lever, et maintenant il n'y en a plus. Mais je ne suis pas plus joyeuse, je suis… à niveau. [question d'une des chercheuses : et ça vous convient ?] C'est une question pour mon médecin, ça, non ? Elle me la pose tous les six mois. Je réponds oui. Je préfère un plancher à un trou. »

Q. Un débutant de cinquante-deux ans, piano, première transe à la sixième semaine.

« Le premier mois, j'ai cru que j'avais passé l'âge. Je faisais mes gammes, c'était moche, et je n'en retirais rien. Et puis un soir j'ai levé la tête et il était vingt-trois heures. Je ne sais pas où j'étais. [question d'un des chercheurs : et depuis ?] Depuis je vais mieux, mais ce n'est pas quand je joue que je vais mieux. C'est le mardi au bureau. Je ne vois pas le rapport, mais il y en a un. »

Q. Une violoncelliste amateur, instrument chez le luthier pendant dix-neuf jours.

« La première semaine, rien, j'étais même contente d'avoir du temps. La deuxième, j'ai commencé à m'énerver pour des bêtises. Mon mari m'a dit : tu n'aurais pas un problème ? J'ai dit non. C'est lui qui a fait le lien. [question d'une des chercheuses : et à la reprise ?] Ce n'est pas revenu tout de suite. Il a fallu trois semaines. C'est ça qui m'a fait peur, en fait : pas le manque — le temps que ça a mis à revenir. »