



Pour citer cet article :

Nicolas Jaud,
" À la recherche de la voix perdue : une musicothérapie en addictologie ",
Revue Française de Musicothérapie, Volume XXXIX, , ,
mis en ligne le 11 février 2021.
URL : <http://revel.unice.fr/rmusicotherapie/index.html?id=4298>

[Voir l'article en ligne](#)

AVERTISSEMENT

Les publications du site REVEL sont protégées par les dispositions générales du Code de la propriété intellectuelle.

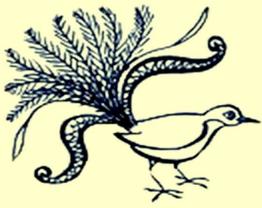
Conditions d'utilisation - respect du droit d'auteur et de la propriété intellectuelle

L'accès aux références bibliographiques et au texte intégral, aux outils de recherche ou au feuilletage de l'ensemble des revues est libre, cependant article, recension et autre contribution sont couvertes par le droit d'auteur et sont la propriété de leurs auteurs.

Les utilisateurs doivent toujours associer à toute unité documentaire les éléments bibliographiques permettant de l'identifier correctement et notamment toujours faire mention du nom de l'auteur, du titre de l'article, de la revue et du site Revel. Ces mentions apparaissent sur la page de garde des documents sauvegardés sur les postes des utilisateurs ou imprimés par leur soin.

L'université de Nice-Sophia Antipolis est l'éditeur du portail REVEL@Nice et à ce titre détient la propriété intellectuelle et les droits d'exploitation du site.

L'exploitation du site à des fins commerciales ou publicitaires est interdite ainsi que toute diffusion massive du contenu ou modification des données sans l'accord des auteurs et de l'équipe Revel.



La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume XXXIX - Numéro 02 - décembre 2020

À la recherche de la voix perdue : une musicothérapie en addictologie

Nicolas Jaud

Musicothérapeute, Saint Nazaire (44).

Résumé

La musicothérapie en addictologie permet d'engager un processus thérapeutique qui ne s'appuie pas essentiellement sur la parole, mais s'articule sur une utilisation du sonore, du musical et du corporel. Notre réflexion s'est posée sur l'articulation possible qui semble exister entre la voix, la symbolisation et le processus de subjectivation de la personne, chose qui fait généralement défaut dans les troubles des addictions. Pour cela, nous nous sommes appuyé sur une méthode d'exploration vocale originale.

Mots clefs

Musicothérapie ; addictologie ; voix ; chant.

Abstract

Music therapy in addictology makes it possible to initiate a therapeutic process which is not essentially based on speech, but is based on the use of sound, music and body. Our study asked the possible articulation that would exist between the voice, the symbolization and the process of subjectivation of the person, which is generally lacking in addiction disorders. For this, we relied on an original vocal exploration method.

Keywords

Music Therapy; addictology; voice; singing.

L'accompagnement de la personne souffrant d'addiction prend du temps. C'est une clinique au long cours. Il faut du temps pour se rencontrer, du temps pour se faire confiance, créer une alliance solide et authentique. C'est un accompagnement qui nous met face à un paradoxe : comment être au plus proche tout en étant suffisamment à distance, manifester sa présence tout en laissant du vide ou plutôt se faire entendre tout en laissant des silences ? Il s'agit d'accompagner une mise en mouvement chez la personne pour qu'elle puisse se rapprocher d'un point d'équilibre, que ce soit par l'abstinence ou la réduction des risques. La prise en charge est généralement centrée sur des thérapies basées sur la parole et l'élaboration psychique. Cependant, nous professionnels, constatons que nous sommes souvent confrontés à des personnes qui ne parviennent pas à « se penser », à mettre en mots le symptôme qui s'interdit à eux. Comment parler de soi lorsqu'on ne peut pas se connaître ? Comment se « désidentifier » de l'addiction ? Et finalement quelle serait la fonction de celle-ci ?

Il est désormais admis que l'addiction vient nous questionner sur la problématique du lien, tout autant à l'autre qu'à soi. L'addiction évoquerait une incapacité à vivre seul avec soi-même : « une souffrance psychique indicible car impossible à représenter. Cette souffrance est « masquée par des symptômes qui se sont imposés comme des stratégies face à l'impact de la solitude éprouvée

seul ou au milieu des autres, révélant leur secrète fonction : pallier l'incapacité à être seul d'un sujet qui a modifié son être-au-monde » (Audibert, 2014, p.23). Face à cet échec ou défaillance de la transitionnalité, il n'y a plus de place pour la pensée : l'addiction exerce une centration dont on ne peut se détourner. Elle s'interdit et peine à être nommée. L'élaboration psychique est alors inaccessible. L'addiction signifie la privation d'un accès (ou d'un retour) à soi-même, donc d'être présent à soi. Cette qualité de présence relève de la capacité de se penser et se reconnaître comme un sujet à part entière, de pouvoir se subjectiver ou bien même s'individuer (processus par lequel une personne devient consciente de son individualité).

Ainsi, l'addiction nous rappelle qu'il est possible de se retrouver étranger à soi, loin de ses émotions, de ses sentiments, privé de son pouvoir d'agir sur son existence. Enfermé dans la conduite addictive, il n'y a pas d'autre choix que de se soumettre à l'usage. Être addicté, c'est perdre sa liberté, celle d'être soi et d'être avec l'autre. Nous comprenons donc que l'addiction est associée à une problématique de subjectivation : elle est associée à l'incapacité de « se » comprendre mais aussi surtout de s'entendre (reconnaître sa voix) comme le suggère l'alexithymie associée : elle se manifeste notamment par le passage à l'acte, un imaginaire et la symbolisation inaccessibles. On peut alors se demander s'il y a un manque à

combler, un manque à soi-même. L'addiction reposerait finalement sur un paradoxe : « celui de remplir pour faire le vide ». La personne ne peut se suffire à elle-même. Elle est dans l'incapacité de vivre seule ses propres vides, qu'elle doit remplir par un objet extérieur. Qu'en est-il alors de la capacité du sujet à vivre le silence ? Vivre le silence constitue un aboutissement. Vivre le silence, c'est l'intégrer, le vivre comme un lieu fertile, un lieu où on se crée et où on se rêve.

Nous ajouterons que l'addiction marque aussi l'abandon de la quête de sens existentiel : « la toxicomanie serait ainsi une manière de fuir la condition humaine de la finitude pour combler ce manque à être » (Quintin, in Perderon, 2013, p.2). Rappelons aussi Viktor Frankl : « L'homme a une volonté de sens, et la refouler conduit au vide existentiel et à la névrose noogène, ou névrose de civilisation, une névrose collective dont les symptômes sont l'addiction, la dépression et l'agression. » (Frankl, in Besson, 2018, p.58). Nous pouvons comprendre ici que l'addiction représente un vide existentiel qui rend alors impossible l'accès à soi. Être addicté, c'est être privé de soi-même. Toute forme de régression se refuse et s'interdit. L'usage ou le comportement addictif serait donc une tentative pour s'extraire du temps, une quête d'éternité pour revenir à un non-temps et à un non-être. Dans ce sens, il ne s'agirait pas de se « dissoudre » dans l'usage, mais plutôt de revenir à un temps de l'archaïque, de celui de

"l'avant d'être" : c'est le temps de l'originel, celui du retour à la matrice, mais aussi de l'indifférencié signant le retour à une *voie perdue*.

L'expérience de la musicothérapie permet aux personnes souffrant d'addiction de réemprunter cette voie dont elles ont probablement perdu l'accès. Notre recherche a été l'occasion d'élaborer les contours d'une musicothérapie dynamique qui s'articule sur la voix et l'imaginaire. En effet, comme le souligne Abitbol (2005, p.497) : « la voix est l'un des chemins de l'esprit et de l'imaginaire de chacun. Comme une plume de la pensée, elle est l'expression de notre moi à la fois dans son immanence et sa transcendance. La voix par sa marque dans l'espace nourrit la mémoire de l'Univers ».

L'exploration vocale : présentation

Notre exploration vocale en musicothérapie est une pratique singulière d'un chant qui s'appuie sur la mise en valeur des harmoniques naturelles de la voix. Cette approche est plurielle et n'est pas exclusivement musicale : elle fait intervenir la voix, mais ne s'attache pas à un registre ou à une quelconque exigence de technicité. Elle se décline en plusieurs étapes qui font intervenir l'écoute, l'imagination, la corporalité mais aussi la résonance, le plaisir ainsi que la créativité. Précisons qu'elle se déroule dans un cadre thérapeutique, avec pour objectif

l'accompagnement à la découverte et l'affirmation de sa voix. Voici le déroulé d'une séance :

1. Une première partie méditative s'ouvre avec des crotales ou un bol tibétain. Cette étape marque un temps de passage, elle introduit une aire transitionnelle qui durera tout au long de la séance. La personne est invitée à écouter attentivement : comment le son parvient-il jusqu'à elle ? Jusqu'où le son porte-t-il ? L'objectif est de poser une écoute consciente et, déjà, de prendre une distance avec son activité mentale. L'instrument vient créer une certaine discontinuité dans le déroulement de la pensée. Et déjà, il se pose un autre état de conscience : celui de l'écoute élargie. Cet état est un moyen d'avoir accès à un état de réceptivité proche de ce que pourrait être la méditation. Cependant, cet état n'est pas nommé tel quel : nous risquerions de l'enfermer dans des représentations qui viendraient alors desservir l'expérience. Il s'agit avant tout d'expérimenter un état de vacuité, d'intégrer le silence en soi. En effet, cette écoute est aussi et surtout l'occasion de découvrir le silence qui reprend place au fur et à mesure que s'estompe le son de l'instrument. À la fin, il ne reste que ce silence. Plus encore, la personne découvre que le son continue de résonner en elle alors que déjà il n'est plus là.

2. Nous poursuivons ensuite avec une étape de visualisation du son, sous forme de voyelles localisées dans différentes parties du corps du bas vers le haut. Les sept voyelles

employées se retrouvent dans la technique du *toning* (cf. *infra*). Cette partie prend la forme d'une lecture corporelle qui définit les limites et assure l'intégrité de l'enveloppe. Nous pouvons y associer des éléments de visualisation libres ou dirigés durant cette partie. Par exemple, il est parfois proposé des associations sensorielles synesthésiques (la saveur, la couleur, l'odeur du son) :

- « OU » [u] correspond à la région du bassin jusqu'à l'abdomen ;

- « O » [o] correspond au diaphragme ;

- « A » [ɑ] correspond à la poitrine, au cœur ;

- « È » [ɛ] correspond à la gorge dont les organes de la phonation ;

- « E » [œ] correspond à la bouche, la langue, jusqu'au bord des lèvres ;

- « U » [y] correspond aux sinus jusqu'au nez et les narines ;

- « I » [i] correspond au crâne, des tempes au front jusqu'à son sommet.

3. La shruti box (ou la tamera) est introduite à ce moment-là. Elle pose un bourdon en continu particulièrement contenant, sur lequel la personne peut « poser » sa voix. L'instrument peut jouer une note simple ou bien plusieurs pour former un accord. Le son de l'instrument participe à créer une enveloppe sonore intègre, une base solide, stable et sécurisante, comme un *holding* sonore. Nous poursuivons l'exercice avec des voyelles expirées et/ou le souffle. Cela produit un

chant de faible intensité sonore, qui n'implique pas les résonateurs. La voix est parfois à peine audible. Cet exercice prend également fonction d'échauffement mais aussi de transition à la vocalisation, d'une façon douce et peu impliquante.

4. L'exercice se poursuit toujours sur la même base, avec un accompagnement à la shruti box. Il est proposé de chanter des mêmes voyelles associées à une consomme. Le « M » est habituellement choisi. L'exercice est réalisé bouche fermée, ce qui permet de mettre déjà en valeur les différentes harmoniques de la voix. Je laisse généralement la personne choisir une note avec laquelle elle se sent à l'aise.

5. Enfin, la séquence continue avec des exercices où se mélangent des associations de consonnes et de voyelles ainsi que des propositions rythmiques simples. Les propositions sont variées en fonction de l'aisance de la personne à réaliser les exercices. La séance se termine généralement sur une improvisation.

7. Variante : un exercice basé sur l'écoute est proposé généralement en fin de séance. Le thérapeute introduit avec la voix des phrasés musicaux simples. Le patient est invité à les reproduire « en temps réel ». Ce jeu du miroir sonore requiert une grande qualité d'écoute. Plus encore, il se joue une communication subtile où les voix se confondent, où la personne retrouve un

état d'indifférenciation qui rappelle l'expérience matricielle et archaïque.

La voix est produite par le souffle, une colonne d'air qui est transformée par les organes phonatoires et modulée par les résonateurs. Le son produit se décompose en harmoniques. Lebourq (2005) s'appuie sur une définition de la loi physique de Fourier pour définir l'harmonique comme une « fonction périodique réelle, continue et de période T, [qui] peut se décomposer en une somme pondérée de fonctions sinusoïdales simples, que l'on appellera les harmoniques » (Lebourq, 2005, p. 693). L'amplitude des harmoniques est modulée en fonction de leurs fréquences. À titre d'exemple, lorsque nous émettons un do₃, nous entendons la note produite mais aussi une multitude d'autres notes qui la composent. D'ailleurs, nous pouvons faire l'analogie entre le son et la lumière qui sont tous les deux fréquences. C'est ce que propose le musicien David Hykes (2011), connu pour ses recherches sur son concept de « chant harmonique » : « les harmoniques, peuvent être magnifiés par la voix chantante, qui agit comme une sorte de lentille ou de prisme sonore, “réfractant” et focalisant ces notes harmoniques généralement masquées par l'impression d'ensemble du timbre » (Hykes, 2011, § 9).

Le premier harmonique correspond à la fondamentale représentée par le do auquel

s'accordent les harmoniques au-dessus. On peut décrire les harmoniques soit comme des multiples de la fondamentale, soit comme des rapports : les harmoniques apparaissent lorsque la fréquence de la note est doublée, triplée, quadruplée etc. Considérant donc le do (1) comme premier harmonique, le deuxième harmonique correspondra donc au double de sa fréquence, soit un do à l'octave, puis une troisième harmonique au sol...

Nous apprenons que les harmoniques produits par la voix forment des voyelles. Une voyelle est définie comme « un son musical du langage dû aux vibrations du larynx répercutées librement dans les cavités supérieures du chenal expiratoire et modifié par le volume et la forme de la cavité buccale, la position de la langue et des lèvres, le degré d'ouverture de la bouche » (<https://www.cnrtl.fr>). Sa production est donc caractérisée par le libre passage de l'air dans les cavités situées au-dessus de la glotte, ce qui marque une différence avec la production des consonnes qui, *a contrario*, sont produites par une obstruction de la colonne d'air. Dans la formation des voyelles, les résonateurs servent de filtres qui permettent de moduler le son fondamental pharyngé.

Un chant diphonique ou un chant des harmoniques ?

L'exploration vocale à travers les harmoniques naturels de la voix pourrait s'apparenter à une pratique d'un chant diphonique, tel que le définit Trân Quang Hai (2002), chercheur au CNRS. Le chant diphonique repose sur la production d'« une voix guimbarde [qui] se caractérise par l'émission conjointe de deux sons, l'un dit son fondamental ou bourdon, qui est tenu à la même hauteur tout le temps d'une expiration, pendant que l'autre, dit son harmonique (qui est l'un des harmoniques naturels du son fondamental), varie au gré du chanteur ». Dans le son diphonique, le son fondamental est émis par les cordes vocales, généralement sur une fréquence basse et avec un timbre de voix de gorge. Le son aigu est produit par les résonateurs et correspond à un renforcement de certains harmoniques grâce à des positions particulières des cavités de résonance.

Le chant diphonique a été adopté dans de nombreuses cultures du monde et à des époques très lointaines. Il est encore pratiqué dans la région du mont Altaï (Haute-Asie), dans certains monastères du Tibet, mais aussi en Sardaigne, dans certaines tribus pygmées en Afrique du sud, au Japon... En mongol, *höömij* signifie littéralement « pharynx ». C'est l'une des parties principales de l'appareil phonatoire qui agit pour produire cette technique vocale. « Autrefois le *höömij* était réservé exclusivement aux

hommes. Un interdit reposait sur la pratique des femmes qui pouvaient en perdre leur fertilité ou parce qu'elles n'avaient pas assez de puissance pour réaliser un chant nécessitant autant de force physique » (Pegg, in Curtet, 2013, p. 3). Plusieurs légendes attribuent la naissance du chant diphonique à l'imitation des sons de l'eau, du sifflement du vent et des chants d'oiseaux : il existe une cascade sacrée, près d'une rivière appelée Buyan Gul, dans les montagnes à l'ouest du pays où « la nature enseigne son chant aux hommes » (Hykes, *op. cit.*, § 35). Ce lieu est d'ailleurs aujourd'hui employé pour l'initiation des jeunes chanteurs.

Curtet rappelle également que ce chant a probablement été exécuté dans un contexte pastoral, « pour imiter la nature, passer le temps en gardant les cheptels, animer une veillée sous la yourte en famille, “diphoner” des berceuses, (...) lors de certaines cérémonies domestiques, telles que les mariages » (Curtet, *op.cit.*, p. 5). Enfin, cette pratique est également mentionnée pour communiquer avec les animaux. Cela rappelle d'autres modes de chants ancestraux qui s'appuient sur une activité pastorale à travers le monde comme le yodel alpin ou le kulning scandinave.

Il existe cependant une différence capitale entre notre pratique, que l'on pourrait qualifier de voix des harmoniques — bien que je réfute cette dénomination puisqu'elle s'est popularisée dans

des pratiques new age, au point d'être utilisée de façon peu appropriée — et le chant diphonique. En effet, ce dernier s'appuie généralement sur un effort important de modulation anatomique, alors que notre pratique correspond à une détente corporelle. Le chant diphonique requiert de la puissance et de la technique vocale qui permet de révéler clairement et distinctement les harmoniques de la voix. Cette pratique ne s'improvise pas et ne peut pas être réalisée spontanément. À titre d'exemple, une des techniques pour produire un chant diphonique est de maintenir l'apex de la langue dans la position de la consonne [l] tout en essayant de prononcer les voyelles [i] ou [u]. L'harmonique est modifiée en fonction de résonateurs, ce qui permet de monter ou descendre de gamme, réaliser une mélodie tout en conservant le bourdon en voix laryngée.

Notre pratique d'exploration vocale ne peut pas se définir comme une initiation à une technique. Son objectif n'est pas la production des harmoniques. Il s'agit plutôt d'explorer la résonance des harmoniques naturels de la voix dans son corps, favoriser l'écoute intérieure dans un état de présence à soi-même. Nous voyons qu'il s'agit aussi de retrouver un timbre originel (s'il peut être appelé ainsi), d'une voix naturelle qui nous caractérise plus qu'une voix à laquelle nous nous identifions. Cette question de l'originel est essentielle à notre proposition thérapeutique. En

effet, il s'agit de permettre une régression dans l'archaïque de la voix (ou la voix de l'origine), mais aussi de découvrir de possibles résonances psychiques que cela entraîne chez le sujet. Il s'agit donc de revenir en soi, à un temps d'avant le verbe, le temps de l'harmonie originelle mère-enfant. C'est celui d'avant la parole, c'est-à-dire au commencement « d'un temps d'avant d'être » (au sens de sa subjectivité). Cela semble, comme nous l'avons déjà suggéré, particulièrement pertinent dans l'accompagnement des personnes addictées.

Pour y parvenir, nous nous sommes inspiré du toning, une thérapie vocale développée par Keyes (1973), très répandue outre-Atlantique, issue de la sonothérapie. Il s'agit, rappelle Vaillancourt (2012), d'une approche « intéressante pour explorer le chemin qu'emprunte la voix à travers le corps. Cette technique consiste à laisser monter les sons qui surgissent naturellement, pour augmenter la conscience du corps et des émotions. Notre corps vibre sous les sons produits, comme un massage de l'intérieur. Ces sensations et vibrations éveillent des images et émotions qui nous mettent en contact avec nous-mêmes. On écoute notre voix de l'intérieur en explorant les registres, les dynamiques, les timbres, les nuances, etc. Prennent forme des motifs mélodiques et rythmiques à partir des couleurs qui se dessinent dans la voix. Ce travail nous donne accès à nos "différentes voix" » (Vaillancourt, 2012, p.21). Le toning prend la voix pour support d'exercice de

vocalisation des voyelles que nous avons mentionné plus haut, qu'elles soient vocalisées ou soufflées. Cette pratique s'appuie également sur le phénomène résonance du son produit dans le corps.

Plusieurs publications citées dans une récente étude (Snow et al., 2018) démontrent que cette pratique permet une action favorable sur la réduction des tensions, le stress, l'anxiété. Le toning favorise le développement des compétences de la personne, comme l'estime et la confiance en soi, la gestion des émotions. Bien qu'issue de la sonothérapie, le toning a été repris par plusieurs musicothérapeutes dans le cadre de psychothérapies vocales (Austin, 2008). Le toning relève également d'autres indications variées. Par exemple, cette publication mentionne plusieurs études qui démontrent un intérêt certain de cette approche dans des problématiques de trauma (MacIntosh, 2003), mais aussi auprès de personnes précaires présentant des troubles psychiques (Iliya, 2011) ou bien dans le milieu médical adulte et pédiatrique afin de réduire la douleur et l'anxiété de patients algiques (O'Callaghan and Magill, 2016). L'auteur mentionne également une recherche (Magill, 2009) qui a permis d'étudier le toning en soins palliatifs, avec des résultats intéressants pour « faciliter la communication et la réminiscence, réguler la respiration, focaliser l'attention et

susciter des sentiments de paix ». (Snow et al., 2018, p. 226)

Bien qu'elle s'inspire du toning, notre musicothérapie est caractérisée par une approche vocale singulière que nous avons intitulée « exploration vocale » à travers la découverte des harmoniques de la voix. Elle représente une approche pertinente en addictologie puisqu'elle permet notamment d'aborder la question de la limite et des enveloppes corporelles. L'exploration vocale permet de vivre une expérience unifiante et donc subjectivante, qui répond à l'hypothèse d'un défaut de *holding*, de contenance chez la personne addictée. Nous retrouvons cette notion avec Lecourt (1987, p.224), qui nous rappelle « cette particularité du mouvement musical de nous conduire en apesanteur. On se sent alors porté, transporté, bercé ou dansant, dans un mouvement sans prise sur le réel, "gratuit", pour le plaisir, que je rapproche des gesticulations du nourrisson porté, des qualités du *holding* » (Lecourt, 1987, p.225).

Nous savons également que le sonore introduit, plus tôt que le tactile, les notions d'extérieur et d'intérieur. Lecourt décrit une enveloppe sonore représentée sur deux faces : l'une verbale, tournée vers l'extérieur, l'autre musicale, tournée vers l'intérieur. « L'une sonne, chante, vibre et résonne – comme dans le bain sonore – l'autre est articulatoire et plus abstraite » (Lecourt, 1987,

p.236). Rappelant la notion d'enveloppe sonore développée par Anzieu, Castarède (2001, p.20-21) souligne que « le Soi, qui précède le Moi, se forme comme une enveloppe sonore dans l'expérience du bain de sons concomitant à l'allaitement. Ce bain de sons préfigure le Moi-peau et sa double face tournée vers le dedans et le dehors, puisque l'enveloppe sonore est composée de sons alternativement émis par l'environnement et par le bébé, à travers le babillage et les vocalisations ». Ce moyen de communiquer nous ramène à notre chant, composé de voyelles puis, par la suite, de voyelles associées à des consonnes. Cela nous renvoie à une autre notion de l'enveloppe sonore : la cavité sonore. Il s'agit en effet de prendre en considération l'expérience de l'intérieur de la bouche, de la cavité bucco-pharyngée, « d'un trou où transitent des sensations, des perceptions, des actions, des substances, des objets, et... des sons » (Lecourt, 1989, p.226). Le chant avec les harmoniques de la voix nous rapproche d'un son laryngé initial et originel, d'une voix d'avant le langage. Il manifesterait une empreinte vocale inaltérable, la réminiscence d'un temps d'avant le temps, celui d'avant d'être.

À ce propos, je reprendrai les impressions de N, une patiente, à la sortie de sa première expérience de chant. Premièrement, elle évoque son plaisir associé à la « surprise des "effets" que lui procure le chant ». Elle rapproche cette

sensation à celui de l'usage de certaines drogues, avec « la tête qui tourne » et une sensation de grande détente. Cette sensation pourrait être en lien avec l'activité dopaminergique associée à la pratique du chant et à l'expérience qui procure un sentiment de bien-être et de plaisir. De plus, N souligne une sensation d'intégrité physique et psychique : « une unité corporelle » et « l'impression de [se] rassembler ». Enfin, elle évoque même l'impression d'avoir été « coupée du temps » pendant la séance. Un autre patient rappelle l'idée d'un temps qui s'est arrêté, en fin de séance, au moment où le chant cesse. Il reste parfois plusieurs minutes dans un temps suspendu et silencieux. « Ce vide est plein », me précise t-il.

Encore un paradoxe : le vécu de la temporalité est un des éléments sur lequel s'alimente l'habitude addictive. En effet, il s'agit d'un temps subi où s'impose la pensée, facteur de souffrance. La personne addictive cherche à remplir le vide par le vide. Puisque la vacuité est jugée insupportable, la personne recherche l'amnésie, le vide de l'oubli. Cela représente une tentative d'externaliser la pensée par l'usage. Comme nous l'avons rappelé précédemment : la personne addictive ne pouvant résoudre ses propres vides, elle cherche à les remplir par un objet extérieur. Ce vide est semblable à un trou noir, un abîme sans fond, qui ne trouve qu'un apaisement temporaire dans le remplissage. Nous pouvons trouver une solution en envisageant différemment ce vide ressenti par

le sujet. On se propose pour cela de l'intégrer à la thérapie (sous la forme du silence), plutôt que de le subir. De le sublimer plutôt que s'y confronter directement. La musicothérapie, en utilisant aussi les silences, peut ici être considérée comme un moyen de s'y engager.

Une autre de mes patientes a ainsi souvent évoqué en fin de séance son envie de reproduire une expérience où elle a eu l'impression « troublante » de retrouver « sa » voix (ou sa voie). En effet, son parcours a été marqué par un début difficile, notamment sur le plan respiratoire, en lien avec son tabagisme : le souffle est court et les quintes de toux associées à des expectorations intempestives l'empêchent de poser sa voix. Les premières séances ont donné l'impression d'être la traversée d'un rideau de fumée épais et opaque qui l'empêcherait d'avoir accès à sa voix propre. L'accompagnement s'est adapté à ses ressources : moins de vocalisation, travail sur la détente, le souffle et les voyelles bouche fermée. Il lui a fallu plusieurs séances pour pouvoir vocaliser et reprendre du plaisir à la voix, mais aussi surtout reprendre confiance en elle et en ses capacités d'adaptation. Plus encore, l'expérience l'a amenée à se désidentifier de cette voix de fumeuse qu'elle disait ne plus supporter, alors que pourtant cela la caractérisait : « Je suis autre chose que la voix que je crois être ».

On peut donc penser que la voix prend la valeur d'un repère, un support identificatoire (Delbe,

1995), qui prend place dans le « stade vocal » (ibid.). Cette période survient chez le nourrisson à partir de quatre à six mois et s'attarde jusqu'à l'apparition du langage. C'est une période où le bébé accède à une image de soi dans le sonore, où il reconnaît ses productions vocales comme lui appartenant. Ce stade se termine vers deux ans, avec la survenue d'une « castration vocale » où la pulsion doit se soumettre aux règles du langage. Le nourrisson « accepte » de perdre la liberté du jeu vocal pour la voix articulée de la parole.

Avec le langage, il y a un élément de tiercisation qui survient et qui participe inévitablement à la symbolisation, étape essentielle qui mène à la subjectivation de la personne. On peut imaginer que cette étape marque une rupture d'une musicalité de la voix sous la contrainte de la parole. Est-ce là que se trouve cette voix perdue tant recherchée par la personne addictée ? Est-ce que cette étape entre le vocal et le verbal peut se rejouer symboliquement en musicothérapie ? Elle représenterait un passage de l'archaïque de la voix à la parole, de l'originel vers l'ouverture à l'expérience subjective. Plus encore, il s'agirait d'une expérience de la résonance qui laisse alors apercevoir en soi « la trace » immuable d'un temps oublié.

En effet, cette notion de résonance rappelle également l'écho. Nous pourrions envisager que cette voix chantée vienne appeler une partie de soi qui est restée attachée à cet état de fusion

originelle. L'expérience de la séparation entre l'enfant et sa mère prendrait la forme d'un trauma, d'un événement où le temps semble s'être arrêté chez la personne addictée. La voix appelle cette partie en soi clivée, figée dans le trauma, qui n'a pas pu continuer d'avancer, qui n'a jamais pu être intégrée. La voix appelle, nomme et invoque cette part en soi dont l'empreinte a laissé un vide qui ne peut être rempli par soi-même.

Une voix dans la caverne

L'une des particularités de notre pratique est que le musicothérapeute participe activement au travail d'exploration vocale : il chante avec le patient. Il met sa voix « à disposition » du patient. Cette voix sert de support et de repère à la production du patient. Elle le guide et lui ouvre la voix (la voie) qui émergera du silence. De plus, les voix qui se mêlent révèlent les harmoniques du son, comme d'autres voix dans la voix. Ensemble, elles créent ou rêvent d'autres espaces sonores. En évoquant l'image de l'écho précédemment, je me suis rappelé l'allégorie de la caverne de Platon cité par Wolff (2019). Elle présente des individus enchaînés, enfermés dans une caverne, n'ayant pour connaissance du monde que les ombres projetées par un feu allumé derrière eux. Le monde du dehors est inconnu et inenvisageable. De plus, la lumière directe du dehors les éblouirait. Dans la caverne sonore de Wolff

(2019), « les prisonniers, c'est nous. Les yeux bandés, on ne voit rien mais on entend (...). » Il n'y a pas de choses, seulement des bruits, des sons indéfinissables. La première étape de la libération serait alors d'entrer « dans un monde où les sons sont distincts » (Wolff, 2019). Cette allégorie me rappelle l'objet de notre exploration vocale. En effet, cette voix faite de souffle et de voyelles est projetée au fond de la caverne. Son écho nous revient d'un endroit perdu, sorte de limbes », où la conscience n'a jamais été. En entendant l'écho, cette voix de l'origine qui vient du fond de la caverne ou du fond des temps (d'un temps d'avant l'être sujet). la personne entend le signe d'une présence immuable qui vient toutefois d'elle-même, les contours acoustiques du lieu de l'origine, dont elle est issue.

Le patient n'est plus coincé entre la crainte du dedans (lieu qu'il redoute) et la crainte du dehors (lieu qu'il ignore). Par la voix, il sait où il est. Il reconnaît sa voix, il connaît sa voie et incarne sa totalité : il est un individu.

Notre objectif est de nous appuyer sur la voix pour accompagner la personne à s'engager dans un processus d'individuation : celui par lequel une personne devient consciente de son individualité, non pas pour la vivre pour soi (ce serait de l'individualisme) mais pour s'ouvrir à l'autre et au monde. Être un, c'est aussi s'ouvrir à l'intersubjectivité. Nous pouvons préciser que « l'individuation est un processus archétypique qui

permet l'apparition lente d'une personnalité chaque fois plus ample qui n'est ni bloquée par le côté social (le masque) ni par le côté de l'ombre et de l'inconscient qui nous pousse parfois à l'action destructive de l'autre. Autrement dit, nous pouvons affirmer que ce qui symbolise, pour Jung, le processus d'individuation, c'est la relation excentrique entre le côté conscient et le côté inconscient de la psyché humaine » (Pinheiro Neves, 2011, p.107). Rappelons que la voix incarne la personne comme entité individuelle, et le personnage comme entité sociale. « Plus qu'un symbole, un emblème, un accessoire, un révélateur, le geste vocal exprime notre réalité ou "l'apparence" qu'on se donne » (Gillie-Guilbert, 2001 p. 22).

Notre pratique d'exploration vocale est marquée par l'abandon d'une esthétique musicale. En effet, cette façon de chanter ne répond pas à des règles harmoniques. Elle nous confronte sans cesse à la dissonance, à la friction entre les notes, à une musicalité brute et archaïque. Revenons au fond de la caverne sonore. Il s'agit d'un lieu obscur où l'ombre fait barrage. Il ne s'agit pas de l'ombre au sens figuré, mais celle au sens archétypal : un concept jungien qui évoque « les aspects de notre personnalité que nous ne reconnaissons pas, qui sont inacceptables en regard de l'image que nous voudrions avoir de nous-même et donner à autrui. Ces éléments ont été refoulés ou clivés et, de ce

fait, ne nous laissent pas quittes » (Agnel, 2008, p.120). La prise de conscience de cette ombre et son intégration représentent une étape dans le processus d'individuation. « La traversée de ce moment critique permet au moi, en abandonnant ses prérogatives, de ne plus empêcher le travail de l'ombre et de la considérer comme levier de transformation » (Agnel, 2008, p.121). Cette rencontre peut donc être tourmentée. La confrontation avec l'archétype de l'ombre au cours d'une thérapie rappelle celle de la laideur et du chaos. Schiltz dit d'ailleurs à ce propos qu'« elle peut marquer un tournant dans l'évolution du patient. L'émergence et l'élaboration de l'agressivité archaïque correspondent à l'abandon de la position esthétique et à l'intégration de la partie occultée et clivée de soi-même » (Schiltz, 2004). « Au cours du processus musicothérapeutique, la recherche de la mesure et de l'harmonie peut correspondre à un fonctionnement défensif puissant dont le but consiste à éviter la prise de conscience des tendances indésirables de la personnalité. » Ainsi, l'écueil de la fixation d'un « faux-self » par la recherche esthétique est inévitablement et doit être prise en considération dans le parcours thérapeutique de la personne. » (Schiltz, *ibid*).

Le chant comme ouverture au silence

Comme le rappelle Castarède (1987, p. 210), « la voix, c'est l'être ». Au cœur de la relation thérapeutique, plus que des mots, s'échangent des sons. Et parfois, plus que des sons, se partagent des silences. « Écouter quelqu'un, c'est entendre sa voix. Entendre la voix de quelqu'un, c'est écouter dans le silence de soi, une parole qui vient d'ailleurs... Entendre quelqu'un c'est recueillir, dans le fond silencieux de soi, les modifications les plus subtiles exprimées dans l'espace aérien par l'activité la plus intime de l'autre. Laisser résonner la parole d'un autre implique le suspens de tout raisonnement » (Vasse, 1974, cité par Castarède, p. 211).

Dans certains cas, plus particulièrement face à des problématiques d'addictions, la personne se détourne du silence qui représente le vide. Le silence est associé rapidement à l'émergence de la pensée vécue douloureusement. Il n'y a pas de place pour le silence. Toute l'attention de la personne semble centrée sur le maintien et le contrôle d'une psyché qui lui échappe, aux contours mal définis, nébuleux. Ainsi, le vide est chassé par l'usage, le comportement ou l'autre... Cependant, nos séances sont une invitation au silence en donnant l'occasion d'expérimenter ce vide. Pour y parvenir, le patient s'appuie sur la voix (et les silences) du thérapeute. Il est guidé comme l'aurait été Thésée par Ariane dans son labyrinthe. La voix du thérapeute représente ce fil de laine qui se manifeste durant toute la séance,

jusqu'à la fin de l'exploration vocale qui nous ramène au silence. À la différence que celui-ci est fertile et fécond. C'est « un silence plein » qui signe « les retrouvailles avec soi et l'autre » (Castarède, 1987, p.217). Il ouvre à la symbolisation et à l'expérience de l'imaginaire. C'est un point de jonction, un lieu de passage, une passerelle, qui indique la voie vers une autre rive.

Rappelons également l'expérience de ce que Bachelard nomme le geste vocal du mot « âme » (1943, p.276) lorsqu'il nous invite à mettre tout notre être en silence : « devenons aériens comme notre souffle – ne faisons pas plus de bruit qu'un souffle, qu'un léger souffle – n'imaginons que les mots qui se forment sur notre souffle... En nous quittant, cette âme d'un souffle, on entend dire son nom, on l'entend dire âme. Là est la voyelle soupirée – le mot âme met un peu de substance sonore sur la voyelle soupirée, un peu de matière fluide qui sonne un réalisme au dernier soupir... » Cela nous ramène aux premiers temps de notre exploration vocale, du son qui est d'abord pensé et imaginé (visualisé), qui émerge du silence, avant qu'il ne s'exprime dans le souffle, puis enfin dans la voix. La pratique silencieuse nous rappelle également les observations rapportées par Rouget : « Dans une toute autre forme d'extase, celle des *yogin*, il arrive que la musique intervienne sous la forme de ce que M. Éliade appelle les “sons mystiques”, lesquels sont perçus pendant la méditation yogique. La voix de divinité

qu'on entend alors est dite “semblable au son d'une cloche d'or” » (Rouget, 1990, p.54). L'auteur poursuit : « Dans le *bhakti yoga* un chant est transmis mentalement et silencieusement du guru au disciple, pour permettre à celui-ci d'atteindre le *dhyâna*, étape supérieure du *samyama*, qui est la plénitude et l'extase. »

De notre silence du début de séance émerge une musique « intérieure », une musique imaginée. Les travaux de recherche de Zatorre (2005), repris par Sacks (2009, p.53), nous renseignent à ce sujet. En effet, tout comme pourrait l'être la musique entendue, la musique imaginée provoque des effets sur le cerveau. Il a été démontré que « le cortex auditif est presque tout aussi puissamment activé par l'imagination musicale que par l'écoute réelle d'une musique. Le fait d'imaginer une musique stimule également le cortex moteur. » Citant une autre étude (Pascual-Leone, 2001), Sacks souligne que « la stimulation mentale de mouvements active les mêmes structures neurologiques centrales que l'accomplissement de mouvements réels (...). La combinaison de pratiques mentales et physiques est plus bénéfique que la pratique exclusivement physique. » Les régions du cortex frontal sont également activées, mais aussi celles associées à la mémoire. Face à ces constatations, il serait alors intéressant de poursuivre cette recherche sur les effets de la visualisation ou l'imaginaire musical associé au geste dans une musicothérapie,

notamment celle destinée aux personnes ayant des addictions.

La voix du thérapeute : entre *voix-de-mère* et *voix-de-père*

De nombreuses personnes en thérapie indiquent en cours de séance l'intérêt qu'elles portent pour la voix de leur musicothérapeute. Elles évoquent généralement une voix « rassurante », « calme », « chaleureuse » ou bien l'associent à la manifestation sonore d'une présence et à une qualité d'écoute. Que représente cette voix pour le patient ? Nous avons vu précédemment que cette voix peut être évocatrice, en lien avec les représentations de la personne, sa culture, son histoire. Mais cette voix est avant tout celle de l'être-thérapeute, sa posture. En effet, il serait intéressant de découvrir si la voix du thérapeute change avant ou après ses séances. Est-ce que sa nature change en fonction des patients qu'il accueille ou bien en fonction de son contre-transfert ? Peut-il être alors *voix-de-mère* comme *voix-de-père* ?

D'abord, l'une des particularités de notre protocole est perceptible dans l'exploration vocale, où les deux voix se mélangent, et parfois fusionnent. À ce moment de la thérapie, le musicothérapeute manifeste un maternage qui vient retisser les liens et créer les contours de la relation. Cette relation en miroir évoque le

dialogue mère-enfant. Il s'agit d'une expérience qui nous ramène, nous l'avons vu, à une expérience où semblent se rejouer les interactions précoces. Cependant, lors des séances, il est nécessaire de porter son attention sur ce puissant désir du patient à se laisser confondre dans cette fusion puissamment désirée. Ce passage cathartique pourrait s'attarder indéfiniment. C'est pour cela que sont introduites les consonnes, qui viennent poser une première limite à la libre vocalisation des voyelles. Au cours d'un entretien, la chanteuse anglaise Gill Purce, élève du compositeur Karlheinz Stockhausen, rappelait : « Quand vous prononcez une consonne, vous faites vibrer vos os, votre squelette. Les consonnes vous mettent en résonance avec le monde matériel, le corps. » (Van Ersel, Revue Nouvelles Clefs, 1992). En effet, la consonne ouvre au langage et donc à la subjectivité. Elle donne forme et structure le son en verbe. Le langage représente une tiercisation qui signe la perte d'un état d'indifférenciation, ouvrant alors à la symbolisation.

Les voix parfois s'entrechoquent, entrent en résistance voire en conflit. Elles révèlent « des sons dans les sons » d'où émergent d'autres voix qui cherchent alors à avoir droit de cité. Les voix font vibrer l'espace. Elles entrent en résonance, ce qui nous ramène à la question d'un mode de transfert complexe : ce que le son de la voix de l'autre m'évoque, mais aussi ce que le son de ma

voix provoque en l'autre, ce que représente ma voix à travers celle de l'autre, et puis la sienne à travers la mienne... Ce mécanisme nous dépasse rapidement. Cependant, chaque séance devient le siège d'échanges tout aussi intenses que subtils. Au-delà de nos voix surviennent des impressions qui alimentent la thérapie, mais aussi des images, des présences. Cette qualité de transfert est longuement évoquée par Dakovanou (2018) lorsqu'elle décrit le phénomène de transfert de pensées dans son musicodrame analytique. Pour le thérapeute, cela nécessite un regard et une écoute avertie pour différencier ce qui lui appartient ou pas, une posture ouverte et disponible, une vacuité. Cela soulève d'ailleurs le besoin pour le musicothérapeute d'avoir une pratique distanciée qui doit être « remise au travail » avec un superviseur.

Nous avons évoqué à plusieurs reprises « les deux voix » du thérapeute, *voix-de-père* et *voix-de-mère*. Ces voix ne concernent bien entendu pas le timbre, mais plutôt la fonction qu'elles incarnent. Elles semblent familières avec le concept de « bisexualité psychique » qu'expriment l'*anima* et l'*animus* jungien, deux figures inconscientes archétypales : la *voix-de-mère* serait *anima*, représentant la féminité de l'être, tandis que la *voix-de-père* serait *animus*, exprimant la part masculine de l'être. « Le registre de l'*anima* est celui du monde émotionnel et du lien, de l'eros (...). Le registre de l'*animus* est celui de la force,

de l'action, du sens et du verbe » (Jung et Hillman, cité par Agnel, 2008 p.23). L'*anima* et l'*animus* sont représentés comme deux forces autonomes fonctionnant en dynamique, qui peuvent parfois entrer en conflit quand l'une s'impose au dépens de l'autre.

Il est intéressant d'envisager ces voix archétypales comme des personnifications de l'inconscient du musicothérapeute qui se manifestent dans son contre-transfert. Ces deux aspects de sa voix relèvent également de son parcours personnel, son degré d'individuation. Dans mon expérience personnelle, il m'a semblé paradoxalement parfois plus aisé de poser une *voix-de-mère* qu'une *voix-de-père*. La fonction maternante liée à ma profession initiale d'infirmier me confortait certainement une posture de *nursing*, un « prendre soin ». Il s'agissait alors de créer les conditions pour restaurer le bien-être de la personne, d'afficher une posture bienveillante et créative. Mais l'analyse et la supervision m'ont permis de comprendre que sans la présence d'un *animus*, l'*anima* n'est pas fécond : il est stérile. Cela m'a amené à explorer de mon côté, puis engager en thérapie, cette *voix-de-père*, qui permet de créer l'action là où le patient parfois s'attarderait. Cette voix est celle de l'action qui vient « couper ». Elle représente en effet cette consonne qui vient s'ajouter à la voyelle pour créer le langage, cette verticalité qui ouvre à une autre

dimension de l'être : celui qui acceptant dès lors se séparer, peut se définir comme sujet.

Bibliographie

- Abitbol J. (2005). *L'Odyssée de la Voix*, Robert Laffont, Paris, France. p.497
- Agnel A. (dir) (2008). *Dictionnaire Jung*, Ellipses, Paris.
- Anzieu D. (dir.) (1987). *Les enveloppes psychiques*, Dunod, Paris, 2^e édition (2013)
- Anzieu D. (1985). *Le Moi-peau*. Bordas, Paris, France.
- Audibert C. (2011). *L'incapacité d'être seul : essai sur l'amour, la solitude et les addictions*, Payot, Paris, France.
- Audibert C. (2014). *L'incapacité d'être seul : amour et stratégies addictives*, *Psychotropes*, 20/4, 9-26.
- Bachelard G. (1943). *L'air et les songes*, éditions Corti, 17^e réimpression (1990). Consultable sur : https://rl-phaleg.fr/images/Livres/air_et_songes
- Besson, J. (2018). *Spiritualité et addiction*. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 147(1), 51-65. doi:10.3917/cjung.147.0051.
- Castarède M.-F. & Konopczynski G. (2005). *Au commencement était la voix*. Editions Éres, Toulouse, France. doi:10.3917/eres.konop.2005.01
- Castarède M.-F. (1987). *La voix et ses sortilèges*, Les Belles Lettres, Paris, France.
- Castarède M.-F. (2001). *L'enveloppe vocale*, *Psychologie clinique et projective*, 7(1), 17-35. doi :10.3917/pcp.007.0017
- Castarède M.-F. (2008). *La voix du père*, in Cupa D., *Image du père dans la culture contemporaine*, PUF, Paris, France. 145-156. DOI 10.3917/puf.cupa.2008.01.0145
- Castarède M.-F. (2007). *Métapsychologie de la voix*. *Champ psychosomatique*, 48(4), 7-21. doi:10.3917/cpsy.048.0007.
- Dakovanou, X. (2014). *Le Musicodrame Analytique : Entre musique et psychanalyse, une application clinique*. *Topique*, 129(4), 69-86. doi:10.3917/top.129.0069.
- Dakovanou X. (2018). *Représentation musicale et représentation psychique : applications cliniques*, thèse de doctorat de psychanalyse et psychopathologie, Université de la Sorbonne, Paris.
- Frankl V. (2012). *Le Dieu inconscient : psychothérapie et religion*. InterEdition, Paris.
- Gillie-Guilbert C. (2001). *Et la voix s'est faite chair... Naissance, essence, sens du geste vocal*, *Cahiers d'ethnomusicologie* 14. En ligne : mis en ligne le 10/1/12, consulté le 31/8/20. <http://journals.openedition.org/ethnomusicologie/71>
- Hykes D. (2011). *Vers une écoute en éveil*, p.137-145. En ligne : http://www.gurdjieff-internet.com/article_print.php?ID=368&W=73
- Lecourt E. (1987), *L'enveloppe musicale*, in Anzieu D., *Les enveloppes psychiques*, Dunod, nouvelle présentation (2013), 224-246
- Pascual-Leone A. (2001). *The brain that plays music is changed by it*. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 930. 315-29
- Pedersen J. (2013). *Jacques Quintin, Éthique et toxicomanie. Les conduites addictives au cœur de la condition humaine*, *Lectures [En ligne], Les comptes rendus*, 2013, mis en ligne le 19/4/13, consulté le 31/8/20. En ligne : <http://journals.openedition.org/lectures/11308>
- Pinheiro Neves, J. (2011). *Pour comprendre les nouvelles liaisons digitales : le concept d'individuation chez Carl Jung et Gilbert Simondon*. *Sociétés*, 111(1), 105-114. doi:10.3917/soc.111.0105.
- Pirlot G. (2009). *Psychanalyse des addictions*, Dunod, 3^e édition (2019), Paris, France.
- Rouget G. (1990), *La musique et la transe*, Collection Tel, Gallimard, Paris, France
- Sacks, O. W. (2009). *Musicophilia : la musique, le cerveau et nous*, Éditions Le Seuil
- Schilz L. (2004). *L'intégration de l'ombre*. *Arts & Psyché*. VII (1-4), 77-82.
- Schilz L. (2004). *Lorsque le temps s'est arrêté : la pratique de la musicothérapie auprès de personnes traumatisées*, *Revue de française de musicothérapie*, 24/1, 44-49.

- Schilz L. (2000). Restaurer la capacité de rêver, *Revue de française de musicothérapie*, 20/1, 7-21
- Snow S., Bernardi N.-F., Sabet-Kassouf N., Moran D., Lehmann A. (2018). Exploring the experience and effects of vocal toning, *Journal of Music Therapy*, 55(2), 221-250
- Trân Quang Hai (2002), La découverte du chant diphonique, in Cornut G., *Moyens d'investigation et pédagogie de la voix chantée, Symétrie, Actes de Colloque*, 117-132
- Vaillancourt G. (2012). Une musicothérapeute en musicothérapie, ou quand la cliente est une musicothérapeute, *Revue canadienne de musicothérapie*, 18-1.
- Vrait, F.-X. (2018). *La musicothérapie., Que Sais-je ?*, PUF, Paris, France.
- Winnicott D.-W. (1975). *Jeu et réalité*, Gallimard, Folio, Paris, France.
- Winnicott D.-W. (1996). *La mère suffisamment bonne*, Payot, Paris, France, pour la présente édition (2006).
- Wolff F. (2016). *L'expérience musicale : sons et événements, Les nouveaux chemins de l'imaginaire musical*, Collège de France, Paris. En ligne : <http://books.openedition.org/cdf/4806>
- Wolff F. (2015), *Pourquoi la musique*, Fayard, Paris, France.
- Zatorre R.-J., Halpern A.-R. (2005), Mental Concerts :Musical Imagery and Auditory Cortex, *Neuron*, Volume 47, Issue 1, 9-12, <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2005.06.013>.
- Van Ersel P. (1992), Entretien avec une magicienne du son, *Nouvelles Clés*. En ligne : <https://www.jillpurce.com/interviews-with-jill-purce/entretien-avec-une-magicienne-du-son>