

VARQUET Héloïse (21700291)

Spécialité : Musicothérapie



Institut de Psychologie (Boulogne-Billancourt)

Mémoire de Recherche :

Acouphènes et Bain sonore :

***« Lorsque le Son devient souffrance, comment
prendre soin par le Son »***



Unité d'enseignement n°8 : Stage, supervision et recherche

Date de rendu : 27 Mai 2020

Directeur de Mémoire : Monsieur Gilles BOUDINET

Master 1 – Création Artistique

Lors de mon stage auprès du Dr Marié-Bailly (phoniatre et musicothérapeute), j'ai été confronté à divers publics dont la population de personnes acouphéniques. A travers différentes consultations, j'ai compris que l'acouphène est un phénomène complexe du fait de sa variabilité intra et inter individuelle. La prise en charge thérapeutique est encore floue, méconnue et n'est pas toujours accessible à tous. Dans une optique d'amélioration de la qualité des soins apportés, je me suis demandé comment la musicothérapie pourrait intervenir dans le traitement des acouphènes et la diminution de la souffrance associée à celui-ci. Grâce à l'observation, du protocole sonore mis en place par ma tutrice de stage, je me suis donc demandé quels étaient les intérêts thérapeutiques de l'immersion des patients acouphéniques dans un bain sonore. J'ai donc émis comme hypothèse que, non seulement le bain sonore par auto-émission aurait à la fois un effet physiologique par le renforcement de la boucle audio-phonatoire mais aussi qu'il aurait un effet psychologique par la diminution du stress et de l'anxiété ainsi que par le renforcement d'un Moi parfois altéré. Au vu du contexte sanitaire, m'ayant empêché de mener une enquête à grande échelle, j'ai décidé de montrer les effets du bain sonore à travers deux études de cas, mis ensuite en liens avec les grands concepts théoriques fondateurs de l'Art-thérapie.

Mots clés : Acouphène, Bain sonore, Musicothérapie, Moi, Prise en charge, Soins,

During my internship with Dr. Marié-Bailly (phoniatrist and music therapist), I was confronted with various populations, including people with tinnitus. Through many consultations, I began to understand that tinnitus is a complex phenomenon due to its intra and inter-individual variability. The therapeutic management is still unclear, unknown and not always accessible to all. With a view to improving the quality of care provided, I wondered how music therapy could intervene in the treatment of tinnitus and the associated pain and suffering. Thanks to my observations of the sound protocol put in place by my tutor, I therefore wondered what were the therapeutic benefits of immersing of patients with tinnitus in a sound bath. Thus, I speculated that the sound bath would have a physiological effect through strengthening the audio-phonatory system. Furthermore, I hypothesised that the sound bath would also have a psychological effect through the reduction of stress and anxiety as well as through the strengthening of a sometimes-altered Self. In view of the health context, having prevented me from conducting a large-scale investigation. I decided to show the effects of the sound bath through two case studies, linking these to the major theoretical concepts that were established by the founders of Art-therapy.

Key words: Tinnitus, Sound Bath, Music Therapy, Self, Support, Care

Remerciements

Je tiens à remercier dans un premier temps Madame Isabelle Marié-Bailly, ma tutrice de stage pour son investissement, son écoute et sa bienveillance. Son accompagnement a été très formateur pour moi. Grâce au partage accru de ses expériences et connaissances, j'ai su développer les compétences nécessaires à la réalisation de ce travail mais également celles indispensables à ma future profession. Je remercie également Isabelle pour la confiance qu'elle a su m'accorder dans ce projet et l'indépendance que j'ai pu obtenir lors de ce stage.

J'aimerais remercier Monsieur Gilles Boudinet, mon directeur de mémoire. Par son expertise, sa pédagogie et sa disponibilité malgré les conditions difficiles, il a été présent et a su m'orienter et me conseiller tout au long de l'avancée de ce mémoire. Ainsi j'ai pu découvrir et développer de nouveaux points de vue et concepts, qui sont venu enrichir ce travail.

Je remercie, également l'ensemble des membres de l'équipe pédagogique et intervenants du Master 1 Création Artistique de l'Université de Paris (Paris Descartes). En particulier Vanda Tabery, Todd Lubart et Marion Botella qui ont su nous écouter dans nos difficultés et qui nous ont proposé des enseignements de qualité malgré les contextes compliqués (grève des transports, crise sanitaire lié au Covid-19). Je les remercie également pour le délai accordé, aux vues des circonstances exceptionnelles dans lesquelles nous avons construit ce mémoire.

Enfin je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes qui m'ont accompagnée tout au long de ce projet :

- L'ensemble des patients qui ont accepté ma présence lors des consultations et qui m'ont permis d'utiliser leurs données pour construire ce mémoire. Sans eux, rien n'aurait été possible.
- Mes amies proches au sein de la promotion, qui ont su me soutenir et m'encourager tout au long de cette année de formation, dans les bons et les mauvais moments.
- L'ensemble des membres de l'association MUS'E et du Réseau Loiret Santé qui m'ont tant apporté pendant ce stage sur le plan professionnel mais également humain.
- Mes amis et ma famille, pour l'aide apportée dans la relecture et la gestion logistique tout au long de ce travail.

Sommaire

Introduction :	1
I. Revue de la littérature.....	2
II. Problématique de recherche et Hypothèses.....	5
1. Perception et acouphènes	5
A. Fonctionnement perceptif	5
B. Le phénomène acouphénique	7
a. <i>Acouphène et audition</i>	8
b. <i>Acouphènes et émotion</i>	8
2. Bain sonore	10
A. Bain sonore, créateur du Moi	10
B. Sonore et enveloppes	12
C. Bain sonore : un auto-masquage par rééquilibrage de l'espace sonore	15
III. Méthodologie.....	16
1. Contexte et lieu d'accueil	16
2. Questionnaire THI	18
3. Protocole d'immersion dans le bain sonore thérapeutique	19
4. Consentement éclairé des participants.	22
IV. Résultats.	23
1. Etude de cas de Mr R.	23
A. Anamnèse.....	23
B. Analyse	25

2. Etude de cas de Madame E	27
A. Anamnèse.....	27
B. Analyse :	32
C. Biais potentiels associés.....	35
V. Discussions.....	37
Conclusion.....	39
Bibliographie.....	
Annexes.....	

Infirmière de formation, j'ai développé une affinité particulière pour les pathologies somatiques. Il était donc essentiel pour moi, de faire les liens entre la musicothérapie et les pathologies rencontrées sur le terrain clinique. L'intérêt de la musicothérapie dans la prise en charge des pathologies somatiques est de proposer un moyen thérapeutique complémentaire au traitement médical. Cependant, à ce jour très peu d'études montrent l'intérêt de la musicothérapie dans la prise en charge thérapeutique des maladies somatiques. J'aimerais à travers ce projet, faire un premier pas dans le domaine de la Recherche en Musicothérapie. En effet, je souhaite découvrir de nouveaux concepts et auteurs en lien avec le domaine mais aussi commencer à créer des liens entre musicothérapie et clinique en dégagant les idées pertinentes présentes dans les études déjà publiées et en ajoutant les données et interprétations inhérentes à ce travail.

J'ai effectué un stage de 200 heures auprès de l'Association MUS'E (Musicothérapie Expressions 45) créée et dirigée depuis 1991 par Isabelle Marié-Bailly (Médecin Phoniatre et Musicothérapeute), regroupant différents intervenants dont certains formés à la musicothérapie. L'objectif de l'association est de promouvoir la musicothérapie et l'expression sonore auprès de différents publics et structures. L'association est actuellement en partenariat avec cinq institutions médico-sociales de l'agglomération orléanaise et du Loiret. Ainsi, les différents musicothérapeutes interviennent au sein d'un Foyer d'Hébergement pour Autistes, dans un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer mais également au sein d'une Clinique Psychiatrique. L'association organise différents ateliers « Inter-Géné-Relationnels » de musicothérapie en groupe, dans un Centre d'Animation sociale (CAS) où elle accueille des personnes malvoyantes d'un ESAT, en les réunissant en « Grand Chantier » avec des personnes tout public, inscrits à des ateliers vocaux, non thérapeutiques. Elle intervient aussi de manière bimensuelle au Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) auprès de personnes handicapées où fragilisées psychiquement.

Le Docteur Marié- Bailly utilise la médiation sonore, en individuel lors de consultations de phoniatry au Centre Hospitalier Régional d'Orléans (CHRO), notamment dans la prise en charge des troubles de la communication comme l'aphasie ou l'accompagnement thérapeutique des personnes souffrant d'acouphènes ou d'hyperacousie. C'est dans le cadre de ces consultations que j'aimerais construire mon projet de recherche, en posant la question de l'impact des médiations sonores chez les personnes souffrant d'acouphènes.

I. Revue de la littérature

Actuellement, les propositions d'accompagnement des personnes souffrant d'acouphènes ou d'hyperacousie sont peu nombreuses et souvent controversées. Deux grandes méthodes se détachent : la méthode Tomatis et la méthode d'habituation sonore.

Alfred Tomatis a été un pionnier dans l'utilisation du média sonore dans le traitement de troubles somatiques. Ainsi, par ses recherches, il a mis en évidence les liens entre l'oreille, le cerveau et la voix. Tomatis a donc élaboré une méthode de rééducation auditive grâce à un appareil appelé « *oreille électronique* »¹. Le principe consiste à ce que le sujet par l'intermédiaire d'un casque, reçoive des sons composés de fréquences inhabituelles pour stimuler l'activité cérébrale et ainsi permettre à l'oreille d'ouvrir son champ de perception. D'après Edith Lecourt (2019)², Tomatis accordera beaucoup d'importance aux œuvres de W.A Mozart. Ainsi Tomatis utiliserait les compositions du célèbre compositeur en filtrant et sélectionnant les fréquences autour de 8000 Hz dormant ainsi un bourdonnement que diffuse « *l'oreille électronique* ». Les sons perçus permettent de sensibiliser et habituer l'oreille à des sons plus aigus et plus grave qu'une écoute normale. Tomatis tend à reproduire l'écoute très large et fine d'un chanteur. Cette amélioration de la perception sonore permet ainsi de mieux entendre et par conséquent améliore la communication, augmente l'attention et l'efficacité dans les tâches réalisées.

Pour Lecourt (2019)³, Tomatis a permis de mettre en évidence que la modification de l'écoute entraîne un changement dans la production sonore ou le comportement de l'individu. C'est pourquoi la méthode Tomatis est utilisée dans le traitement de nombreuses problématiques comme les troubles auditifs, les troubles du langage et de l'apprentissage (prise en charge de la dyslexie ou l'enseignement des langues étrangères comme l'anglais). Mais la méthode Tomatis peut également intervenir dans le traitement des sifflements auditifs, et donc sur certains types d'acouphènes. En effet, l'amélioration de la perception des fréquences sonore, permet de créer

¹ Tomatis, A. (1987). *L'oreille et la voix*. Paris : Éditions Robert Laffont.

² Lecourt, E. (2019). *Musicothérapie*. Paris, France : Eyrolles

³ Ibid

un équilibre auditif, améliorer la sélection sonore, dévier l'attention et par conséquent diminuer l'intensité et l'impact de l'acouphène.

Dans le traitement des acouphènes, il existe une thérapie qui repose sur le phénomène d'habituation sonore, également appelée TRT (Tinnitus Retraining Therapy) proposée par les audioprothésistes. Le principe consiste à appareiller les patients et leur diffuser en continue (minimum 6h par jour) des fréquences sonores appelées bruits blancs.

Les bruits blancs sont des sons composés de l'ensemble des fréquences audibles par l'oreille humaine. Le spectre des bruits blancs est large puis qu'il s'étend de 20 Hz à 20000 Hz. Leur caractéristique est qu'ils n'ont pas de hauteur tonale car toutes les fréquences sonores ont la même intensité. Le but est d'enrichir à spectre harmonique large l'environnement sonore et créer ainsi un masque pour réduire l'acouphène. Le masque sonore créé, la perception de l'acouphène sera moindre. Ainsi il y aura une neutralité de l'acouphène, qui permettra ensuite la diminution de l'anxiété et du stress liés à l'acouphène. L'usage des bruits blancs n'est pas un hasard. En effet, il existe un parallèle entre ces fréquences et le vécu auditif intra-utérin. Pradines développe dans *La Fonction perceptive (1981)* que les premières perceptions sonores font références aux ondes aquatiques et aux phénomènes d'une « *pression liquide antérieure à la pression par contact* »⁴. Les fréquences blanches rappellent ces premières sensations auditives provoquées par les mouvements auditifs. Les premières vibrations sonores perçues sont projetées sur l'ensemble du corps du bébé, l'intégralité de sa peau. Cette perception sensitive, berçante et rassurante est encodée et laisse une trace mnésique indélébile. C'est pourquoi Imberty parle de « *massage sonore* »⁵. Le son masse l'ouïe mais également l'intégralité du corps de l'individu, rappelant le vécu in-utéro permettant ainsi l'apaisement. C'est pourquoi il n'est pas rare aujourd'hui, que les bruits blancs soient utilisés pour faciliter l'apaisement et l'endormissement de l'enfant. Cet apaisement psychique par le massage sonore n'est pas destiné uniquement aux nourrissons mais à l'ensemble des individus. Le massage sonore ouvre une autre écoute, qui par la reviviscence de perceptions sonores (traces mnésiques auditives) comme les bruits blancs, permet un apaisement général, y compris celui des acouphènes.

⁴ Pradines, M. (1981). *La fonction perceptive*. Paris : Denoël – Ghonrier

⁵ Imberty, M. (1979). *Sémantique psychologique de la musique - Entendre la musique*. Paris : Dunod

Ces deux méthodes, créent un lobbying dans le traitement des acouphènes. En pratique, les appareils et traitements coûtent très chers et ne sont donc pas accessibles à tous. Être équipé d'un appareillage, extérieur au corps n'est pas anodin. Il faut s'habituer, vivre avec mais ce dernier est contraignant. L'appareil ne peut pas être constamment avec nous dans nos activités (piscine, tondre la pelouse, ...) ou nécessite une installation spécifique.

De plus, l'appareillage nécessite un entretien régulier pour assurer son fonctionnement et demande à être réajuster régulièrement pour s'adapter aux besoins du patient. Certains patients également, n'ont pas le besoin d'être appareillé car ils n'ont pas de perte auditive qui expliquerait la survenue de l'acouphène. Il me semble donc important de réfléchir à une méthode naturelle, disponible en tout temps et qui ne serait pas envahissante. Notre corps est un instrument de musique capable d'émettre des sons, des fréquences sonores. C'est pourquoi il est intéressant de se demander si l'émission sonore dans les méthodes de thérapie sonore fonctionnelle ou la méthode Tomatis, peut être faite de manière naturelle, sans équipement spécifique, sur la base d'une réception sonore jumelée à l'émission vocale. C'est-à-dire réaliser un auto-masquage grâce au renforcement de la boucle audio-phonatoire par la médiation vocale et l'ouverture de l'écoute par la discrimination des fréquences harmoniques

Il faut également noter que le principe d'habituation sonore n'est pas efficace pour 30% des personnes. Cette inefficacité est souvent due au versant psychologique avec des difficultés émotionnelles. Il est donc important de trouver également une piste thérapeutique incluant le fonctionnement psychique pour répondre au plus grand nombre.

L'usage de la musicothérapie, me semble être une piste thérapeutique pertinente pour développer une nouvelle méthode de prise en charge des acouphènes. En somme, la musicothérapie peut agir sur le renforcement de la boucle audio phonatoire mais également apporter un accompagnement sur le versant psycho-émotionnelles pour diminuer l'impact du phénomène acouphénique, à la fois psychique et physique. Ainsi la musicothérapie prend pour moi ici l'ensemble de son sens.

« Lorsque le Son devient souffrance, comment prendre soin par le Son »

=

II. Problématique de recherche et Hypothèses

En lien avec la thérapie sonore fonctionnelle et la pratique musicothérapeutique observée en stage, je me demande alors, *si le bain sonore, principe fondamental de la musicothérapie a un intérêt thérapeutique dans la prise en charge des patients souffrant d'acouphènes*. J'émetts donc l'hypothèse que l'immersion sonore en association avec un dialogue vocal entre le patient et son acouphène permettrait la diminution de l'impact du trouble sur la qualité de vie du sujet. C'est-à-dire que le principe inné d'une communication sonore disposerait d'un intérêt thérapeutique à la fois physiologique et psychologique permettant aux patients de mieux vivre avec l'acouphène. En d'autres mots, le bain sonore effectué en auto-émission vocale permettrait le renforcement de la boucle audio-proprio-phonatoire, par la conscience auditive et articulatoire des sons ainsi que du Moi psychique par enveloppement sonore.

1. Perception et acouphènes

A. Fonctionnement perceptif

Selon Pradine, l'oreille n'est pas seulement un réceptacle des vibrations aériennes. En effet le système auditif est déjà en fonctionnement au cours de la vie fœtale Selon Lecourt (2019), le fœtus perçoit dès 4 mois in utero, l'intégralité de « *l'ambiance sonore de son futur environnement* ⁶» mais également tous les bruits internes au corps maternel qui le contient (exemple : borborygmes, battement cardiaque, bruit du fonctionnement respiratoire et digestif).

Pour Lecourt, le bébé est bercé dans un environnement sonore riche à la fois par « *le volume sonore que de celui du nombre et de la diversité des sons et des rythmes* »⁷ L'écoute se fait dans un premier temps dans un milieu aquatique, où les vibrations sonores, créent des mouvements liquidiens porteurs du son. Selon Pradine, à la naissance, l'objet d'écoute change : le passage de l'aquatique à l'aérien permet « *l'avènement de l'ouïe* »⁸ et serait ainsi déterminant dans la construction de l'appareil psychique et le développement du langage. L'oreille fœtale réceptrice des « *ébranlements liquides* »⁹, par un processus de transformation deviendra

⁶ Op. cit

⁷ Ibid.

⁸ Op. cit

⁹ Ibid

l'appareil réceptif des « ébranlements aériens »¹⁰. Cela sous-entend que l'oreille dispose de plusieurs écoutes fondatrices de l'Homme.

Le vécu sonore in utéro du bébé, laisse une trace mnésique déterminante pour la vie psychique de l'individu. Effectivement, pour Vasse (1974), les vibrations sonores vont engendrer des pressions liquidiennes engendrant des sensations auditives et corporelles. C'est-à-dire que l'écoute devient multisensorielle. Il y a donc un lien indissociable entre le son et le corps. Le tympan, tissu corporel, tout comme la peau, deviennent les récepteurs sensoriels de la vibration sonore et permettent ainsi la création d'un lien permanent avec l'appareil psychique. Ainsi le fœtus se construit un répertoire d'expériences sensorielles primaires à travers le milieu sonore. Il pourra mobiliser ensuite ces expériences et leur donner sens lors de la construction du Moi. Cette notion de lien entre ouïe et appareil psychique est également partagée par Pradines. L'ouïe serait pour Pradines un « *organe de l'esprit* »¹¹ qui permet de donner sens au vécu sonore. L'oreille, continuité de l'appareil psychique permettrait ainsi de pouvoir accéder au langage et à la communication, nécessaire à l'individu pour s'adapter à son environnement et survivre.

La perception sonore a donc un rôle primordial, dès le début de vie de l'être humain. Selon Vasse (1974), le sonore et en particulier la voix maternelle permet de garder le lien de survie avec l'objet d'amour. Ainsi pour l'auteur « *l'ombilic est coupé et remplacé par la voix maternelle* ».¹² Le lien sonore est donc indispensable à la survie de l'individu : non pas d'un point de vue physique comme pouvait avoir le rôle du cordon ombilical, mais d'un point de vue psychique. Sans interaction sonore, l'individu ne pourrait pas se construire psychiquement et s'adapter au monde dans lequel il vit. Pour Lecourt (2019) « *le bain de paroles va engager ce petit être dans une aventure intense d'humanisation.* »¹³. Les interactions vocales sont donc déterminantes pour permettre à l'individu de s'adapter à l'environnement dans lequel il vit. Le développement du babillage, permettra à l'enfant de découvrir le plaisir associé à « *l'expression sonore volontaire* »¹⁴ mais également au jeu sonore auquel il va pouvoir participer. Le dialogue entre le bébé et la voix maternelle fait ainsi écho à la notion d'interactions précoces (« Holding »

¹⁰ Ibid

¹¹ Ibid

¹² Vasse, D. (1974). *L'ombilic et la voix*. Paris : Edition du Seuil

¹³ Op. cit

¹⁴ Ibid

et « Handling »¹⁵), développée par Winnicott. Elles seraient, selon l'auteur, indispensables à la survie et la construction de l'individu tant d'un point de vue psychique que physique.

B. Le phénomène acouphénique

Les patients reçus lors des consultations présentent différents types d'acouphènes. Les acouphènes selon le dictionnaire Larousse 16 (s. d.), sont une « Perception généralement erronée d'une sensation sonore (bourdonnement, sifflement, grésillement) ». Selon les ouvrages, il existe deux types d'acouphène. Les acouphènes objectifs qui représentent environ 5% des acouphènes. Ils sont liés à des causes physiques, dont certaines sont opérables (neurinome de l'acoustique, anévrysmes cérébraux..., c'est pourquoi il est important de se méfier d'un acouphène unilatéral, d'apparition brutale, surtout s'il est pulsatile (bruit concomitant à la pulsation cardiaque).

. Le deuxième type est l'acouphène subjectif, présent dans 95% des cas, dont l'étiologie est difficilement repérable. C'est la subjectivité de l'acouphène qui rend ce dernier complexe et très variable de manière intra et inter-individuelle. En effet, les acouphènes peuvent toucher tout type de personne : jeune/âgée, homme/femme, etc. Certains patients peuvent présenter plusieurs types d'acouphène de manière simultanée et qui peuvent être unilatérales ou bilatérales (sifflement, bourdonnement, palpitation, claquement). L'intensité est variable en fonction des patients mais aussi en fonction du type d'acouphène, de l'état de la personne, des lieux et du moment de la journée. Certains acouphènes sont persistants, d'autres sont séquentiels ou occasionnels.

L'acouphène subjectif n'est pas une pathologie mais le symptôme d'une problématique dont l'étiologie est souvent inconnue ou multiple. Cependant, les acouphènes ne doivent pas être négligés car ils peuvent avoir un impact plus ou moins sur la vie du sujet et donc devenir source d'une réelle souffrance et d'un éventuel handicap. D'un point de vue culturel, l'image de cette souffrance liée à l'acouphène a été retracé au cœur de l'œuvre musicale écrite et composée par la chanteuse Angèle, intitulée *J'entends*¹⁷.

¹⁵ Winnicott, D. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Lausanne : Payot

¹⁶ Dictionnaire Larousse (s.d.). *Acouphènes*

¹⁷ Angèle (2019). *J'entends* : Accessible à : <https://www.youtube.com/watch?v=OqUy7IOYt6g>

a. Acouphène et audition

Il existe un lien entre acouphène et perte d'audition. En effet Dufournet, D. & Darbéra, R. (2014)¹⁸ ont mené une enquête auprès de 341 malentendants âgés de 20 à 89 ans. Il en ressort que 2 personnes malentendantes sur 3 présentent des acouphènes de manière p.

En effet, lorsqu'il y a une perte d'audition, l'oreille n'entend pas toutes les fréquences. Face à ce manque, grâce à la plasticité cérébrale, le cerveau compense en émettant un son (l'acouphène) sur la même fréquence que celle perdue auditivement. Le cerveau cherche à émettre les sons qu'il n'entend pas. Le plus souvent, il s'agit de presbyacousie, c'est-à-dire une perte des fréquences aiguës due à la sénescence des cellules ciliées interne de l'oreille interne qui peut apparaître vers 50 ans, provoquant des acouphènes aigus, à type de sifflements.

Un autre phénomène physiologique appelée la boucle audio-phonatoire intervient dans la perception auditive de notre propre voix, selon un processus de rétrocontrôle, (feedback) pour ajuster la production vocale. Ainsi chez les enfants malentendants de naissance, il est indispensable de rétablir la boucle audio-phonatoire par un implant cochléaire précoce, pour permettre l'acquisition du langage

La boucle audio-phonatoire est au cœur de la communication et de l'expression vocale. Prenons l'image d'un chanteur sans retour lors d'un concert. Ce dernier n'entend pas toutes les fréquences produites et se retrouve ainsi en difficulté pour s'ajuster (chanter juste, en rythme). Lorsqu'on ajoute un retour, le chanteur peut percevoir l'ensemble des fréquences et peut donc s'accorder à son environnement sonore. Un renforcement de la boucle audio-phonatoire est donc nécessaire pour que l'individu s'adapte à son environnement sonore et s'habitue à l'acouphène.

Un bon émetteur est avant tout un bon récepteur : l'oreille est notre organe phonatoire !

b. Acouphènes et émotion

Il existe également un lien entre acouphène et émotion qui fait écho au fonctionnement psychologique de l'individu. L'acouphène, bruit inconnu qui apparait sans raison, peut très souvent être minimisé ou au contraire être vécu comme un danger. Cette perception se fait en fonction de l'état émotionnel de la personne notamment au moment de l'apparition du

¹⁸ Dufournet, D. & Darbéra, R. (2014). Enquête sur les acouphènes avec perte auditive associée.

symptôme acouphénique. Ainsi, si la personne est dans un état émotionnel de détente, la perception acouphénique sera peut-être moins importante. Au contraire, le stress et l'anxiété majoreraient la perception acouphénique, et augmenteraient ainsi la sensation négative associée à l'acouphène. L'interprétation de l'acouphène peut être aussi ternie par l'image renvoyée par certains professionnels de santé, peu formés et qui renforcent ainsi le sentiment d'impuissance et de désespoir des patients face à leur acouphène.

De plus, selon Aliotta (2016), les circonstances de la découverte du symptôme vont laisser une trace mnésique qui va teinter le vécu du phénomène acouphénique. Selon l'auteur « *la personne va associer inconsciemment l'acouphène aux ressentis des événements vécus lors de son apparition.* »¹⁹. Ainsi certains mots, sons, ou bruits vont avoir une résonance particulière et augmenter plus ou moins l'impact de l'acouphène : résonance physique mais également psychique. A l'image d'un signal d'alarme, l'acouphène peut se manifester pour symboliser un conflit interne (conflit psychique, traumatisme, émotions refoulées). L'acouphène deviendrait le symptôme, moyen pour la problématique de s'exprimer.

L'acouphène a donc un sens et n'apparaît pas par pur hasard. L'acouphène peut également résulter d'un traumatisme vécu. Dr Marié-Bailly a dit que « *L'oreille n'a pas de paupière* ». En effet, l'appareil auditif n'a pas de frontière, il est vulnérable. Le son se diffuse et se propage en tous sens, physiquement mais aussi psychiquement. Les oreilles ne peuvent donc pas nous protéger des violences sonores. Une structure psychique stable, est donc essentiel pour se protéger de ces agressions.

Le traumatisme sonore viendrait selon l'expression populaire « casser les oreilles » par l'acouphène. Nous pouvons prendre l'image d'une personne qui sort de boîte de nuit et qui développe un acouphène temporaire lié au volume sonore trop important. L'oreille a subi une agression, et l'acouphène est l'expression de ce traumatisme. Le son peut devenir traumatique, on peut l'observer notamment auprès des personnes en état de stress post-traumatique à la suite d'une guerre ou d'un attentat. Le sonore devient souffrance, une hypersensibilité au bruit se développe. C'est pourquoi il n'est pas rare que l'acouphène soit associé à une Hyperacousie. L'impact acouphénique dépend principalement de la sensibilité qu'on développe face à l'acouphène et notamment du sens émotionnel et psychique qu'on donne à l'acouphène et au

¹⁹ Aliotta, C. (2016). *Sophrologie et Acouphène, Manuel Pratique.*

traumatisme. Ainsi selon Edith Lecourt (2019), chaque sujet effectue une « *catégorisation du sonore* »²⁰ en fonction de son vécu sonore.

Le premier traumatisme universel est la naissance. C'est-à-dire le passage de l'aquatique à l'aérien. L'acouphène serait comme un cri, expression primaire, symbolique et universelle. Cela fait écho aux premiers cris que pousse le nourrisson, qui lors de sa naissance prend sa première respiration. Selon certains auteurs, le cri d'un bébé permettrait à ce dernier de symboliser sa vulnérabilité au monde qui l'entoure. Ainsi on peut se demander, si l'expression d'un acouphène, ne serait pas la symbolisation d'une vulnérabilité, d'un Moi fragile, altéré par un traumatisme ou non unifié : un Moi instable.

2. Bain sonore

Le bain sonore est un processus ancestral commun à toutes cultures. Comme nous l'avons vu au début de ce mémoire, le vécu sonore remonte à notre expérience intra-utérine et laisse une trace auditive qui conditionne les expériences futures de l'individu. En effet selon Imberty le massage sonore (primitif) « *ouvre au message* »²¹ et par conséquent à une communication essentielle à la socialisation. Ainsi, la musique et particulièrement la voix maternelle témoignent d'une « *sensualité* »²² et d'une sensibilité primitive. La vibration sonore masse et enveloppe l'individu, une communication s'établit malgré l'absence de langage. Un espace sonore se crée (voix maternelle, sons de l'environnement) comme un pré-langage initiateur du contact primaire et fondateur de l'être humain (à l'image d'Eros). C'est-à-dire que le son, et par conséquent la musique, composent l'être humain. Gilles Boudinet (2015) explique dans ces écrits que cette idée est reprise par Eryximaque dans le banquet de Platon où la musique serait comme la médecine, « *science de l'amour* »²³. Amour qui fonde l'Homme.

A. Bain sonore, créateur du Moi

Eros, traduit par la création de ce premier langage et permet selon Boudinet (2015), l'entrée dans la symbolisation, principe essentiel de l'humain et de la société. La symbolisation marque la construction psychique de l'individu. C'est par cette dernière que l'individu va établir

²⁰ Op cit

²¹ Op. cit

²² Ibid

²³ Boudinet, G. (2015). *Les éros de la musique*. Auxerre : HDiffusion

sa propre identité grâce aux expériences vécues qu'il va symboliser psychiquement. Le principe de symbolisation et notamment de la symbolisation sonore renvoie au mythe de Pan.

Pan, dieu à demi végétal, à demi humain, ne pouvant assouvir son désir d'obtenir Sphynx va, selon Boudinet (2015), entrer dans la « *symbolisation musicale* »²⁴. Par la musique et la mise en place de la symbolisation, Pan va établir son identité en unifiant son Moi, en prenant corps. Il va affirmer sa part-humaine, il entre dans un processus de construction identitaire. Pan unifie ses parties fondues dans le Tout et accède alors à la différenciation entre le Moi et le Non-Moi. La symbolisation permet l'établissement d'une délimitation du Moi à la fois corporelle et psychique. Les représentations pourront s'établir de manière sécurisée et stable, la symbolisation (notamment musicale) permettant de surmonter les désirs non résolus et angoisses qui y sont associées.

Selon Freud (1923)²⁵, le Moi est créateur de liens entre les différentes instances psychiques structurant ainsi la psyché. A l'origine, l'enfance impose les prémices de la construction du Moi. L'enfant va progressivement établir une différenciation entre le Soi et le Non-Soi. Puis l'enfant entre dans la phase d'objectalisation qui comprend la capacité de réponse à des stimulations sensorielles (comme le sourire) précoces, la permanence de l'objet vers six/huit mois (Piaget) et le vécu de l'angoisse de séparation vers huit mois. L'apogée de la construction du Moi s'achève par la phase de subjectalisation vers 15 mois. L'enfant reconnaît l'objet, se différencie et donc se reconnaît lui-même. Il fonde ainsi les bases du Moi et permet alors la constitution du Soi. Le Soi (appelé également Self) est alors une fonction du Moi et donne accès par la personation à la création identitaire de l'individu. Pour Racamier (1965), le Soi est « *individuel, différencié, unifié, réel et permanent* »²⁶. Le Soi dans sa mise en place implique différents mécanismes psychologiques comme l'identification, la projection et l'introjection.

Les prémices du Moi, selon Klein sont alors renforcé par « *l'identification projective* »²⁷. C'est à dire, que l'individu va projeter en l'autre les caractéristiques négatives de son Soi et s'identifiera aux caractéristiques positives du Soi de l'autre. En d'autres mots, par ces mouvements projectifs, il se rapproche d'un idéal stabilisateur du Moi. Ces mouvements sont d'abord orientés vers les parents (objet d'amour) et au moment de

²⁴ Ibid

²⁵ Freud, S. (1923). *Le Moi et le Ça*.

²⁶ Racamier, P.C. (1965). *Le moi et le soi, la personne et la psychose. (Essai sur la personation)*.

²⁷ Klein M. (1952). *Notes sur quelques mécanismes schizoïdes*

l'adolescence, un remaniement de la psyché va s'effectuer. L'individu va se détacher des représentations et idéaux parentaux pour construire sa propre identité. La psyché, une fois remaniée, va se rigidifier et se stabiliser à l'âge adulte.

La construction des prémices du Moi, lors de l'enfance, s'effectue lorsque le bébé accède à la différenciation. Selon Klein, le bébé comprend la traumatique réalité de la non-fusion entre lui et sa mère, entre -lui et le sein, entre lui et son premier objet d'amour. Boudinet (2019) rejoint l'idée que la différenciation permet « *l'émergence conjointe de la psyché et du soma* »²⁸, qui illustre la création du Moi. Pour l'auteur, le sonore, permettrait de créer cette différenciation et serait ainsi créateur du Moi. Il appuie ces propos par le mythe de Pan qui illustre ce concept fondamental en psychologie. En effet, selon Boudinet, le renoncement de Pan à Naiade, son objet d'amour avec qui il aimerait fusionner, lui permet de se différencier et unir son Moi.

Le renoncement de Pan à Naiade se fait grâce à la matière sonore, vectrice de sensations à l'origine de la capacité de représentation. Ainsi les représentations psychiques élaborées s'inscrivent au cœur du processus de symbolisation et permettent de donner un sens au vécu sonore. Le Moi se crée donc par le sonore.

B. Sonore et enveloppes

En lien avec le Moi-peau d'Anzieu (1985), la différenciation entre l'individu et son objet d'amour, lui permet également de prendre conscience des différentes parties de son corps pour ensuite les unifier et ainsi former un tout cohérent. L'unification corporelle, créatrice du Moi, peut donc se réaliser par la Musique et en particulier la pratique de « *Gestes musicaux* »²⁹. La constitution du Moi selon Boudinet (2019) requiert donc « *une synchronisation à la fois psychique, corporelle qui s'affirme par la Musique et sa pratique* »³⁰. Cette notion d'accordage entre le corps et la psyché s'effectue à travers la musique. Pour Boudinet, la matière sonore est créatrice de sensations multiples, « *qui se jouent entre la tension et la détente, à la fois psychique et physique mais également sur continuum vibratoire symbole d'intensité* »³¹. Ainsi, comme lors de l'unification corporelle, les sensations issues du sonore, vont s'ajuster et permettre l'harmonisation entre le corps, la voix, l'écoute et l'esprit (émotions, affects et pensée).

²⁸ Boudinet, G. (2019). *La musique, le corps et les Eros*. (Enseignement Master 1 Création Artistique).

²⁹ Ibid

³⁰ Ibid

³¹ Ibid

Pour Anzieu (1985)³², la construction du Moi s'effectue à partir de différentes sensations corporelles et particulièrement la prise de conscience de la peau. Peau, tissus biologiques qui enveloppent notre structure et nos composants et forment un Tout cohérent et fonctionnel. L'enveloppe de la peau permet également de poser une limite, une frontière entre l'intérieur et l'extérieur, entre Soi et les Autres. Néanmoins, selon Boudinet (2019) à partir des travaux de Didier Anzieu, la prise de conscience de la peau, fondatrice du Moi, serait favorisée par la stimulation des interactions précoces entre le bébé et sa mère. On entend ici, un mélange de perceptions tactiles par les caresses et auditives qui s'établit par la voix maternelle enveloppante et contenant. La voix maternelle va permettre de former un dialogue entre elle et le bébé. L'enfant va progressivement, par le développement de l'écoute, faire la distinction entre sa voix et celle de l'autre (son objet d'amour : sa mère), comme il peut le faire par le toucher.

Cependant, la voix permet également l'accès à la différenciation qui amène à la capacité de symbolisation et d'élaboration psychique. La voix enveloppe mais permet également de marquer la différenciation, elle délimite le Soi et fonde ainsi le Moi.

Si nous reprenons les récits de la mythologie grecque, selon Boudinet (2019), Pan va créer par sa flûte une trame musicale structurante et enveloppante qui vont lui permettre d'unifier son corps. Ainsi les mélodies jouées vont entourer et réunir les parties du Moi de Pan et se propager dans l'espace créant ainsi un bain sonore unificateur où la symbolisation prends place. Dans un autre plan, on remarque le concept d'enveloppe sonore à travers « *le murmure musical* »³³. En effet les roseaux, fondateurs de la flûte de Pan, font résonner en notre héros plusieurs voix. Selon l'auteur, les roseaux proposent une « *voix sociale* »³⁴, clé de la symbolisation et de l'accès à la culture mais également une « *voix sensuelle* »³⁵ à l'image d'un bercement mélodique apaisant et régressant. C'est-à-dire que la voix sensuelle renvoie, selon moi, à la voix maternelle et à un état primaire : celui du nourrisson, de l'enfant intérieur. L'ambivalence entre les deux voix, fait appel selon Boudinet (2015) à « *l'Eros primordial* »³⁶. C'est pourquoi selon l'auteur, le nourrisson débute l'élaboration du Moi par l'environnement qui l'entoure et notamment par « *les symbolisation sonores* »³⁷ et les « *sollicitations vocales* »³⁸ comme la voix

³² Anzieu, D., (1985). Le Moi-peau, Paris : Dunod

³³ Op. cit

³⁴ Ibid

³⁵ Ibid

³⁶ Op. cit

³⁷ Ibid

³⁸ Ibid

maternelle. Voix maternelle : voix de l'objet d'amour comme la mélodie que chante Naïade (par les roseaux) à Pan ; voix qui enveloppe et fonde-le-Moi. Cette notion d'enveloppement fait appel au concept de Didier Anzieu (1985) : l'« *enveloppe sonore du Soi* »³⁹.

Pour Boudinet (2019), l'espace sonore, forme une enveloppe composée de vibrations qui entourent le sujet, comme le fait la peau. Les vibrations sonores, vont également permettre par leurs répercussions épidermiques, de délimiter l'espace corporel. Le son n'est pas fixe, la vibration sonore, bouge et se propage. C'est pourquoi gestes et mouvements ne peuvent être exclus de la définition du Sonore. Le geste est teinté du son et le son est teinté par le geste. Le corps et le son évoluent ensemble en Harmonie, en interconnexion. Ainsi l'ouïe et le toucher s'assemblent et permettent selon l'auteur, le développement de la faculté de représentation de la psyché mais également du corps.

Il existe donc à la fois une enveloppe corporelle mais également une enveloppe sonore qui s'entremêlent et permettent de créer un tout équilibré physiquement et psychiquement. Les enveloppes fondent un Homme. Ainsi on comprend que le sonore tout comme le toucher, fait partie intégrante de la construction du Moi.

Nous avons vu que les capacités auditives se développent de manière très précoce, avant même la vue. Je rejoins alors les propos de Boudinet (2019) qui témoigne que « *l'enveloppe sonore du Soi constitue le premier espace psychique, avant même l'espace visuelle* »⁴⁰. Le Moi se fonde dans un premier temps par les traces sonores vécues in-utéro. Pour Pradines⁴¹, l'enveloppe sonore se construit par une tactilité sonore qui se développe par les différentes pressions aquatiques ressenties par le fœtus. Les perceptions sonores, selon Imberty⁴² vont laisser une trace qui donne sens. Ainsi les expériences sonores, positives ou négatives vont teinter la construction psychique future. Il ne faut donc pas négliger le répertoire sonore constitué et les sensations auditives, car elles colorent les représentations psychiques établies. Lorsque le Moi est altéré, il est donc important de rétablir une enveloppe sonore agréable, sécurisante et adaptée en accord avec les autres enveloppes établies (enveloppe corporelle, etc.) pour permettre l'émergence d'un nouveau Moi unifié et stable.

³⁹ Op.cit

⁴⁰ Op. cit

⁴¹ Op. cit

⁴² Op. cit

C. Bain sonore : un auto-masquage par rééquilibrage de l'espace sonore

Le bain sonore est associé à la notion d'espace sonore. Selon Lecourt (2019), l'espace sonore est un lieu qui contient une quantité limitée de sons. Plus l'espace est grand, plus le nombre de sons est important. Les sons qui interviennent au sein de l'espace sonore sont selon l'auteur « *parfaitement maîtrisé, pour le plaisir de l'oreille et de la pensée* »⁴³. L'espace sonore est un espace équilibré, qui apporte un bien être à la fois physique et psychique. L'immersion dans le bain sonore, permet de modifier la perception sonore des bruits de notre environnement et ainsi élargir notre espace sonore. Un espace sonore riche permet ainsi de masquer les nuisances sonores et sélectionner uniquement les plus justes pour l'oreille. Ainsi le bain sonore permet la mise en place d'un auto-masquage, en modifiant la perception acouphénique. L'émission vocale et le développement de l'écoute permet ainsi d'enrichir l'espace sonore.

A l'image de l'expérience de Roy Hart reconduite en Musicothérapie par Edith Lecourt (2019) dans son livre Musicothérapie, un « *travail vocal qui inclut toutes les possibilités physiques vocales, du cri, du rôle au chant le plus sophistiqué, en passant par la parole ordinaire* »⁴⁴ a eu un fort impact sur l'espace sonore et musical. En effet, selon Edith Lecourt (2019), ce dernier a permis de repousser les limites de l'espace sonore. L'enrichissement de l'espace sonore et ainsi l'enrichissement du Masque sonore peut se faire par le « *nourrissage musical* »⁴⁵, concept mis en avant par Edith Lecourt. Cette notion a été fondée à partir d'une observation clinique qui a révélé que « *la musique était plus absorbée qu'écoutée* »⁴⁶. A partir de ce constat, l'auteur a développé une technique thérapeutique orientée autour de la musicothérapie réceptive et la réception sonore. En particulier, l'écoute de différentes pistes musicales qui sont sélectionnées en fonction de l'identité du sujet, qui laisse place ensuite à des temps de verbalisation. Le nourrissage sonore, permet ainsi de développer l'écoute et d'enrichir le répertoire acoustique des personnes. Les différents sons pourront donc jouer au sein de l'espace sonore et résonner à l'intérieur des patients. Cela permettra également de donner une tonalité psychique au son, facilitant ainsi leur expression ; le nourrissage musical invite chaque individu à comprendre parmi la multitude, quels sont les sonorités bonnes pour lui, physiquement et psychiquement.

⁴³ Op. cit

⁴⁴ Ibid

⁴⁵ Ibid

⁴⁶ Ibid

La modification de la perception sonore par le bain de sons fait également écho à la technique de « structuration du vécu sonore »⁴⁷ d'Edith Lecourt. Par le vécu sonore (les bruits, les sons de l'environnement immédiat), l'individu va progressivement structurer l'expérience sonore et lui donner sens à la fois musicalement mais également verbalement. Le vécu sonore est ainsi réorganisé, les perceptions sont justes, non traumatisantes. On peut donc appliquer cette technique à l'acouphène, en changeant la représentation liée au phénomène acouphénique. Le son chaotique devient musique, musique douce et agréable pour l'oreille.

Pour résumer, le bain sonore permet l'enrichissement de l'espace sonore (nourrissage musicale) permettant à l'individu d'accéder et sélectionner des sons agréables pour lui. Un masque se crée, mettant à l'écart les sons désagréables. La modification de l'espace sonore, entraîne progressivement une modification de la perception sonore. Ainsi l'acouphène, phénomène acoustique synonyme de souffrance, est d'abord masqué par le bain sonore et progressivement sa perception sonore sera modifiée jusqu'à devenir supportable. Finalement, l'impact de l'acouphène sera minime et supportable.

III. Méthodologie

1. Contexte et lieu d'accueil

Le Dr. Isabelle Marié-Bailly reçoit les patients souffrants d'acouphènes lors de consultations qui associent son rôle de médecin phoniatre au CHRO et de musicothérapeute. Les consultations acouphènes sont inscrites au sein d'un processus de prise en charge mis en place par une équipe pluridisciplinaire qu'elle coordonne depuis sa création en 2015. Cette équipe se réunit régulièrement lors de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) Acouphène et est agréée par l'Association Francophone des Équipes Pluri-disciplinaires en Acouphénologie (AFREPA). Elle est composée de :

- **Médecins ORL du CHRO :**

Ils effectuent un bilan clinique ORL notamment sur le plan auditif : audiogrammes, anamnèse clinique. Ils regardent l'état fonctionnel de l'oreille et prescrivent d'éventuels examens complémentaires : IRM des conduits Auditifs Internes, scanner cérébral...

⁴⁷ Ibid

- **Phoniatre/Musicothérapeute :**

La consultation phoniatrice fait généralement suite au bilan ORL établi. En tant que médecin coordinatrice de l'équipe pluridisciplinaire du CHRO, le Dr Marié Bailly s'intéresse à la manifestation de l'acouphène et l'impact qu'a ce dernier sur le patient (sur la personne même et son environnement). Lors de cette consultation, le Dr Marié Bailly explique au patient le fonctionnement de la boucle audio-phonatoire (fonctionnement de l'oreille, expression vocale : « Comment on entend et qu'est-ce qu'on entend ? ») et le phénomène acouphénique. Pour cela, elle s'aide de l'audiogramme préalablement réalisé en parallèle du spectrogramme, où la voix du patient est enregistrée en direct puis analysée ensemble pour expliquer le mécanisme de fréquence. Le Dr Marié Bailly fait également une anamnèse spécifique à l'acouphène, et utilise un questionnaire international appelé THI « Tinnitus Handicap Index » pour mesurer l'impact des acouphènes sur la vie du patient.

Après cette première partie centrée sur l'éducation thérapeutique et l'anamnèse clinique, le Dr Marié Bailly propose une partie dédiée aux soins. Elle propose une séance de thérapie manuelle pour placer les personnes dans un état de détente et d'écoute jumelée à des exercices d'expression vocale et d'écoute, plongeant ainsi les personnes dans un bain sonore. Ces exercices ont pour principal objectif de renforcer la boucle audio-phonatoire et donc de manière physiologique diminuer la perception acouphénique.

Bien qu'il s'agisse d'une consultation de phoniatrice, la musicothérapie ne peut être exclue. Par l'usage de la thérapie sonore dans le traitement des troubles, la musicothérapie prend son sens. Lors de ces consultations, phoniatrice et musicothérapie s'associent pour prendre en charge les troubles dont sont atteints les patients. La musicothérapie s'applique donc ici dans le cadre de la phoniatrice.

- **Audioprothésistes :**

Principalement lorsqu'il y a une perte d'audition, les audioprothésistes vont proposer aux patients différents appareillages, notamment pour combler la perte d'audition pour renforcer de manière mécanique la boucle audio-phonatoire et donc permettre de diminuer l'acouphène. L'audioprothésiste va également réaliser une acouphénométrie afin de caractériser

l'acouphène au niveau de sa fréquence et son intensité. Cet examen permettra éventuellement de mettre en place un appareil de masquage basé sur la diffusion continue de bruits blancs (cf. *Tinnitus Retraining Therapy*).

- **Sophrologues et Hypnothérapeutes :**

Ils proposent des thérapies complémentaires pour soulager l'impact des acouphènes sur la vie des patients, en plus des solutions techniques mises en place. Ils permettent un suivi plus régulier, avec un travail orienté autour des blessures psychiques internes (guérir l'enfant intérieurs), des émotions (secrets entendus, déni, chocs émotionnels, émotions bloquées), du stress et de la dévalorisation.

Le parcours de soin est individuel, en fonction des besoins du patients par rapport à son/ses acouphènes.

2. Questionnaire THI

Lors des consultations de phoniatrie, on évalue la répercussion de l'acouphène du sujet à l'aide d'un auto-questionnaire, reconnue à l'échelle internationale, appelé THI « Tinnitus Handicap Index »⁴⁸. Le « Tinnitus Handicap Index (THI) a été développé par Newman, Jacobson et Spitzer en 1996. Le questionnaire est composé de 25 items qui évaluent trois domaines : émotionnel, fonctionnel et l'adaptation au trouble. L'échelle de cotation est sur 3 niveaux : Oui (coté 4 points), Parfois (coté 2 points) et Non (coté 0 point). Le score total est calculé par la somme des points entre les réponses cotées Oui et les réponses cotées Parfois. Une fois le score total recueilli, il faut se référer au tableau qui indique le degré de sévérité du trouble acouphénique. Les scores sont donc répartis en fonction 5 niveaux de sévérité du plus léger au plus extrême (cf. figure ci-dessous).

⁴⁸ Cf. Annexe n°1

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'IMPACT DES ACOUPHÈNES		
NIVEAU	SCORE	DESCRIPTION
1	0-16	Léger : seulement entendus dans les environnements calmes ; très facilement masqués. Pas d'incidence sur le sommeil et les activités quotidiennes.
2	18-36	Faible : facilement masqués par l'environnement sonore et facilement oubliés pendant les activités quotidiennes. Peuvent parfois troubler le sommeil mais pas les activités.
3	38-56	Moyen : peuvent être perçus même en présence d'un environnement sonore modérément bruyant. Les activités quotidiennes peuvent toujours être exécutées.
4	58-76	Sévère : presque toujours entendus et rarement masqués. Entraîne des perturbations dans le sommeil et peut diminuer la capacité à effectuer les activités quotidiennes. Conséquences néfastes sur les activités calmes.
5	78-100	Catastrophique : toujours entendus, sommeil perturbé, difficultés avec n'importe quelle activité.

49

Le questionnaire est également composé d'une série de 14 questions qui permettent de retracer l'historique de l'acouphène et ainsi faire un bilan synthétique du phénomène acouphénique dont souffre le patient. Les questions concernent les circonstances d'apparition du phénomène, le type et la localisation de l'acouphène, les facteurs favorisants, les antécédents médicaux important et comorbidités, ainsi que les domaines de vie impactés par l'acouphène.

Avec ma tutrice de stage (le Dr. Marié-Bailly), nous avons proposé ce questionnaire à tous les patients souffrant d'acouphène, durant chacune de leurs consultations. Le but initial était d'évaluer et comparer à travers ces questionnaires les scores pré, per et post traitement afin d'observer l'efficacité de la thérapie sonore aux différents moments de la prise en charge.

Malheureusement, au vu du contexte sanitaire, et l'interruption brusque, je n'ai pas pu recueillir un nombre suffisant de score pour pouvoir les analyser de manière numérique (corrélations, etc.) et statistique. Je vais donc m'appuyer sur les scores récoltés auprès de deux études de cas, à différents moments de la thérapie. Cependant, j'ai conscience que pour généraliser les résultats, je devrai mener une étude complémentaire à l'avenir avec un grand échantillon de participants.

3. Protocole d'immersion dans le bain sonore thérapeutique

En parallèle des questionnaires, lors de chaque séance, le Dr Marié-Bailly propose des exercices de thérapie vocale pour former un bain sonore apaisant qui repose sur une ambiance de détente et d'écoute de soi. Avant la mise en place du protocole sonore, le Dr Marié-Bailly propose au patient d'effectuer des exercices de respiration et d'écoute corporelle afin que le patient relâche les tensions qui l'animent et soit ainsi prêt et totalement disponible pour

⁴⁹ Newman, Jacobson et Spitzer (1996). *Tinnitus Handicap Index* .

l'exercice d'émission et d'écoute vocales. Ces exercices de détente, sont basés sur la Thérapie manuelle appliquée à la phoniatrie : Méthode « Ostéovox »⁵⁰. Cette méthode permet de rendre le patient conscient de toutes les tensions musculaires susceptibles d'augmenter la perception des acouphènes et l'hyperacousie, et de travailler avec douceur notamment au niveau des vertèbres cervicales, de la ceinture scapulaire et des articulations temporo Mandibulaires (ATM). L'intégration de cette méthode à la thérapie sonore permet ainsi d'amplifier les bénéfices thérapeutiques grâce à l'homéostasie créée entre le corps, le son et l'esprit.

Les patients sont ensuite invités à émettre des sons et ainsi dialoguer avec leur acouphène. On invite le patient à émettre vocalement des sons non voisés ([ch], [s],[f]) tout en étant dans un processus d'écoute en écho, grâce aux coques placées sur les oreilles qui permettent l'amplification sonore. Puis progressivement faire varier les types de sons et la présence des coques pour permettre aux patients d'apprécier la diversité de l'écoute. Le but étant de proposer un panel de sons ressources, afin que le patient puisse trouver ceux adaptés pour lui et son acouphène : « Trouver le son bon pour moi : le son juste »⁵¹. On laisse les phonèmes se déployer dans l'infinité de l'espace sonore, berçant ainsi notre oreille. L'environnement sonore, contenant et sécurisant comme les bras maternels, s'épanouit et réalise ainsi un auto-masquage de l'acouphène. La douceur du son juste, vient attendrir la perception acouphénique.

Dans la recherche d'un son juste en homéostasie, il est parfois pertinent de mener un exercice de synchronisation entre le corps, le son et l'esprit. Selon Edith Lecourt (2019), l'audition de la musique (du sonore) peut être associée à un second support tel l'expression corporelle. Pour l'auteur, le second support permet de faciliter l'expression notamment celle des affects et émotions. Dans cette optique, ma tutrice peut faire travailler les patients autour du Qi gong des 6 sons : Liu Zi Jue, appelés plus communément « Sons chinois ». Il s'agit d'un enchaînement de 6 sons spécifiques dit « thérapeutiques ». Ils ont une grande importance au sein de la médecine chinoise. Cette pratique, selon Zmiro (2018), a donc une origine ancestrale (entre -770 et - 476 av JC). Les premières mentions littéraires de cette pratique apparaissent quant à elles autour du cinquième et sixième siècle après JC.⁵²

Selon le site internet qigongcentre.org (2018), « *la pratique des Six Sons combine posture statique, méditation et mouvements. Elle permet d'harmoniser le corps, de calmer les émotions, et clarifier l'esprit par l'utilisation des sons, de la respiration et de l'étirement des*

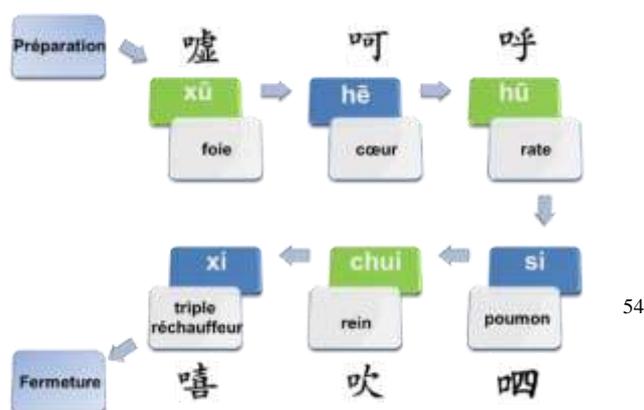
⁵⁰ Piron, A. (2007). *Techniques ostéopathiques appliquées à la phoniatrie*, Tome 1. Lyon, France : Symétrie

⁵¹ Propos de Madame E lors d'une consultation en Mai 2020.

⁵² Hong Jing, T. *Yang Xing Yan Ming Lu* (« Nourrir le principe vital et prolonger la vie »)

méridiens. »⁵³ Ainsi ces sons permettent de travailler la respiration mais également d'un point de vue psychologique, ils permettraient de garantir la constitution par l'homéostasie entre le corps et l'esprit par la vibration sonore. Cette vibration, selon les croyances, permettrait de faire circuler l'énergie et ainsi déverser vers l'extérieur les énergies négatives pour les organes (physique et psychique). Chaque son a sa spécificité et traite selon les croyances, un organe précis. Ensemble, ils constituent un enchaînement précis d'une durée de 15 minutes environ.

Dans un premier temps l'individu se met en condition et se prépare en fermant les yeux et en effectuant des respirations longues et posées, puis la personne émet un son prédéfini tout en y associant un geste précis. L'ordre des sons prédéfinis, comme vous pouvez le voir à travers le schéma ci-joint.



L'enchaînement se finit par un moment de fermeture, où l'on se gratifie dans une ambiance calme et paisible comme lors de la phase de préparation. Le retour à la réalité se fait ainsi progressivement et en douceur.

Le travail d'émission sonore peut également se faire à travers le chant pour renforcer la boucle audio-phonatoire grâce au travail de l'ajustement sonore et au développement de l'écoute. D'un point de vue psychique, un travail d'élaboration et de représentation peut se faire autour des paroles et de la mélodie. Le travail de voix chantée, d'un point de vue psychique permet ainsi de développer une autre écoute et ainsi ajuster la production sonore en fonction de *ce que l'on ressent émotionnellement et corporellement*. La parole qui donne sens, la mélodie qui en donne un autre et ensemble nous entendons « autre chose ». En développant l'écoute, en écoutant autrement, ainsi nous pouvons plus facilement nous ajuster à la fois physiquement et psychiquement. Ainsi la mise en place du temps de détente, de l'émission/réception sonore et du développement de l'écoute (de soi et du son) permet à l'individu de découvrir de nouvelles

⁵³ Site Web : <https://qigongcentre.org/2018/11/30/qi-gong-de-sante-les-six-sons/>

⁵⁴ Schémas issus du Site Web : www.melodiedumouvement.fr

perceptions de l'acouphène et ainsi modifier ses représentations psychiques. Cette modification de représentation, permettra éventuellement au patient d'avoir une image plus positive de l'acouphène, moins traumatisante et ainsi diminuer son impact négatif sur la vie du patient. L'objectif final étant de vivre en harmonie avec son acouphène physiquement et psychologiquement.

4. Consentement éclairé des participants.

Avant de recueillir et utiliser les données et témoignages, j'ai demandé le consentement libre éclairé de chaque patient conformément à la *Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel*⁵⁵ et au *Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine*⁵⁶. Avant le début de chaque consultation ou entretien, j'ai demandé le consentement de manière orale en m'assurant que le patient a bien compris les conditions de la recherche mais aussi de manière écrite à l'aide d'un document manuscrit.⁵⁷ J'ai également insisté sur le fait que le patient pouvait interrompre sa participation à tout moment, sans justification.

J'ai construit ce document, en veillant à respecter le Code de Déontologie du Musicothérapeute⁵⁸, créé par la Fédération Française de Musicothérapie le 10 novembre 2004 sur la base du Code Ethique de l'European Music Therapy Confederation. Ce document explique le cadre de la recherche, la manière dont les données seront traitées et stockées et inclut mon engagement face à la sécurité et à la confidentialité des informations recueillies. Toutes les données ont été traitées de manière anonyme à l'aide d'un code sujet associé à chaque patient (sous la forme : XY000000)

⁵⁵ Accessible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000441676>

⁵⁶ Accessible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033394083>

⁵⁷ Cf. Annexe n°2

⁵⁸ Cf. Annexe n°3

IV. Résultats.

A travers cette recherche, il était attendu que les scores d'habituatation (évalué par le THI) soient de plus en plus faibles au fur et à mesure de l'avancée du travail thérapeutique par la médiation sonore. Ainsi, l'évaluation des scores jumelés à l'analyse des séances permettra d'avoir un regard objectif sur l'efficacité réelle de la musicothérapie et de la communication sonore dans le traitement des acouphènes. Au vu du contexte sanitaire, pour le moment, je n'ai pas encore assez de recul pour analyser l'ensemble des scores THI recueillis comme initialement prévu. Je vais donc développer ici plusieurs études de cas qui se déroulent sur les différents temps de la prise en charge. Ces études de cas ont évalué à la fois les scores THI à des moments distincts de la prise en charge et me permettront également de dégager des observations pertinentes en lien avec les concepts théoriques développés plus tôt dans ce travail.

1. Etude de cas de Mr R.

A. Anamnèse

M. R a 57 ans. Il est originaire d'Auvergne mais travaille au sein d'un Institut de Recherche dans le Loiret, ce qui l'oblige à faire des aller-retours très réguliers entre les deux villes. Depuis fin 2016, il souffre d'acouphènes, ce qui l'a amené à consulter un médecin ORL en décembre 2017. Lors de cette consultation, un audiogramme a été réalisé, révélant une presbyacousie plus importante sur 4000 Hz. L'acouphène de M. R touche principalement le côté gauche, même si parfois cela peut affecter les deux oreilles. Il est caractérisé par un sifflement aigu continu. Il n'y a pas de caractère pulsatile.

M. R souffre également d'une Hyperacousie et est sujet régulièrement à différents vertiges (antécédents de vertiges paroxystiques et vertiges liés à des céphalées). Dans ses antécédents personnels on note un traumatisme crânien en 1973 (enfoncement de boîte crânienne occipital droite) et d'une chute sur l'épaule gauche en 2008.

L'ensemble des troubles dont souffre Mr R et principalement les acouphènes ont un impact négatif très fort sur la vie du sujet : augmentation de la fatigue, difficulté d'expression et de compréhension, légère dépression. C'est pourquoi, en avril 2019, M. R décide de consulter par lui-même le Dr Marié-Bailly pour mieux comprendre le phénomène acouphénique et tenter de trouver des solutions pour soulager ses acouphènes et sa souffrance.

Lors de cette première consultation, le Dr Marié-Bailly a récolté l'anamnèse clinique du patient concernant son acouphène, puis a réalisé une éducation thérapeutique concernant le phénomène acouphénique à l'aide du spectrogramme. Le Dr Marié-Bailly a ensuite évalué l'impact de l'acouphène grâce au questionnaire THI. M. R a obtenu un score de 66/100.

Le Dr Marié-Bailly a ensuite proposé une thérapie manuelle et sonore de 25 minutes, en suivant le protocole décrit ci-dessus. Elle a décelé une hypertonie cervicale et maxillaire qui explique l'Hyperacousie. En fin de séance, à l'issue du bain sonore, le patient se trouve « détendu, flasque » avec sensation d'être confortable au niveau physique (cervicales libres), psychologique (paisible) mais aussi auditivement (« ça ne sifflait plus »). A la suite de la consultation, il a été convenu avec le patient d'une consultation auprès des audioprothésistes de la RCP d'Orléans pour évaluer la nécessité d'être appareillé ou non. Mais également d'organiser avec l'employeur de M. R, un aménagement professionnel pour diminuer les trajets professionnels car ces derniers sont des facteurs aggravants pour ses acouphènes.

Entre la première et la seconde consultation, M. R a été vu par les audioprothésistes de la RCP, ce qui a amené M. R à être appareillé. Ainsi depuis Juin 2019, M. R porte des appareils auditifs de classe 1 pour combler la légère perte auditive dont il souffre. Etant évalué comme jeune d'un point de vue auditif, il a été convenu, pour le moment, de ne pas associer à l'appareillage un traitement particulier comme le générateur de bruits blancs. Depuis son appareillage, le patient dit ressentir des bénéfices notamment au niveau de son travail, mais il note qu'il n'est pas encore totalement habitué à porter ses appareils en continu. Parfois les appareils, ne suffisent pas face aux acouphènes, mais les exercices sonores et respiratoire l'aident à les surmonter. C'est pourquoi, en Février 2020, M. R a bénéficié d'une seconde consultation avec le Dr Marié-Bailly, où la séance était principalement dédiée aux exercices sonores et aux renforcements de la boucle audio-phonatoire : exécution du protocole en détail avec explications pour permettre au patient de reproduire les exercices de renforcements sonores à domicile.

Lors du bain sonore, M. R note une perception sensorielle décuplée lors d'une phase de détente. Les sons qu'il caractérise comme « naturels » (à l'image d'un grognement ou des animaux en pleine nature) viennent toucher l'oreille en plein cœur. Un « écosystème » alliant écoute, détente et expression, fondent une ambiance sonore enveloppante et apaisante. « On se baigne dans le son, on déconnecte, on relâche les tensions ». Les tensions étant traduites ici par les tensions physiques, psychiques mais aussi par la résonnance acouphénique.

En Avril 2020, j'ai pu bénéficier d'un entretien en visio-conférence avec M. R. Il note une évolution très favorable. Lors de cet entretien, nous sommes revenus sur son ressenti lors de la prise en charge et sur l'impact des acouphènes sur sa vie actuelle. Pour mesurer de manière concrète l'impact, j'ai proposé à M. R de répondre de nouveau au THI. Le score du patient était de 28/100. M. R note une grande amélioration dans les transports où les acouphènes étaient fortement présents. Cette amélioration est due, d'une part par l'appareillage, mais également aux exercices sonores que M. R réalise en voiture, lors de ses trajets professionnels. Les exercices l'aident selon lui à mieux vivre les transports et donc à diminuer les vertiges et les acouphènes. Le patient note aussi un effet positif supplémentaire dans l'expression vocale et émotionnelle. Le patient signifie qu'il est plus facile pour lui de s'exprimer, « de se faire entendre » car il a plus de facilité à « porter sa voix ».

B. Analyse

On remarque chez M. R une nette amélioration dans le vécu acouphénique. En effet M. R est passé d'un score THI de 66/100 synonyme d'un acouphène avec un impact sévère à un THI de 28/100 qui correspond à un impact faible. Cette diminution du score témoigne donc de l'efficacité de la prise en charge. Je pense que l'amélioration du vécu acouphénique est principalement due au renforcement de la boucle-audio phonatoire qui a un effet physiologique sur la survenue de l'acouphène. On pourrait penser que ce renforcement est lié uniquement à la mise en place de l'appareillage auditif. C'est en partie vrai, mais parfois l'appareillage ne suffit pas à masquer l'acouphène (environnement calme, situation dans laquelle il ne peut pas porter l'appareil). C'est pourquoi l'immersion dans un bain sonore par expression vocale a permis au patient à développer ses écoutes : l'écoute pour communiquer mais également l'écoute de soi. Ainsi il a appris à réajuster sa production sonore. Lorsque l'on entend mieux, le cerveau compense moins et ainsi l'acouphène diminue en intensité.

Il faut également noter que pendant le confinement, M. R n'avait plus de pile dans ses appareils auditifs, mais il a pu gérer et bien vivre ses acouphènes par les exercices sonores appris. Le bain sonore a donc un effet physiologique sur l'acouphène et permet le retour à une homéostasie entre l'individu et son environnement. L'individu communique mieux (arrive à mieux « se faire entendre », « porter ma voix ») avec son environnement mais aussi avec lui-même.

Le deuxième effet que j'ai pu observer grâce à la mise en place du bain sonore, est le développement de l'écoute de Soi. En effet M. R, a développé une capacité d'écoute intérieure qui lui permet de s'immerger selon ses termes dans une « bulle sonore et de détente ». Comme un retour à Soi, les temps qu'il s'accorde lui permettent de diminuer le stress accumulé. Les tensions ainsi réduites, permettent de diminuer l'attention qu'on porte aux acouphènes. Le bain sonore a donc un effet psychologique grâce à l'enveloppe apaisante créée par le son.

La prise en charge de M. R, montre donc que le sonore a des effets favorables sur l'acouphène à la fois sur le plan physique mais également psychologique. Le sonore permet de retrouver un équilibre dans les différentes dimensions du Sujet, lui permettant de mieux s'adapter et ainsi mieux vivre avec son acouphène. Le sonore permet de s'ajuster à ce dernier, et ainsi rééquilibrer les perceptions physique et psychique. Cette première étude de cas, va donc dans le sens de l'hypothèse que j'ai émise. C'est-à-dire que le bain sonore, espace de communication entre le patient et l'acouphène permet de diminuer l'impact acouphénique grâce aux renforcements de la boucle-audio phonatoire et la diminution des tensions.

Néanmoins, malgré l'effet psychologique observé par l'apaisement des tensions, ce cas ne me permet pas de vérifier la deuxième partie de mon hypothèse, qui concerne le renforcement du Moi. En effet les acouphènes sont tellement multiples, que chaque patient a des problématiques différentes autour de son acouphène. M. R, avait un fonctionnement psychique très stable. Les principaux axes thérapeutiques étaient donc orientés vers l'amélioration de la perception auditive (amélioration de la perception physique) mais également vers la diminution du stress, principalement dû à son activité professionnelle, ce dernier majorant les acouphènes.

Pour étudier comment le bain sonore participe aux renforcements du Moi, et ainsi à l'amélioration du vécu acouphénique, je vais vous présenter le cas de Madame E.

2. Etude de cas de Madame E

A. Anamnèse

Madame E a 65 ans, retraitée. Elle était auparavant professeur de sciences physiques. Elle est mariée, a deux enfants et trois petits-enfants. Son fils et son mari sont tous deux médecins. C'est ce dernier qui a contacté en urgence le Dr Marié-Bailly, pour obtenir un rendez-vous pour sa femme. Le Dr Marié-Bailly a donc rencontré la patiente, début mars 2020, juste avant le confinement lié à la crise sanitaire du Covid 19. S'agissant d'un rendez-vous urgent, la durée de ce dernier était seulement d'une heure, contrairement aux deux heures nécessaires. La patiente a effectué préalablement un bilan orl, avec un spécialiste indépendant en février 2020. Il n'y a pas d'explication biologique visible, permettant d'expliquer la survenue de l'acouphène.

Madame E, présente un acouphène fluctuant à l'oreille droite. Son acouphène se traduit par un sifflement aigu en continu. Les acouphènes ont débuté fin janvier 2020, lors d'un séjour à la montagne avec des amis. Lors de la première consultation, Madame E, n'avait aucune idée quant à l'idée de l'origine du facteur déclenchant de l'acouphène. Madame E semblait très anxieuse, anxiété augmentée par les acouphènes. Les acouphènes de la patiente étaient fortement présents le soir et la nuit, entraînant des troubles du sommeil. L'acouphène était ainsi responsable d'une fatigue très importante, physiquement mais aussi psychologiquement. Afin d'évaluer, l'impact de l'acouphène, nous avons proposé à la patiente de passer le questionnaire THI. Le THI de Madame E était de 50. Selon la grille d'interprétation du questionnaire, la patiente présente un score, c'est-à-dire que l'acouphène est présent malgré « *un environnement sonore modérément bruyant* »⁵⁹, cependant il n'a pas de répercussion sur la réalisation des activités quotidiennes. L'impact de l'acouphène de la patiente, est quand même conséquent et nécessite donc un accompagnement thérapeutique, afin de diminuer ce dernier.

Avant le confinement, Madame E a pu rencontrer les autres acteurs de l'équipe « acouphène ». Madame E, a bénéficié de l'expertise de l'audioprothésiste mi – mars 2020. L'analyse auditive a révélé une perte auditive vraiment très légère, un peu plus importante à

⁵⁹ Newman, Jacobson et Spitzer (1996). *Tinnitus Handicap Index*

gauche qu'à droite, ne nécessitant pas d'appareillage. Le lien audition/acouphène ne peut donc pas être établi. L'audioprothésiste a surtout délivré des conseils pour rassurer Madame E et ainsi son anxiété. Un appareillage de diffusion continue de bruit-blanc, pourra être envisagé en dernier recours, si l'acouphène est encore trop important.

Pour travailler autour de son anxiété, majorée par ses acouphènes, Madame E a contacté une sophrologue/hypnothérapeute. Elle a bénéficié de 3 séances plus un entretien intermédiaire en visio-conférence à la suite d'une crise d'angoisse importante. La première consultation de sophrologie était surtout un moyen de réexpliquer les informations entendues autour des acouphènes et de sa prise en charge. Elle avait besoin de comprendre en profondeur le fonctionnement du symptôme, cela fait écho à son ancienne profession d'enseignante de sciences physiques. Les propos échangés ont permis à la patiente de se sentir accompagnée et ainsi diminuer le stress. La deuxième et troisième séance, ont été concentrées sur l'expression émotionnelle, avec l'utilisation de l'Hypnose durant la 3^{ème} séance. Après cette séance, elle s'est sentie très mal car cela a « bousculé pas mal de choses » en elle. Elle n'était pas prête à entendre et il lui a fallu du temps pour récupérer, c'est pourquoi elle a décidé d'espacer les séances avec la thérapeute.

Cependant, malgré l'espacement des séances de sophrologie/hypnothérapie, la participation à des ateliers vocaux est venue s'articuler en parallèle. En effet, la durée de la première consultation avec le Dr-Marié-Bailly (phoniatre/ musicothérapeute) étant limitée, cette première rencontre était surtout le moyen de faire un premier constat de l'état de la patiente et d'expliquer comment va se dérouler sa prise en charge. C'est pourquoi le travail de thérapie sonore était restreint. Un début de travail d'immersion sonore avec les coques a été effectué. La patiente a pu produire les sons non voisés (les cigales [si], la mer [chh]) pour commencer à découvrir de nouvelles perceptions sonores. Le temps de thérapie manuelle n'a pas pu être proposé à cause des recommandations sanitaires. Au vu de la souffrance de la patiente et ne pouvant plus reconduire un rendez-vous physique lié au confinement, nous avons décidé de proposer un accompagnement à distance. Tout d'abord le Dr Marié-Bailly a réalisé une consultation individuelle par Skype pour instaurer les prémices d'une thérapie sonore. Lors de cette consultation, les exercices ont été articulés autour du son, du mouvement de la nature. Les exercices proposés ont donc été l'apprentissage des sons chinois où le son est émis en adéquation avec le mouvement et la respiration (corps).

Pour continuer ce travail de thérapie sonore et ainsi pouvoir donner des ressources à la patiente même à distance, nous avons invité Madame E à participer à des ateliers d'expression vocale en groupe, deux fois par semaine en visio-conférence. Cette solution a été proposée en attendant une consultation physique en phoniatrie début Mai 2020. Entre fin mars et mi-mai 2020, Madame E a participé à quatorze séances d'atelier d'expression vocale en groupe.

Le groupe est constitué de trois à sept participants en fonction des disponibilités de chacun. L'atelier a lieu deux fois par semaine pendant 1h30 : le mardi soir et le vendredi matin par le biais de la plateforme Skype. Au cours de ces séances, nous avons continué l'apprentissage des six sons (Qi Gong). La patiente connaît aujourd'hui cinq sons sur six, qu'elle peut refaire en autonomie, lorsqu'elle sent que le stress est présent ou quand l'acouphène n'est plus gérable.

Nous avons également joué avec plusieurs chansons proposées par les participants dont quatre choisies par Madame E (présentées ci-joint selon l'ordre chronologique des séances).

- *La Mer* – Charles Trenet : <https://www.youtube.com/watch?v=fztkUuunI7g>
- *Green sleeves* (chanson traditionnelle UK) : <https://www.youtube.com/watch?v=kdjYlrvVFNo>
- *Je chante* – Charles Trenet : <https://www.youtube.com/watch?v=oSxLWjrayto>
- *Le jazz et la java* – Claude Nougaro : <https://www.youtube.com/watch?v=zmRgXOw1o3A>

Dans un premier temps, nous effectuons un travail de voix parlée à tour de rôle, où chacun lit une ou deux phrases des paroles de la chanson. Ensuite, nous leur proposons de relire ces paroles avec une émotion (à l'image d'une pratique quasi-théâtrale). Pour effectuer le passage entre la voix parlée et la voix chantée, le Dr Marié-Bailly a proposé des exercices de sprechgesang (voix parlé-chanté) et de « recto-tono » (c'est-à-dire chanter les paroles sans la mélodie, sur la même hauteur tonale). Puis, un travail autour du chant s'établit. Tout d'abord, la musicothérapeute encourage les participantes à fredonner les paroles sur plusieurs tons en fermant les yeux. Lorsque la participante a trouvé un son agréable pour elle à entendre, on propose de fredonner à nouveau la mélodie, toujours yeux fermés, en soumettant l'idée de s'imaginer dans un endroit et/ou en y associant des gestes (bercement). Nous chantons ensuite, à tour de rôle une partie ou l'intégralité de la chanson. Pour finir l'atelier, nous prenons un temps personnel, à l'instar de la phase de fermeture du Qi Gong des 6 sons, pour se reconnecter doucement à la réalité et profiter de l'instant qui nous est accordé (écoute de soi). Nous terminons ensuite par un petit debriefing, pour exprimer ou non l'état émotionnel dans lequel se trouve chacun.

Skype ne permettant pas le chant polyphonique en temps réel, le Dr Marié-Bailly enregistre la séance avec l'accord des participants et crée ensuite un montage sonore où les voix s'entremêlent ensemble. Ce montage permet de développer une autre écoute, une autre représentation du moment sonore vécu⁶⁰.

Au départ, lors des premières séances, Madame E montrait une réserve et un grand manque de confiance en elle. Elle n'osait pas car elle avait, selon ces propos, « peur de mal faire », de ne « pas faire bien ». Puis progressivement, au fur et à mesure des séances, Madame E s'est ouverte et a commencé à s'exprimer de plus en plus à la fois vocalement et émotionnellement. Elle a commencé à prendre des initiatives (propositions de chansons) et à s'investir pleinement dans l'atelier. Aujourd'hui, elle est capable de s'exprimer librement, sans contrainte, en laissant la place à sa créativité. Elle est également capable de nous faire part des représentations psychiques qu'elle associe au son, et de son état émotionnel du moment.

Au début du mois Mai 2020, en début de déconfinement, Madame E, a pu bénéficier d'une consultation acouphène conventionnelle à l'hôpital auprès du Dr Marié-Bailly. Cette consultation a permis de faire un point sur le travail effectué durant ces deux mois. La patiente semble beaucoup moins anxieuse, plus sûre d'elle. J'ai donc proposé à Madame E, de répondre une nouvelle fois au questionnaire THI. Le score de Madame E est de 28. Soit presque moitié moins. Madame E présente aujourd'hui un score faible. (*« Acouphènes facilement masqués par l'environnement sonore et facilement oubliés pendant les activités quotidiennes. Peuvent parfois troubler le sommeil mais pas les activités »*⁶¹).

Lors de cette consultation, par l'alliance thérapeutique créée et l'instauration d'un climat de confiance, Madame E a pu mettre des mots sur les émotions qu'elle ressent et notamment celle liée à l'acouphène en lui-même. L'éventuelle étiologie de l'acouphène s'est donc révélée lors de cette deuxième consultation. L'acouphène est apparu, lorsque la patiente et son mari vivaient une crise conjugale. Lors de son séjour à la montagne, la complicité des couples d'amis présents avec eux ont renvoyé à la patiente l'image d'une dysharmonie dans sa relation conjugale. Son mari étant très occupé par ses fonctions professionnelles, Madame E, avait l'impression de ne plus exister pour lui. Madame E a su évoquer le fait qu'elle a difficulté à « être entendue ». En

⁶⁰ Cf. Liens annexes n°4

⁶¹ Ibid

effet la position de médecin (le savant) son mari mais également de son fils (médecin également), bien que protectrice, place la patiente dans une certaine forme de passivité (prise de rendez-vous par le mari, qui lui a prescrit un anxiolytique...).

Cette passivité est amplifiée par le fait que Madame E a des difficultés à exprimer ses émotions ainsi les mots/maux de Madame E, ne sont pas entendus : elle se met à distance. Cette distance est source de souffrance pour son époux ; la patiente n'arrive, ni à entendre la souffrance de son mari, ni sa propre souffrance.

Ainsi on comprend, que l'environnement familial et ses représentations ont eu un fort impact dans la mise en place du processus acouphénique. Un sentiment de culpabilité se dégage des échanges avec la patiente : culpabilité d'avoir un acouphène et vis-à-vis de son mari ; l'impression de ne pas être à la hauteur, la peur de ne pas pouvoir s'exprimer car « je ne serai pas entendue ». Cette notion de ne pas être entendu, a probablement des origines plus anciennes en lien avec son éducation et son système familial d'origine.

Musicalement, j'ai pu observer un comportement d'évitement lors des séances d'expressions vocales, en lien avec ce conflit relationnel. Effectivement, lors de la séance autour de la chanson *La Mer est calme* de Ben Mazué, j'ai remarqué au départ que Madame E, avait des difficultés à lire ou chanter certaines paroles de la chanson. Les paroles de la chanson témoignent le récit d'une histoire d'amour juste avant la rupture. J'ai compris que Madame E, accordait beaucoup d'importance au sens des mots. Ainsi certaines paroles, ont résonné en elle et avec son conflit psychique. L'incapacité de chanter est une manière de ne pas exprimer le non-dit.

Aujourd'hui la patiente va beaucoup mieux, son acouphène est moins présent et ne le gêne plus au quotidien. L'acouphène reste présent mais supportable et gérable grâce aux exercices sonores. Elle chante très régulièrement car c'est pour elle « un moment qui lui fait du bien ». Les différents échanges qu'elle a pu avoir lors de son accompagnement et son épanouissement personnel au sein des ateliers sonores lui ont permis de diminuer son anxiété, favoriser l'expression de ses émotions et ont ainsi participé à l'amélioration de la relation conjugale :

« J'arrive mieux à entendre, et ainsi je peux mieux me faire entendre : enfin, j'existe ».

Madame E

B. Analyse :

L'étude de cas de Madame E, a permis de mettre en évidence l'impact du bain sonore sur le phénomène acouphénique. Cet impact n'est pas négligeable. En effet grâce aux scores des questionnaires THI réalisés avant la prise en charge et une réévaluation un mois après, on remarque que le score THI de la patiente à presque diminué de moitié (THI initial à 50/100, THI + 2 mois : 28/100).

Au fur et à mesure des séances, l'immersion dans le sonore a permis à la patiente d'accéder au renforcement de son Moi. Au début de la prise en charge, Madame E était une femme très anxieuse, peu sûre d'elle et inquiète pour son avenir. Les angoisses étaient très présentes, majorant l'impact acouphénique. Les exercices sonores, synchronisés à la respiration, comme les sons chinois ont permis à la patiente de trouver un équilibre entre le corps et la psyché à travers le sonore. La patiente a pu développer une autre écoute, l'écoute de soi. Le rétablissement de l'équilibre entre le corps et la psyché a permis à la patiente de s'apaiser et ainsi diminuer les angoisses présentes. Le retour homéostatique entre la différente dimension est principalement dû au travail de renforcement du Moi qui s'est établi en parallèle. Le renforcement du Moi a pu s'effectuer grâce à différents éléments. Tout d'abord par le phénomène de renarcissisation. La renarcissisation a débuté dès la première consultation grâce à l'écoute active de la thérapeute et l'alliance thérapeutique créée. La patiente s'est sentie entendue et soutenue par rapport à son acouphène. Se sentir reconnu par autrui, permet ainsi de renforcer le Moi existant. Mais la renarcissisation s'est également effectuée à travers la pratique groupale. En effet, le fait que la patiente intègre un groupe lui a permis de créer de nouveaux liens avec autrui (socialisation). Ainsi Madame E, a pu enrichir son sentiment d'existence : « En atelier, je peux être Moi, sans jugement : il y a une vraie écoute ». Le cadre bienveillant et sécurisant lui a permis progressivement de s'exprimer et de retrouver confiance en elle. La pratique groupale, « lieu permettant l'écoute et la communication », lui a permis de restaurer l'estime de Soi et de retrouver une certaine forme de liberté. A travers les ateliers, elle a pu s'investir pleinement, et a compris qu'elle pouvait apporter quelque chose au groupe. Elle a su progressivement trouver la place qui lui semblait juste.

« Je me sens bien au cœur de l'atelier, je me sens à ma place ».

Madame E

Certes le renforcement du Moi, est liée à la renarcissisation mais également au travail d'expression émotionnelle et d'élaboration psychique par le son. Lors des ateliers d'expression vocale, Madame E, s'est progressivement livrée sur ses ressentis en lien avec le vécu sonore. Elle a su poser des mots sur ce qu'elle pouvait ressentir et ainsi leur donner un sens. Au fur et à mesure, et principalement grâce aux différentes ambiances sonore, elle a su élaborer de nouvelles représentations psychiques liées au son. L'élaboration progressive de nouvelles représentations grâce au nourrissage sonore lui ont permis de développer une nouvelle perception de l'environnement sonore et par conséquent une nouvelle écoute du phénomène acouphénique. Le son de l'acouphène, a retrouvé une dimension moins traumatique, plus agréable grâce au travail d'association. Cela a permis de retrouver un équilibre entre la réalité physique et psychique, équilibre permettant un apaisement des angoisses et tensions. L'enrichissement sonore lui a permis de trouver et sélectionner les ressources sonores favorables pour elle. De plus, l'amélioration de l'expression émotionnelle, lui a permis de retrouver un équilibre dans ses relations conjugales, diminuant ainsi les tensions susceptibles d'augmenter le phénomène acouphénique.

Le travail vocal, a permis également de faciliter l'expression des affects et émotions, En effet la voix fait partie de l'intime. Il n'y a pas d'objet faisant tiers dans les échanges vocaux, contrairement à la pratique instrumentale. Les échanges sont directs et sont ainsi peut-être plus forts. Faire entendre sa voix, c'est se révéler, « se mettre à nu », « laisser tomber les barrières ». Ainsi la voix dans l'espace sonore permet de fonder une voie où peut s'exprimer librement le Moi. La voix devient le reflet du Moi.

Pour finir, le renforcement du Moi s'est effectué à travers l'enveloppe contenant créé par les bains d'immersions sonores. En effet la création d'une enveloppe sonore sécurisante permet de favoriser l'expression émotionnelle et l'élaboration psychique. Le bain sonore devient un lieu de ressource et permet ainsi de surmonter les conflits psychiques dont l'acouphène est le symptôme. Le bain sonore permet ainsi l'amélioration de l'état psychologique. En effet d'un point de vue psychologique, dans certains cas si on réussit à résoudre le conflit et/ou apporter un état psychique suffisamment stable, l'acouphène peut diminuer voire disparaître subitement de la même manière dont il est apparu. L'enveloppe sonore a également permis la renarcissisation de Madame E. L'espace contenant et sécurisant, lui a en effet permis de retrouver progressivement confiance en elle et ses capacités, facilitant ainsi sa participation et son expression au sein du groupe.

L'enveloppe sonore, sécurisante et apaisante a également permis de sceller l'alliance thérapeutique entre la patiente et ma tutrice. La renarcissisation et la socialisation à travers les ateliers vocaux ont permis à la patiente de retrouver une confiance en elle et en l'autre : une relation de confiance s'est établie. C'est pourquoi la patiente a pu, lors de sa consultation en phoniatry, révéler l'étiologie potentielle de l'acouphène. Par la création d'un cadre sécurisé et contenant par le sonore, elle a pu exprimer le non-dit, c'est-à-dire le conflit psychique auquel elle faisait face. L'acouphène était peut-être le moyen par lequel s'exprimait ce conflit. Ainsi on comprend que le bain sonore a eu un fort impact psychologique sur Madame E, à la fois sur elle mais également dans sa relation aux autres. Je suppose que le bain sonore a permis un renforcement du Moi. Moi qui potentiellement n'arrivait pas à faire face au conflit psychique lié aux difficultés conjugales. Le Moi ainsi altéré, selon la vision psychanalytique, laissait place aux angoisses majorant ainsi le phénomène acouphénique. L'enveloppement sonore a donc également permis un apaisement des tensions et angoisses qui animaient la patiente.

Mais bien que Madame E, ne souffre pas d'une perte auditive majeure, l'immersion sonore a également permis un ajustement sonore. Les exercices sonores effectués individuellement mais également collectivement lors des ateliers, ont permis comme dans le cas de M. R de renforcer la boucle audio-phonatoire. L'émission sonore avec le retour auditif par les coques, ont permis à la patiente de développer un panel de sons diversifiés. Ainsi elle a pu travailler l'émission et la réception sonore. Progressivement, elle a su trouver, ajuster sa production vocale et son écoute, permettant de retrouver un équilibre dans la boucle audio-phonatoire : une harmonie. Cet accordage a notamment été permis par la réalisation des « sons chinois ». Madame E a su trouver « le bon son », « le son juste », un son qui est « bon pour Moi », agréable à entendre. Le renforcement de la boucle audio-phonatoire s'est également fait par le développement de l'écoute et de l'expression vocale, particulièrement grâce aux exercices de voix chantée mais également de voix parlée.

La voix parlée et la voix chantée n'ont pas la même résonance pour l'oreille, ainsi les jeux vocaux effectués (le recto-sono, lecture, déclamation, variation de ton, variation d'intensité...) ont permis à la patiente de se confronter face à différentes perceptions sonores d'un même texte, d'une même suite de phonèmes. Elle a pu ainsi enrichir son écoute et par conséquent construire de nouvelles représentations associées au son. L'enrichissement sonore, permet également de créer un masque sonore et aide l'individu à mieux s'ajuster à son environnement.

Comme nous l'avons vu, il y a donc un effet physiologique. En effet, si la patiente arrive à mieux s'adapter à son environnement sonore, l'impact de l'acouphène sera moindre car la perception auditive du phénomène acouphénique sera modifiée et atténuée par le masque sonore. Ainsi à travers cette étude de cas, nous voyons que le bain sonore permet un rééquilibrage sur le plan psychique mais également sur le plan physique. Le retour à une homéostasie diminue ainsi l'impact acouphénique et la souffrance associée.

C. Biais potentiels associés

Lors de cette étude de cas, j'ai pu relever certains biais potentiels. Tout d'abord, nous avons su lors de la dernière consultation avec Madame E, que le mari de cette dernière lui a prescrit un anxiolytique depuis quelques semaines. L'anxiolytique pourrait en effet agir sur la diminution de l'anxiété de Madame E et donc sur son apaisement psychique. Cependant l'anxiolytique a été débuté au moins trois semaines après le début de la prise en charge sonore. Lors des premières semaines de prises en charges, nous avons déjà observé des progrès dans la gestion des angoisses, ce qui montre que l'apaisement des tensions a débuté avant la prise des anxiolytiques. Le traitement médicamenteux, est venu en complément, potentialisant l'effet de détente et permettant à la patiente de retrouver un sommeil réparateur.

Le biais majeur que j'ai pu relever est que la prise en charge de Madame E est atypique au vu du contexte sanitaire auquel nous avons été confrontés. Le protocole sonore était différent que celui proposé habituellement. En effet, malgré une base commune dans l'explication du phénomène acouphénique et le renforcement sonore par les coques, Madame E n'a pas pu bénéficier de la thérapie manuelle qui permet la mise en condition d'écoute de soi, pourtant ce temps aurait été très pertinent dans le cas de Madame E pour relâcher les tensions. La prise en charge de Madame E est atypique car elle a bénéficié d'un suivi régulier à distance à travers les ateliers vocaux qui n'ont pas pour objectif premier de traiter les acouphènes. En effet, l'atelier vocal dans lequel elle s'est inscrite n'est pas un atelier à visée thérapeutique. Néanmoins grâce au cas de Madame E, j'ai pu faire plus facilement le lien entre l'acouphène et la musicothérapie au sens littéral du terme. En effet, j'ai compris à travers cet accompagnement, l'intérêt de la prise en charge musicothérapeutique des acouphènes.

La dimension groupale, la création de liens par le médium sonore, l'enveloppement sonore qui permet la mise en place d'un cadre sécurisé et contenant, cadre qui permet également la libération émotionnelle et l'expression de la créativité. Tous ces aspects se retrouvent également au cœur de la Musicothérapie. J'ai pu ainsi, grâce au suivi de Madame E, me projeter en tant que future musicothérapeute face à cette population, et mettre en évidence l'intérêt de la musicothérapie dans le traitement du trouble somatique qu'est l'acouphène. Ce cas m'a donc permis de répondre à ma question initiale bien que j'aie conscience que les résultats de cette étude de cas ne soient pas généralisables. Néanmoins elle m'ouvre la piste d'une nouvelle étude susceptible de généraliser les effets que j'ai pu observer ici, dans une pratique musicothérapeutique.

Un autre biais, qui découle de la prise en charge, est le fait que Madame E, a été suivie à distance, par visio-conférence (Skype). On se demande alors si les effets n'ont pas été amoindris par le fait que l'accompagnement ne soit pas en direct. En effet, lorsqu'on établit une relation de confiance avec le thérapeute ou avec autrui, le fait d'être en présence de l'autre a un fort impact. Dans la réalité, on a accès aux signes non verbaux, ainsi qu'aux diverses perceptions sensorielles (odeur, toucher, ouïe). A travers l'écran, certains signes ne peuvent pas être perceptibles, ou modifiés (voix enregistrées par un micro, et retransmis : ce n'est pas un son pur). La technologie peut parasiter la relation établie mais également le cadre de l'atelier. Néanmoins la visio-conférence a permis d'apporter à Madame E, un suivi plus régulier que les consultations. Ainsi nous avons pu accompagner la patiente au plus proche, ce qui je pense a permis d'obtenir des effets thérapeutiques rapidement. Le suivi à distance n'est peut-être pas l'idéal, néanmoins j'ai remarqué qu'un suivi hebdomadaire a permis des résultats positifs très rapidement, justifiant ainsi l'intérêt du suivi musicothérapeutique régulier en complément des consultations acouphènes. Le contexte de soin actuel impose un temps très long entre deux consultations (environ 6-7 mois) car le Dr. Marié Bailly est l'une des rares phoniatres de la région. C'est pourquoi la musicothérapie pourrait être une piste intéressante, pour accompagner le patient entre deux consultations, permettant ainsi de voir ses progrès au fur et à mesure.

Le dernier biais observé, est bien entendu le contexte lié au Covid 19 et au confinement associé, très anxiogène qui a pu majorer l'impact acouphénique, modifiant potentiellement les scores THI obtenus aux différents temps de la prise en charge, et également minimiser les effets thérapeutiques. Néanmoins, on remarque des effets très positifs à travers la prise en charge de Madame E, offrant des perspectives thérapeutiques encourageantes.

V. Discussions

J'aimerais faire part dans cette discussion d'un regret qui m'anime dans le déroulement de cette recherche. En effet, je me suis senti frustrée de n'avoir pu traiter que deux études de cas au vu de la situation sanitaire liée au Covid 19. Cette dernière m'ayant empêché de recueillir plus de données. Cette limite m'empêche de pouvoir fournir des résultats généralisables mais cela m'ouvre vers la perspective d'une recherche complémentaire. Cette recherche serait de proposer systématiquement aux différents temps de prise en charge la passation du questionnaire THI afin d'évaluer l'efficacité de l'accompagnement proposé et tracer l'évolution du patient au cœur de sa prise en charge. Cette évaluation permettra ainsi à l'ensemble des acteurs de réajuster leurs actions et objectifs pour répondre au mieux aux besoins actuels du patient. Cette recherche permettra également de montrer à plus grande échelle l'efficacité de la thérapie sonore mis en place à travers l'analyse statistiques des scores.

Bien que j'aie conscience, que mes résultats ne portent pas sur un grand échantillon, j'ai pu dégager des éléments communs entre les différentes études de cas mais également à travers l'ensemble des consultations auxquelles j'ai pu participer. J'ai croisé les observations recueillies de manière intra-et inter sujet pour obtenir des résultats objectifs que j'ai ensuite associé à des principes théoriques, qui me permettent de confirmer les hypothèses émises au début de ce travail. Ainsi nous avons vu que le bain sonore a un impact à la fois sur la sphère corporelle et psychique. Le bain sonore permet de restaurer un équilibre sur le plan physiologique par le renforcement de la boucle audio-phonatoire et le nourrissage sonore qui permet de modifier l'environnement sonore et ainsi former un masquage sonore de l'acouphène.

Mais le grand intérêt du sonore est de former une enveloppe sonore contenant, qui renforce le Moi et apaise ainsi les angoisses, stress et tensions associés à l'acouphène. L'enveloppe sonore, est un espace sûr qui favorise l'expression des affects pensés et émotions. Ainsi les mots/maux peuvent être posés, à travers le médium sonore et ainsi être entendus. Le médium sonore permet de résonner au sein de la structure psychique. Ainsi selon Lecourt (2019), elle permet à l'individu de « *se retrouver dans certaines musiques, mais encore d'exprimer musicalement certains aspects de sa personnalité qui sont difficilement transmissibles par la structure verbale* ». Par le sonore, le Moi peut s'exprimer sans contrainte. La musique et le son donnent sens, peuvent ainsi selon Lecourt (2019) « *faire entendre des messages contradictoires vécus au même instant* ». Elle permet d'associer les affects même s'ils sont opposés. C'est pourquoi, le sonore rend compte de la subjectivité et de la complexité de l'Homme.

Le bain sonore, permet également de modifier la catégorisation émotionnelle du sonore. La confrontation aux différentes expériences sonores permet de modifier les perceptions sonores établies. Ainsi le sonore peut permettre de diminuer l'aspect traumatique (la sensibilité) associé au phénomène sonore de l'acouphène. On insiste ici à un réajustement entre la psyché et l'environnement sonore. L'enrichissement sonore a également permis de découvrir de nouvelles perceptions sensorielles liées aux sonores, qui s'y l'on suit la théorie du Moi-Peau d'Anzieu, a permis de renforcer le Moi existant.

L'enveloppe sonore, permet également de mettre en place un processus de renarcissisation et de prise de conscience du Soi qui permet ainsi de consolider le Moi souvent fragile, qui a des difficultés à faire face aux traumatismes vécus. Le médium sonore permet ainsi de renforcer le sentiment d'existence. « *Par le son, par ma voix, j'existe* »⁶².

A travers ce travail, nous avons donc vu que le bain sonore permet de diminuer l'impact des acouphènes. L'utilisation du médium sonore permet en effet de rétablir à la fois un équilibre physique mais également un équilibre psychique. Le sonore fonde un tout cohérent, en harmonie. Le fonctionnement homéostatique de l'individu, d'un point de vue interne (physiquement et psychiquement) et externe, par l'adaptation à son environnement, permet l'apaisement des tensions, angoisses et stress, diminuant l'impact acouphénique. Ainsi, je peux infirmer l'hypothèse émise que l'immersion sonore permettrait la diminution de l'impact du trouble acouphénique sur la vie du sujet, grâce au renforcement de la boucle audio-phonatoire mais également le renforcement du Moi par enveloppement sonore.

⁶² Propos d'un patient lors d'une consultation

Conclusion

A travers cette recherche, nous avons vu l'intérêt du bain sonore. Mais pour répondre à ma question initiale, je me demande où peut se placer la musicothérapie dans la prise en charge des acouphènes.

Selon l'Association Française de Musicothérapie (AFM), cette dernière correspond à « *l'utilisation du son et de la musique - sous toutes leurs formes - comme moyens d'expression, de communication, de structuration de la personnalité, et d'analyse de la relation* ». ⁶³ La musicothérapie utilise donc le médium sonore pour améliorer le bien-être à la fois physique et psychique.

Le bain sonore peut donc être considéré comme une technique musicothérapeutique sur le principe de la musicothérapie réceptive et lorsqu'il est effectué par une production vocale, il fait appel à la musicothérapie dite active. A travers le protocole sonore mis en place, la personne va pouvoir faire preuve de créativité en jouant avec les sons émis vocalement. Par le son, la personne va pouvoir exprimer librement ses pensées, affects et émotions : « la voix porte les sons intérieurs » et ainsi s'ancrer dans un processus de communication avec autrui et avec son acouphène. L'immersion sonore permet également de structurer la psyché par l'accès à l'élaboration psychique et la libération émotionnelle. Ainsi la musicothérapie peut agir à l'image d'une psychothérapie, permettant la résolution de conflit dont l'acouphène peut être le symptôme.

Les exercices proposés au sein de cette recherche sont particulièrement vocaux pour travailler la boucle audio-phonatoire. Dans une approche musicothérapeutique plus conventionnelle, il est envisageable de développer l'émission dans le bain sonore par une approche réceptrice d'écoute musicale concomitante à la thérapie manuelle.

En effet, comme le cite Edith Lecourt (2019) « *La musicothérapie est aussi utilisée dans des objectifs de détente, de relaxation, en association avec des techniques de relaxation* » ⁶⁴. On pourra ainsi développer une nouvelle approche musicothérapeutique qui conjugue à la fois musicothérapie réceptive visant la détente psychique et la relaxation des tensions musculaires provoquant un relâchement physique.

⁶³ Association Française de Musicothérapie (2017) : <https://www.afm-musicotherapie.org/>

⁶⁴ Op. cit , p.2

Comme nous l'avons vu dans ce travail, le médium sonore permet d'apporter une amélioration à la fois psychique et physique du vécu acouphénique, justifiant ainsi l'intérêt thérapeutique de la musicothérapie dans la prise en charge des acouphènes.

A travers cette recherche, j'ai développé un intérêt particulier pour la population atteinte d'acouphène. Aujourd'hui, la prise en charge acouphénique n'est pas optimale malgré les initiatives mises en place. Il faut développer et généraliser l'accompagnement, notamment en formant les professionnels de santé, et en complétant le parcours de soin par d'autres disciplines et techniques de prise en charge pour permettre à chaque individu de trouver une prise en charge adaptée à ses besoins. C'est pourquoi, j'aimerais à l'avenir créer un atelier de musicothérapie, en groupe ou en individuel, dédié à la prise en charge des acouphènes. Également étudiante en Psychologie, j'aimerais pouvoir utiliser mes capacités d'écoute et d'analyse pour améliorer la recherche de l'étiologie acouphénique et proposer un accompagnement dans le vécu du trouble qui n'est pas toujours simple. L'accompagnement psychothérapeutique, dans une approche intégrative pourra faire appel à la musicothérapie et ses effets spécifiques. Le but étant de travailler autour du renforcement du Moi et de l'apaisement des tensions. Tout en ayant conscience que le sonore permet également un travail sur le plan physiologique par le renforcement de la boucle audio-phonatoire.

J'aimerais si possible intégrer la musicothérapie au cœur d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la prise en charge des acouphènes comme celle mise en place au Centre Hospitalier Régional d'Orléans. J'ai compris à travers ce travail et par la rencontre des différents professionnels, que le travail interdisciplinaire dans la prise en charge des acouphènes est très important. Chaque acteur apporte sa spécificité autour d'un objectif thérapeutique commun : celui d'améliorer le bien-être du patient et de diminuer les impacts néfastes de l'acouphène sur sa vie. Certes, les résultats sont souvent variables et patient-dépendants, mais la coordination des actions de chacun, jumelée à la personnalisation du parcours de soin, permet de proposer une prise en charge adaptée et de qualité au plus près des besoins du patient et permet ainsi de potentialiser l'efficacité de l'accompagnement thérapeutique proposé.

Ce travail m'a également permis de comprendre, que la musicothérapie pouvait avoir un intérêt dans la prise en charge hospitalière, et pas uniquement dans la prise en charge acouphénique. L'altération du Moi est présente dans de nombreuses pathologies somatiques comme les cancers. Cela fait écho au travail que j'ai mené cette année en Licence de Psychologie à propos de la prise en charge des angoisses chez les personnes atteintes de cancer. Au cœur de cette étude, j'ai pu montrer que la maladie cancéreuse, provoquait un traumatisme altérant le Moi. Le Moi doit donc être reconstruit pour permettre l'accès à la résilience. La reconstruction du Moi peut passer par un accompagnement psychothérapeutique mais nous avons vu dans ce travail que le bain sonore permettait le renforcement du Moi et ainsi l'apaisement des angoisses. C'est pourquoi, on peut se demander si l'usage de la musicothérapie serait pertinent dans la prise en charge d'autres pathologies, notamment l'accompagnement des personnes atteintes de cancer.

La musicothérapie, aurait également son intérêt thérapeutique pour comprendre les enjeux psychiques qui se dégagent de la maladie ou pour établir une autre forme de communication lorsque les mots montrent leur limite : limites psychiques liées par exemple à un blocage émotionnel ou un traumatisme, mais également limites physiques liées à un handicap ou une incapacité physique pour s'exprimer (cancer de la gorge, aphasie, trachéotomie, soins palliatifs).

La musicothérapie s'ouvre donc vers un nouveau domaine d'application et a donc pour perspective de faire partie intégrante de la prise en charge des patients, en venant agir en complément des prises en charge déjà établies (médicale, psycho-sociale, etc.) au cœur d'une démarche pluridisciplinaire centrée sur le patient.

Je terminerai ce travail à travers la citation d'un auteur et physicien américain du XIX^{ème} siècle :

« Prends un bain de musique une à deux fois par semaine pendant quelques années et tu verras que la musique est à l'âme ce que l'eau du bain est au corps ».

Oliver Wendell Holmes (1809-1894)

Bibliographie

- Aliotta, C. (2016). *Sophrologie et Acouphène, Manuel Pratique*. Malakoff, France : InterEdition
- Aime, J (2017). *Acouphène et Protéodies*. Aubagne : Quintécence
- Aime, J. (2019). La Thérapie Sonore Fonctionnelle : Traitement novateur des acouphènes par les protéodies. *France Acouphène*. Accessible à : <https://www.france-acouphenes.org/index.php/pathologies/recherche/519-la-therapie-sonore-fonctionnelle-traitement-novateur-des-acouphenes-par-les-proteodies>
- Andersson, G., Baguley, D., McKenna, L., McFerran, D. (2005). *Tinnitus, A Multidisciplinary Approach*. London : Whurr
- Anzieu, D., (1985). *Le Moi-peau*, Paris : Dunod
- Argstatter, H., Grapp, M., Hutter, E., Plinkert, P., Volker Bolay, H. (2012). Long-term effects of the “Heidelberg Model of Music Therapy” in patients with chronic tinnitus. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 5(4): 273–288.
- Benenzon, R. (2004). *La musicothérapie : La part oubliée de la personnalité*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur. doi:10.3917/dbu.benen.2004.01.
- Boudinet, G. (2015). *Les éros de la musique*. Auxerre : HDiffusion
- Boudinet, G. (2019). La musique, le corps et les Eros. *Enseignement Master 1 Création Artistique*. Boulogne-Billancourt : Institut de Psychologie.
- Courtis, S. (2017). Le sens vibratoire et les acouphènes, musique et hypnose. *Revue Française de Musicothérapie*, 116, Accessible à : <http://revel.unice.fr/rmusicotherapie/index.html?id=3733>
- Dauman, N. & Keller, P. (2010). Épistémologie de l'acouphène : histoire d'une controverse scientifique. *Cliniques méditerranéennes*, 82(2), 317-330. doi:10.3917/cm.082.0317.
- Dauman, N. (2014). Habituation à l'acouphène : les fondements épistémologiques de l'approche cognitivo-comportementale en question. *L'Évolution Psychiatrique*, 79(3), 469-477. doi : 10.1016/j.evopsy.2012.08.010

- Dauman, N. (2017). Perception des acouphènes et sémiotique de l'écoute. *Communication & langages*, 193(3), 39-47. doi : 10.4074/S0336150017013035.
- Dictionnaire Larousse (2019). *Acouphènes*. Accessible en ligne à : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/acouph%C3%A8ne/794?q=acouph%C3%A8ne#790>
- Dufournet, D. & Darbéra, R. (2014). Enquête sur les acouphènes avec perte auditive associée. *Bucodes (Surdifrance)*. Accessible à : https://surdifrance.org/images/PDF/Enquete_sur_les_acouphenes_avec_perte_auditive_associee_Bucodes_SurdiFrance.pdf
- Freud, S. (1923). Le Moi et le Ça. Accessible à : <http://meslivres.site/LIVREF/F8/F008008.pdf>
- Grapp, M., Hutter, E., Argstatter, H., Plinkert, P., Volker Bolay, H. (2013). Music therapy as an early intervention to prevent chronification of tinnitus. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 6(7): 589–593.
- Han, B. I., Lee, H. W., Kim, T. Y., Lim, J. S., Shin, K. S. (2009). Tinnitus: Characteristics, Causes, Mechanisms, and Treatments. *Journal of Clinical Neurology*. 5(1):11-19. doi : 10.3988/jcn.2009.5.1.11
- Hobson, J., Chisholm, E., El Refaie, A. (2012). Sound therapy (masking) in the management of tinnitus in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). doi: 10.1002/14651858.CD006371.pub3.
- Imberty, M. (1979). *Sémantique psychologique de la musique - Entendre la musique*. Paris : Dunod
- Imberty, M. (2005). *La musique creuse le temps*. Paris : L'Harmattan
- Imberty, M., Grattier, M. (2007). *Temps, Geste et Musicalité*. Paris : L'Harmattan
- Klein, J. (2019). *L'art-thérapie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Klein M. (1952). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. Dans Klein M., Heimann P., Isaacs S., Rivière J. (1966). *Développements de la psychanalyse*, p. 274-300. Paris : PUF.

- Krick, C., Grapp, M., Daneshvar-Talebil, J., Reith, W., Plinkert, K., Volker Bolay, H. (2015). Cortical reorganization in recent-onset tinnitus patients by the Heidelberg Model of Music Therapy. *Frontiers in Neuroscience*. doi : 10.3389/fnins.2015.00049
- Lecourt, É. (2019). *La musicothérapie*. Paris : Edition Eyrolles.
- Lecourt, É., (2013). L'enveloppe sonore, *Les enveloppes psychiques*, 223-246. Paris : Dunod
- Lecourt, É., Lubart, T. (2017). *Les art-thérapies*. Paris : Armand Colin
- Lepingle, O. (2014). Acouphènes et autres vulnérabilités au bruit : les solutions techniques. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 75(5), 525. doi : 10.1016/j.admp.2014.07.033
- Lina-Granade, G., Truya, E., Ionescu, E., Garnier, P. & Thai Van, H. (2016). Acouphènes et articulation temporo-mandibulaire : état des connaissances. *Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale*, 117(6), 458-462. doi : 10.1016/j.revsto.2016.10.005
- Newman, C. W., Jacobson, G. P., & Spitzer, J. B. (1996). Development of the Tinnitus Handicap Inventory. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 122, 143-148
- Newman, C.W., Sandridge, S.A., & Jacobson, G.P. (1998). Psychometric adequacy of the Tinnitus Handicap Inventory (THI) for evaluating treatment outcome. *J Am Acad Audiol*, 9, 153-160
- Penner, M. J. (1983). *The annoyance of tinnitus and the noise required to mask it* , *Journal of Speech and Hearing Research*, 26, 73-76.
- Pradines, M. (1981). *La fonction perceptive*. Paris : Denoël – Ghonrier
- Racamier, P.C. (1965). *Le moi et le soi, la personne et la psychose (Essai sur la personation)*.
- Tomatis, A. (1977). *L'oreille et la vie*. Paris : Éditions Robert Laffont.
- Tomatis, A. (1987). *L'oreille et la voix*. Paris : Éditions Robert Laffont.
- Tomatis, A. (1991). *L'oreille et le langage*. Paris : Éditions du Seuil.
- Vasse, D. (1974). *L'ombilic et la voix*. Paris : Edition du Seuil

- Winnicott, D. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Lausanne : Payot
- Zmiro, C. (2018). Qi Gong de Santé : les six sons, *Qi Gong Centre.org*. Accessible à : <https://qigongcentre.org/2018/11/30/qi-gong-de-sante-les-six-sons/>

Site Internet :

- Association Francophone des Équipes Pluridisciplinaires en Acouphénologie. (2017)
Accessible à : <https://www.afrepa.org/>
- Association Française de Musicothérapie (2017). Accessible à <https://www.afm-musicotherapie.org/>
- British Tinnitus Association. (2019). Accessible à : <https://www.tinnitus.org.uk/>
- Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine
Accessible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033394083>
- Fédération Française de Musicothérapie (2020). Accessible à : <https://www.musicotherapie-federationfrancaise.com/>
- France acouphènes. (2020). Accessible à : <https://www.france-acouphenes.org/>
- Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Accessible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000441676>
- Mélodie du mouvement. (2018). Accessible à : <https://melodiedumouvement.fr/qi-qong/qi-gong-des-six-sons/>