

Écoutez... Le monde sonore : support d'une construction identitaire

Marie Michel

▶ **To cite this version:**

Marie Michel. Écoutez... Le monde sonore : support d'une construction identitaire. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01018481

HAL Id: dumas-01018481

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018481

Submitted on 4 Oct 2014

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien

Écoutez …

Le monde sonore : support d'une construction identitaire

Marie MICHEL
Née le 24/11/1991 à Montpellier

Juin 2014

Remerciements

Je souhaite ici exprimer :

Un grand merci à l'équipe enseignante de l'Institut de Formation en Psychomotricité, vous qui m'avez tant appris quant à ce métier qui me passionnait avant même que je ne le connaisse vraiment.

Un énorme merci à l'ensemble et l'unicité de chaque patient et de chaque famille que j'ai rencontrés lors de mes différents stages, qui avez accepté de me rencontrer pour me permettre d'approcher le métier de psychomotricien, mais aussi à l'ensemble des équipes soignantes qui m'avez accueillie dans mes diverses structures de stage.

Un immense merci à Céline ROBERT et Valérie LACAMOIRE pour nos échanges qui ont su nourrir mon cheminement dans l'écriture de ce mémoire, mais aussi à l'ensemble de mes maîtres de stages, pour tout ce que vous m'avez apporté dans ma formation, vous qui m'avez d'abord donné envie d'exercer ce métier, puis vous qui m'avez épaulée dans mon évolution professionnelle.

Un incommensurable merci à toute ma famille, sœurs, beaux-frères, nièce, tantes, oncles, parrain, marraine pour tout ce que vous m'avez appris de la vie, de sa fragilité mais aussi du bonheur qu'elle contient. Ce merci est particulièrement adressé à ma mère, toi qui t'es tant investie dans tes multiples relectures ; et à mon père, toi qui as une sensibilité toute particulière à l'environnement sonore, que tu sembles m'avoir transmise.

Tout simplement merci à l'ensemble des amis que je me suis faits le long de ces quatre années de formation, et surtout, surtout à mes cinq colocataires, tous futurs psychomotriciens, car, sans vous, cette année et ce mémoire n'auraient jamais été ce qu'ils sont. Merci pour toutes les réflexions qui nous ont réunis, mais aussi pour toute la joie et tout l'amour que nous avons partagé, merci !

Avant- Propos

Il y a deux ans, au cours d'une intervention dans le cadre des Week-Ends Inter Écoles de Psychomotricité, j'ai assisté à la présentation d'un projet effectué par une compagnie de danse créée et constituée par des psychomotriciennes. Il s'agissait d'une représentation de danse où plusieurs personnes porteuses d'un retard mental et plusieurs de leurs encadrants étaient sur scène pour danser autour du thème de la « sphère ». J'y ai alors vu des artistes s'exprimer devant un public, heureux de montrer leur talent. Certains paraissaient très fiers d'eux, d'autres plus angoissés par la situation, mais tous étaient présents dans l'ensemble de leur être, manifestant à la fois leur **individualité propre** et une **création collective**. Cette présentation m'a beaucoup émue. Je me suis dit ce jour-là que je voudrais pouvoir, à mon tour, faire partie de ce projet.

Plus tard, en deuxième année de formation, je me suis rendue dans l'atelier danse proposé par la psychomotricienne porteuse de ce projet. En effet, je voulais découvrir par moi-même ce qu'est la danse d'improvisation, découvrir ce qui s'y joue pour confirmer ou infirmer mon envie d'apprendre auprès de cette compagnie de danse. A ce moment, j'avais seulement expérimenté deux ans de danse de couple où je me laissais guider par le cadre que m'offrait mon cavalier. La première fois que j'ai dû improviser devant tout le monde, j'étais particulièrement angoissée à l'idée de montrer quelque chose de moi devant les autres personnes de l'atelier, j'avais peur de ne pas être assez gracieuse, de ne pas faire quelque chose d'assez beau. Mes premières improvisations me furent particulièrement difficiles. Ceci jusqu'au moment où **j'ai fermé les yeux, écouté la musique et me suis laissée porter par elle**, jusqu'au moment où je l'ai utilisée comme support pour exprimer ce qu'il y avait en moi. Dans cet atelier j'ai appris à suivre la musique externe mais aussi à me mettre à l'écoute de ma musicalité propre, interne, pour créer quelque chose qui vienne de moi, en fonction de ce que je ressentais dans l'instant présent.

Cette année je suis stagiaire au sein du Centre Occupationnel de Jour (C.O.J.) et du Foyer Occupationnel (F.O.) qui ont accueilli le projet « Sphère » en 2012. Les patients qui participent à l'atelier de danse ont cependant majoritairement changé. Quelques temps après le début de mon stage, je me suis rendu compte qu'un élément était particulièrement **porteur de l'engagement de leur corporéité dans le mouvement : la musique**. J'ai alors compris que je voulais développer ma réflexion sur cet art, possible outil du psychomotricien.

Sommaire

INTRODUCTION 5

A- L'environnement sonore **7**

I- Le premier environnement sonore 7

II- La musique 19

B- Sonore et psychomotricité **34**

I- La voix du psychomotricien 34

II- La musique en psychomotricité 45

C- Exemple d'un atelier où la musique occupe une place importante **58**

I- Le cadre de l'atelier 58

II- Le retard mental 61

III- Quand la musique soutient la danse pour une construction identitaire 68

CONCLUSION 84

BIBLIOGRAPHIE 86

TABLE DES MATIERES 89

Introduction

« *La musique émeut l'âme, excite les passions, aiguise les sensations ; elle réjouit les affligés, effraie les lâches. Elle soulage des fatigues du travail au champ […] Elle guérit les malades, chasse les démons, influence les animaux. […] Elle encourage les combattants et l'ardeur à combattre est d'autant plus grande qu'est plus fort le son des trompettes* »

G. DE ZAMORA, en 1270[1]

Les premières lignes du livre *Musicophilia* écrit par O. SACKS disent : « Qu'il est étrange que des milliards d'individus -une espèce entière- jouent ou écoutent des motifs sonores dénués de signification, ce qu'il est convenu d'appeler « musique » les occupant ou les préoccupant à longueur de temps ! »[2]. Il nous dira plus tard que la musique, en plus d'être utile aux humains, est essentielle à leur existence. Ceci que nous l'appréciions ou non et que nous soyons mélomanes ou non.

C'est en ayant la même sensation d'étrangeté face à l'ensemble de ce que la musique laisse émerger que j'ai commencé à observer, dans mes stages, les effets quelle peut avoir.

Dans un premier temps je me suis particulièrement intéressée à l'apport de la musique dans la médiation danse, à travers trois ateliers différents : avec des personnes présentant un retard mental au sein d'un Centre Occupationnel de Jour (C.O.J.) et d'un Foyer Occupationnel (F.O.), puis avec des aînés en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes et enfin avec des enfants en école. J'observais alors comment les musiques utilisées pouvaient favoriser ou non l'expressivité des participants en fonction de leur profil. Petit à petit je me suis rendu compte que la musique avait bien d'autres effets que celui-là, c'est ainsi que j'ai découvert qu'elle pouvait accompagner l'individu dans l'ensemble de son évolution, quel que soit son niveau de développement.

Plus tard, faisant des liens avec d'autres stages, notamment en service de néonatologie et en cabinet libéral, je me suis aperçue que je ne voulais pas limiter mes questionnements aux effets de la musique sur l'individu. J'ai alors commencé à m'intéresser aux effets de l'ensemble de l'environnement sonore sur celui-ci, dès les interactions précoces entre le nouveau-né et l'objet maternant.

[1] DE ZAMORA G., cité par LEMARQUIS P., *Sérénade pour un cerveau musicien* ; Odile Jacob, 2013, p. 105.
[2] SACKS O., *Musicophilia, La musique, le cerveau et nous*, du Seuil, 2009, p. 9.

Dans mes recherches, j'ai pu constater que la vie s'origine dans le son. Il est à l'origine de l'univers, dans ce que certains appellent le « *big-boum* », mais également de chaque être humain, car le premier signe de vie du bébé est son cri. Ainsi, si la vie s'origine dans le son, nous pouvons penser que son essence sera toujours sonore.

Cela m'a amenée à me demander :

En quoi les effets de l'environnement sonore sur l'individu peuvent-ils intéresser le psychomotricien ?

Trois hypothèses ont alors émergé de ma réflexion, à savoir :

- **Le monde sonore accompagne l'individu dans son développement psychomoteur et dans son évolution.**
- **L'environnement sonore contribue à la prise en soin psychomotrice en soutenant le patient dans les différentes étapes de sa construction identitaire.**
- **La musique, dans le cadre d'ateliers de danse avec des personnes présentant un retard mental, participe à leur cheminement vers une autonomie.**

Pour développer mes hypothèses, je commencerai par une réflexion sur l'environnement sonore. Pour cela j'ai l'intention de préciser comment le premier environnement sonore va accompagner le nouveau-né dans son évolution avant de décomposer en quoi l'organisation de la musique a des effets sur son auditeur.

Ensuite je relierai l'environnement sonore à la pratique psychomotrice en développant en quoi la voix du psychomotricien est un élément porteur dans la thérapie psychomotrice, avant de détailler en quoi la musique va être un support de la construction identitaire en séance de psychomotricité.

Pour finir je souhaite aborder une partie clinique sur l'effet de la musique, au sein d'un atelier de danse. Cette partie concernera l'accompagnement de personnes porteuses de handicap mental vers une autonomie. Pour cela je définirai d'abord le cadre de la séance et le retard mental avant de poursuivre ma réflexion dans une partie plus clinique.

A- L'environnement sonore

Certaines théories disent que le bruit est à l'origine du vivant, que le *big-bang* serait un « *big-boum »* qui aurait structuré l'univers. M-F. CASTAREDE élargit cela en disant que dans les mythes « chaque fois que la genèse du monde est décrite avec précision, un élément acoustique intervient au moment décisif de l'action »[3].

Voyons dans cette partie comment s'organisent le premier environnement sonore du nouveau-né et la musique.

I- Le premier environnement sonore

Dans cette première partie nous allons développer ce qui se joue entre le premier environnement sonore et le bébé. En effet, pour comprendre l'impact du mode sonore sur l'individu il est important de connaître ce qu'il a été dans le premier temps de son développement. En effet, l'adulte correspond à ce qu'il est en l'instant présent mais aussi à tout ce qu'il a vécu auparavant.

Comment le sonore est-il perçu in-utéro ? Quelle place occupe-t-il dans des interactions mère-enfant ? Quels ajustements sont mis en place entre les productions sonores du bébé et celles de l'objet maternant ? Qu'est-ce que le concept d'enveloppe sonore développé par D. ANZIEU ? Comment E. LECOURT complète-t-elle celui-ci ? Qu'est-ce que la notion de contenance, souvent associée à ces enveloppes ? Impactent-elles le développement cognitif du tout-petit ? Quelles conséquences peuvent naître d'un défaut de cet environnement sonore ? Tant de questions auxquelles nous allons essayer de répondre.

1. Les sons in-utéro

Pour évoquer l'accompagnement du sonore dès les premiers moments de la vie, nous allons commencer par décrire les sensations auditives, d'abord **subies**, puis **vécues** par le fœtus dans ce que B. Cyrulnik appelle la *grotte utérine*, celle qu'il décrit comme « sombre, chaude,

[3] CASTAREDE M-F., *La voix et ses sortilèges*, Les belles lettres, 2000, p. 30.

parfumée et sonore ».[4] Concernant les informations physiologiques, nous nous appuierons sur des connaissances que P. LEMARQUIS, neurologue, nous apporte dans son livre *Sérénades pour un cerveau musicien*[5].

Rappelons que les connaissances que nous avons du monde sonore présent in-utéro sont issues d'études basées sur les modifications du rythme cardiaque du fœtus.

Au cours de son développement intra-utérin, le fœtus va appréhender le monde sonore de diverses manières. L'ensemble des bruits qui lui seront transmis créeront une **ambiance sonore**.

Dans un premier temps, la cochlée du bébé, organe de l'audition situé dans l'oreille interne, se développe progressivement. A ce moment-là le bébé perçoit seulement des **vibrations** situées à la surface de son corps. Il va alors s'imprégner de la faible perception de **bruits endogènes** correspondant aux rythmes du battement du cœur, à la respiration de sa mère, tout ce que M-F. CASTAREDE appelle « tressautement de la machine corporelle ». Ce mode d'audition se rapproche de celui des poissons.

Plus tard, à la **seizième semaine** de grossesse, son oreille sera parfaitement développée mais, ses conduits auditifs étant obstrués, le fœtus percevra les sons par **conduction osseuse**. Il sera alors particulièrement sensible aux sons d'une fréquence de 8 000 Hz, correspondant notamment à la **fréquence de la voix de la mère** propagée par cette forme de conduction. Ce mode d'audition, quant à lui, se rapproche de celui des mammifères marins.

A partir de la **trentième semaine** de grossesse, le fœtus va réagir aux **sons extérieurs** au corps de sa mère (bruits exogènes) lorsqu'ils seront suffisamment intenses pour couvrir les bruits inhérents aux activités cardio-vasculaires et digestives de celle-ci. Les bruits extérieurs ne pourront être entendus que s'ils contiennent des fréquences basses, inférieures dans les premiers temps à 300 Hz, puis à 1200 Hz (la fréquence fondamentale de la voix étant située entre 100 et 250 Hz en moyenne).

Le bébé est désormais soumis à un **flot quasi permanant de sonorités**. Ainsi il pourra entendre les **voix** qui l'entourent mais aussi la **musique**. Les hautes fréquences sonores vont êtres **filtrées** par l'abdomen de la mère. De plus, tous ces sons seront partiellement modifiés du fait de leur propagation dans les différents organes et tissus du corps de la mère, ainsi que dans le liquide amniotique, avant d'atteindre les conduits auditifs du fœtus. Celui-ci va désomais **reconnaître la voix de sa mère** et pourra la différencier des autres voix très rapidement, après sa naissance. P. LEMARQUIS précise : « Il gardera tout de même une préférence pour la voix telle

[4] CYRULNIK B., cité par LEMARQUIS P., op.cit., 2013, p. 78.
[5] LEMARQUIS P., op.cit., 2013, pp. 77-79.

qu'elle était perçue dans le bain utérin, avec ses filtres et en conduction osseuse, véritable empreinte dans ses souvenirs intra-utérins ».[6]

In utéro, il pourra également percevoir des chansons et musiques qui, suivant le contexte et la fréquence auxquels il les aura entendues, pourront plus tard avoir des effets sur lui, de détente ou de crispation. Les études de DE CASPER nous apprennent d'ailleurs que les bébés préfèrent écouter une histoire entendue préalablement dans le ventre de leur mère que dans leurs premiers jours.

Des études montrent que le fœtus, à l'écoute de la voix de sa mère, présente déjà des mouvements de succion non nutritive. Ces mouvements sont décrits, par les psychologues expérimentalistes, comme des **manifestations de plaisir** et de relation à un objet.

A. TOMATIS souligne que les éléments que le fœtus perçoit par les flux auditifs comprennent également les **affects de la mère**, ce qui conditionnera alors le désir de l'enfant d'« être au monde ». Ainsi, nous voyons comment l'expérience sensorielle, qui se développe in-utéro, va accompagner progressivement le bébé vers un **plaisir** de relation avec l'environnement. Plaisir qui entraînera, par la suite, du **désir**.

Voyons désormais quelle continuité existe entre le monde sonore d'abord vécu in-utéro puis dans les premiers moments de la vie de l'enfant.

2. Les interactions mère-enfant

A la naissance, le passage du monde intra-utérin aqueux à extra-utérin aérien est un événement important, voire traumatique. La sensation qui semble la plus en lien avec celle vécue à la naissance est celle de **démoulage**. En effet, le bébé qui a vécu plusieurs mois en permanence en contact avec la paroi intra-utérine, va se retrouver projeté dans l'univers aérien, soumis aux lois gravitaires, avec une perte de la permanence rassurante de ce contact.

Certains auteurs décrivent une sensation de **vide** présente dans les premiers moments de vie. Celle-ci peut s'originer, en partie, dans le fait que le nouveau-né n'aura plus accès à l'ambiance sonore du corps de sa mère, auparavant transmise en continu à travers le liquide amniotique. L'enfant peut alors vivre des angoisse primitives du coté de l'impression de chute, de dissolution…

Suite à cela, un des éléments qui va pouvoir **faire du lien** entre le passé et le présent est la mère, notamment la **voix** de celle-ci. En effet, le bébé va la reconnaître très rapidement du fait de son **rythme** et de son **intonation** propre (et non du timbre, car il était particulièrement

[6] LEMARQUIS P., op. cit., 2013, p. 78.

transformé par les conditions de transmission intra-amniotiques). Ainsi, cette voix va être une fonction du **processus** d**'attachement** entre le nouveau-né et la mère. C'est la solidité de cet attachement qui va permettre à l'enfant de se sentir protégé et en sécurité. Cela lui permettra par la suite de se détacher, se séparer de l'objet maternant pour aller vers une **individuation** et une **socialisation**.

A propos de cela, N. PUIG-VERGES écrit : « Le vécu sonore et rythmique intra-utérin va trouver son prolongement dans les bercements, les roulements, le discours ou les chansons de sa mère, tout ceci va aider le bébé à se construire des repères et accrochages relationnels »[7].

S. BENCIVELLI, suite aux recherches de SALK, nous fait également remarquer que l'objet maternant, dans cette démarche de faire du lien, qu'il soit gaucher ou droitier, porte préférentiellement la tête de son enfant du coté gauche de sa poitrine comme pour lui permettre d'entendre mieux le battement de son cœur, tout premier son perçu in-utéro[8].

Je revois Jade pleurer. C'est une petite fille de 7 semaines, hospitalisée en unité de néonatologie suite à une naissance prématurée à 36 semaines et une opération pour laparoshisis. Sa maman, qui avait 18 ans et exprimait le fait de ne pas se sentir prête pour être maman, la regardait à travers les barreaux du lit et lui souriait. Elle finit par la prendre dans ses bras et la bercer tout en souriant mais cela ne suffit pas à l'apaiser. Nous entrons alors dans la pièce avec l'accord de la mère qui semblait demander de l'aide. Nous nous mettons à parler à Jade. Celle-ci s'apaise. Nous prendrons ensuite du temps pour parler avec Jade et cette maman afin de favoriser l'instauration d'un dialogue sonore, chose que cette maman ne s'autorisait pas jusque là. Plus tard, après plusieurs échanges avec cette mère, nous la retrouvons plus apaisée au-près de sa fille, elles se sont ajustées l'une à l'autre.

Ici nous pouvons remarquer à quel point la parole portée par la voix de la mère atteint l'enfant. En effet, les paroles et les modulations prosodiques sont chargées de nombreuses émotions, souvent plus **accessibles** au bébé que les seules mimiques.

L'importance du sonore dans les interactions mère/enfant est également soulignée dans les écrits de D. ANZIEU lorsqu'il écrit que le premier mode de communication entre l'objet maternant et son bébé est **audiophonique**. Nous pouvons observer cela dans diverses manifestations que nous allons développer.

[7] PUIG-VERGES N., in LEPELLETIER S., *Définir la place du psychomotricien auprès des adultes déficitaires : la thérapie psychomotrice, apport de la musique*, Mémoire en vu de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, 1997, p. 43.
[8] BENCIVELLI S., *Pourquoi aime-t-on la musique ? Oreille, émotion, évolution*, Belin, 2009, p. 121.

Dans l'interaction, dès la deuxième semaine de vie du nouveau-né, ce qui permet le plus facilement **l'extinction de son cri** c'est l'audition de la voix maternelle : l'audition et non pas son visage ni un autre son. D'ailleurs, à partir de sa cinquième semaine de vie il pourra différencier la voix de sa mère de celle des autres, ce qui n'est pas encore le cas pour les visages.

Avant la troisième semaine de vie du nourrisson il existe chez lui, selon P.H. WOLFF, quatre cris structuralement et fonctionnellement différents. Il s'agit de celui de faim, de colère, de douleur d'origine externe ou viscérale et de réponse à la frustration. Ces cris, qui sont en fait des réflexes physiologiques, vont entraîner une réponse de la part de l'objet maternant. Celle-ci va permettre, dès la troisième semaine de vie, la mise en place d'une **première réaction circulaire** par le bébé. En effet, le nourrisson pourra dorénavant manifester un cinquième type de cri qui correspond, selon Wolff, au « cris de détresse pour attirer l'attention ». C'est alors le **premier mode de communication volontaire** qui va se mettre en place, avant les mimiques et les gestes.

Nous pouvons remarquer dès la troisième semaine de vie que la voix humaine, particulièrement si elle est féminine, provoque plus de **sourires** que n'importe quel autre son. Ce n'est qu'à six semaines que le bébé sourira préférentiellement à la vue d'un visage humain qu'à l'écoute d'une voix.

Il peut être important de rappeler ici que c'est entre quatre et six mois et demi que l'enfant devient sensible à la structure de la phrase musicale et à ses articulations. Il pourra alors reconnaître **l'intonation mélodique** et le **timbre** de la voix de l'objet maternant qui seront les éléments de l'environnement sonore **les plus apaisants** pour lui[9]. Ceci rappelle sa préférence pour un environnement sonore affectif et humain.

Nous avons vu ici l'importance de l'environnement sonore qui entoure le nouveau-né. Il va lui permettre de vivre plus facilement le traumatisme de la naissance, faciliter le processus d'attachement avec l'objet maternant, l'apaiser en cas de crise et être à l'origine d'un premier mode de communication. Suite à cela nous pouvons nous demander quels ajustements sonores vont apparaître entre le bébé et l'objet maternant.

3. Les ajustements dans les échanges sonores

De nombreuses observations soulignent l'existence d'un ajustement entre la prosodie de la voix de l'objet maternant et celle de son bébé lors de leurs échanges. A ce sujet, A. FERNALD et M. et H. PAPOUSEK en 1989 développent la notion de ***motherese***. Ces représentants de la psycholinguistique ont montré qu'une certaine prosodie de la voix maternelle entraîne chez son

[9] LEMARQUIS P., op. cit., 2013, p. 80.

bébé des comportements de satisfaction. Ils développent alors ce *baby-talk*, qui existe dans toutes les cultures et présente des caractéristiques particulières décrites par M-F. CASTAREDE :

« 1/ La mère parle avec un **timbre de voix** plus élevé qu'à l'ordinaire ;

2/ la **structure**, la **syntaxe** sont plus simples, souvent répétées en rythme, prolongées par des pauses. Ainsi, l'enfant détecte la régularité et devient familier avec les modèles répétés ;

3/ le **schéma intonatif** des phrases comporte fréquemment une montée de la voix. L'intonation un peu exagérée favorise la communication agréable, soit grâce au *staccato* et *crescendo*, qui mobilisent l'état de veille du bébé, soit grâce au *ritardando* et au *decrescendo*, qui favorisent le calme et l'endormissement (les berceuses sont bien sur ce 2ème type). Ainsi, la courbe mélodique présente plus de variations que dans le parler normal, prenant un aspect chantant. De même, l'accentuation est souvent amplifiée et le rythme de la parole ralenti ;

4/ les parents **s'adaptent** aux vocalises et aux mimiques de l'enfant dans le baby-talk. […] Ainsi l'enfant a l'opportunité d'apprendre que de ses vocalisations peuvent jaillir des réponses dans l'entourage en tout point similaires ;

5/ ces activités vocales **en écho** sont source de plaisir comme dans l'échange des regards et des sourires. Il y a une créativité et un amusement réciproque qui constituent des interactions, d'où les partenaires tirent un plaisir partagé dans une atmosphère de jeu. »[10]

Cette adaptation de l'échange, avec une voix plus chantante, peut être mise en parallèle avec les berceuses et **comptines** crées par les mamans spontanément lorsqu'elles sentent que cela pourrait apaiser leur enfant. Celles-ci auront, en effet, un impact **organisateur**, **sécurisant** et **rassurant** qui permettra au bébé de se **détendre**. M-L. AUCHER affirme : « Si la mère ajoute le chant à sa voix parlée, elle va provoquer des résonances beaucoup plus intenses, un impact physique neurologique puissant, et elle provoquera des messages sonores à l'ensemble du cerveau. C'est beaucoup plus équilibrant et complet pour l'enfant »[11].

Ces mécanismes mis en jeu peuvent nous faire penser à la notion de dialogue tonico-émotionnel développé par J. DE AJURIAGUERRA. Nous pourrions alors dire que ce qui se joue dans les relations audiophoniques entre le bébé et l'objet maternant serait de l'ordre d'un **dialogue prosodo-émotionnel**. Nous pourrions alors reformuler une citation de cet auteur en disant du dialogue prosodo-émotionnel : « Cette notion correspond au processus d'assimilation, et surtout d'accommodation, entre la prosodie de la mère et la prosodie de l'enfant ; l'enfant tenu dans le bain sonore de la mère est palpitant très précocement dans un échange permanent avec des paroles maternelles ; par ses gazouillis puis son babillage, il cherche son confort dans le bain sonore qui le maintient ».

Ici il ne faudra pas perdre de vue que s'il existe un lien à double sens entre la prosodie des échanges et les émotions, cela peut directement être mis en parallèle avec les **modifications**

[10] CASTAREDE M-F., *Les Notes d'or de sa voix tendre. Oralité et chant*, Revue française de psychanalyse 2001/5 Vol. 65, p. 1661.
[11] AUCHER M-L., « Les maternités chantantes », in *L'aube des sens*, Stock, 1981, p. 185.

toniques des deux partenaires. En effet, les modifications émotionnelles sont intriquées et indissociables des modifications toniques.

Cela peut nous faire penser à ce que J. BERGES exprimait en disant que les mères sont folles et heureusement. En effet, nous voyons ici une multitude de modifications du comportement de la mère qui peuvent paraître dénuées de sens mais qui vont avoir de nombreux effets. Nous pouvons supposer que l'attention de l'objet maternant dans cet ajustement pourra faciliter le processus d'attachement, la mise en sens des éprouvés corporels du nourrisson et l'accompagner dans l'apprentissage de la communication verbale et non verbale (car dans cette manière de parler, l'objet maternant ne va pas seulement prononcer des mots, il va également transmettre ses sentiments, émotions et affects).

Voyons maintenant ce que ces échanges vont permettre dans le développement cognitif de l'enfant.

4. Le sonore et la cognition

De nombreux auteurs ont montré que l'espace sonore est le **premier espace psychique**, plus précocement que les gestes et les mimiques. L'environnement sonore va accompagner l'individu dans son développement cognitif par divers aspects. D'ailleurs, D. ANZIEU énonce : « Les capacités mentales s'exerceraient d'abord sur du matériel acoustique »[12].

En premier lieu, selon E. LECOURT, le passage de l'ambiance sonore perpétuelle in-utéro à l'existence possible de silence après la naissance, offre à l'enfant des **espaces et des temps pour la pensée**[13]. Les bruits du corps, quant à eux, associés aux événements de vie, vont permettre au nouveau-né de **mettre du sens** sur ces derniers.

Par la suite, c'est dans l'interaction que les éléments sonores participeront à l'évolution cognitive du nouveau-né. Lorsque D. ANZIEU reprend les travaux de S. FREUD sur le sonore il explique que le **cris** du bébé, comme signal d'alerte, constitue la **première structure de l'appareil psychique**. Il dit ensuite que les **réactions circulaires** qui vont suivre (décrites par WOLFF) constituent la **seconde structure** de l'appareil psychique. Il cite S. FREUD qui dit : « La voie de décharge acquiert ainsi une fonction secondaire d'une extrême importance, celle de la communication mutuelle »[14]. Ces réactions circulaires permettront par la suite à l'enfant de rattacher des **images mnésiques,** et donc la notion de désir, à l'objet porteur de satisfaction. Ces

[12] ANZIEU D., *Le Moi-peau*, Dunod, 1995, p. 190.
[13] LECOURT E., « Au sortir du bruit », in *Le Journal des psychologues*, 2008 n°261, p. 43.
[14] ANZIEU D., op. cit. 1995, p. 191.

deux premières structures de l'appareil psychique vont constituer ce que l'on considère comme des **processus psychiques primaires de la pensée**.

Par la suite, lorsque l'enfant pourra associer des images mentales à des motions pulsionnelles, ce qui correspond à la **troisième structure** de l'appareil psychique, nous entrerons dans le **processus secondaire** de la pensée. Processus qui a à voir avec les processus de **symbolisation**.

Suite à ces théories et à d'autres manifestations d'échanges audiophoniques, D. ANZIEU dit : « L'acquisition de la signification prélingistique (celle des cris dans les gazouillis puis le babillage) précède celle de la signification infralinguistique (celle des mimiques et des gestes) »[15]. Tout ceci souligne le rôle précoce des sons dans le développement cognitif, et notamment **symbolique** de l'enfant.

N'oublions pas la place de l'environnement sonore créé par l'objet maternant dans le **travail de la fonction α** développé par W. Bion et dans les qualités de la ***mère suffisamment bonne*** de Winnicott. En effet, cette théorie et ce concept soulignent l'importance de la prosodie et des mots contenus dans la parole de l'objet maternant pour aider le bébé à mettre du sens sur ses éprouvés corporels.

Nous pouvons conclure de cela que l'environnement sonore que l'enfant crée et perçoit participe directement à son développement cognitif, notamment dans l'accès au symbolisme.

Avant même que ceci soit en jeu, le monde sonore contribue déjà à l'organisation du psychisme de l'individu. Quels sont les procédés mis en jeu ? Qu'est-ce que l'enveloppe sonore théorisée par D. ANZIEU ?

5. L'enveloppe sonore

Les concepts de Moi-Peau et d'enveloppes psychiques (dont l'enveloppe sonore fait partie) ont étés développés par D. ANZIEU. Les enveloppes psychiques sont des **contenants** participant à la construction du ***Moi-Peau*** et permettant de délimiter deux espaces : d'une part l'espace psychique interne, avec tous ses contenus psychiques et représentations, d'autre part l'espace de la réalité du monde extérieur. Cette délimitation reste souple et perméable aux échanges entre les deux espaces internes et externes. La mise à mal de ces enveloppes pourra entraîner chez le sujet des difficultés de distinction entre ce qui est du monde interne psychique et du monde externe naturel.

[15] ANZIEU D., op. cit. 1995, p. 190.

Le Moi-Peau est un modèle qui propose une **figuration de l'appareil psychique** à un moment donné, organisé par l'expérience des limites du corps. D. ANZIEU le définit comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi (contenant les contenus psychiques) à partir de son expérience de la surface du corps »[16].

Dans cette définition nous pourrions penser que cette construction ne se fait qu'à partir des informations tactiles. Ce n'est pas le cas. De nombreuses autres sensations sont impliquées, dont les sensations auditives. Ceci se retrouve également dans les notions d'enveloppes : si l'enveloppe cutanée est structuralement la plus importante, il en existe de différentes qui se basent alors sur d'autres modalités sensorielles ou sur des fonctions (enveloppe de souffrance, enveloppe de mémoire…).

L'enveloppe sonore est à la fois constituée des sons émis par l'environnement et par le bébé. Ceci rappelle la double face du Moi-Peau, à la fois tourné vers le dehors et vers le dedans. D. ANZIEU va considérer l'espace sonore comme le **premier espace psychique** du bébé, et le représente comme une caverne. Il utilise cette métaphore car l'espace sonore représente à la fois un espace creux (comme le sein et la cavité bucco-pharyngé), abrité sans être hermétiquement clos, et un volume à l'intérieur duquel circulent bruissements, échos et résonances[17].

Cette enveloppe sonore aura un rôle à la base du psychisme de l'individu. Selon D. ANZIEU, « Le Soi se forme comme une enveloppe sonore dans l'expérience du bain de sons, concomitante de celle de l'allaitement »[18]. L'enveloppe sonore, associée à l'enveloppe olfactive, va être essentielle dans le développement psychique du sujet car elle est à la base du **sentiment d'existence du Soi**. Suite à cela, l'expérience tactile va permettre la différenciation d'un Moi. Enfin la substitution de l'enveloppe tactile par l'enveloppe visuelle permettra la différentiation du Moi et du Surmoi ainsi que celle de la stimulation externe et l'excitation pulsionnelle.

Selon E. LECOURT, il n'est pas possible de parler d'enveloppe sonore au tout début de la vie du nouveau-né du fait de **l'absence de limite** spatiale et temporelle de l'environnement sonore. L'enveloppe va donc se construire progressivement suite aux stades du bain sonore, des échanges bilatéraux, de la cavité sonore et de l'intégration de la face arrière de l'expérience sonore. Elle souligne alors l'indissociabilité du sonore avec le tactile et le visuel dans cette construction. Pour elle c'est justement quand le vécu sonore pourra exister sans le support du tactile et du visuel que nous pourrons véritablement parler d' « enveloppe sonore »[19].

[16] ANZIEU D., *Le Moi-Peau*, *Nouvelle revue psychanalytique*, « Le dehors et le dedans » n°9, 1974.
[17] ANZIEU D., op. cit. 1995, p. 196.
[18] ANZIEU D., op. cit. 1995, p. 192.
[19] LECOURT E., « Les enveloppes musicales » in *Les Enveloppes psychiques*, Dunod, 2003, p. 223-238.

D. ANZIEU nous explique bien l'importance des enveloppes sonores en nous disant : « La combinaison de ces sons produit donc : a) un espace-volume commun permettant un **échange bi-latéral** (alors que l'allaitement et l'élimination opèrent une circulation à sens unique) ; b) une première image spatio-auditive du **corps propre** ; c) un lien de **réalisation fusionnelle** avec la mère (sans quoi la fusion imaginaire avec elle ne serait pas ultérieurement possible). »[20] . Le dernier point peut alors être associé à la pulsion d'attachement. Ainsi les enveloppes sonores permettent la création d'un sentiment de **sécurité** et représentent une certaine régularité indispensable pour le bébé.

Les enveloppes psychiques sont souvent qualifiées de « contenantes », comment ceci se manifeste-t-il ?

6. Le sonore et la contenance

Louis pleure. Il a 3 mois et est en unité de néonatologie pour son troisième séjour, suite à des problèmes intestinaux ayant nécessité de nombreuses opérations. Il présente à ce jour une iléostomie (stomie permettant de dériver les matières fécales vers une poche externe). Nous entrons dans sa chambre pour voir ce qui ne va pas. Nous le regroupons alors dans nos mains, lui parlons, chantons. Il s'apaise et se remet à pleurer dès que nous nous arrêtons de chanter ou le reposons sur son lit. Cela dure un certain temps. Au bout d'une vingtaine de minute il s'endort, nous le reposons délicatement, diminuons le volume de notre voix et nous en allons discrètement.

Louis nous appelait ainsi régulièrement en pleurant. Ayant vécu de nombreuses opérations, présentant cette iléostomie et étant régulièrement séparé de sa famille, il manifestait régulièrement ce besoin d'être contenu par nos bras et notre voix. Demande à laquelle ses parents, ou nous-mêmes, répondions dès que possible, l'accompagnant alors vers un réel apaisement.

La présence des enveloppes psychiques basée sur une interaction adaptée entre l'objet maternant et l'enfant a un impact dans la construction du Moi-Peau, et par voie de conséquence sur ses fonctions qui sont : la maintenance, la contenance, la constance, la signification, la correspondance, l'individuation, la sexualisation, l'energisation.

Quand D. ANZIEU développe les fonctions du Moi-peau nous pouvons nous arrêter sur la **fonction contenante**. Celle-ci est assurée par l'enveloppe tactile et redoublée par l'enveloppe

[20] ANZIEU D., op. cit. 1995, p. 192.

sonore. Déjà in-utéro ces deux enveloppes étaient étroitement liées et les variations des modes de propagation de l'onde sonore amenaient le fœtus à des sensations de contenance différentes.

Ensuite, ce que Winnicott appelle le *handling* maternel, apporté par les enveloppes physiques (dont l'enveloppe auditive), va amener l'enfant à se sentir contenu, à sentir sa peau comme un **sac**, **contenant le corps et les pensées**. La voix de l'objet maternant va envelopper le nourrisson et ainsi permettre de contenir ses angoisses. Elle le fera en remplissant l'espace sonore, mais aussi en interprétant, mettant des mots et donc du sens sur ce que l'enfant manifeste de ses sensations corporelles. En le protégeant des intrusions auditives et en recevant ses manifestations phonatoires, l'objet maternant **fera du lien** entre le petit et son environnement et nous pouvons supposer que cela favorisera son **état de présence au monde**. En effet, cette sensation de se sentir contenu va accompagner l'enfant à ressentir un **sentiment de continuité du Soi**.

L'enveloppe sonore aura la particularité de pourvoir contenir l'enfant à distance. En cela elle participera également à un processus de **séparation** et **différenciation** d'avec la mère.

Les enveloppes sonores accompagneront donc l'enfant à percevoir son corps comme sac contenant son corps et ses pensées, favorisant ainsi son état de présence au monde, son sentiment de continuité d'être et sa différenciation d'avec sa mère. Tout cela nous permet de nous rendre compte de l'impact de l'environnement sonore dans le développement du tout-petit.

Quelles peuvent être pour celui-ci les conséquences d'un défaut d'ajustement de cet environnement ?

7. Les défauts d'ajustement de l'environnement sonore

Si les échanges vocaux mère/enfant, dans ce que D. ANZIEU appelle le « miroir sonore », ont été mis à mal par un mauvais ajustement de l'objet maternant il sera possible d'en observer des conséquences sur le développement de la personnalité de l'enfant, à l'origine de **psychopathologies**. D. ANZIEU définit alors trois formes de défaut du miroir sonore pathogène qui sont :

- La **discordance** : quand le miroir intervient à contre temps des manifestations et attentes du bébé.
- La **brusquerie** : quand le miroir passe de l'insuffisance à l'excessivité de manière arbitraire et incompréhensible pour le bébé.
- L'**impersonnalité** : quand le miroir sonore ne renseigne pas le bébé sur ce que lui, ou sa mère, ressent.

D. ANZIEU caractérisera le bain sonore, issu de ces formes de miroirs, comme « troué-trouant ». Cela pourra orienter le nourrisson en développement vers la **schizophrénie**, des **personnalités narcissiques**, des **réactions psychosomatiques** ou des **troubles de l'adaptation scolaire, intellectuelle et sociale**[21].

Si est ici développée l'importance des enveloppes sonores, il nous est important de garder à l'esprit qu'elles doivent faire **partie d'un tout** dans la constitution du Moi-Peau. E. LECOURT, elle-même, pose deux conditions à l'établissement des enveloppes sonores et l'une d'entre elles est que le vécu sonore doit pouvoir **s'étayer sur un vécu visuel et tactile**. Elle nous parle alors de l'importance de la motricité pour repérer la différence entre les sons produits et les sons internes, entre le dehors et le dedans. Ceci nous montre également que si l'enfant ou l'objet maternant présente un handicap sensoriel, celui-ci pourra être compensé par l'investissement plus important des autres sens pour rétablir une forme d'équilibre.

Nous avons vu ici la participation de l'environnement sonore dans ce qui se joue in-utéro, dans les premières relations mère-enfant, dans les ajustements mère-enfant et dans le développement cognitif et psychique de l'enfant.

M. IMBERTY écrit : « L'ancrage de la vie à ses débuts dans l'univers sonore, dans la durée, le rythme, le temps et le mouvement, c'est ce qui fonde l'universalité de la musique, comme expression de la subjectivité humaine »[22]. Voyons ce qu'il en est en développant maintenant ce que les propriétés de la musique peuvent mettre à disposition pour accompagner l'individu dans son évolution.

[21] ANZIEU D., op. cit. 1995, p. 195.
[22] IMBERTY M., cité par LEMARQUIS P., op.cit., 2013, p. 52.

II- La musique

Nous venons de développer ce que le premier environnement sonore, et notamment vocal, offre au nourrisson. Maintenant précisons ce que la musique apporte à l'individu. Musique et langage sont semblables. En effet, ils utilisent des sons, des tons, une mélodie, des timbres, ils obéissent à une syntaxe, ont une signification et déclenchent des émotions. Cependant, ils vont être différenciés par leur visée dès que l'enfant sera plus préoccupé par le sens des mots que par la prosodie du langage. En effet, à partir de ce moment là, le langage, par le biais des mots, permettra d'exprimer et communiquer des choses concrètes, et la musique permettra de déclencher, éveiller des émotions, traduire des **sentiments complexes**.

Le mot musique signifie « art des muses ». La particularité de cette forme d'art est qu'elle est présente **partout** autour de nous, au quotidien, dans toutes les cultures. Nous avons tous été au contact de la musique et pour cela nous en avons tous une sensibilité particulière, en lien avec notre vécu et notre propre subjectivité.

C. SCOTT disait : « Les hommes pensent communément que la musique n'est autre qu'un art et un moyen de procurer du plaisir à l'aide des sons à quiconque est susceptible de répondre à cet enchaînement ; ils semblent ignorer complètement la nature intime de la musique et la portée de son message. […] Elle n'est pas seulement une combinaison de sons, mais bien une chose mystérieuse qui a exercé une influence prodigieuse à travers les âges. »[23]

P. LEMARQUIS, suite à ses recherches, nous explique que l'écoute de la musique a une action positive sur les processus mnésiques, les fluences verbales, la richesse du discours, les capacités visuo-spatiales et temporo-spatiales, les émotions, la récupération suite à des affections cardio-vasculaires ou respiratoire, la diminution du taux de cholestérol après un stress, l'anxiété, la dépression, les douleurs aiguës ou chroniques[24].

Quelles sont les particularités de la musique pour qu'elle puisse avoir tant d'effets chez l'individu ? Plus précisément, quelles sont les caractéristiques physiques de la musique ? Comment percevons-nous l'environnement sonore ? Qu'est-ce que la sonosomesthésie ? Comment fonctionne l'audition ? Quels sont les effets de la musique sur le cerveau ? Quels sont-ils sur les émotions ? Qu'est-ce que les schèmes musicaux ? Voici d'autres questions auxquelles nous essayerons de répondre.

[23] SCOTT C., *La musique, son influence secrète à travers les âges*, A La Baconnière, 1960, p. 8.
[24] LEMARQUIS P., op.cit., 2013, p. 148.

Je tiens à préciser que dans l'ensemble de ce mémoire je développerai ma réflexion sur la musique occidentale composée durant ces derniers siècles. Les propriétés de celle-ci peuvent être très différentes de celles des musiques dites « du monde » ou « contemporaines ».

1. Les caractéristiques physiques de la musique

La musique est définie comme « l'art de combiner les sons »[25]. Elle peut alors être décomposée en plusieurs éléments liés aux caractéristiques du son.

Avant tout, qu'est-ce qu'un **son** ? C'est la propagation, dans un milieu, de molécules d'air en vibration dans les trois dimensions de l'espace. En effet, le son provient de molécules d'air qui, mises au contact de la source sonore, se déplacent et transmettent leur mouvement aux molécules voisines, créant ainsi une vibration. Le son est caractérisé par sa hauteur, son intensité, sa durée et son timbre :

• La **hauteur**, si le son est dit « pur », correspond à la fréquence, c'est-à-dire au nombre de fois où un phénomène se reproduit dans une unité de temps. La hauteur sera plus haute si la fréquence est plus rapide.

• L'**intensité** est l'amplitude de l'onde. Elle est caractérisée par le volume sonore.

• La **durée** est le temps qui existe entre le début et la fin de l'onde sonore.

• Le **timbre** est défini par le nombre de fréquences harmoniques ainsi que leur intensité respective. Il va être spécifique de l'instrument ou de la voix qui l'émet.

La **musique** est formée de quatre éléments fondamentaux, constamment en lien, qui sont : la mélodie, le rythme, l'harmonie et le tempo. Ils peuvent être définis ainsi :

• le **rythme** est la caractéristique d'un phénomène périodique induite par la perception d'une structure dynamique dans sa répétition. Il est caractérisé par la durée et l'intensité.

• La **mélodie** est la composante horizontale de la musique. Ce terme est associé au sens de lecture de la partition. Il s'agit donc des sons qui se suivent dans le temps. Elle va être caractérisée par la hauteur.

• L'**harmonie** est la composante verticale de la musique. Il s'agit de l'assemblage de sons perçus à un instant *t*. Elle nous permet, en fonction des cultures, de définir des accords consonants ou dissonants.

• Le **tempo** est la vitesse d'exécution de l'œuvre.

Nous voyons ici que la musique présente de nombreuses caractéristiques. Celles-ci vont ensuite se structurer en **formes** et ainsi **organiser la musique**. C'est cependant le fait de ne pas rentrer parfaitement dans des formes de description qui donne à la musique un certain pouvoir,

[25] REY A., *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 1992.

celui de ne pas pouvoir être traduit par des mots. Les variations de rythmes, mélodies, harmonies et tempos permettront d'avoir d'autant plus d'impact émotionnel pour celui qui l'écoute. Elle va alors **agir sur son auditeur dans sa globalité** : son affectivité, son psychisme et son mental.

La **diversité** de l'ensemble des paramètres qui composent la musique, associée aux différences présentes au sein même des compositeurs, nous offre un panel infini de productions musicales. Si on y ajoute la diversité des caractéristiques individuelles des auditeurs, ceci donne une force immense à l'outil musical permettant ainsi **l'émergence d'expressions et d'émotions variées.** Toute cette diversité dans l'émission et la perception d'une musique permet à E. LECOURT de nous dire : « Nous considérons que la structure musicale offre une possibilité unique **d'exprimer la complexité de l'expérience subjective et interrelationnelle** des êtres humains ».[26]

Après avoir développé ce qu'est la musique d'un point de vue physique, il est intéressant de s'arrêter un instant sur la relation qu'E. LECOURT établit entre les propriétés des instruments de musique et la cavité sonore bucco-rhino-auriculaire. En effet, elle nous amène à remarquer que tout type d'instrument (à corde, à vent, à peau) a une analogie avec le fonctionnement phonatoire de l'homme. Cette ressemblance se réfère à l'existence des cordes vocales, des circuits de la respiration, de la muqueuse buccale, nasale et pharyngée, mais aussi de la résonance que permettent les cavités buccales, nasales et pharyngées[27]. L'effet de la musique sur l'auditeur n'est donc pas seulement dû aux caractéristiques physiques citées plus haut. Il est aussi issu de l'ensemble **d'analogies**, dont celle expliquée par E. LECOURT, qui peuvent être faites entre la musique et ce qui constitue l'humain. En effet, ces analogies vont nous permettre d'être d'autant plus **sensible** à cette forme d'art.

C'est l'ensemble des caractéristiques physiques de la musique qui vont lui permettre d'agir directement sur la globalité de l'individu, entraînant l'émergence d'expressions et d'émotions variées.

Nous pouvons maintenant nous demander si tout cela permet à la musique d'avoir une action chez tous les individus.

[26] LECOURT E., *La Musicothérapie*, Eyrolles, 2005, p. 147.
[27] LECOURT E., « Les enveloppes musicales », in *Les Enveloppes psychiques*, Dunod, 2003, p. 229.

2. La perception de l'environnement sonore

Nous sommes dans un atelier de danse avec les adultes du C·O·J· et du F·O· Aujourd'hui nous utilisons l'objet coussin pour aller vers la danse· Dans un premier temps, nous proposons aux participants des activités avec ces coussins dans l'objectif de les accompagner dans la découverte de leurs propriétés et des mouvements vers lesquels ils peuvent nous amener· Ensuite Elodie et Fanny demandent à improviser toutes les deux·

Nous avons disposé les coussins d'une certaine manière dans l'espace pour commencer la danse· Elodie commence déjà à danser avec les coussins, avant même que la musique ait démarré· Nous lui rappelons que la musique n'a pas commencé, qu'il faut qu'elle trouve une certaine position pour commencer· Elle le fait, et dès que la musique commence elle nous regarde pour chercher notre accord avant de continuer à danser en s'appuyant sur les expériences que nous avions faites en début d'atelier· La musique s'arrête et Elodie continue de danser· Fanny la regarde : elle a perçu que, normalement, elles devaient s'arrêter en même temps que la musique, mais Elodie ne s'arrêtant pas, elles continuent toutes les deux leur danse· Elles poursuivent jusqu'à ce que nous prenions la décision, après un certain temps, de leur demander de trouver une fin pour leur danse·

Chaque individu perçoit l'environnement sonore d'une manière différente. Notre capacité à différencier les voix, les musiques, le bruit, les signaux sonores et le silence est propre à chacun et se construit au fil du temps. Nous pouvons ainsi classer ces stimulations sonores grâce à des **cloisons psychiques** plus ou moins étanches qui nous évitent d'être envahis par le bruit. Ceci dépend à la fois de la **maturation neuronale**, de la qualité des **interactions sonores** et de la **mise en sens** qui va être permise par l'environnement.

La sensibilité musicale s'origine dès les septième et huitième mois de vie intra-utérine. Le fœtus sera alors sensible aux sonorités provenant du monde extérieur. Selon S. BENCIVELLI[28], la prise de conscience de la musique se développe vers cinq mois, lorsque le nourrisson réussit à distinguer des séquences de notes et leurs altérations. Le mois suivant, l'imitation par le nourrisson des voix et des sons entendus, marque les premiers signes **d'acculturation musicale**.

Dans un premier temps, le bébé ne fait pas de différences entre voix, musique, bruit, signal sonore et silence, même s'il présente une attirance particulière pour la voix de sa mère. Nous pouvons, de ce fait, penser que l'attrait pour la musique est en lien avec un souvenir de la sensation du monde sonore de la vie intra-utérine et des premiers mois où tout était « musicalité ».

[28] BENCIVELLI S., op. cit., pp. 119-120.

Progressivement, vers dix mois, le nourrisson va faire une **différence entre la mélodie et le mot porteur de sens**. Il pourra ensuite différencier les voix qui l'entourent, prenant alors conscience de la structure familiale dans laquelle il se trouve.

Dans la première année il acquiert le **sens du rythme** et vers dix-huit mois, il produit spontanément des petites chansons dotées d'un certain rythme et d'une amorce de mélodie.

L'enfant de quatre, cinq ans pourra enfin **écouter et analyser le sonore selon deux « grilles »** : l'une **verbale** qui insiste sur les timbres, les classifications et les regroupements codifiés de sonorités en mots et phrases, et l'autre, **musicale**, qui insiste sur les rapports de hauteur entre les sons et sur une appréhension esthétique qui ne renvoie pas à un code de signification.[29]

E. LECOURT énonce : « Il n'existe pas de protection corporelle contre l'intrusion sonore, mais une construction psychique »[30]. Tout individu a pu, à un moment, ne pas réussir à différencier voix, musique, bruit, signal sonore et silence. Ceci a pu être la résultante d'une **maladie** mais aussi d'un **état de mal être psychique passager**.

Quel que soit le moment, selon notre sensibilité, le sonore pourra également nous mettre dans un **état d'excitation** qui excède nos possibilités de réceptivité. Ceci nous montre la fragilité du fonctionnement des délimitations psychiques de chacun, en fonction de notre manière d'être au monde et de notre état psychique au moment de l'écoute musicale.

Dans le cas de **certaines pathologies**, ce manque de délimitation est bien plus marquant, comme dans certains troubles du spectre autistique, certains retards mentaux, certains troubles de l'humeur… Ce manque de protection aux intrusions et aux effractions du monde sonore peut alors empêcher la possibilité de penser, voire être la cause de l'existence de certaines **angoisses persécutives** à l'écoute de certains sons. C'est **l'intégration d'une certaine sécurité d'être** qui va permettre au sujet de se laisser aller librement et sereinement au plaisir procuré par la musique.[31]

E. LECOURT appelle « **intervalle sonore du soi** »[32] la distance à laquelle chaque individu déploie son audition : jusqu'où il entend et jusqu'où il se fait entendre.

De ce fait G. ROSOLATO va pouvoir distinguer trois types d'écoutes :

- l'écoute **technique** : sensible aux paramètres musicaux ;

[29] LECOURT E., op. cit., 2005, pp. 157-173.
[30] LECOURT E., op. cit., 2005, p. 164.
[31] LECOURT E., op. cit., 2005, pp. 157-173.
[32] LECOURT E., « Le son et la musique : intrusion ou médiation ? », in BRUN A*., Les médiations thérapeutiques*, Eres « Le carnet psy », 2001, p. 118.

•l'écoute **évocative** : sensible aux images, souvenirs, impressions que nous associons à la musique ;

• l'écoute **hypnosique** : amenant à une réduction de l'attention, une suspension de l'activité mentale. Ce type d'écoute peut être impliqué dans l'état de transe.[33]

Tout ceci reflète le fondement de la structuration de l'individu, le fait que, dans tous les domaines, le développement de l'enfant se base sur un équilibre entre les acquisitions neuromotrices et les interactions avec l'environnement. Ainsi, la sensibilité musicale va dépendre de la maturation neuronale mais aussi de caractéristiques psychiques de l'individu. A. FERTIER définit cinq paramètres conditionnant l'action du son sur l'individu, ils concernent : les **données neurophysiologiques**, les **racines culturelles**, **l'histoire personnelle**, **l'inspiration** et les **conditions d'écoute**[34].

La perception est autobiographique. Ceci peut être mis en lien avec la citation d'A. BERTHOZ : « La perception n'est pas fonction de l'intensité de la stimulation mais de sa concordance avec un présupposé ».

Nous ne percevons pas tous la musique de la même façon et ceci est très important à savoir dans notre pratique. L'utilisation de la musique en séance n'aura pas la même pertinence en fonction de la sensibilité de nos patients à la musique.

Nous pouvons maintenant nous demander comment le son et la musique sont entendus, quels sont les mécanismes mis en jeu.

3. La sonosomesthésie

A. FERTIER écrit : « Les ondes sonores viennent faire vibrer nos os, nos muscles, nos organes, sons du corps lui-même, sons de notre environnement, de l'intérieur, de l'extérieur, le sonore nous pénètre de toute part »[35]. Cette citation nous montre à quel point notre organisme tout entier est réceptif à l'environnement sonore. Il existe une sensibilité somesthésique aux stimuli auditifs appelée « sonosomesthésie »[36].

La sonosomesthésie est la résultante de la présence de centaines de **capteurs de pression** répartis à la surface et à l'intérieur du corps. Ces capteurs vont répondre de manière prioritaire à certaines fréquences. Cette sensibilité, suite à une stimulation sonore, va donner des sensations très **globales,** à l'origine d'une **impression d'immersion** (car les capteurs sont aussi internes) et d'une **difficulté d'orientation** (car elle est moins précise que la sensibilité

[33] LECOURT E., op. cit., 2005, p. 190.
[34] FERTIER A., *Le Pouvoir des sons, expériences et protocoles dans le quotidien et le pathologique*, Ellebore, 1995, p. 246.
[35] FERTIER A., op. cit., 1995, p. 29.
[36] FERTIER A., op. cit., 1995, pp. 197-202.

cochléaire). Certains éléments vont permettre une perception sonosomesthésique plus importante, à savoir : l'intensité du stimulus, son caractère grave ou aigu, les matériaux transmetteurs (notamment s'il s'agit de plastique, bois, métal) et l'état psychologique ou neurophysiologique particulier de la personne réceptrice (notamment les troubles du spectre autistique, les encéphalopathies…).

En notant le fait que les capteurs de pression nous donnent des informations sonores globales nous voyons, comme le dit A. FERTIER, que le corps entier est une oreille.

Voyons maintenant comment l'oreille proprement dite participe à la physiologie de l'audition.

4. L'audition

Le son est composé de variations sinusoïdales de molécules d'air. Ce déplacement de molécules retentit sur la membrane du tympan, qui va vibrer à la fréquence du son. Ces vibrations vont se propager par contact, au sein de l'oreille moyenne, par l'intermédiaire des osselets (marteau, enclume, étrier).

Dans l'oreille interne, les vibrations crées par l'étrier dans le liquide endolymphatique de la cochlée (organe de l'audition) vont transformer **l'onde aérienne** en **onde aquatique**. Ce **message mécanique** (l'onde aquatique) va, au contact avec les cellules ciliées, devenir **électrique** au sein des neurones du ganglion spiral.

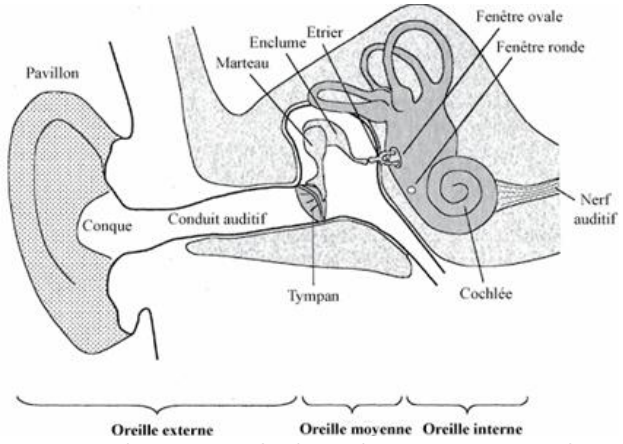


Schéma du système auditif périphérique en coupe frontale[37]

L'information électrique va alors effectuer un long trajet engageant plus de matériel neuronal que pour l'ensemble des autres sens réunis. Elle va passer par le tronc cérébral (dans le noyau cochléaire) et croiser les structures les plus archaïques du cerveau, avant de rejoindre les cortex auditifs primaires (A1 ou Aire 41) homo et controlatéraux.

[37] http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2008.marmel_f&part=150834.

Avant d'arriver à ces aires, situées dans les lobes temporaux, juste derrière l'oreille, l'information auditive est filtrée par le thalamus qui aura pour fonction **de reconnaître et localiser le son.**

Après être arrivée au cortex auditif primaire, l'information va dans le cortex auditif secondaire, puis associatif, où les sons sont reconnus (processus gnosique).

Le trajet se termine sur le lobe temporal, à l'arrière de l'aire auditive secondaire, sur l'aire de Wernicke, impliquée dans la **compréhension du langage.**

Les informations des neurones permettant la **reconnaissance** des sons vont vers le lobe temporal et gagnent le cortex frontal qui intervient dans la **mémoire de travail**. Par ailleurs, les informations impliquées dans la **localisation spatiale** se dirigent vers le lobe pariétal postérieur, qui est très impliqué dans les processus de **spatialisation**, pour aller gagner le cortex préfrontal latéral.

Les neurones de l'audition vont d'abord traverser des zones du cerveau plus archaïques (comme le système limbique) avant que les informations soient analysées par ces structures appartenant au néocortex. Ceci peut expliquer que la musique procure des **émotions difficiles à contrôler** avant d'évoquer certains sentiments plus subtils.

En somme, le son est un message mécanique qui devient électrique au sein de l'oreille interne. Il se propage ensuite dans de nombreuses aires du cerveau pour être à l'origine de divers types de réponses, plus ou moins maîtrisées.

Analysons plus en détail l'effet que cette onde aura sur certaines zones de notre cerveau.

5. La musique et le cerveau

Les voies que la musique emprunte dans le cerveau sont difficiles à détailler de manière exhaustive. S. PINKLER nous dit qu'il n'y a pas de centre de la musique unique dans le cerveau humain mais plutôt **une douzaine de réseaux en interactions**, dispersés dans le cerveau[38]. C'est grâce à nos connaissances en neuroanatomie et neurophysiologie et aux écrits de P. LEMARQUIS[39] que nous pourrons développer cette partie.

Les études de BLOOD et ZATORE (2001) nous montrent que l'écoute musicale active les zones du cerveau impliquées dans **l'éveil** (formation réticulée, thalamus, cingulum antérieur) et le **circuit de la récompense et du plaisir** aussi appelé voie méso-cortico-limbique.

[38] SACKS O., op. cit., 2009, p. 11.
[39] LEMARQUIS P., op. cit., 2013, p.115.

Le circuit de récompense est originaire de l'aire tégmentale ventrale (ATV). Il se projette sur le noyau accumbens, le cortex préfrontal, le septum et l'amygdale. Il fait donc partie du système limbique, système impliqué dans les **réactions émotionnelles.**

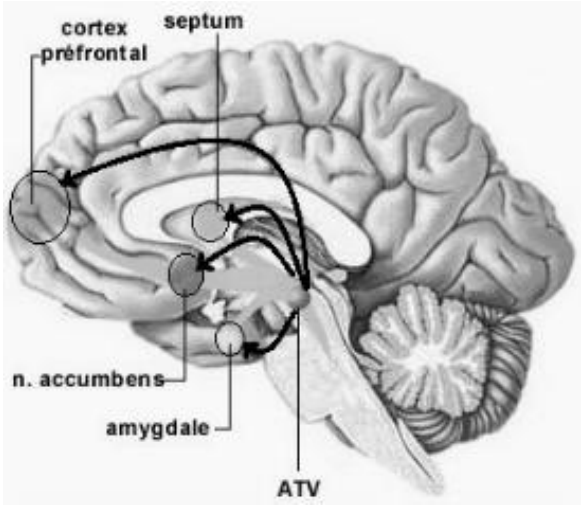


Schéma représentant le circuit de récompense sur une coupe sagittale du cerveau[40]

Ce circuit est impliqué dans les comportements fondamentaux comme manger, boire, se reproduire, avoir un comportement maternel. De ce fait, il est indispensable à la survie de l'individu. Il va également inciter la **répétition des activités vécues comme plaisantes**. Ainsi, il est le lieu de la mise en place des **mécanismes de dépendance** et, par conséquent, constitue une cible privilégiée de l'action des drogues. Par conséquent, son activation par la musique va nous rendre « dépendant ». Ceci se manifestera par les chansons ou les airs qui nous restent dans la tête sans que l'on puisse s'en débarrasser. En effet, notre cerveau s'active de la même façon lorsque nous écoutons ou imaginons une musique.

Le circuit du plaisir va impliquer différents neuromédiateurs comme la dopamine, la sérotonine et surtout les endorphines (ou morphine endogène). Ces dernières sont à l'origine des **frissons** provoqués par la musique. Ainsi, « l'intensité des frissons » induits par la musique est proportionnelle à l'augmentation du débit sanguin dans ce circuit.

Ce circuit va également inhiber l'activité des neurones à noradrénaline (excitants) et, ainsi, est à l'origine des **effets tranquillisants et antalgiques de la musique**.

D'autres études, menées par Stefan Koelsch et ses collaborateurs, nous apportent plus d'informations. Une musique rendue constamment dissonante active d'abord l'amygdale (située dans l'hippocampe) ainsi que d'autres aires cérébrales impliquées dans la **peur**. Lors de l'écoute d'une musique plaisante, l'amygdale se désactive, permettant **l'apparition d'émotions agréables et leur mémorisation**.

[40] Schéma inspiré du site : http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_cr/i_03_cr_que/i_03_cr_que.html.

L'amygdale va ensuite activer les structures impliquées dans l'éveil et le système nerveux végétatif (sympathique et parasympathique), responsable des **manifestations somatiques et des émotions.**

A l'écoute d'une musique agréable le **cortex auditif primaire** et la **mémoire de travail** du **cortex préfrontal** seront **sur-activés** comme pour mieux percevoir cette musique et mieux mémoriser l'air. P. LEMARQUIS conclut sa recherche en disant : « Tout se passe comme si la musique plaisante entendue méritait d'être écoutée avec attention, retenue, imitée et chantée avec bonheur pour la plus grande satisfaction du circuit de la récompense »[41].

Il est également intéressant de remarquer que la structure cérébrale aura un effet sur la **sensibilité musicale** de l'auditeur. Un sujet aura un certain intérêt pour un type d'instrument ou de musique en fonction de sa structure cérébrale. En effet, ceux ayant un lobe temporal gauche prédominant seront plus sensibles à la hauteur des notes et préfèrent alors la **virtuosité** des morceaux et les rythmes complexes. Ceux ayant un lobe temporal droit prédominant seront plus attachés aux timbres et donc plus sensibles aux morceaux plus lents et aux **mélodies plus subtiles**.

En ayant étudié les aires cérébrales que la musique traverse, nous comprenons mieux les effets qu'elle peut avoir sur l'individu. Les sons passent d'abord par les zones cérébrales qui concernent leur reconnaissance et leur localisation, ainsi que la compréhension du langage. Ensuite, ils en traversent d'autres impliquées dans les mécanismes de dépendance, de la douleur et ceux tranquillisants. Pour finir, les sons, en fonction de ces zones parcourues, vont entraîner des réactions émotionnelles plus ou moins difficiles à contrôler.

Maintenant voyons quelles sont les structures intrinsèques à la musique qui agissent sur les émotions.

6. La musique et les émotions

« *La musique est la langue des émotions* »
E. KANT

Selon J. BETOULIERES, la musique est une **série de vibrations** qui seront d'abord extérieures avant de trouver écho en nous et, par la suite, d'entrer en résonance avec nos propres vibrations et nos propres rythme, permettant alors de les modifier. Il écrit : « La

[41] LEMARQUIS P., op. cit., 2013, p. 120.

musique fait vibrer quelque chose en nous : elle est fondamentalement source d'émotions ».[42] Quels sont les mécanismes en jeu ?

Les créations musicales sont **issues des émotions de leurs compositeurs**. En cela, elles ne peuvent que provoquer des émotions chez leurs auditeurs. Celles-ci seront bien souvent différentes, mais la production et l'écoute musicale n'existent pas en dehors des émotions. Ces dernières peuvent s'originer dans la structure musicale même mais aussi dans les souvenirs que l'écoute ravive.

• *La structure musicale*

Les musiques auront un impact différent suivant la personne qui les écoute. Cependant, nous pouvons dresser de **grandes catégories** de musiques entraînant des réactions qui varient peu d'une personne à l'autre dans notre culture occidentale. Modes, rythme, accords, tonalités donneront à la musique ses effets.

Commençons par évoquer les effets d'une différence de mélodie, en particulier de **tonalité** et de **mode**. Pour les occidentaux, les tempi rapides, souvent assimilés au mode majeur, traduisent la **joie** ; les tempi lents, en mineur, traduisent la **tristesse**. Il faut toutefois nuancer ces propos. R. GAETNER détaille cela : « Certains auteurs verraient dans une armature diésée une musique entraînant des idées d'éclat, en mode majeur, de tumulte et d'agitation en mineur ; dans une armature en bémol une musique accroîssant la douceur en mode majeur, entraînant la tristesse et la passivité en mineur. »[43]

Antoine Charpentier définit les effets de chaque tonalité sur les émotions. Par exemple, le Do majeur a un effet gai et guerrier ; le Mi majeur : querelleur et criard ; le La mineur : tendre et plaintif ; le Si mineur solitaire et mélancolique. Beethoven et bien d'autres diront également que chaque tonalité instaure un **climat émotionnel particulier**.

Le **rythme** de la musique aura des effets sur les **émotions** de manière plus profonde, par la **perception de tension et de relâchement**. Il va pouvoir agir directement sur l'état physiologique de l'individu, pouvant alors induire **détente ou excitation**.

Les **accords**, c'est-à-dire l'assemblage de notes simultanées, ont aussi leur rôle. En effet certaines études montrent que les accords consonants induisent **calme** et **stabilité**, symbolisant alors l'ordre et **l'équilibre** ; alors que les accords dissonants induisent plutôt des **états de tension**, symbolisant **l'inquiétude**, le **désir** et le **tourment**.

---

[42] BETOULIERES J., Article Musicothérapie, in LAFON R., *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*, P.U.F., 1979, p. 705.

[43] GAETNER R., *Thérapie psychomotrice et psychose, La Danse et la musique*, Delachaux et Niestlé, 1979, p. 65.

Dans une description moins détaillée des effets de la structure musicale, A-M. Green, sociologue, a mené une enquête sur un échantillon de plus de sept cents personnes. A la question : « Que représente pour vous la musique ? », la réponse obtenue était dans 45% des cas : « une **présence** ».

Si la musique n'a pas de vocabulaire propre, elle peut cependant être très expressive et amener chez le sujet de nombreuses **émotions**. Si elle ne peut transmettre aucun message précis, son écoute, dépendante de l'imagination, de la capacité projective et de l'humeur du sujet, pourra laisser émerger de nombreuses **sensations**. Il ne faut pas perdre de vue que l'ensemble de ces émotions, amenées par la musique, vont retentir dans l'ensemble du sujet et ainsi influer sur son état tonique.

• *La mémoire corporelle*

Notre vie est accompagnée d'un environnement sonore permanent auquel nous ne pouvons pas nous soustraire, à moins de nous boucher les oreilles. Sans que cela ne passe forcément par un processus de conscientisation, nous gardons, dans notre cerveau, des empreintes de ce que nous avons pu entendre. De nombreux éléments auditifs, marqués de notre subjectivité propre, conscientisés ou non conscientisés, sont alors stockés dans notre cerveau, associés à des **événements** vécus et aux **émotions** qui y sont associées. C'est ce que l'on appelle la **mémoire corporelle**.

L'écoute d'une musique, déjà entendue ou entraînant une association d'idée, peut alors refaire émerger des **souvenirs** chez tout individu et, ainsi, provoquer certaines émotions. P. LEMARQUIS écrit : « Les morceaux écoutés constituent autant d'indices pour partir à la recherche du temps perdu »[44].

M-F. CASTAREDE exprime d'ailleurs que l'origine de la nostalgie et de la jubilation éprouvées au contact du chant et de la musique est, avant toute chose, liée au souvenir de la voix maternelle[45]. Cela peut nous faire penser à une citation de J. JOUBERT qui est : « Il n'y a pas de musique plus agréable que les variations des airs connus ».

Nous voyons ici que la musique, par sa structure, par sa simple existence et par la convocation d'une mémoire corporelle va pouvoir plonger le sujet dans une multitude d'états, renvoyant à des émotions pouvant être très précises comme très floues, qui vont avoir des effets sur l'ensemble de l'individu.

[44] LEMARQUIS P., op. cit., 2013, p. 128.
[45] CASTAREDE M-F., op. cit., 2000, p. 100.

D'autres auteurs ont détaillé les effets de la musique sur l'individu en développant la notion de schèmes musicaux. Voyons ce qu'il en est.

7. Les schèmes musicaux

R. FRANCES fait un parallèle entre des mécanismes psychiques et la musique. En effet, il rappelle que la vie intérieure, avant d'être médiatisée par les mots, s'exprime à travers des « **schèmes affectifs** », c'est-à-dire une **représentation psychologique simplifiée**, intermédiaire entre l'image concrète et le concept abstrait. Il ajoute à cela le fait que la musique représente une transposition sublimée de ces schèmes[46].

Nous pouvons associer à ce lien entre **sonore** et **psychisme**, un autre lien avec la **corporéité**. J'entends par le mot corporéité la définition qui en est faite par de nombreux psychomotriciens à savoir : « le nom générique que l'on donne à l'ensemble des corps : réel, biologique, anatomique, physiologique, imaginaire et émotionnel, symbolique et relationnel »[47]. Si la musique va agir sur l'état psychique du sujet, elle va également le pousser à avoir une action sur l'environnement, pour adapter celui-ci à son état interne. En effet, les mécanismes mis en jeu dans les schèmes d'action et les schèmes affectifs sont ceux **d'assimilation** et **d'accommodation**. Tout ceci survient en lien avec une prise de conscience par le sujet de ce qui l'anime.

Suite à cela, M. IMBERTY réalise des études concernant la structuration de l'espace sémantique musical. Il va interroger une grande population de musiciens et leur demander d'associer des adjectifs à l'écoute de la musique de C. DEBUSSY. Cela va lui permettre de développer une « théorie de l'activité représentative symbolique basée sur le phénomène de l'assimilation des formes musicales à trois groupes de schèmes [48]». En effet :

- 21% de la population décrit cette musique en évoquant des **schèmes de tension et de détente.** Nous savons que l'expression d'une émotion va avoir un impact sur les attitudes corporelles, les mimiques et le tonus de l'auditeur. Ainsi, différentes formes musicales entraîneront l'évocation **d'affects** et de **mouvements,** allant de la violence tourmentée à la détente sereine. Une même structure entraînera chez l'ensemble des auditeurs un même degré de tension, un même schème de mouvement corporel, une même famille d'attitudes. « Le fondement psychologique de l'expression musicale consiste en la reconnaissance implicite, dans le geste rythmique ou mélodique, de schèmes de tension et de détente, structures familières aux sujets, qui seraient évoqués à la faveur de quelques analogies de la forme musicale »[49]. M.

[46] FRANCES R., *La perception de la musique*, Vrin, 1958, p. 342.
[47] GIROMINI F., « La médiation en psychomotricité », intervention au colloque « Les médiations thérapeutiques en psychomotricité », 2011.
[48] IMBERTY M., *Entendre la musique, Sémantique psychologique de la musique*, Bordas, 1979, p. 50.
[49] IMBERTY M., op. cit., 1979, p. 53.

IMBERTY nous dit qu'à tempo égal, ce sera la **vitesse** du morceau qui créera la tension ou la détente chez l'auditeur. Plus exactement, c'est le **contraste** entre un tempo lent (durée de l'intervalle entre deux accentuations principales) et une vitesse élevée qui va créer cette tension, tandis que le contraste entre un tempo rapide et une vitesse faible va créer la détente. Le **volume sonore** pourra ensuite renforcer ces effets.

- 16% de la population évoque des **schèmes de résonance émotionnelle**. Ceci est issu du lien entre les « **degrés d'intégration de la personnalité** » et les **degrés de l'harmonie musicale**. L'harmonie perçue peut être mise en lien avec l'intégration, et par conséquent avec le dynamisme vital, se traduisant par une certaine plénitude de l'être, unité de la vie affective, intellectuelle et sociale. Par extension, l'harmonie résonnera avec un sentiment de continuité du Moi. A l'inverse, une musique perçue comme non-harmonieuse pourra être mise en lien avec la désintégration et par conséquent avec des comportements contradictoires et désorientés, se traduisant par l'anxiété, par une émotivité incontrôlée. Par extension la non-harmonie résonnera avec un Moi fragmenté, explosé, éclaté.

- 11% de la population évoque des **schèmes de représentations iconiques** (au caractère imagé et supposant des métaphores) ou **cinétiques** (réponse ayant traits aux formes des mouvements et des changements). Ici, il y a une transposition du domaine auditif au domaine spatial.

L'existence de ces schèmes musicaux nous montre l'effet de la musique sur les émotions et la corporéité. L'individu va pouvoir assimiler les formes musicales qui vont de ce fait résonner en lui et pourront l'amener dans le mouvement, au sens où A. GREEN le définit, c'est-à-dire « ce qui imprime à la motricité une forme de représentation qui pense la motricité et ses transformations internes, sans être obligé de passer par elle »[50].

La musique va donc agir sur l'individu grâce à ses particularités physiques complexes, son action dans de nombreuses aires du cerveau et ses structures. Elle ne sera pas perçue de la même manière par tout le monde mais, du fait de sa structure et de la mémoire corporelle qu'elle convoque, elle aura des effets indéniables sur les émotions qui traversent l'auditeur, et son état tonique.

Après avoir développé la place du sonore dans les premiers échanges de l'enfant et les caractéristiques de la musique, il ne faut pas oublier que les deux sont en lien. Nous pouvons retrouver dans la musique de nombreux éléments qui nous rappellent les premiers échanges entre l'objet maternel et l'enfant. Ceci concerne les fonctions stimulatrices, excitatrices, de détente que la musique apporte au sujet, qui peuvent être mises en lien avec ces mêmes

[50] GREEN A., « La voix, l'affect et l'autre », in CASTAREDE M-F. et KONOPCZYNSKI G. *Au commencement était la voix*, ERES, 2005, p. 17.

fonctions apportées par la mère au tout-petit pendant les moments de soins. En effet, l'impact de ces fonctions est particulièrement visible chez le tout-petit, puisqu'il communique par l'intermédiaire de toute sa corporéité engagée dans la relation. Cela se remarquera moins chez l'adulte mais restera néanmoins vrai. Nous voyons bien chez le bébé que l'environnement sonore des premiers échanges participera à la construction du Soi, du rapport entre l'intérieur et l'extérieur, entre lui et le monde. Nous pouvons alors en déduire que la musique, de la même manière, accompagnera le sujet dans son évolution en tant que sujet vivant dans un environnement humain et matériel.

C'est en ayant conscience de tout ce que l'environnement sonore, dont musical, apporte à l'individu que le psychomotricien va pouvoir s'en saisir dans sa prise en soin pour accompagner l'individu dans son développement et notamment dans sa construction identitaire.

B- Sonore et psychomotricité

Dans mes différents stages je me suis intéressée à l'apport de l'environnement sonore dans la prise en soin psychomotrice. J'étais d'abord attentive à ce que la musique induisait chez le patient, ensuite je me suis penchée sur les effets de la voix du psychomotricien, élément fondamental de la rencontre psychomotrice. Evidement, bien d'autres sons sont entrés dans l'environnement sonore de mes séances, mais je n'en parlerai pas dans la suite de ce mémoire.

Ici, en évoquant la voix du psychomotricien et la musique, nous allons chercher à apporter des éléments de réponse à la question : qu'est-ce que l'environnement sonore peut apporter à la prise en soin en psychomotricité ?

I- La voix du psychomotricien

Dans ma première réflexion autour de la musique, il m'a paru intéressant de parler de la voix du psychomotricien car elle représente la **composante musicale** de la parole. Elle est notre propre instrument de musique, un instrument qui engage notre personnalité toute entière dans la relation. Elle représente le premier élément sonore de la prise en soin psychomotrice.

M-F. CASTAREDE écrit : « La parole est à la fois symbole des états d'âme et visée significative : la voix est l'unité du son et du sens dans la parole »[51]. La parole n'est pas seulement signification mais également **émotion**. Dans cette partie nous allons nous éloigner de la fonction symbolique du langage pour être plus sensible à ce que la voix véhicule dans la relation thérapeutique.

Ceci peut nous rappeler la citation de J. BONHOMME : « Lorsque la voix devient énergie, l'homme devient lui-même musique, et de cette musique prend naissance la vie qui **résonne avant de raisonner** »[52].

[51] CASTAREDE M-F., op. cit., 2000, p. 68.
[52] BONHOMME J., *La Voix énergie*, Dangles, 1999, p. 11.

Comment l'air modulé par la fibre sonore,
Peut-il créer en nous ces sublimes transports ?
Pourquoi le cœur suit-il un son qui s'évapore ?
Ah ! C'est qu'il est une âme au fond de ces accords !
C'est cette âme répandue
Dans chacun des accents par ta voix modulée,
Par la voix de nos cœurs et soudain répandue,
Avant que le doux son soit encore écoulé ;
Et que, semblable au son qui dans un temple éveille
Milles échos assoupis qui parlent à la fois,
Ton âme dont l'écho vibre dans chaque oreille,
Va créer une âme pareille
Partout où retentit ta voix.

Alphonse DE LAMARTINE

La voix est définie dans le dictionnaire comme un « ensemble des sons émis par l'être humain […] Organe de la parole, du chant »[53]. Le poème de A. DE LAMARTINE nous montre bien en quoi cette définition peut paraître simpliste. M-F. CASTAREDE souligne cela lorsqu'elle écrit de la voix que « celle-ci devient la grande médiatrice entre les sentiments et l'intellect, elle unit le corps à l'esprit dans cette sorte de langage universel que sont la mélodie intonative et le rythme »[54]. La voix va permettre de mettre de l'affect dans l'intellect.

En plus d'être l'entre-deux entre le corps et le langage, comme le dirait G. ROSOLATO, la voix intéresse le psychomotricien car elle est un **élément privilégié de la relation**. Parler, c'est parler à autrui. La voix s'adresse toujours à l'autre, élément indispensable pour qu'il y ait communication, qu'il soit présent ou qu'il soit ou paraisse absent.

Ainsi la voix pose le cadre de la relation. Ce n'est pas sans conséquence, car c'est ce même fait qui va permettre au sujet de **s'identifier**. A. GREEN reprend les écrits de A. DENIS pour définir la voix comme « à la fois reconnaissance de soi par l'autre, reconnaissance de soi par soi et investissement simultané de ce qui n'est pas soi »[55].

Voyons comment la voix, élément de l'identité du psychomotricien, par ses caractéristiques, par sa modulation, par son accessibilité, par sa contenance, par sa fonction médiatrice, par l'espace transitionnel qu'elle crée et par le silence qui la suit, peut accompagner

[53] *Le Petit Larousse illustré*, 2013.
[54] CASTAREDE M-F., op. cit., 2000, p. 52.
[55] GREEN A., in CASTAREDE M-F. et KONOPCZYNSKI G., op.cit., 2005, p. 20.

l'évolution psychomotrice des patients rencontrés. Tout le long de cette réflexion, nous pourrons associer la mélodie de la respiration à celle de la voix.

1. Les caractéristiques de la voix

Lorsque j'ai débuté ma réflexion autour de l'apport de la voix dans le processus thérapeutique, une première question m'est apparue : qu'est-ce que la voix ?

Cette partie aura pour objectif de développer ce que les caractéristiques de la voix engagent dans la relation thérapeutique. Nous ne nous attarderons pas sur la prononciation des phonèmes mais plutôt sur ce que les caractéristiques vocales expriment de l'état de présence du psychomotricien.

Les linguistes réduisent souvent la voix à la **prosodie**, caractérisée par la mélodie, l'intensité et le rythme. Cependant elle contient également des **aspects paralinguistiques** issus des caractéristiques personnelles du sujet et des émotions qui le traversent. Le timbre, par exemple, est la partie la plus personnelle de la voix.

Ainsi, existent trois paramètres essentiels dans cette dernière, communs à la prosodie et aux aspects paralinguistiques, que G. KONOPCZYNSKI nous amène à nommer ainsi :

- La **hauteur** et, par voie de conséquence, la mélodie (car elle correspond aux changements de hauteur).
- L'intensité, ou **force** de la voix.
- Les **aspects temporaux** des divers éléments constitutifs de la parole[56].

La voix va alors être un élément **identificatoire** du sujet car l'ensemble de ces éléments se verront modifiés en partie par son sexe, son âge, son physique, son origine géographique, sa santé physique, sa profession et son niveau socioculturel.

Le psychomotricien étant très attentif à la communication non verbale de ses patients, il ne peut ignorer que d'autres éléments comme des indicateurs de **personnalité**, de **l'état psychologique** et de **l'intention** du sujet sont présents dans la voix. Comme PLATON nous le dit, la voix est le reflet de l'âme. Elle reflète à la fois notre état de conscience, notre état émotionnel, notre état de vitalité.

Comme elle représente également l'état d'être du psychomotricien, il devra être attentif à ce qu'il manifeste dans sa voix, pour éviter que cela interfère avec son cadre thérapeutique. F. DESOBEAU écrit « Ainsi le psychomotricien se doit de posséder des connaissances et un savoir faire. Cela ne va pas suffire. Encore doit il posséder un savoir être, et qui plus est, **un savoir exister dans son corps**. Car la spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité est que

[56] KONOPCZYNSKI G., in CASTAREDE M-F. et KONOPCZYNSKI G., op.cit., 2005, p..38.

le psychomotricien s'implique dans son langage corporel pour rencontrer [le patient] là où il est, comme il est. ».[57] Lorsqu'elle écrit cela, il semble évident que la voix du psychomotricien fait partie intégrante du thérapeute et que, de ce fait, elle doit être adaptée. Sa voix devra être « **posée** » au sens où le définit J. BONHOMME, c'est-à-dire impliquant l'humain dans sa totalité physique et psychologique, organisée autour de son centre de gravité.

C'est grâce aux diverses pratiques du psychomotricien en formation, engageant sa corporalité dans le mouvement et dans la relation, qu'il va développer une **maturité vocale**, une **qualité de présence** dans sa voix. Il peut y veiller en ajustant son tonus, son écoute et son ancrage. Cela lui permettra alors de s'approprier une voix qui puisse véhiculer une sécurité suffisante, et d'exprimer son implication dans un échange authentique, dans une communication véritable et consciente.

Il lui faudra veiller à l'utilisation de consonnes et de voyelles de manière proportionnée afin de ne véhiculer ni agressivité (par excès de consones), ni sensualité (par excès de voyelles) dans son discours. Il en est de même pour le positionnement de son accent sur les mots (mise en valeur d'une syllabe). En effet l'accent vigoureux peut être une marque de la colère et de la haine tandis que la voix chantée, à l'opposé, peut conduire au plaisir, voire à l'enchantement[58].

Il ne faut cependant pas perdre de vue qu'il est difficile de contrôler notre voix car elle est soumise à des effets psychologiques. A ce sujet, G. KONOPCZYNSKI développe : « Une tension psychologique entraîne inévitablement une tension des cordes vocales, non contrôlable, et donc la voix monte »[59]. Ainsi, le psychomotricien devra être vigilant à **l'ensemble** de sa manière d'être dans la relation.

La voix, par sa prosodie et ses aspects paralinguistiques, est la métaphore de notre identité profonde. Si la formation et la pratique du psychomotricien lui permettent d'être sensible à sa qualité de présence au monde, de la même manière, il le sera quant à sa manière de poser sa voix pour instaurer un sentiment de sécurité dans la relation thérapeutique et ainsi proposer un cadre favorable à l'instauration d'une alliance thérapeutique. S'il est important pour lui de savoir placer sa voix de manière générale, il lui sera également important de savoir la moduler en fonction de la problématique de son patient.

[57] DESOBEAU F., *Identité et fonction du psychomotricien*, Thérapie psychomotrice et recherche n° 162, 2010, p. 60.
[58] CASTAREDE M-F., op. cit., 2000, p. 70.
[59] KONOPCZYNSKI G., in CASTAREDE M-F. et KONOPCZYNSKI G., op.cit., 2005, p. 39.

2. La modulation de la voix

« *La plupart du temps les paroles ne signifient point par elle-même, mais par le ton dont on les dit.* »
MONTESQUIEU

Si le psychomotricien cherche à être dans un **ajustement** tonique optimal avec ses patients, il essayera également de moduler sa voix afin qu'elle soit la plus ajustée possible, et en accord avec son état d'être.

En séance, le psychomotricien ne va pas poser sa voix de la même manière selon ses patients, il va essayer de la mettre en **résonance avec les caractéristiques** de ces derniers. Il va modifier sa voix en fonction du **cadre thérapeutique** qu'il souhaite poser dans ses séances. En effet, sa voix va créer un espace temporel et spatial, et sa modulation va pouvoir être mise en parallèle avec les règles que le cadre contient. Ainsi il veillera à accentuer l'aspect rythmique de sa voix pour renforcer la solidité de son cadre, il pourra intensifier son aspect mélodieux pour lui donner plus de souplesse, en fonction des besoins de ses patients.

Nous pourrions faire une analogie entre le timbre de sa voix et le « ***frame*** **»** (D-W. WINNICOTT), élément invariable du cadre, et entre la prosodie et le « ***setting*** **»** (D-W. WINNICOTT), qui représente l'ensemble de règles variables qu'il faut définir et limiter. Ainsi il va ajuster l'ancrage de sa voix et sa prosodie. S'il sent qu'il est important de solidifier le cadre, par exemple pour éviter une explosion motrice, il utilisera préférentiellement une voix ayant une intensité et une structure rythmique importante. Il utilisera une voix mélodieuse, avec une intensité modérée et une structure rythmique plus longue pour offrir un plus grand espace d'expression au sujet qui semble en être demandeur.

Dans cet ajustement, il lui faudra également **savoir créer un espace sans parole**, notamment après un temps de décharge pulsionnelle, pour laisser advenir un temps de détente. Cela pourra avoir des répercussions sur une proxémie plus étroite et engager patient et thérapeute dans un autre mode de relation, dans une communication corporelle plus profonde.

Une citation de J. BONHOMME illustre bien les enjeux de l'utilisation de la voix dans la relation thérapeutique et souligne ainsi la complexité du travail corporel que le psychomotricien doit effectuer pour ajuster celle-ci à la situation thérapeutique. « La voix […] c'est aussi un « jeu » permanent de l'être plus où moins en contact avec lui-même, car elle utilise de façon égale le corps (l'instrument), l'émotion (l'interprétation) et la pensée (la partition). Elle est un puissant outil d'unité de soi. Si la voix est placée, alors l'homme est dans son centre et utilise vraiment son instrument. Alors son langage devient musique et il peut jouer de son corps comme d'un

violon et en extraire toutes les nuances et les finesses afin de mettre en résonance le corps de l'autre »[60].

Cette adaptation de la voix du psychomotricien va influer sur les modes de relations entre lui et son patient. Cela permettra la création d'un **espace d'expression** où ce dernier pourra se sentir **soutenu** dans ses manifestations motrices, qu'elles soient de l'ordre de l'agitation ou de la détente.

Le fait de moduler sa voix va permettre au psychomotricien de faire écho aux manifestations du patient, faciliter leurs relations et ainsi montrer au sujet qu'il est accompagné dans ses mouvements (physiques ou psychiques) ; ce contexte lui offrira un espace d'expression plus sécurisant.

Ceci sera amplifié par la fonction contenante de la voix. Voyons ce point plus en détail.

3. La voix contenante

Lucas est un garçon de 8ans qui nous a été orienté en cabinet libéral pour une prise en soin concernant une apraxie visuo-constructive et des difficultés attentionnelles. Lors de nos séances, au vu des angoisses massives l'envahissant, nous nous sommes très rapidement éloignées de ce diagnostic pour orienter notre prise en soin sur l'accompagnement de Lucas dans un ancrage dans la réalité et la recherche d'une certaine contenance psychique. Depuis plusieurs mois, nous proposons à Lucas de construire des cabanes afin de pouvoir réaliser des activités sensorielles à l'intérieur de celles-ci, chose impossible en dehors de leur contenance. Un jour, suite à une des propositions de l'enfant, nous sommes chacun à notre tour, sortis de la cabane pour cacher, à l'extérieur de celle-ci, des objets destinés à être retrouvés par les autres. Quand arrivait le tour de Lucas pour cacher les objets, il sortait, commençait à les cacher et, très rapidement, arrêtait son activité pour nous parler de monstres (objet principal de ses angoisses). Il nous fallait alors assez régulièrement lui poser des questions, chantonner, souffler, remplir l'espace sonore de notre présence pour que ce dernier puisse avoir un effet contenant sur Lucas afin de lui permettre de continuer son activité.

Cette observation m'a amenée à être plus attentive à l'effet contenant de la voix du psychomotricien.

[60] BONHOMME J., op. cit., 1999, p. 15.

En séance lorsqu'un patient manifeste une légère anxiété et que le toucher serait trop intrusif il arrive régulièrement au psychomotricien de parler ou chantonner, pour rassurer celui-ci en **contenant ses angoisses par le bain sonore qu'il crée**. Il va ainsi accompagner le sujet à se représenter comme entouré par la présence d'une enveloppe psychique. La mélodie de la voix, par sa fluidité, offrira une enveloppe continue qui permettra au patient d'expérimenter sa propre **continuité d'existence**.

Cette contenance de la voix aura un impact sur le processus de spatialisation en offrant un lieu où le sujet peut percevoir, localiser et **définir un dedans par rapport à un dehors**. Ainsi elle offrira au patient un espace serein où il pourra s'autoriser à se détendre. Pouvoir se « loger » dans l'espace du corps, protégé par des limites sensibles et solides, permettra au patient d'acquérir un **sens de soi**.

La qualité contenante de la voix du psychomotricien pourra être accentuée par l'expression dans celle-ci de ses capacités d'**empathie**. En effet, cette qualité d'écoute, de compréhension et de guidance présente chez le thérapeute pourra avoir des répercussions sur la prosodie de sa voix, favorables à la création d'un climat de confiance.

La voix du psychomotricien, modulée par son empathie, offrira une certaine contenance psychique, impliquée dans l'expérimentation d'un sentiment de continuité d'existence.

Elle va également favoriser la relation entre le patient et le psychomotricien. Voyons en quoi nous pouvons qualifier la voix du thérapeute de médiateur.

4. La voix comme médiateur

« *La voix nous touche dès qu'elle exprime la vie,*
l'autre, la rencontre »
M-F. CASTAREDE[61]

F. GIROMINI définit le médiateur thérapeutique comme « le support, le moyen utilisé pour **favoriser la relation**, l'échange et la communication avec autrui, il n'est pas utilisé pour la transmission d'un savoir ou d'un savoir faire au titre d'un apprentissage »[62]. Ainsi nous pourrons définir la voix ajustée du psychomotricien comme médiateur thérapeutique puisqu'elle va à la fois favoriser la **compréhension** et **l'alliance thérapeutique**. En effet, les personnes présentant des difficultés de compréhensions sont, souvent, plus attentives et retirent plus d'informations de la prosodie de la voix que des mots employés. Par ailleurs, l'ensemble des émotions véhiculées par la voix du psychomotricien, qu'il ne peut cacher, va le rendre plus humain aux yeux de son patient, plus proche de lui et favoriser ainsi l'échange.

[61] CASTAREDE M-F., in CASTAREDE M-F. et KONOPCZYNSKI G., op.cit., 2005, p. 27.
[62] GIROMINI F., « Quand le corps parle de soi-même…à l'autre », in Thérapie psychomotrice n°174, 2013, p. 117.

La voix favorise la relation car elle nous **émeut** et nous touche. En effet, elle concerne ce que A. GREEN appelle « l'affect d'existence ». En cela nous sommes sensibles à la voix d'autrui et les patients seront sensibles à la voix du thérapeute car elle s'adresse à eux. La voix et les affects rappellent la relation avec l'objet maternant, relation primordiale et indicible, avant l'éloignement induit par les mots, la parole et le tiers séparateur. C'est d'ailleurs attiré par l'affectivité contenue dans la voix (et non pas par le symbolisme), que l'enfant va commencer à parler. Elargir cela nous permet, une fois de plus, de dire que parler avec une voix sincère et affectivée va favoriser la mise en place d'interactions entre le thérapeute et son patient.

La prosodie de la voix, comme écho à l'activité du patient, rejoint la définition de la médiation de F. GIROMINI quand elle nous dit que celle-ci **réfléchit** les sentiments exprimés par le patient sans qu'il ne les ressente vraiment. Ce qu'il produit va résonner dans l'ensemble de la corporéité du psychomotricien et dans la prosodie de sa voix, qui sera alors objet reflétant sa représentation des sentiments de celui-ci.

La voix va pouvoir être qualifiée de médiation car elle permet de faire **lien** entre les **expériences vécues** et la **représentation symbolique**. En effet, en plus d'être un instrument de la relation, la prosodie de la voix du psychomotricien, par l'ensemble des affects qu'elle transmet, va refléter l'état psychique du patient, exprimer quelque chose de ce que le thérapeute symbolise de son ressenti et être une entité créée par celui-ci. Ainsi elle permettra **d'investir le sujet dans un processus psychique.**

F. GIROMINI ajoute : « Ce qui est représenté n'est pas vécu donc il doit y avoir un ajustement réciproque entre ce qui est vécu et exprimé par l'un et ce qui est représenté et exprimé par l'autre, une sorte **d'accordage**, un va et vient entre les deux parties » [63]. C'est ce jeu qui se produira entre l'activité du patient et la prosodie de la voix du thérapeute jusqu'à ce que le patient **assimile** cette prosodie. Suite à cela il pourra, à partir des propriétés de celle-ci, dans une fonction miroir ou réflexive de son environnement, créer lui-même son propre environnement en utilisant des objets médiateurs.

Ici, quand nous parlons de la voix, nous parlons de ses caractéristiques une fois qu'elle est émise et non de quelque chose qui nous appartient car l'objet médiateur est, selon F. GIROMINI « quelque chose de nous et de pas nous à la fois ».

La voix est un médiateur thérapeutique dans le sens où elle favorise la relation. La variation de sa prosodie sera médiation car elle est issue de la représentation symbolique que le thérapeute a des ressentis du patient. La voix fait donc appel au processus de symbolisation, à la relation transférentielle et à l'investissement du patient pour en faire du sens, ces trois fonctions

[63] GIROMINI F., op.cit., in Thérapie psychomotrice n°174, 2013, p. 118.

étant celles du médiateur thérapeutique selon A. BRUN. Ainsi la prosodie de la voix va permettre de mettre en forme l'indifférencié, l'informe dans la pensée, ce qui est énigmatique chez le sujet. Elle permettra l'investissement du sujet dans un processus psychique.

En cela il me semble indispensable de faire un lien entre l'espace sonore de la voix et ce que D-W. WINNICOTT appelle « *espace transitionnel ».*

5. La voix et la transitionnalité

La voix humaine est le **premier lien** à apparaître entre l'enfant et son environnement. En cela nous pouvons situer les échanges sonores dans le registre de l'espace transitionnel décrit par D.W. WINNICOTT. La voix n'est alors ni du dedans ni du dehors, une zone intermédiaire entre la réalité psychique et la réalité extérieure.

E. LECOURT définit l'objet transitionnel comme « la première possession du « non-moi » du petit enfant, c'est-à-dire un objet pas encore reconnu comme appartenant à l'espace extérieur, comme séparé du sujet, mais ni franchement intérieur, ni totalement extérieur. »[64] Cette définition pourrait nous amener à dire que l'espace sonore créé par les échanges vocaux du thérapeute et du patient constitue un espace transitionnel où le patient peut **expérimenter la transposition de son vécu psychique interne sur la réalité du monde extérieur**. De ce fait, la prise de conscience de l'importance de l'expérimentation du patient et d'une adaptation de la voix du psychomotricien sera particulièrement importante.

Nous pourrons étendre cela à la musique. L'utilisation des berceuses ou petites musiques lorsque le parent quitte la chambre, par leur harmonie et leur douceur représentera un espace transitionnel qui va pouvoir être assimilé par l'enfant, dont l'état psychique se sera apaisé.

Dans cet espace transitionnel créé par les échanges sonores entre le patient et le psychomotricien, un ajustement tonico-émotionnel et donc prosodique va naître. Cet ajustement va être dépendant des phénomènes de transfert et de contre-transfert présents dans la prise en soin. Ainsi, le psychomotricien pourra être particulièrement attentif aux modulations de la voix du patient et de la sienne (parfois non-conscientes), et les considérer comme un outil thérapeutique lui permettant de mieux comprendre ce qui est en jeu dans cette relation et d'offrir la contenance nécessaire aux émotions du patient.

L'espace sonore créé par la voix du thérapeute pourra être qualifié d'espace transitionnel, une zone intermédiaire entre la réalité psychique et la réalité extérieure du patient. Il sera donc un support d'assimilation et d'accommodation des schèmes psychiques du patient et ainsi l'accompagnera vers une **autonomie de sa pensée**.

[64] LECOURT E., op. cit., 2005, p. 57.

Suite à toute cette réflexion sur la voix du thérapeute il faut, toutefois, ne pas négliger ce que le silence peut apporter à la prise en soin thérapeutique.

6. Le silence

« *Il faut de la distance au son,*
un espace pour laisser se développer la résonance,
un vide pour non seulement entendre mais aussi écouter »
E. LECOURT[65]

Si le monde sonore a une place importante dans l'espace thérapeutique, quand celui-ci aura suffisamment accompagné le processus de soin, il pourra donner place au silence qui aura alors de nombreux effets de structuration.

J-P. YERNAUX écrit : « Vague après vague, respiration après respiration, dans un mouvement de flux et de reflux, silence et parole se partagent l'espace temps de la rencontre psychomotrice[66]». Voix et silence vont alors **structurer la séance et le temps**, l'un développant l'impact de l'autre et inversement.

Les moments de silence permettront au thérapeute d'être d'autant plus dans la **relation** pour mieux ajuster sa voix dans un second temps. Ceci est développé dans les propos de D. LE BRETON lorsqu'il dit : « Le silence n'est jamais le vide, mais le souffle entre les mots, le court repli qui autorise la circulation du sens, l'échange des regards, des émotions… […] Parler c'est d'abord se taire ensemble, pour pouvoir s'écouter, comprendre les propos de l'autre, nourrir sa propre réponse »[67]. La perception du temps se trouvera changée dans le silence.

Le silence va également donner du temps au patient, un espace privilégié, pour lui permettre **d'intégrer** les informations données et **s'approprier** des sensations, en limitant les stimulations sensorielles qui pourraient le distraire.

Les alternances entre silence et voix vont également jouer, sur un autre plan, ce qui se passe dans la relation entre le patient et le psychomotricien. En effet, dans le silence, le patient pourra se sentir abandonné, dans l'attente, seul. Il nous faudra accompagner cela pour que ça ne soit pas vécu comme quelque chose de difficile mais plutôt comme l'opportunité d'un certain **retour sur soi**, une **sensation d'intimité**. Par conséquent le silence, associé au sonore, sera un outil pertinent pour aborder les notions d'absence et de **présence**, de **séparation** et de retrouvailles, et ainsi accompagner le patient vers une **différenciation** d'avec le thérapeute, vers une **individuation**.

[65] LECOURT E., op. cit. in *Le Journal des psychologues*, n°261, 2008, p. 44.
[66] YERNAUX J-P., op. cit., in Thérapie psychomotrice n°174, 2013, p. 6.
[67] LE BRETON D., cité par YERNAUX J-P., op. cit., in Thérapie psychomotrice n°174, 2013, p. 6.

Ainsi le silence va structurer la séance et le temps, amplifier la relation, offrir du temps au patient pour intégrer et s'approprier des données de sa corporéité et de la relation thérapeutique dans un certain retour sur lui-même. Le silence va accompagner le patient dans un processus d'individuation. C. POTEL écrit : « Thérapeute et patient sont unis dans ce temps de silence qui peut-être va être vécu comme rupture, ou rêverie à deux, mais qui est aussi le temps de présence pour soi, avec l'autre »[68].

La voix du thérapeute va donc être d'une grande richesse dans la prise en soin psychomotrice puisqu'elle va être un élément porteur de l'alliance thérapeutique qui va offrir au patient une sécurité de base et un sentiment de continuité d'existence. En effet, elle va à la fois favoriser la relation et accompagner le sujet dans un processus de symbolisation, dans le sens où la modulation de la prosodie va exprimer quelque chose de la représentation que le thérapeute a du vécu du patient. Ainsi, l'espace transitionnel qu'elle occupe va accompagner le patient vers une autonomie de sa pensée. Pour finir, quand elle sera suffisamment intégrée pour permettre au silence d'exister, elle va accompagner le sujet dans un processus d'individuation.

Après tout ce que nous avons développé, il nous faut garder à l'esprit que, pour que la voix du psychomotricien soit juste, celui-ci devra veiller à ce qu'elle soit dans la relation, dans le présent et non pas prise dans une volonté de maîtrise.

L'écoute n'est pas à attendre seulement de la part de nos patients, il appartiendra également au psychomotricien de l'exercer simultanément. Pour s'exprimer de façon juste avec ses patients il lui faudra percevoir simplement ce que ces derniers lui disent. J. BONHOMME écrit : « Ecouter n'est pas vouloir, mais goûter la saveur du moment sans tendre vers aucun but »[69]. Il nous faut donc souligner l'importance de ne porter aucun jugement mais de seulement être présent avec le patient. L'écoute juste du psychomotricien lui permettra, par la suite, de placer au mieux sa voix pour s'accorder au mieux au besoin de son patient.

Nous terminerons cette partie avec la citation de S. ROBERT-OUVRAY : « Apprendre à mettre en mot ce que le corps du patient essaye de dire, c'est aussi entendre avec son propre corps, les corps-à-corps, les accords, les désaccords, les hiatus psychomoteurs ».[70]

Après avoir repéré l'impact de la voix du psychomotricien dans sa prise en soin, voyons en quoi la musique, autre élément de l'environnement sonore, pourra également soutenir l'évolution de ses patients.

[68] POTEL C., « Les yeux de Camille », in Thérapie psychomotrice n°174, 2013, p. 167.
[69] BONHOMME J., op. cit., 1999, p. 10.
[70] ROBERT-OUVRAY S., cité par BOUTSEN H., « Du rêve aux équivalent de rêve dans la vie éveillée », in Thérapie psychomotrice n°174, 2013, p. 48.

II- La musique en psychomotricité

Dans cette partie nous allons développer les notions permettant de valider l'hypothèse selon laquelle, en psychomotricité, la musique va accompagner les patients dans leur évolution à différents niveaux.

P. JEAMMET nous explique que la personnalité se construit suivant deux axes. Dans un premier temps, notre développement est lié aux interactions physiologiques et psychologiques avec autrui, certains auteurs parlent alors **d'incorporation**. Ensuite, nous nous **différencions** d'autrui, notamment par l'intervention d'un tiers séparateur. C'est la première étape, qui donne à l'enfant le sentiment qu'il y a une adéquation entre ses besoins et les réponses de l'environnement, qui fonde, selon lui, les assises narcissiques, autrement appelé le « Soi » ou la « sécurité interne » (Bowlby). Lorsque l'objet maternant sera incorporé, l'enfant pourra alors continuer à exister sans ressentir sa dépendance car l'objet sera intégré dans son plaisir à fonctionner[71].

Ici nous allons chercher à comprendre en quoi, dans la thérapie psychomotrice, la musique intervient dans cette construction du « Soi ».

Dans mes différents stages la musique m'a interpelée dans certains domaines. En effet, elle m'a semblé accompagner les patients que j'ai rencontrés dans différentes étapes de leur développement, à savoir : dans le développement de leur continuité d'existence, dans leur capacité à se situer dans cette existence, dans leur accompagnement dans une dynamique de symbolisation et dans l'émergence, chez eux, d'un sentiment d'identité de soi. De ce fait, je développerai, dans la suite de cet écrit, les effets de la musique dans ces quatre domaines.

1. La musique comme support du sentiment de continuité d'existence

• *La musique structure la séance*

« *La musique fait entendre sa loi au danseur*
[qui] l'applique à son mouvement »
F. SCHOTT- BILLMANN

Au XIXème siècle, la musique était utilisée dans les asiles de psychiatrie parisiens pour les notions d'ordre et de mesure qu'elle contient. L'objectif en était de rétablir l'ordre moral et un comportement social adapté chez les sujets « fous ».

[71] JEAMMET P., « D'un narcissisme à l'autre » in HUERRE P. et RENARD L., Parents et adolescents, Eres « Enfances & PSY », 2003, pp.79-90.

La musique est une organisation du sonore qui possède des limites spatiales et temporelles. Elle présente des caractéristiques invariables et précises : un *La* est un *La*, la structure d'un morceau de musique ne change jamais en fonction de son auditeur. Ainsi, elle peut offrir un **cadre structuré** dans le suivi en psychomotricité.

Chaque élément fondamental de la musique peut avoir une fonction différente. La mélodie propose une **continuité** temporelle dans la séance même et au cours des séances qui se suivent, le rythme permet une **structuration** courte et précise, et le tempo va refléter la **dynamique** que le psychomotricien veut inscrire.

Les limites que propose la musique auront alors un impact important sur la **structuration de l'espace** et, par transposition, sur **l'appareil psychique** du sujet. Cela peut être très important comme première étape de travail avec des personnes ayant des difficultés à distinguer ce qui est de l'ordre de leur monde interne de ce qui est de la réalité extérieure. Utiliser la musique, comme structure de la séance, par superposition, pourra accompagner le sujet dans la restructuration de son Moi-peau par l'intermédiaire des enveloppes sonores.

- ***La musique contient***

La musique est un espace sonore bien particulier où l'auditeur se trouve **protégé de l'intrusion et du débordement** que peuvent occasionner les sons (même s'il n'y a pas eu d'élaboration psychique de structuration d'un appareil à penser). E. LECOURT nous explique que la musique est un espace privilégié dans le sonore, espace pour le plaisir[72]. Elle a donc cette fonction contenante que n'a pas le bruit environnant et ainsi peut faire partie des **éléments constitutifs du Moi-Peau**. Ainsi elle va participer à l'organisation de celui-ci et donc de la pensée.

Lorsque la musique peut être vécue comme contenante par le sujet, elle va constituer un **lieu sécure d'expérimentation**. Il sera alors possible, avec ce support, de travailler sur le rapprochement, la distanciation, les séparations et retrouvailles, l'accordage, la fusion et le dégroupement… Cette contenance permettra également que la musique puisse offrir un espace de repos, où le sujet se laissera aller à la détente, pourra se **recentrer** sur lui-même et ainsi être **plus attentif à ses sensations**.

Le sentiment d'être contenu dans cette enveloppe sonore musicale pourra accompagner l'individu dans un affinement de sa perception auditive, un élargissement de sa conscience du monde sonore et ainsi, à travers cette attention portée au sonore, dans un **élargissement de la conscience de soi**.

[72] LECOURT E., « Le son et la musique : intrusion ou médiation ? », in BRUN A., op. cit., 2001, p. 120.

Retenons que les propriétés contenantes de la musique vont alors accompagner le sujet dans une organisation de sa pensée et lui offrir un lieu sécure d'expérimentation où il pourra se recentrer sur lui-même et être attentif à ses sensations. Elles vont ainsi agir sur les impressions (dépôt, accueil, intériorisation...) et l'expression du sujet (action, décharge, pulsion.....). Si la musique contient, nous pouvons aussi penser qu'elle soutient. Qu'en est-il ?

• *La musique soutient et solidifie un ancrage*

« *C'est dans et par le corps que l'ancrage au monde se construit* »
C. POTEL[73]

Nous avons vu plus haut qu'un des mécanismes de réception du sonore est la **sonosomesthésie**. Ainsi le son va agir sur le squelette, les membranes, la peau, les organes, et les muscles, à l'origine de nombreux éprouvés corporels et représentations. Plus précisément, les percussions et vibrations de la musique, par la sollicitation des capteurs tendineux et articulaires, peuvent résonner sur le squelette de l'auditeur. A travers ceci, le psychomotricien pourra amener le patient dans une expérience corporelle du **ressenti de sa structure osseuse**, et par voie de conséquence, de ses **appuis**. Ainsi, accompagnant le sujet dans un certain **ancrage** au sol, l'enveloppe musicale va faciliter, chez lui, le développement d'une certaine **axialité** et le développement psychique qui l'accompagne, un **ancrage corporel de l'identité**.

Lorsque le psychomotricien amène son patient à s'ancrer dans son propre corps, il va, de ce fait, l'accompagner à s'appuyer sur ce socle pour avancer dans sa construction identitaire, pour devenir porteur d'une identité différenciée. Ainsi nous pouvons penser que la musique va offrir au sujet une certaine **sécurité de base**, un bruit de fond sensori-tonique qui va soutenir le patient dans la **réalisation de ses désirs**, **l'investissement de sa curiosité et l'agir**.

La répétition est un motif musical constitutif des musiques du monde entier. Les musiques très rythmées, en particulier les musiques baroques, offrent au sujet un sentiment de **réassurance**, de **stabilité** et de **sécurité.** Le caractère rassurant et structurant de la répétition peut être issu du souvenir de l'omniprésence de cette dernière dans les échanges relationnels entre l'objet maternant et l'enfant, mais également, bien avant, dans la rythmicité des bruits du cœur de la mère, premiers sons perçus par l'enfant. Dans cette relation, c'est quand l'enfant se sentira assez en confiance qu'il pourra dépasser cette répétition **pour aller vers la nouveauté**, l'inattendu, l'étranger, qui pourrait être source d'angoisse. Par analogie, nous pouvons penser que cet effet rassurant que propose la musique pourra être un support pour notre patient pour aller vers du nouveau.

[73] POTEL C., *Être psychomotricien*, Eres, 2010, p. 60.

Ici nous voyons comment la musique comme support, appui, source d'ancrage, va accompagner le sujet dans une réalisation de soi, l'expression corporelle ou verbale de ce qui l'anime. Nous pouvons faire un lien entre l'écoute et la notion de **présence réconfortante**, mais aussi entre l'absence de musique et la notion de perte, d'abandon.

« *Jouis de la musique,*
c'est la formation de l'harmonie intérieure »
CONFUCIUS

La musique qui structure, contient, offre un sentiment de sécurité de base va conduire le sujet dans le ressenti d'un sentiment de continuité d'existence. Ainsi le son, par son action sur la peau et le psychisme fera ressentir les **limites**, par son action sur les muscles fera ressentir le **tonus**, par son action sur le squelette fera ressentir les **appuis**, etc. La mise en lien dans un étayage de cette structuration corporelle, de la psyché et de la relation à l'autre va permettre au sujet de **découvrir** et se **représenter** ces éprouvés corporels et ainsi de **développer un sentiment de continuité d'existence**.

C'est parce que la musique « porte » celui qui l'écoute, lui offre une certaine sécurité intérieure, et parce qu'elle permet l'ancrage d'une certaine notion du temps qui s'écoule, qu'elle va accompagner, en lui, le développement de ce sentiment interne.

Ainsi la musique accompagne le sujet dans une structuration psychique et une **construction de son identité**. En cela elle est un outil à la thérapie psychomotrice. Si la musique est un support pour l'acquisition d'une continuité d'existence elle le sera aussi pour permettre au sujet de se situer dans celle existence.

2. La musique permet au sujet de se situer sans son existence

• *La musique participe à l'introduction du sujet dans une temporalité*

Un des premiers éléments qui **ancrent l'individu dans le monde** est sa conscience du temps, le passage du temps subi au temps vécu. La perception du temps qui défile va ainsi contribuer au développement du sentiment continu d'exister.

Voix et musique ont pour point commun leur organisation dans le temps. La musique a pour particularité supplémentaire son déploiement dans l'espace, elle est une des quelques formes d'art qui se déroulent dans le temps et sont éphémères. Comme le temps, elle est toujours en fuite, l'entendre c'est déjà s'en souvenir.

La musique peut être un support à la **compréhension des notions d'ordre des séquences temporelles, de durée, de succession et d'anticipation**, compréhension nécessaire à

l'adaptation du sujet dans son environnement. En cela elle sera une aide dans les prises en soin psychomotrice, notamment dans le travail sur les troubles de l'organisation spatio-temporelle.

Par l'ensemble de sa structure, elle permet de **rejouer les intermédiaires de l'absence et la présence,** comme l'attente, le désir, la tension, le repos, etc. A ce sujet, E. LECOURT énonce : « L'intervalle entre deux sons est la base de toute musique et le prototype de toute rencontre »[74]. A. BROUSSELLE, psychanalyste, caractérise d'ailleurs la musique comme un jeu de la bobine, vicieux et sublime.

Les musiques structurées en répétitions/variations vont faire échos avec les premiers temps de vie du nourrisson, dans ses échanges avec l'objet maternant. Pour M. IMBERTY cité par P. LEMARQUIS, cette structure représente « la structure originaire, prototypique de toute une série d'expériences affectives et cognitives ultérieures dont la musique ne fera que réactiver ou représenter les réalités profondes »[75]. La musique rappelant ces premières interactions va également raviver chez le sujet la sensation qu'il est **inscrit dans une histoire**, dans une généalogie. Cela peut l'aider à **donner un sens au déroulement de sa vie**, à évoquer le passé et anticiper l'avenir.

• *La musique participe à l'introduction du sujet dans une spatialité*

La musique se propage dans un espace délimité et ainsi permettra au sujet d'expérimenter les notions de spatialité. En effet, la musique se disperse souvent dans un espace **délimité** par une séparation matérielle. A l'écoute de la musique le sujet pourra expérimenter les notions de **distances** mais aussi les notions de **séparation** qui amènent à la diminution du volume sonore. L'écoute et la recherche de la source sonore va l'amener à accéder à **l'orientation** puis à **l'organisation spatiale** (se situer et situer autrui par rapport à soi et aux objets, notion de distance…). Quand la vue fait défaut l'environnement sonore jouera un rôle d'autant plus important dans l'intégration de ces notions.

L'harmonie musicale qui représente l'assemblage de sons perçus à un instant *t* est l'élément représentant la spatialité de la musique.

Ainsi la musique en séance pourra aider le patient à l'intégration de notions temporelles et spatiales pour l'accompagner dans un processus de **différenciation** et son **inscription dans son histoire** de vie et ainsi dans un ancrage au sein de son environnement. Le rythme, structuré par le temps va accompagner le sujet à l'engagement de son corps dans l'espace.

[74] LECOURT E., op. cit., 2005, p. 164.
[75] LEMARQUIS P., op.cit., 2013, p. 84.

Cet ancrage spatio-temporel, lorsqu'il sera acquis, aidera également le patient à pouvoir se représenter la **continuité** existant entre ce qui se passe dans la salle de psychomotricité et en dehors. En effet, il ne suffit pas d'accompagner le patient à évoluer dans le cadre de la séance ou d'une médiation particulière. Il est important d'amener celui-ci à pouvoir **intérioriser** ce qu'il à vécu dans la salle pour le généraliser au reste de sa vie.

Si la musique permet au sujet de se situer dans son existence, elle va également, à partir de là, l'accompagner dans la symbolisation de son vécu.

3. La musique accompagne l'accès à la symbolisation

« *Il y a dans la musique quelque chose d'ineffable et d'intime ; […]*
elle est pour nous à la fois parfaitement intelligible et tout à fait inexplicable ;
cela tient à ce qu'elle nous montre tous les mouvements de notre être,
même les plus cachés, délivrés désormais de la réalité et de ses tourments. […]
Elle exprime d'une seule manière par les sons, avec vérité et précision,
l'être, l'essence du monde »
SCHOPENHAUER[76]

Chaque individu, quel qu'il soit, porte en lui des traces de son vécu, de son expérience subjective. Ces traces sont ce que Freud appelle la « **matière première** » de la psyché. En effet, dans un premier temps, pour tous les individus, les expériences vécues s'enregistrent et font trace dans la psyché. La seconde étape, elle, résulte d'un travail psychique qui n'est pas possible pour tous. C'est dans cette seconde étape que les traces prennent sens, c'est le temps de la **symbolisation**.[77]

• *La musique favorise la mise en mouvement du corps*

« Si le sonore constitue le matériau de la parole tout comme celui de la musique,
seule cette dernière garde une relation fondamentale au mouvement »
E. LECOURT[78]

Les pulsions archaïques communes à l'homme et à l'animal, nécessaires à la survie de l'individu et de son espèce (alerter un danger, marquer un territoire, réunir au combat, appeler et attirer la femelle avant l'activité sexuelle…), s'expriment par le biais d'éléments sonores. Il existe alors un lien enraciné en chacun de nous entre le sonore et les **processus archaïques**.

[76] SCHOPENHAUER A., Le Monde comme volonté et comme représentation, Presse universitaire de France, 1966, p. 337.
[77] ROUSSILLON R., « Proposition pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiation », in *Les Médiations thérapeutiques*, ERES, « Le Carnet psy », 2011.
[78] LECOURT E., op. cit., in *Le Journal des psychologues*, 2008 n°261, p. 42.

D. AVRON énonce : « Le point commun entre toutes les musiques c'est qu'elles constituent des systèmes dans lesquels **circule une énergie** »[79]. Cette énergie qui circule pourra avoir des effets différents sur celui qui l'écoute en fonction de ses origines culturelles, sa personnalité propre et sa manière de vivre l'instant présent. Il est fréquent que cette énergie musicale amène le patient qui l'écoute dans un travail de représentation à travers la mise en mouvement de sa corporéité.

Nous entendons souvent dans le langage courant des expressions comme « être porté » ou « être transporté » par la musique. Cela donne à la musique une **dimension motrice**. Ceci peut être mis en lien avec une sensation d'apesanteur que la musique offre au sujet dans la séance, pouvant l'accompagner dans un déplacement, en **confiance**. Cela rappelle les propos d'E. LECOURT lorsqu'elle nous dit : « On se sent alors porté, transporté, bercé ou dansant, dans un mouvement sans prise sur le réel, « gratuit », pour le plaisir, que je rapproche des gesticulations du nourrisson porté, des qualités du *holding* »[80]. Cela peut être mis en lien avec le pouvoir des percussions, rappel des bruits du cœur de la mère, pour favoriser l'expressivité, réinstaurer une certaine sécurité de base, replacer le patient dans quelque chose de l'ordre du vivant.

Les neurophysiologistes nous permettent de mieux comprendre pourquoi la musque accompagne la motricité. J. VERDEAU-PAILLES écrit : « Par le pouvoir immédiat qu'elle exerce sur les sensations nerveuses et motrices, la musique joue un rôle important d'incitateur de l'action, de canalisation ou de modulation du mouvement corporel »[81]. Ainsi elle va pouvoir initier, dynamiser, orienter et même stopper l'action.

Les rythmes de la musique vont agir sur les rythmes internes et ainsi réveiller des patterns génétiquement programmés. Ce mécanisme va amener ces derniers à se décharger en liant leur excitation à des formes motrices. Selon F. SCHOTT-BILLMANN, ce procédé correspondrait à une « thérapie biologique de l'enveloppe somatique »[82]. Ainsi le rythme va être un facteur de mobilisation **dynamisant** et **autonomisant** car il favorisera à la fois l'action mais aussi la relation avec l'environnement.

Le fait que le rythme favorise la mise en mouvement pourra intéresser le psychomotricien pour deux raisons. En effet cela lui donnera un support pour :

- aller revisiter des thèmes psychomoteurs comme l'axialité, les coordinations, etc. ;
- permettre à son patient de lier une excitation anxiogène interne à une forme rythmique externe. Par la suite, cela va accompagner son patient à se représenter des éléments

[79] AVRON D., *Musique et jeu* n° 9, du Seuil, p. 102.
[80] LECOURT E., op. cit., 2003, p. 225.
[81] VERDEAU-PAILLES J., in LEPELLETIER S., *Définir la place du psychomotricien auprès des adultes déficitaires : la thérapie psychomotrice, apport de la musique*, Mémoire en vu de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, 1997, p. 47.
[82] SCHOTT-BILLMANN F., *Quand la danse guérit*, Le courrier du livre, 2012, p. 32.

de sa vie psychique interne par ce qu'il exprime à travers son langage corporel. Il s'agit ici d'une première étape de symbolisation « primaire », une **pré-symbolisation**.

A tout ceci nous pouvons ajouter que la capacité du son à se déplacer dans l'espace sans contrainte physique va transmettre une sensation de **liberté** de déplacement au patient. Cette propriété pourra l'accompagner à occuper également tout l'espace sonore et se déployer dans une expression de soi, aller dans un certain lâcher prise et l'oubli des limites, se laisser aller à la créativité, à la jubilation, au plaisir.

Chaque type de musique va avoir un effet différent chez chaque patient. R. GAETNER, qui a été directrice d'un hôpital de jour pour enfants psychotiques et qui est enseignante pour les élèves en formation au diplôme d'état de psychomotricien de la Salpêtrière, a essayé de définir ce que l'écoute de certains types de musique peut amener à exprimer. Suite à ses observations sur des enfants présentant des troubles du spectre autistique elle remarque que :

- Les œuvres dont les rythmes ont la résonance la plus proche des grands rythmes vitaux favorisent les mouvements élémentaires **d'allongement du corps au sol** et les mouvements **d'exploration de son corps** dans une **prise de conscience de son unité**.
- La musique d'opéra pourra accompagner l'individu dans une ébauche de **l'élaboration de ses affects** avec des mouvements dansés amples et extravertis.
- Les musiques rock, elles, emmèneront les sujets dans quelque chose de plus **régressif**, notamment avec des balancements.
- Les instruments à vent et à percussion ont un effet **libérateur,** et entraînent chez les enfants une **joie très vive**, du **plaisir dans leurs mouvements**. Ils favorisent les rondes, les pas vifs et légers, sautés et glissés en alternance.
- Les musiques de jazz vont entraîner le sujet dans l'expression avec des mouvements dansés fortement contrastés, dans une certaine **ivresse rythmique**[83].

Dans ses propositions musicales le psychomotricien devra être attentif à la personne en face de lui, avant de proposer un type de musique. En effet, amener un individu vers une tension ou une détente, vers une limitation ou une ouverture pourra être **bénéfique comme néfaste** en fonction des patients. Chez certaines personnes la détente et la sensation de limite pourront induire une passivité et amener le sujet vers une **indifférenciation**. M.IMBERTY dit que cela peut aller jusqu'à « annihiler l'autonomie du Moi »[84]. Par ailleurs, la tension et l'ouverture pourront amener le patient vers une désorganisation des actions, une **agitation incohérente**, M. IMBERTY dit que dans ce cas le Moi peut se sentir submergé et angoissé, menacé dans sa propre existence.

[83] GAETNER R., op. cit., 1979, p. 120-130.
[84] IMBERTY M., op.cit., 1979, p. 58.

La musique, par l'énergie qu'elle transmet, pourra déployer le sujet dans une expression motrice, dans un sentiment à la fois de liberté et de sécurité. Cette mise en mouvement du corps va donc amener le sujet dans ce que R. ROUSSILLON appelle symbolisation « primaire », base d'un deuxième processus de symbolisation dit « secondaire ».

• *La musique est un support de la prise de conscience de ses sensations*

« *L'art ou la science de combiner les sons de la voix*
ou des instruments en visant la beauté ou la cohérence formelle et
l'expression des émotions »
Définition de la musique dans le dictionnaire d'Oxford

Une étude a été menée par T-P. HATEM, P-I. LIRA et S-S. MATTOS concernant l'effet de la musique sur des enfants dans un service de réanimation cardiaque pédiatrique après une chirurgie du cœur. Il s'agissait de comparer les comportements de deux groupes d'enfants : l'un écoutait une session d'enregistrement musical à l'aide d'un casque (Les 4 saisons de Vivaldi) pendant 30 minutes, tandis que l'autre avait un casque sur la tête relié à un CD vierge. Les chercheurs ont mesuré chez les enfants, en début et fin de session musicale, la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la fréquence respiratoire, la température et la saturation de l'oxygène. Ils ont également évalué leurs signes de douleur avec l'échelle des visages. Ils ont révélé des différences statistiquement significatives entre les deux groupes : les enfants du groupe « musique » ont des scores de douleur plus bas, une fréquence cardiaque et respiratoire plus faible[85]. Cette étude signe l'effet de la musique sur la **détente** se ses auditeurs.

La musique, en fonction de la prédominance ou non d'une structure rythmique, mélodieuse, harmonieuse, au tempo rapide va agir sur le tonus de l'auditeur. Les musiques mélodieuses, consonantes, au tempo lent vont favoriser une **baisse du tonus et inversement**. L'alternance de son/silence, les variations de rythme et le type d'instrument utilisé aussi auront leurs effets. Les instruments à vent amèneront d'avantage une baisse de tonus, à l'inverse des percussions. Ainsi en fonction de ce que le psychomotricien jugera intéressant en séance il lui sera possible d'utiliser différents types de musiques. La musique pourra, selon le contexte, **éveiller les émotions** mais aussi **calmer les pulsions**.

Notre organisme est régulé par différents rythmes biologiques comme les battements du cœur, les pulsations du système nerveux, notre respiration, etc. Ces **rythmes internes vont s'adapter aux rythmes externes**. Ainsi une musique avec des rythmes et une fréquence légèrement plus faibles que ceux de notre corps va accompagner le ralentissement de ceux-ci. Nous verrons alors apparaître une **harmonie** entre les deux et une certaine détente prendre

[85] http://www.pediadol.org/Effet-therapeutique-de-la-musique.html.

place. Les rythmes du cerveau vont s'adapter à ceux de la musique, ralentir leur intensité, ce qui pourra amener l'individu dans un état alpha.

E. LECOURT nous parle de deux prototypes culturels qui ont traversé les temps rappelant quels effets peut avoir la musique. Il s'agit de son effet **sédatif** et de son effet **cathartique**.

Les propriétés sédatives de la musique sont notamment évoquées dans la Bible. Dans le Livre de Samuel, le récit des crises d'angoisses de Saül atténuées par la lyre de David, fait ressortir que la musique, notamment jouée par un instrument harmonique et mélodieux, tel que la lyre, permet **d'apaiser celui qui l'écoute**.

La musique va également accompagner la détente par son effet cathartique. Ce dernier peut être illustré par le fait que, de tout temps, la musique a été utilisée pour permettre des **décharges apaisant les tensions physiques et émotionnelles**. Cette propriété se retrouve dans les mécanismes de défoulement, d'exutoire, d'extase et de transe mis en œuvre dans certaines fêtes tribales, médiations religieuses et dans ce que nous appelons les « rave parties ».

Ayant conscience de tout cela, nous voyons comment le psychomotricien doit être vigilant dans l'utilisation de la musique. En effet, il pourrait être tentant, dans une séance sur l'expressivité d'utiliser des musiques qui amènent plus à une mise en jeu de la corporéité sur le mode de la détente que sur celui de l'excitation. Cependant, si cela pourrait être plus confortable pour le thérapeute, cela ne serait pas particulièrement pertinent dans le cadre d'une prise en soin. En effet, lorsqu'un patient à besoin d'exprimer quelque chose de lui, il est important que le psychomotricien puisse s'en rendre compte afin d'adapter la musique utilisée pour qu'elle **réponde au mieux aux besoins** de celui-ci, dans l'instant présent.

Ainsi la musique, par la modification du tonus qu'elle entraîne chez le sujet, sera le support de l'expression du sujet. R. GAETNER dit que dans la prise en soin, le but du thérapeute est d'accompagner son patient dans quelque chose du « **vivant** » et non du « vivable » [pour le thérapeute][86]. Il faut également ne pas perdre de vue que la détente peut provenir de la contenance de la musique mais également de la décharge tonique qu'elle a permise.

L'objet de cette réflexion est de souligner que la musique, du fait de ses caractéristiques, va retentir chez le sujet et **faire naître certaines sensations** en lui. Ce qui sera pertinent dans la prise en soin psychomotrice sera alors d'accompagner le sujet à **prendre conscience** de celles-ci pour l'amener à se **représenter** leurs effets. C. POTEL écrit : « Le psychomotricien doit accompagner les mouvements d'intériorisation des éprouvés dans le champ des émotions, des affects et des pensées››[87]. Il va réaliser un travail d'appropriation proprioceptive que B. LESAGE appelle « **approprioception** »[88].

[86] GAETNER R., op. cit., Paris 1979, p. 119.
[87] POTEL C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, in press, 2010. p. 218.
[88] LESAGE B., *La danse dans le processus thérapeutique*, Eres, 2009, p. 17.

L'ensemble de ces perceptions vont pouvoir amener patient et psychomotricien, dans un espace transitionnel, à parler de celles-ci pour accompagner le patient dans une **symbolisation** « **secondaire** » de ses ressentis. R. ROUSSILLON dit : « La symbolisation implique un temps de production représentative « primaire » qui rend possible l'appropriation subjective préalable à son inscription dans la symbolisation langagière »[89]. La symbolisation primaire va relier la première inscription de la chose psychique (sa trace mnésique perceptive) à la représentation de choses, tandis que la symbolisation secondaire relie la représentation de chose à la représentation de mot. Cette dernière inscrit la représentation de chose dans l'appareil de langage. « On symbolise dans et à partir de l'appareil de langage »[90].

Nous voyons ainsi comment la musique va être impliquée dans un processus de symbolisation. En effet, elle va offrir au sujet de nombreuses sensations qui vont pouvoir être étayées dans un espace transitionnel thérapeutique pour l'accompagner à mettre des mots sur son vécu.

Cela permettra au psychomotricien d'accompagner ses patients dans le développement de leur imaginaire car l'on ne peut imaginer que des choses que l'on a déjà éprouvées.

• *La musique est un support du développement de l'imaginaire.*

« *La musique donne une âme à nos cœur et des ailes à la pensée* »
PLATON

Nous avons vu plus haut que nous pouvons **assimiler** différentes formes musicales à des **schèmes affectifs**, accompagnant le sujet dans des processus de représentation. La musique va également, en sollicitant la **mémoire corporelle,** permettre l'actualisation de souvenirs et le surgissement d'images, nourritures émotionnelles et affectives. Les musiques romantiques vont être les musiques les plus chargées émotionnellement (Chopin, Liszt, Wagner,…) car elles recouvrent toute la gamme des sentiments, tout comme le jazz et le blues.

Ainsi la musique sera un outil privilégié dans les relaxations à induction verbale pour amener le sujet à penser à des éléments agréables en lien avec la réalité, à s'imaginer au bord de l'eau, dans la forêt…

En séance, le psychomotricien ne va pas accompagner l'imagination seulement sur le mode du plaisir. Par différents moyens, dont la musique fait partie, il va accompagner son patient à rejouer des événements vécu, plus ou moins traumatiques, et pouvoir imaginer ce qui aurait pu se passer dans d'autres circonstances, **sortir de l'immuabilité des choses**. SARBIN et JUHASZ écrivent : « L'imagination est inséparable de la fonction symbolique qui libère l'homme de la domination de l'environnement immédiat en lui permettant d'envisager des situations

[89] ROUSSILLON R., *Agonie, Clivage et symbolisation*, Quadrige, 2012, p. 218.
[90] ROUSSILLON R., op. cit., 2012, p. 217.

hypothétiques pour s'approprier de nouveaux rôles, inventer des solutions et organiser son activité ». La musique pourra être un véritable appui dans ces situations, pour sa contenance et la distance qu'elle met entre le patient et le psychomotricien. Sa contenance sera notamment essentielle avec certains patients pour éviter une dispersion dans un imaginaire sans limite.

L'importance pour le psychomotricien d'accompagner l'individu dans un développement de son imaginaire sera également de **favoriser l'expressivité et la créativité** du sujet. L'intérêt de développer l'expressivité est de permettre la mise en jeu d'une projection, d'une externalisation de ses parts psychiques les plus cachées, d'une décharge des excitations pulsionnelles pour amener le sujet à **se découvrir lui-même** et prendre conscience de son être profond.

Nous venons de voir comment la musique, en favorisant l'expression du corps, en offrant différentes sensations et en sollicitant la mémoire corporelle va accompagner, dans le cadre d'une prise en soin psychomotrice, le patient à développer ses mécanismes de symbolisation. Ce cheminement est important dans le développement identitaire de l'individu car il lui permet de mettre du sens sur son passé et son présent, et de pouvoir s'envisager comme acteur de son avenir.

C'est néanmoins dans la relation avec l'autre et son environnement que le sujet pourra pleinement développer un sentiment d'identité de soi. Voyons comment la musique intervient dans cette rencontre.

4. La musique favorise l'émergence d'un sentiment d'identité de soi

De tout temps la musique à **rassemblé** les peuples dans les rites et les fêtes, c'est un support de la relation, facteur de lien et d'intégration.

Plus en détail, E. LECOURT relie l'émergence de différents types de relation en fonction de trois types de musique. Elle nous dit que l'orchestre symphonique amène à **se perdre dans la puissance de l'ensemble**, le quatuor incite au **rapproché** et à **l'intimité** de la relation, tandis que le concerto invite aux relations entre le **soliste et ses accompagnateurs**[91]. Ainsi la musique peut créer un élan pour accompagner le groupe à se rencontrer dans un mode différent de celui de ses habitudes.

La structure musicale, par la pulsation, le rythme, la mélodie, la polyphonie, la polyrythmie et l'harmonie, est fondée sur l'intervalle entre deux sons dans le temps et dans l'espace. Ainsi elle est une **métaphore de la relation**, représentant des notions allant de la fusion à l'éloignement. Les musiques occidentales, polyphoniques, soulignent plus les notions de groupe que celles d'éloignement/rapprochement.

[91] LECOURT E., « Le son et la musique : intrusion ou médiation ? », in BRUN A., op. cit., 2001, p. 125.

E. LECOURT parle de la « **structure groupale de la musique** »[92]. En effet la structure polyphonique de la musique rappelle la mise en **relation simultanée**, l'être en groupe, l'association de voix et **l'accordage**. Ainsi elle est assimilable à celle d'un groupe en relation. C'est par cette organisation qu'elle va appeler au regroupement.

E. LECOURT note également : « La musique fournit un espace transitionnel, élaboration de la relation à l'autre et à l'Autre, proximité/distance, accordage, temporalité et association, symbolisation »[93]. Dans le cadre du suivi en groupe, la musique permet de créer un **espace commun** où chacun, sur cette musique, pourra proposer quelque chose de personnel tout en restant lié aux autres par celle-ci.

La musique va encourager la rencontre entre les membres d'un groupe sous diverses formes et pourra ainsi les accompagner à prendre conscience de la différence entre les individus pour cheminer vers un **ajustement relationnel**.

C'est dans la relation à l'autre et à l'environnement qu'une véritable conscience de soi va pouvoir émerger. Quand l'individu aura développé une conscience de lui mais aussi une conscience d'autrui, comme Non-soi, un certain **sentiment d'identité de soi** pourra advenir. L'autre va permettre de faire la différence entre soi et autrui, soi et son image, soi et le monde.

Il est important pour chaque individu de développer ce socle identitaire primaire, cette base narcissique solide pour accéder à des processus cognitifs qui engagent la pensée, la réflexion, des mécanismes de symbolisation plus secondarisés. Ainsi la musique peut accompagner le sujet dans l'ensemble de son cheminement vers ce sentiment d'identité de soi.

Le long de cette réflexion nous avons pu développer comment la musique par sa structure accompagne l'individu dans son développement. Elle le fait en offrant un soutien contenant à la réalisation du sujet, en l'aidant à s'inscrire dans son histoire de vie et son environnement, en l'accompagnant à mettre du sens sur ses éprouvés et pouvoir ainsi les mettre à distance ou les re-convoquer, et en lui permettant de s'identifier comme individu différencié.

Ayant conscience de tout cela, nous pouvons, maintenant, nous demander ce que la musique peut apporter dans le cadre d'un atelier de danse avec des personnes présentant un retard mental.

[92] LECOURT E., « Le son et la musique : intrusion ou médiation ? », in BRUN A., op. cit., 2001, p. 122.
[93] LECOURT E., « Le son et la musique : intrusion ou médiation ? », in BRUN A., op. cit., 2001, p. 131.

C- Exemple d'un atelier où la musique occupe une place importante

Revenons au titre de ce mémoire : « Ecoutez… Le monde sonore : support d'une construction identitaire». C'est dans ma rencontre, autour d'un atelier de danse d'improvisation, avec des personnes présentant un retard mental modéré ou sévère que j'ai été sensibilisée à l'apport de la musique. J'y ai découvert comment la musique, support de la danse, permettait à l'individu de cheminer vers une identification différenciée. C'est cette expérience que je souhaite développer dans cette partie clinique.

Avant d'aborder mes observations cliniques, il est nécessaire de détailler le cadre de l'atelier et de définir le retard mental.

I- Le cadre de l'atelier

1. L'atelier danse

Je vais ici parler d'un atelier danse qui se produit tous les jeudis matin et qui dure deux heures. Cet atelier accueille seize patients d'un Foyer Occupationnel et d'un Centre Occupationnel de Jour. Il est animé par une intervenante extérieure, psychomotricienne-danseuse, et accompagné par une psychomotricienne, un éducateur spécialisé et trois stagiaires en psychomotricité.

Cet atelier se décompose en quatre parties :

- Dans un premier temps nous nous asseyons tous en cercle pour proposer un lieu où chacun peut partager ce qui lui paraît important et où chacun, à son tour, va livrer un mot ou un geste représentant son état du moment.
- Suite à cela, les encadrants proposent certains objets avec lesquels nous tous allons danser. Cette année nous avons utilisé, pendant plusieurs séances à la suite, des sacs lestés, des chaises, des coussins, des grands sacs de tissu puis des tissus colorés. Chaque patient et chaque encadrant possède alors un objet (tous les mêmes) et, ensemble, nous explorons en danse les propriétés de ceux-ci et les sensations qu'ils peuvent nous procurer. Les patients sont accompagnés dans cette recherche par les consignes de la psychomotricienne, ce que les encadrants font à côté d'eux et la musique.

• Ensuite il est proposé aux patients de faire une improvisation avec les objets en s'appuyant sur les explorations menées et la musique proposée. Ils peuvent alors décider de danser seuls ou en groupe et choisir leur(s) partenaire(s). En début d'année, chaque groupe était composé d'un encadrant. Ceci n'est plus systématique à ce jour. Le fait que le psychomotricien danse avec le patient peut être mis en lien avec ce que Winnicott appelle le « squiggle-play » où, tour à tour, le patient et le clinicien proposent des éléments de la danse, dans une réalisation commune. Ceci est alimenté par les phénomènes de transfert et contre transfert qui s'opèrent pour amener le patient vers la symbolisation.

• Pour terminer nous nous retrouvons à nouveau en cercle pour échanger sur ce que nous avons vécu ensemble et pour que chacun puisse apporter son mot de conclusion avant que nous ne nous séparions. Permettre à chacun de dire un mot ou faire un geste en début et fin de séance nous paraît important car cela accompagne les patients dans un processus de symbolisation, et ainsi de distanciation par rapport à leur éprouvé.

Les jeunes du F.O. et du C.O.J. ont chaque année le choix entre plusieurs types d'ateliers. Pour pouvoir participer à l'atelier danse, ils doivent l'avoir choisi et avoir vu leur choix validé par leur établissement. Ce choix se fait en fonction de l'importance de leur désir, de leur possibilité de se saisir d'une activité de production groupale telle la danse, et de l'avis des professionnels concernant le bénéfice que pourrait constituer la danse dans leur parcours de soin. Nous pouvons alors nous demander pourquoi il est important de réfléchir au choix de cet atelier.

2. La médiation danse

Comme l'écrit R. ROUSSILLON : « On ne transfert pas n'importe quel contenu psychique sur n'importe quel objet »[94] ; ceci souligne l'importance d'utiliser une **médiation appropriée** pour chaque patient. Ce psychanalyste ajoute : « Il faut que la perception actuelle du médium offre l'illusion d'accueillir et de loger ce que le sujet est en mesure d'halluciner de son expérience antérieure et cela suppose une certaine co-incidence entre l'hallucination et la perception »[95].

Selon R. ROUSSILLON, le médiateur danse fait partit des dispositifs de soin « artistique » ou « artisan », et a pour objectif de matérialiser l'activité de symbolisation. En effet, la production dansée sera une matière sur laquelle il sera possible de transférer la matière primaire de la psyché afin de pouvoir la décomposer pour mieux la symboliser.[96]

[94] ROUSSILLON R., op. cit., 2011, p. 31.
[95] ROUSSILLON R., op. cit., 2011, p. 32.
[96] ROUSSILLON R., op. cit., 2011.

Il existe chez les personnes présentant un retard mental un **défaut de représentation** et de mentalisation, une impossibilité d'accéder à des processus de symbolisation secondarisés, qui va faire barrage à l'autonomie psychique. Ceci d'autant plus que leur retard mental pourra restreindre leurs possibilités d'expérimentations sensori-motrices et ainsi renforcer leur retard d'acquisitions et leur immaturité psychocorporelle.

Dans de nombreuses médiations, et notamment la danse, le thérapeute va accompagner le patient dans une expression par le biais du corps. Cela va permettre à des patients ayant des difficultés dans l'utilisation du langage et dans une symbolisation « secondaire », de **s'exprimer** par un autre moyen, dans une symbolisation « primaire ». Le patient communiquera alors ses affects par sa corporéité.

Le thérapeute se doit alors d'essayer de comprendre le patient sans vouloir à tout prix trouver les mots équivalents à ce qu'il tente d'exprimer. H. MALDINEY dit : « La signification se donne avec la forme, elle ne peut pas être traduite dans un autre langage »[97]. L'objectif n'est donc pas la traduction de quelque chose d'indicible, mais l'accompagnement du sujet dans une **dynamique de symbolisation** et la création d'un **lieu d'expression** sans attendre autre chose que cette simple dernière.

Nous voyons ainsi l'intérêt de l'utilisation de ce médiateur avec des personnes présentant un retard mental car il s'implique directement dans leur problématique de symbolisation.

Il semble important ici de définir ce que l'on appelle retard mental.

[97] MALDINEY H., « Art, folie, thérapie, essais de conceptualisation », in *Actes du colloque de Montpellier* du 18 au 19 novembre 1993.

II- Le retard mental

Nous allons ici définir certains aspects du retard mental pour mieux comprendre ce qui est en jeu dans la construction identitaire de ceux qui en sont porteurs. Nous commencerons par donner une définition succincte du retard mental et des méthodes d'évaluation, puis nous détaillerons les quatre formes de handicap, leur accès à l'autonomie, l'indépendance et la symbolisation. Nous terminerons par le développement des notions d'identité et d'individuation.

1. Les définitions et les méthodes d'évaluation

Le retard mental n'est pas un trouble psychopathologique distinct mais un ensemble de troubles très divers. Il s'agit d'un arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé essentiellement par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence (fonctions cognitives, langage, motricité, et capacités sociales). Ainsi les critères diagnostiques du retard mental dans le DSM-IV TR sont :

- A : **Fonctionnement intellectuel** général significativement inférieur à la moyenne : niveau de QI d'environ 70 ou au-dessous, mesuré par un test de QI passé de façon individuelle.
- B : Déficit concomitant ou altération du **fonctionnement adaptatif** actuel concernant au moins deux des secteurs suivants : communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisir, santé et sécurité.
- C : Début **avant l'âge de 18 ans**[98].

L'efficience intellectuelle sera définie par le coefficient intellectuel (QI) calculé aujourd'hui après la passation du WISC-IV. Ce denier évalue l'indice de compréhension verbale (ICV), l'indice de raisonnement perceptif (IRP), l'indice de mémoire de travail (IMT) et l'indice de vitesse de traitement (IDT). En fonction des résultats, les psychologues pourront déterminer un QI total si le profil obtenu est **homogène**. En effet, pour qu'un QI soit défini il ne faut pas qu'il y ait plus de 12 points d'écart entre les échelles verbales et de performance.

Ainsi nous parlerons de :

- retard mental **léger** pour un QI entre 50 et 69, comparé à un âge mental de 9-12 ans ;
- retard mental **moyen** pour un QI entre 35 et 49, comparé à un âge mental de 6-9 ans ;
- retard mental **grave** pour un QI entre 20 et 34, comparé à un âge mental de 3-6 ans ;
- retard mental **profond** pour un QI inférieur à 20, comparé à un âge mental de moins de 3 ans.

[98] DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, 2003, p. 55.

Pour évoquer un retard mental à proprement parler, il faudra associer aux résultats concernant l'efficience intellectuelle d'autres informations concernant le déficit du fonctionnement adaptatif. Ceci sera difficile à déterminer de manière objective. Il faudra évaluer les capacités à répondre aux exigences quotidiennes dans différents domaines en utilisant les échelles de maturité sociale de Vineland et échelles de comportement adaptatif.

Il existe une **centaine d'étiologies différentes** à l'origine du retard mental et, dans de nombreux cas, aucune n'est retrouvée. Dans les causes les plus fréquentes, nous retrouvons les aberrations chromosomiques, les mutations génétiques, les embryopathies et fœtopathies, la prématurité et la post-maturité, les complications liées à l'accouchement, les encéphalopathies diverses ainsi que les facteurs sociaux, familiaux et culturels. Dans 3,30% des causes identifiées on retrouve la trisomie 21, le syndrome de l'X fragile et les fœtopathies alcooliques.

Les personnes atteintes de retard mental présentent des tableaux **cliniques très différents**.

Ayant proposé une définition globale, voyons maintenant comment nous pouvons décrire, plus en détail, le profil des personnes présentant ce retard en fonction de la sévérité de celui-ci.

2. Les quatre formes de retard mental

Suite aux critères de diagnostic définis précédemment quatre formes de retard mental sont décomposées :

• Les personnes porteuses d'un **retard mental léger** ont une autonomie personnelle et sociale, mais sont ralenties dans leurs apprentissages. Elles peuvent rencontrer des difficultés importantes dans leurs relations avec leur entourage. Au niveau du langage elles apprennent à parler sans difficultés majeures mais cet apprentissage se fait souvent lentement. La compréhension du langage et son utilisation sont limitées. La plupart du temps elles ne présentent pas de retard de développement psychomoteur.

• Les personnes porteuses d'un **retard mental modéré** présentent un niveau d'autonomie limité. L'apprentissage scolaire, des règles et des conventions sociales leur est difficile. Concernant le langage, elles apprennent pour la plupart à parler et présentent des difficultés majeures à communiquer avec leur entourage au-delà d'un échange d'informations simples et concrètes. Nous pouvons remarquer chez elles des problèmes de motricité fréquents.

Ces personnes, à l'âge adulte, peuvent travailler dans des ateliers protégés et vivent la plupart du temps dans un milieu familial ou communautaire.

• Les personnes porteuses d'un **retard mental sévère** présentent des difficultés semblables au retard mental moyen mais plus prononcées. Elles ont une autonomie sociale très limitée et de ce fait nécessitent une surveillance étroite. Au niveau du langage celui-ci est asyntaxique (bien que dépendant du niveau de stimulation), la lecture est impossible (ou déchiffrage rudimentaire), ce qui empêchera leur scolarisation.

• Les personnes porteuses d'un **retard mental profond** présentent une autonomie personnelle très réduite, le retard affectant l'ensemble du développement. Leur langage est limité ou inexistant, elles peuvent néanmoins communiquer à l'aide de gestes ou de mots isolés. Ces personnes vivent généralement en milieu institutionnel avec une surveillance médicale étroite du fait de comorbidités somatiques sévères fréquemment associées.

Ceci étant défini, dans la suite de cette réflexion clinique nous aborderons davantage les atteintes de personnes porteuses de retard mental modéré ou sévère, car c'est à travers mes stages avec celles-ci que j'ai élaboré la suite de ma réflexion clinique.

3. Le retard mental, l'autonomie et l'indépendance

Lorsque nous parlons des personnes présentant un retard mental nous parlons fréquemment des notions d'autonomie et d'indépendance. Quelles sont-elles ?

• **L'autonomie** est « le processus par lequel un homme, ou un groupe d'hommes, acquiert ou détermine de lui-même ses propres règles de conduite. La capacité d'autonomie résulte de l'intériorisation de règles et de valeurs, consécutive à un processus de négociation personnelle avec divers systèmes normatifs d'interdépendance et de contraintes sociales. […] la conquête de l'autonomie est corrélative de la construction de l'identité durant l'adolescence ; elle relève du second processus de séparation-individuation, et résulte des remaniements de l'idéal du moi et des identifications, ainsi que d'un changement dans l'économie des pulsions »[99]. Ainsi, l'autonomie est une façon **d'organiser sa propre existence**, de la gérer seul ou avec les autres. Être autonome c'est également avoir la capacité de demander de l'aide.

• **L'indépendance** c'est avoir les **moyens** de réaliser ses choix. La dépendance est une limitation qui renvoie à une personne qui, en raison de troubles physiques ou psychologiques, ne peut remplir ses fonctions ni effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne, et nécessite le recours d'une aide extérieure.

[99] DUCRET F-J. et SELOSSE J., « Autonomie », in DORON R. et PAROT F., Dictionnaire de psychologie, Quadrige, 2007, p. 75.

Certains auteurs préfèrent utiliser les termes d'autonomie psychique pour définir l'autonomie et d'autonomie physique pour l'indépendance.

Ainsi la personne présentant un retard mental est surtout empêchée dans son autonomie. Quand ce retard est sévère ou profond il va également entraîner une dépendance du fait de son retentissement sur les possibilités motrices du sujet.

Le fait qu'une personne soit à la fois non autonome et dépendante va influer sur la manière qu'aura autrui de l'envisager en tant que sujet vivant, communiquant et acteur de sa vie. Ceci va pourvoir entraîner une certaine **mésestime de soi** que l'on rencontre fréquemment chez ces patients, qui sont souvent perçus comme moins autonomes et plus dépendants qu'ils ne le sont vraiment. L'autonomisation de l'individu est nourrie du regard qu'on lui porte.

Il peut arriver que ce manque d'autonomie et d'indépendance amène autrui à oublier le sujet qui anime le corps de la personne présentant un retard mental. Ceci peut être accentué par sa difficulté à s'exprimer verbalement, à symboliser son vécu. Si pouvoir exprimer quelque chose de soi c'est pouvoir exister en tant que sujet, le psychomotricien va accompagner l'individu dans cette symbolisation pour le guider dans de cette construction identitaire.

Qu'est-ce que l'identité ?

4. Le retard mental et l'identité

L'identité est le processus dynamique, actif, affectif et cognitif de **représentation de soi** dans son entourage, associé à un sentiment subjectif de sa propre **permanence**. Elle résulte de l'expérience propre à un sujet de **se sentir exister et reconnu par autrui** en tant qu'être singulier mais identique dans sa réalité physique, psychique et sociale.

P. LEMARQUIS énonce : « Le sentiment d'identité, c'est la conscience pour l'individu d'être différent des autres et de rester le même dans le temps, malgré les années et les modifications physiologiques ».

L'élaboration de cette **identité** dépend de divers processus :

- Le processus **d'individuation** (différenciation). Il s'effectue principalement dans les premières années. C'est le processus par lequel l'enfant arrive à se percevoir comme un être **différencié**, séparé des autres, sujet de ses sensations, de ses pensées, de ses actions, pouvant dire « je » et devenant peu à peu conscient de sa singularité face aux autres. A la fin de ce processus le sujet sera capable de se reconnaître et de reconnaître autrui.
- Le processus **d'identification**. L'individu se rend semblable aux autres, à ses modèles.
- Le processus de **valorisation narcissique**. Le soi devient objet d'amour.

• Le processus de **conservation**. Il assure une continuité temporelle, un sentiment de permanence.

• Le processus de **réalisation**. Le sujet poursuit un idéal, il pense à l'avenir.

L'individu pourra développer son identité à partir de celle qui lui a été donnée par son entourage. Concernant les patients présentant un retard mental, les relations qu'ils ont eues avec leur entourage peuvent être très variables. En effet, ce handicap peut survenir à la suite d'une carence affective ou peut également être la conséquence d'une atteinte biologique. Dans le premier cas, nous pouvons penser que l'objet maternant avait tendance à « *dévisager* » (D. MARCELLI) ou « *inenvisager* » (D. MARCELLI) son enfant, le considérant soit comme un objet persécuteur soit ne le considérant tout simplement pas. Dans le deuxième cas, l'annonce du handicap pourra entrainer deux formes de réactions de la part des familles :

• Le **rejet** : l'objet maternant ne va pas envisager l'enfant porteur de handicap comme personne à part entière. Cela rendra l'individuation du sujet difficile car il n'aura pas pu s'attacher suffisamment à une figure maternelle, élément essentiel pour pouvoir ensuite s'en détacher.

• La **surprotection** : l'objet maternant va établir une relation exclusive avec son enfant, dans une certaine fusion. Ce comportement pourra mettre celui-ci dans une plus grande **difficulté pour se séparer** et donc s'identifier en tant que personne différenciée. Lors de mon stage, les patients présentant un retard mental d'origine biologique s'emblaient, le plus souvent, s'être construis dans ce dernier modèle.

Nous pouvons penser que l'ensemble de ces possibilités de considérer l'enfant pourront ralentir la construction identitaire de ces sujets. Ce qui pourra être majoré par ses propres difficultés cognitives. Son manque de ressources pour élaborer une différenciation entre lui et son entourage positionnera souvent la personne porteuse d'un retard mental modéré ou sévère dans une problématique de la séparation. Cette dernière est d'ailleurs souvent évoquée comme difficile à la fois pour le patient et pour les familles, notamment pour les mères.

En regardant les dossiers des patients du C.O.J. et du F.O. nous pouvons nous rendre compte que, pour nombre d'entre eux, cette séparation n'a pu réellement se faire que lorsqu'il leur a été proposé de quitter leur domicile et de vivre en internat.

Il est également noté pour de nombreux patients hommes présentant une trisomie 21 que ceux-ci présentent une problématique **d'identification sexuelle**, avec notamment une attraction pour une identité sexuelle féminine. Nous pouvons alors nous poser plusieurs questions concernant l'origine de cette identification : est-ce que cela pourrait être en lien avec une fusion prolongée avec leur mère, figure repère de leur développement ? Est-ce que cela ne s'origine pas dans une difficulté d'élaboration de la problématique œdipienne, se répercutant ainsi sur leur capacité à se représenter les différences sexuelles ? Est-ce que cela ne serait pas plutôt à mettre en lien avec la problématique des genres dans notre société ? En effet, nous

nous représentons bien souvent la personne sur un registre hypotonique et ayant besoin d'aide comme appartenant au genre féminin, ainsi la personne porteuse de handicap mental moyen ou sévère pourrait être assimilée à ce genre-ci et pourrait elle-même, de ce fait, être confuse dans son identification sexuelle ?

Nous venons d'aborder certaines difficultés d'identification chez les personnes porteuses de retard mental. Nous pouvons penser que l'identification est compliquée pour elles à cause de l'inachèvement du processus antérieur : le processus d'individuation. Par conséquent, dans la suite de cet écrit nous allons principalement nous intéresser à ce processus, première étape dans l'élaboration de l'identité du sujet, élément particulièrement fragile dans la construction de l'identité des personnes présentant un retard mental.

5. L'individuation et l'indépendance psychique

Pour que le processus d'individuation puisse se réaliser il faut au préalable un investissement affectif, une symbiose entre l'objet maternant et son nourrisson, qui apportera une **sécurité affective primordiale** pour qu'ensuite ce dernier puisse se détacher et se vivre comme un être suffisamment différencié de l'objet maternant. En séance, c'est le psychomotricien, par l'ensemble des ses fonctions, qui se devra d'offrir cette sécurité affective suffisante au patient pour lui permettre d'entrer dans ce processus.

D-W. WINNICOTT parle de l'individuation lorsqu'il décrit le passage de la dépendance à ***l'indépendance psychique***, processus préalable au développement de l'autonomie. Il décompose ce passage en trois temps :

- La **dépendance absolue** (0 à 6 mois) : au début le fœtus et le nourrisson dépendent entièrement de ce que leur offre la mère (à travers les échanges physiologiques in-utéro et ensuite par les soins qu'elle lui procure). Le nourrisson a des compétences innées, mais qui ne pourront conduire à **l'individuation** que si l'environnement lui offre un **étayage** suffisant, si l'objet maternant se met lui-même dans une situation de dépendance et de vulnérabilité pour comprendre au mieux ses besoins. D-W. WINNICOTT dit : « Nul n'est capable d'identifier un bébé, s'il ne peut s'identifier à lui »[100]. Dans ce même moment, la mère contribue également à étayer le **sentiment de continuité d'existence** de son nourrisson. En effet, elle permettra cela par sa présence et son adaptation. Petit à petit la mère va retrouver son indépendance et offrir au nouveau-né des « carences d'adaptation mineures » qui vont permettre à celui-ci d'éprouver l'agressivité et l'amour, pouvoir différencier les deux. A ce stade, de dépendance absolue, il n'est **pas en mesure de prendre conscience des soins maternels**.

[100] WINNICOTT D-W,. *Processus de maturation chez l'enfant, développement affectif et environnement*, Payot, 1970, p. 47.

• La **dépendance relative** (6 mois à 2 ans) : durant ce stade, la mère va se désadapter progressivement, consciente des progrès du nourrisson, parmi lesquels figurent les **débuts d'une compréhension intellectuelle** (avec l'anticipation). Cette compréhension intellectuelle va se développer plus ou moins rapidement suivant la façon dont le monde aura été présenté au nourrisson, dans une certaine continuité ou non. Il va alors devenir **conscient de sa dépendance**, il commence à savoir intellectuellement que sa mère lui est nécessaire. Par conséquent, il va développer des processus pour pouvoir affronter les pertes et trouver réconfort en certains **substituts maternels**. A ce stade le nourrisson sera dans **l'identification** et cela va lui permettre de comprendre que certains éléments vont échapper à son contrôle. Avec la compréhension du langage il pourra mieux comprendre ce qui se passe et apprendre à différer. Il va ensuite pouvoir différencier le moi du non-moi et intégrer une **sensation d'unité**, de personne vivant dans un corps plus ou moins délimité par une peau. Suite à cela il pourra réaliser des **échanges entre sa réalité intérieure et la réalité extérieure** et agir sur cette dernière.

• La **voie qui mène à l'indépendance** : Le processus d'acquisition de l'indépendance aboutit ici à la différenciation entre le nourrisson et sa mère, à un **début de subjectivité**. L'enfant devient alors progressivement **capable d'affronter le monde et toutes ses complexités** car il perçoit mieux ce qui l'anime lui-même. Cette phase ne s'appelle pas « l'indépendance » car, comme le dit D-W. WINNICOTT : « L'indépendance n'est jamais absolue ». L'individu n'est jamais complètement isolé, il établit continuellement des rapports avec son environnement. Ceci conduit à une interdépendance entre l'individu et son environnement, on peut parler de **socialisation**.

Ainsi nous voyons comment le sujet va évoluer vers une prise d'autonomie. Grace à un étayage suffisant il va petit à petit s'individuer et développer un sentiment de continuité d'existence pour, avec le début d'une compréhension intellectuelle, prendre conscience de sa dépendance psychique aux soins maternels. Il va commencer à développer une sensation d'unité psychocorporelle et une certaine subjectivité pour enfin devenir capable d'affronter le monde et toutes ses complexités, devenir un être socialisé.

Connaissant maintenant les particularités du développement des personnes présentant un retard mental, notamment concernant la construction de leur autonomie, de leur indépendance et de leur identité, voyons comment, en utilisant de la musique en atelier danse, le psychomotricien pourra accompagner ces sujets dans leur évolution.

III- Quand la musique soutient la danse pour une construction identitaire

« On ne naît pas soi, on le devient »
C. POTEL[101]

Au cours de mon stage j'ai pu accompagner des personnes présentant un retard mental dans leur évolution personnelle à travers la médiation danse. C'est l'apport de la musique dans ce cheminement qui m'a le plus questionné. Ces rencontres m'ont amenée à formuler plusieurs hypothèses, à savoir :

- La musique soutient la construction d'une alliance thérapeutique avec les personnes présentant un retard mental ;
- Elle favorise leur expression ;
- Elle est un support de leur affirmation identitaire ;
- Elle accompagne leur différenciation ;
- Elle permet un développement de leur estime de soi ;
- Elle les accompagne vers l'autonomie.

Voyons, à travers mes observations et mes recherches, comment il m'a été possible de donner des éléments de réponses à ces hypothèses.

Le cadre de mon stage m'a amenée à faire le choix de présenter des vignettes cliniques dans cette partie. En effet, au cours de cette pratique, j'ai particulièrement axé ma présence sur une réflexion clinique autour de la relation, dans un atelier engageant une grande proximité corporelle, entre chacun de ces patients présentant un retard mental et moi-même. C'est dans cette dynamique que je me suis secondairement penchée sur la relation que chacun d'entre eux soutenait avec la musique.

Reprenons les cinq hypothèses formulées plus haut pour développer la place qu'a eue la musique dans cet atelier.

[101] POTEL C., op. cit., 2010, p. 74.

1. La musique soutient la construction d'une alliance thérapeutique

Eva a 56 ans. Elle présente un retard mental moyen et une structure névrotique obsessionnelle. L'état de fusion entre elle et sa mère n'a pu s'estomper qu'à son entrée au F.O. Les dossiers indiquent qu'Eva « n'a aucune latitude à advenir comme sujet en présence de sa mère [...] à laquelle elle est assujettie dans une relation aliénante indifférenciée ». C'est une dame de taille moyenne, ronde aux cheveux d'anges (courts, très clairs et bouclés). Lors de nos séances, elle apparaît très inhibée dans la relation et dans l'action, avec une certaine lenteur idéique et motrice. Dans ses déplacements elle présente de grandes difficultés de relâchement tonique.

Il s'agit ici de la quatrième séance de l'année. Nous proposons à la moitié du groupe d'improviser une danse avec des petits sacs lestés. La musique proposée est mélodieuse, avec un tempo lent, peu d'éléments rythmiques et une harmonie consonante. A ce moment-là je vois Eva, allongée sur le sol, entrain de réaliser des mouvements amples et harmonieux, comme si elle-même était le miroir de la musique. Elle se laisse porter et exprime quelque chose d'elle que nous ne connaissions pas encore. Elle semble détendue, prendre du plaisir dans la fluidité de son mouvement. C'est la douceur du visage d'Eva qui se reflète alors dans toute sa danse. A la fin de celle-ci, elle se relève, paisible.

Depuis cette danse j'ai pu remarquer qu'Eva se présentait bien plus apaisée dès son entrée dans l'atelier, qu'il nous était plus facile d'établir une relation avec elle.

La scène qui suit se déroule lors d'un duo entre Charlotte et moi. Charlotte est une jeune femme de 28 ans qui présente un retard mental moyen associé à une dysharmonie d'évolution. Elle est assez discrète et, lorsqu'elle est en confiance, entretient une proxémie très étroite dans ses relations. Elle ne parle pas mais elle est attirée par la relation et communique avec des gestes, des mimiques et des petits bruits très expressifs. Charlotte manifeste un certain besoin d'être protégée dans la mise en mouvement de sa corporéité.

Aujourd'hui cela fait plusieurs mois que l'atelier a commencé mais je n'ai encore jamais dansé, ni réellement échangé avec Charlotte. Ceci peut être dû au fait que le groupe est grand mais aussi au fait que Charlotte manifeste le besoin de rester proche de quelqu'un quelle connaît, avec qui elle est en confiance.

Charlotte, pour la première fois, me demande de danser seule avec elle. Nous allons nous installer sur ce qui représente la scène, chacune avec un coussin, objet que nous découvrons en ce moment. La musique commence, très harmonieuse, présentant des rythmes qui ne sont ni trop longs ni trop courts et un tempo lent. Elle va tout de suite teinter notre danse en appelant à une relation sur le mode de la délicatesse. Nous commençons à faire des mouvements amples proches du sol. Moi qui avais une légère appréhension à l'idée de danser avec Charlotte pour la première fois, je me laisse porter par la musique. Je remarque qu'elle semble aussi dans un certain apaisement et une certaine disponibilité. Accompagnées par une augmentation du volume sonore, nous commençons alors à nous rapprocher et à prendre des points de contact l'une avec l'autre. Ces derniers vont petit à petit se transformer en véritables points d'appuis, ceci tout en préservant une certaine souplesse et délicatesse. Nous nous rencontrons et échangeons sur ce mode-là, en nous appuyant l'une sur l'autre mais aussi sur l'étayage offert par la musique. La musique s'arrête, il nous est alors demandé de terminer notre danse en prenant une position fixe. Charlotte s'allonge sur le coté et je m'allonge à coté d'elle, la tête posée sur ses jambes. Ici, la musique nous a permis de nous rejoindre dans un espace-temps partagé, favorisant ainsi une rencontre authentique.

J'ai pu m'apercevoir que depuis cette séance Charlotte m'investit beaucoup plus dans les diverses propositions, elle peut s'asseoir à coté de moi, me demander de l'aide quand elle en a besoin et m'a reproposé de danser avec elle. Elle semble m'avoir intégrée comme une des figures repères de l'atelier.

Ces observations m'ont amenée à réfléchir sur l'effet de la musique dans l'élaboration d'une alliance thérapeutique.

D. GRABOT et M. PERONO écrivent : « On désigne sous le terme d'alliance thérapeutique l'accord de confiance réciproque qui doit s'établir entre un psychothérapeute et son patient pour vaincre les résistances névrotiques et psychotiques qui s'opposent au changement et donc à la guérison »[102].

Dans la prise en soin psychomotrice il va donc être important de **développer une alliance thérapeutique** « suffisamment bonne ». En effet, ceci va favoriser le processus de soin, mais va également permettre à chaque patient **d'être acteur d'une relation spécifique** entre lui et le thérapeute. C'est en étant partenaires d'une relation que ces derniers pourront se ressentir comme tels, c'est-à-dire comme des personnes différenciées, base de la construction identitaire.

La musique semble avoir un effet particulièrement marqué dans l'installation d'une relation avec les patients présentant un retard mental. Nous pouvons relever plusieurs hypothèses, non exhaustives, sur l'origine de ce processus :

- Cet effet pourrait être dû à une plus grande facilité pour ces patients à focaliser leur attention sur un élément du cadre, objet immuable, que sur la personnalité même du psychomotricien, objet plus imprévisible.
- La musique pourrait également leur évoquer les mélodies de la voix de l'objet maternant (auquel ils peuvent être particulièrement attachés), instaurant ainsi un climat relationnel de confiance.
- Il est aussi possible que, le seul fait d'avoir leur tonus abaissé par l'action de la musique sur leurs rythmes internes, puisse suffire à leur permettre de se sentir en confiance et à ainsi les mettre dans de bonnes conditions relationnelles.

Les musiques mélodieuses au tempo lent peuvent favoriser cette construction en offrant au patient un lieu de détente, un temps de retour sur soi, un temps pour qu'une rencontre se fasse. La musique va pouvoir médiatiser la relation, pour ensuite s'effacer.

Quand la musique atteint la relation thérapeutique, ce n'est pas seulement lié à ses effets sur la personne présentant un retard mental, mais plutôt sur l'ensemble de ses auditeurs, psychomotricien compris. Elle va accompagner une modification tonique qui va atteindre tout le monde et ainsi participer à un **accordage** global. Cet accordage sera essentiel pour favoriser la rencontre.

Nous venons de voir que la musique, par ses caractéristiques, va favoriser la mise en place d'une alliance thérapeutique où les deux acteurs seront différenciés, et par conséquent, chacun impliqué dans un processus d'individuation.

Voyons maintenant comment elle va pouvoir contribuer à la structuration de la séance pour favoriser l'expression du sujet.

[102] GRABOT D. et PERONO M., « La fragile naissance de l'alliance thérapeutique », in *Psychomotricité, Psychothérapie ?* Revue Evolutions Psychomotrices n°72, p. 62.

2. La musique favorise l'expression

« *En psychomotricité l'expressivité du corps est une composante majeure de la thérapeutique. Elle est utilisée dans toutes ses modalités : toucher, voix, danse, musique qui contribuent à développer le langage et les possibilité créatrices de chacun* »
F.GIROMINI et J-P. YERNAUX [103]

Mehdi est un homme de 39 ans porteur d'une trisomie 21. Ses formes sont rondes, il présente une hypotonie marquée, parle très peu et est souvent dans un certain retrait. Sa démarche souffre d'un équilibre précaire avec une projection de l'axe du corps vers l'arrière et une ouverture de la ceinture scapulaire. Cette attitude fait écho à son caractère très réservé. Pourtant, Medhi semble être dans un désir d'ouverture à l'autre et d'échange. Mehdi a grandi dans une famille nombreuse où il a toujours eu une position d'enfant handicapé. Sa famille est dans une surprotection vis-à-vis de lui, ce qui, associé à son handicap primaire, lui rend aujourd'hui difficile de s'affirmer comme être de désir et de paroles. La séparation d'avec sa famille lors de son entrée au F.O., en 2005, lui a tout de même permis d'évoluer vers plus d'autonomie psychique, et ainsi dans l'affirmation de son identité.

Aujourd'hui, il lui est proposé une musique au tempo particulièrement rapide qui l'amène à marcher très vite en cercle tout autour de la salle. Lors de sa course nous remarquons qu'il fait des grimaces et boite. Cependant il ne s'arrête pas de marcher. A la fin de la danse, nous le questionnons sur le fait qu'il semble boiter. Il nous répond alors qu'il a mal au pied. Nous lui demandons pourquoi il s'est obligé à marcher aussi vite s'il avait mal. Il nous répond « la musique ». Nous prenons alors un temps pour rappeler que la musique peut nous amener dans l'action mais qu'il faut faire attention à que ce que notre corps nous dit et savoir aller plus lentement ou s'arrêter si l'on a mal.

Mehdi s'est trouvé dans cette difficulté à s'affranchir de ce qui pour lui fait injonction. La musique et l'intention de celle-ci peuvent en effet entraîner et susciter un engagement corporel plus ou moins fort. Dans ce cas là, la musique et la mise en mots de ce qu'elle a suscité, permettent un accompagnement médiatisé pour une meilleure autonomie psychique.

[103] GIROMINI F. et YERNAUX J-P. « La psychomotricité de demain au cœur de l'Europe, in Thérapie psychomotrice n°174, 2013, p. 17.

Dans cette danse Mehdi nous a rappelé sa propre difficulté à s'imposer. Il est allé jusqu'à se faire mal pour faire ce que le rythme de la musique semblait lui demander. Ce qui a été intéressant dans cette expérience c'est que ça lui a permis de nous dire qu'il s'était senti obligé de suivre la musique et qu'il n'a pas pu s'arrêter. Nous avons alors échangé sur l'importance de savoir s'arrêter pour ne pas se faire mal. En disant cela nous nous appuyons sur la douleur physique de Mehdi pour parler également des douleurs psychiques.

« Dans une première phase la pulsion prend corps. Dans une phase finale elle prend nom. Entre les deux elle prend place »[104]. Cette citation de D. ANZIEU rend bien compte du travail que la musique va accompagner dans la médiation danse. L'enveloppe sonore, par sa contenance, vient contenir les représentants pulsionnels qui vont alors pouvoir trouver leur place dans la danse avant de pouvoir être parlés lors des retours de fin de séance ou plus tard en dehors des séances.

La musique, par la contenance et l'arrière-plan qu'elle offre mais aussi par ce qu'elle va faire résonner chez le sujet (par sa structure et la mémoire corporelle qu'elle ravive) sera un support pertinent pour amener l'individu à **exprimer** quelque chose de lui. En effet, elle va porter la danse qui, selon F. SCHOTT-BILMANN, est : « un langage à part entière, c'est-à-dire qu'elle porte, comme les mots, la possibilité hautement thérapeutique de symboliser »[105].

Il est fréquent que les personnes présentant un retard mental soient dans le retrait et dans une certaine difficulté pour verbaliser les choses. Ce moment où la musique va les soutenir dans ce processus d'expression va alors les amener à **s'affirmer dans leur existence**, dans la relation à l'autre. Elle va marquer le temps où ils peuvent faire passer un message à travers leur corporéité dansée. Elle va les amener à se présenter comme des êtres différenciés.

De plus, en accompagnant le sujet à s'exprimer, la musique va conjointement l'amener à se différencier car elle va l'introduire dans une relation interindividuelle.

Le long de ce cheminement elle va les amener à la fois à s'affirmer dans leur existence mais également dans leur identité propre.

[104] ANZIEU D., « Le corps de la pulsion, la pulsion pour quoi faire ? » Colloque de l'APF du 12 mai 1984, p. 64.
[105] SCHOTT-BILLMANN F., op. cit., 2012, p.15.

Jules est un jeune homme de 27 ans, son dossier indique qu'il présente une psychose avec des troubles relationnels de type autistique. Il a tendance à s'isoler, à devenir mutique et à éviter la relation lorsqu'il est dans une situation nouvelle. Dans ce qu'il manifeste, il semble avoir besoin d'un contexte relationnel particulièrement calme et contenant pour pouvoir s'ouvrir aux autres. Durant nos premières rencontres il ne pouvait pas prononcer un seul mot dans notre direction, se faisait le plus discret possible, cherchait à ne pas se faire remarquer.

A contrario, dès que la musique commençait il se mettait à battre le rythme de toutes ses forces, à mettre son corps en mouvement et à nous solliciter du regard. Dans cette situation, il semblerait que le rythme de la musique lui offre la contenance et l'étayage nécessaires au développement d'un sentiment de sécurité, lui permettant de prendre le risque d'agir et d'attirer l'attention du groupe. Dans nos premières rencontres, un des seuls moments où Jules manifestait le désir de nous communiquer quelque chose, c'était lorsqu'une musique entraînante commençait. Dans ces circonstances-là je m'arrêtais alors bien souvent de regarder le groupe de danseurs pour pouvoir profiter de l'échange rendu possible avec lui grâce à la musique.

Jules a développé une relation de confiance avec son éducateur spécialisé référant qui fait aussi partie du groupe de danse. Jules demande très régulièrement à danser avec ce dernier, dont la présence semble grandement le rassurer. Lorsqu'ils dansent ensemble Jules à beaucoup de mal à se séparer de l'imitation de son éducateur. Il semble dans une certaine identification adhésive où il reproduit tous ses faits et gestes.

Aujourd'hui Jules demande à nouveau à son éducateur de danser avec lui. La musique proposée est très rythmée, au tempo rapide et avec beaucoup de sonorités aiguës. Celle-ci va induire directement une relation dans le thème du jeu, une relation horizontale. Une certaine complicité va naître entre ces deux danseurs. Pour la première fois, Jules va danser avec son éducateur sur un autre mode que celui de l'imitation, à partir de ses propres ressentis.

J'ai pu observer que certains types de musiques, notamment lorsqu'elles contiennent une rythmique soutenue, lui permettent de se détacher de l'imitation pour aller vers une expression plus personnelle, voire, à la fin de la séance, mettre des mots sur sa danse.

Dans cet atelier, la musique est un des supports de la médiation danse. Elle permet **d'accompagner l'expressivité** du sujet dans cette dernière. Ceci sera alors extrêmement pertinent car, comme le dit B. CHOUVIER, l'expressivité est : « le mouvement par lequel le sujet **se révèle à lui-même** dans la mise au dehors, sous le regard de tous, de ce qui constitue sa propre substance ». Le sujet va alors exprimer des traces conscientes et non conscientes de ce qu'il a déjà vécu, des éléments profonds de sa personnalité. B. CHOUVIER dira dans la même œuvre : « Le sujet révèle sa subjectivité propre en construisant un objet extérieur qui n'est pas lui et qui pourtant le représente »[106].

3. La musique est un support pour une affirmation identitaire

Un groupe de trois personnes danse sur une musique très rythmée composée de nombreuses percussions. Parmi ces trois, il y a Mehdi, cet homme de 39 ans qui montre une certaine difficulté pour s'affirmer. Mehdi pratique la danse africaine au sein du C.O.J. depuis le début de l'année.

Au cours de cette danse, dans un premier temps, nous le voyons seul, de son côté, frapper le rythme sur le sol avec ses pieds, dans un certain enroulement de son axe, se recentrant, il danse. Puis la musique s'intensifie, il se redresse, frappe le rythme de plus en plus vite et de plus en plus fort, il s'affirme dans sa danse. Nous avons l'impression qu'il se laisse complètement transporter par la musique. Elancé dans cette danse primitive, ce n'est qu'après un certain temps qu'il va regarder autour de lui. Puis, dans cette énergie qui le rend singulier, dans sa danse, il va rencontrer les deux autres danseurs pour partager quelque chose avec eux.

Plus tard, dans mes lectures, un passage d'un livre de F. SCHOTT-BILLMANN m'a rappelé cette observation. Elle y écrit : « Le fait d'entendre un rythme met le corps en mouvement. Il entraîne des manifestations d'une mémoire silencieuse et énigmatique qui s'est trouvé touchée par l'appel sonore et y répond par un élan musculairement perceptible »[107]. Nous pouvons nous demander si la musique dans cette situation, fait écho à une « mémoire » qui amène Mehdi à s'affirmer.

Cette observation m'a amenée à réfléchir sur l'action que peut avoir la musique dans cette dynamique d'affirmation corporelle et psychique.

[106] CHOUVIER B., « La Médiation dans le champ psychopathologique », in *Les Médiations thérapeutiques*, ERES, « Le Carnet psy », 2011 p. 44-45.
[107] SCHOTT-BILLMANN F., op. cit., 2012, p.30.

Les chapitres précédents nous ont permis de prendre conscience du fait que la musique peut amener les patients à atteindre une **verticalité**, un **ancrage**, que la musique va être un **appui physique,** et par conséquent **psychique,** vers une **affirmation de soi**. En effet, elle va leur offrir un **cadre** limité, sécurisant leur permettant de s'affirmer et aussi de ressentir corporellement leurs appuis. C'est une propriété de la musique qui sera particulièrement intéressante à utiliser avec des personnes présentant un retard mental car, étant fréquemment dans une certaine mésestime d'eux-mêmes, ils sont souvent en difficulté dans cette affirmation.

De nombreux parallèles sont faits entre le chant ou la musique et la **voix maternelle**. Nous pouvons penser que la sensibilité particulière que portent les personnes présentant un retard mental à l'écoute de la musique peut être liée au souvenir de la relation privilégiée qu'elles ont pu avoir avec l'objet maternant. Ainsi, la musique va pouvoir offrir un « ***arrière-plan »*** (G. HAAG) permettant au sujet d'aller vers une expression de Soi et dans le mouvement, se sentant soutenu par la présence de la musique.

Mouad présente un retard mental sévère. C'est un jeune homme d'origine maghrébine de 26 ans, d'une corpulence massive, qui représente une certaine aisance et un certain plaisir dans sa motricité. Il manifeste le besoin d'être soutenu par l'équipe médico-psycho-sociale dans l'étayage d'un cadre repérant, où il puisse évoluer en prenant confiance en lui. En effet, privé de cela, il peut facilement se sentir dans une grande insécurité à laquelle il répondre fréquemment selon deux modes : en passant par des phases de repli ou des manifestations de prestance face à ses camarades. Les grands axes de son projet de soin sont : l'accompagner dans une valorisation affective et dans son développement identitaire.

Au cours de nos premières séances Mouad se montrait assez discret. Il se manifestait le plus souvent pour exprimer des plaintes somatiques en lien avec la cardiopathie qu'il présente.

Aujourd'hui Mouad veut faire un duo en compagnie de Raphaël, avec l'objet coussin. Nous leur proposons une musique arabe caractérisée par une mélodie monophonique et une grande richesse rythmique. Ici ce n'est pas la structure même de la musique qui va atteindre Mouad, mais toute la résonance culturelle qu'elle contient. En effet, sur cette musique, nous voyons Mouad se révéler à nous, nous raconter quelque chose de ses origines. Il se redresse et s'engage pleinement dans sa danse et dans l'espace avec des ondulations de son corps et notamment de son bassin, il sourit, manifeste un grand plaisir dans ses mouvements. Il en oublie complètement le coussin avec lequel il improvisait. Les objets sont utilisés dans les séances pour aider les patients à l'entrée en danse,

mais ici la musique semblait suffire à son inspiration.

A plusieurs reprises nous lui avons reproposé des musiques de ce type, qui l'ont systématiquement porté dans l'affirmation d'une partie de lui, de ses origines culturelles.

Miriam est une dame de 52 ans. Elle présente un retard mental moyen qui s'origine dans un trouble du spectre autistique. C'est une dame qui a un fort caractère. Du fait de son âge, elle se positionne comme une mère vis-à-vis des autres patients, tout en témoignant un égocentrisme important. Durant le temps de l'atelier où nous découvrons les objets, elle se met souvent dans un coin de la salle et ne participe pas. Cependant, elle rejoint le groupe au moment des improvisations afin de danser et donner son avis sur les productions de chaque résident.

Aujourd'hui Miriam exprime le désir de danser seule avec de grands sacs de tissu. Il lui est alors proposé de danser sur un Stabat Mater de Vivaldi. Ce morceau religieux, dense et intense, parle du deuil de Marie pour son enfant. Il est en mode mineur, sur un tempo lent. Miriam s'élance alors dans une danse évoquant la grandeur, la force et la puissance. Ses gestes sont amples, elle se tient droite dans son axe, n'hésite pas à s'élancer et à prolonger ses mouvements dans l'espace. Nous retrouvons dans sa façon de danser la fonction maternante et contenante qu'elle aime occuper pour ses pairs. C'est toute la générosité et la présence bienveillante de Miriam que nous voyons alors se déployer, soutenue par une musique qui semble faire écho en elle.

Après avoir fini sa danse, elle vient s'asseoir avec nous et nous dit : « ça fait du bien ».

Ces deux situations cliniques m'ont paru intéressantes dans le fait qu'elles évoquent comment, dans certaines situations, une musique ajustée a pu amener plusieurs patients à révéler quelque chose de leur personnalité propre. En effet, entrant en résonance avec leurs traits de personnalité, ici leur **origine culturelle** ou un élément de leur **caractère**, elle les a amenés à affirmer un élément de leur identité.

Cet arrière plan et cette résonance qu'apporte la musique sont des outils pertinents dans le suivi de personnes présentant un retard mental. En effet, si leur faible estime d'eux-mêmes les amène souvent à ne pas affirmer les éléments de leur personnalité, il est important de les accompagner à prendre conscience de l'existence de ceux-ci et à pouvoir les partager, les manifester pour ainsi se différencier et s'identifier.

Cette différenciation sera aussi encouragée dans la relation aux autres.

4. La musique accompagne vers une différenciation

« Danser ensemble, c'est un chemin pour nous libérer de notre individualisme,
de notre enfermement, nous disposer à faire société,
à nous rééquilibrer en honorant les deux pôles de notre identité : le collectif et l'individuel »
F. SCHOTT-BILLMANN[108]

Je n'ai rencontré Monique qu'une seule fois. C'est une dame très corpulente et très égocentrée, qui évoque une affirmation presque agressive de sa personne dans sa manière d'être.

Monique a dit qu'elle ne veut pas danser aujourd'hui. Elle a tout de même pris un tissu beige mais reste assise sur sa chaise et regarde l'atelier se dérouler, en retrait. La première improvisation se fait avec les personnes ayant choisi des tissus verts. La musique démarre. Cette musique est très porteuse, tous entrent d'emblée dans son énergie. Au bout de quelques secondes Monique se lève, elle enlève sa veste pour aller vers le mouvement provoqué par la musique. Elle arrive près des danseurs, commence à danser, observe les danseurs, continue à danser, elle les observe à nouveau, remarque la couleur de leurs tissus et du sien, elle s'arrête pour les regarder.

Cette réaction de Monique m'a beaucoup surprise. Il m'a semblé, à ce moment, que la musique lui a permis de sortir d'un certain égocentrisme. La musique l'a accompagnée, dans ce contexte-là, à se représenter la présence des autres. En effet, elle l'a amenée vers l'action, ce qui lui a permis de prendre conscience des personnes présentes autour d'elle et de sa différence. Cet événement m'a conduite à raisonner autour de ce que le rassemblement produit par la musique pouvait apporter.

Certaines musiques comme le traditionnel ou la musette amènent particulièrement leurs auditeurs à se **rassembler** et **jouer ensemble** et à faire partie d'un groupe de danseurs.

F. JOLY nous dit : « La thérapie psychomotrice serait ainsi un soutien, une aide à remettre en marche un plaisir du corps-en-relation, un autoérotisme psychomoteur »[109]. Ici, il ne s'agit pas seulement d'accompagner le sujet dans la sensation d'un certain plaisir dans le vécu de son corps en mouvement, en relation avec les autres, mais également de lui permettre de se confronter aux autres, de rentrer dans un **processus d'identification**, de se différencier et ainsi de construire son identité.

Le rassemblement permis par la musique va amener les patients dans un processus d'identification, c'est-à-dire un processus inconscient au cours duquel le sujet « se met à la place

[108] SCHOTT-BILLMANN F., op. cit., 2012, p.10.
[109] JOLY F., « Autisme et psychomotricité », in *Thérapie psychomotrice* n°174, 2013, p. 81.

de l'autre »[110]. Cette identification pourra alors accompagner chez le patient la réalisation de la structuration de son moi et de sa personnalité car, en se rendant semblable à ses modèles, il pourra ensuite s'en différencier dans un processus de séparation du moi et du non-moi.

Lorsque nous parlons d'écoute, il s'agit à la fois de l'écoute du monde sonore mais également d'une qualité d'attention. Ainsi en danse, le sujet n'écoutera pas seulement la musique mais aussi ses partenaires, ce qui pourra le placer directement dans l'échange et la **reconnaissance** de l'autre.

D-W. WINNICOTT écrit : « Quand je regarde, on me voit, donc j'existe »[111]. Cette citation nous montre comment, suscitant le regroupement, la musique va pouvoir accompagner les patients du psychomotricien à devenir sujets.

Accompagnant le patient porteur d'un retard mental vers le groupe, et ainsi une différenciation par rapport aux autres, elle va également lui permettre de développer l'estime qu'il a de lui-même.

5. La musique favorise le développement de l'estime de soi

« *C'est par rapport à ces unités sonores que se forment les mouvements dansés, et ainsi la mélodie kinétique* »
R. GAETNER[112]

Raphaël danse au sein de cet atelier depuis trois ans. C'est un homme de 39 ans, d'une certaine corpulence, qui engage sa corporéité dans une grande féminité. Il est porteur d'une trisomie 21.

Raphaël commence à danser avec un tissu, il fait des mouvements harmonieux, des cercles sur lui-même… Petit-à-petit au fil de la musique il semble oublier sa danse, il se regarde dans le miroir, il ne semble plus présent. D'un coup, le tempo de la musique accélère et le volume augmente. Nous pouvons alors voir Raphaël augmenter l'ampleur de ses mouvements, faire voler son tissu dans de grands va et vient, il danse, tous les observateurs laissent entendre leur émerveillement. Il redouble alors l'ampleur de sa danse, semble s'envoler. La joie est inscrite sur son visage. Quand la musique se termine, il s'arrête debout, son corps dans une ouverture, avec un grand sourire.

[110] BRONCKART J-P., « Identification », in DORON R. et PAROT F., Dictionnaire de psychologie, Quadrige, 2007, p. 358.
[111] WINNICOTT D-W., *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975, p. 209.
[112] GAETNER R., op. cit., 1979, p. 65.

Nous retrouvons ici Eva, cette dame aux cheveux d'ange présentant une lenteur idéique et motrice. Son équilibre est très précaire et elle semble dans une difficulté de mobilisation de ses membres inférieurs. Elle marche très lentement avec une faible sollicitation des degrés de liberté articulaire.

Aujourd'hui nous réalisons de grandes traversées de la salle, dans des diagonales, sur le son d'une musique musette jouée par un accordéon. Tous les patients sont pris dans la dynamique et la joie véhiculée par la musique. Dans l'ensemble de ces élans nous voyons Eva sautiller sur la mélodie en avançant. Elle n'arrête pas de sautiller dans tous les sens en esquissant de larges sourires. Nous la regardons tous ébahis, ne l'ayant encore jamais vu réaliser autre chose que des petits pas et des balancements d'une jambe sur l'autre. Elle nous regarde alors souriante et continue ses petits sauts. Elle semble heureuse de découvrir de nouvelles possibilités motrices et de voir notre contentement.

La musique dans la danse va permettre de développer l'estime de soi par deux procédés. Tout d'abord elle va être le **support de l'inspiration** et, du fait des formes qu'elle contient, va entraîner la réalisation spontanée de certains mouvements. Ainsi le sujet va pouvoir lui-même être surpris par sa danse et par ses capacités motrices. Ensuite la musique va modifier l'impression que les observateurs ont de la danse, elle va **l'embellir**. De ce fait, les retours effectués seront souvent positifs.

Ceci aura d'autant plus d'effet que, bien souvent, les personnes présentant un retard mental sont particulièrement sensibles aux éléments positifs que nous pouvons leur renvoyer.

Ainsi, ces deux procédés offerts par la musique amèneront les patients porteurs de ce handicap vers un **développement de leur estime de soi** et de leurs **assises narcissiques**. Cela pourra les soutenir dans leur affirmation identitaire mais aussi à manifester plus d'aisance et de plaisir dans leur motricité.

6. La musique accompagne vers l'autonomie

« *Etre acteur de soi et de sa propre vie c'est se mettre à l'écoute*
et retrouver le silence au-delà de la fièvre mentale et
des représentations incessantes de notre esprit parfois déréglé
et inadapté aux événements de l'existence »
J. BONHOMME[113]

Lorsque j'ai rencontré Denis pour la première fois il a particulièrement attiré mon attention. Denis est un homme de 37 ans, présentant un retard mental moyen qui s'origine dans une trisomie 21. Il se tient droit, ancré dans le sol. Il dégage quelque chose d'une certaine confiance et d'une modestie.

Denis fait partie de l'atelier depuis trois ans. Il a déjà effectué quatre représentations de danse qui ont eu beaucoup de succès, devant plus de six cent personnes. C'est le long de ce parcours, où il a notamment pu explorer le support que la musique pouvait offrir à sa danse, qu'il a évolué d'une grande susceptibilité à une prise de confiance progressive. Aujourd'hui il semble savoir qu'il est un des piliers de l'atelier et qu'il peut considérer la danse comme une activité où il n'a plus à prouver ses qualités de danseur.

Lorsqu'il a commencé sa première improvisation de l'année il m'a particulièrement surprise. Il était là, remplissait la salle de sa présence, écoutait la musique mais pouvait s'en passer. Il dansait devant nous tous, il exprimait qu'il était bien en vie, il nous disait qui il était, il partageait sa joie. Une fois sa danse terminée, il reste droit et revient vers nous en exprimant de l'assurance.

Ce jour là, en voyant Denis, j'ai rencontré une personne qui semblait avoir perçu les qualités de support que la musique peut offrir. Une personne qui savait s'en servir mais également s'en séparer. Il avait effectué tout un parcours au sein de cet atelier de danse et nous laissait comprendre qu'il se connaissait, il nous laissait percevoir la personne qu'il était, un sujet ayant une identité propre.

La musique en séance de psychomotricité va accompagner le développement de l'individu dans sa construction identitaire mais il est important, qu'ensuite, celui-ci puisse s'en séparer pour aller vers l'indépendance, exister pour son identité propre, être reconnu comme un individu différencié.

[113] BONHOMME J., op. cit., 1999, p. 10.

Dans le silence, je m'engage…

Dans le silence, je m'engage…
Je me mets en danse
J'entre dans le mouvement
Je m'ouvre
Seule ma musique intérieure me porte
Pour cheminer dans l'espace
Dans le silence, je m'engage…
Au creux des gestes qui adviennent ;
Des paroles vont émerger
Pour raconter pensées et émotions
Qui traversent le psychomotricien en travail
Monologue intime
De soi à soi
Monologue intense
De soi à l'autre
Reliance
Portage psychique
Favorisant l'être en devenir

Judith KAZMIERCZAK, psychomotricienne, danseuse contemporaine[114]

« *Même si nos patients ne guérissent pas,*
ils nous sont reconnaissant de les voir tels qu'ils sont »
D-W. WINNICOTT[115]

Tout au long de mes diverses observations cliniques j'ai donc pu développer une réflexion autour de l'apport de la musique comme support de la construction identitaire de personnes porteuses de handicap mental.

J'ai pu constater que la musique les amène, à chaque séance, à évoluer vers une certaine indépendance en leur permettant d'expérimenter corporellement des situations d'individuation, d'identification, de valorisation narcissique et de réalisation de leur motricité.

Dans cet atelier, la musique permet à chaque patient de vivre des expériences différentes en fonction de là où il en est dans son propre cheminement personnel, et elle l'accompagne dans la poursuite de ce développement.

[114] KAZMIERCZAK J., « Dans le silence, je m'engage… », in Thérapie psychomotrice n° 174, 2013, p. 130.
[115] WINNICOTT D-W., *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975, p. 214.

A. GREEN écrit : « Le sonore ne donne rien à voir - à la lettre - même s'il donne à percevoir le mouvement, grâce auquel il accède à l'existence et donne existence à autre chose qu'à lui-même. Signifier n'est pas suffisant, signifier ne remplace pas exister. […] Mais exister signifie séjourner là où on est, en même temps que l'on s'apprête à quitter ce séjour et à lever l'ancre pour le voyage des transformations, où l'on se retrouve ailleurs, le même et changé par le voyage de la signification. Ailleurs, qui ressemble étrangement au lieu d'où l'on est parti. »[116]

La compréhension que j'ai de ce passage, révèle ce que j'ai voulu partager dans cette partie. En effet, dans mon écrit je parle du fait que le son, par l'ensemble des mécanismes qu'il favorise, va accompagner le sujet dans l'évolution de ses possibilités de symbolisation, notamment secondaires. Cependant ce qui me semble le plus important avec les personnes présentant un retard mental, c'est que la musique les accompagne dans le cheminement identitaire de leur existence.

« *Chacun de nous possède une musique d'accompagnement intérieur.*
Et si les autres l'entendent aussi, cela s'appelle la personnalité »
G. CESBRON

[116] GREEN A., in CASTAREDE M-F., et KONOPCZYNSKI G., op.cit., 2005, p. 20.

Conclusion

Tout être humain est ancré dans un monde sonore. Le son, du fait de l'ensemble de ses caractéristiques, agit directement chez tout individu par l'intermédiaire du système auditif ou sonosomesthésique. Ainsi, il est un outil constamment utilisé dans la pratique psychomotrice, ne serait-ce que par le biais de la voix du thérapeute.

Le fœtus est déjà contenu dans un environnement sonore dans le ventre de sa mère, qui sert de filtre aux agressions auditives. Ensuite l'entourage « suffisamment bon » veillera à lui offrir un espace sonore apaisant en modulant la prosodie de ses voix, faisant peu de bruit, proposant des mobiles musicaux et chantonnant des petites berceuses. C'est ainsi que le sonore va participer à la construction du premier espace psychique de l'enfant.

Plus tard, l'environnement sonore sera moins ajusté et amènera le sujet à le transformer, dans un mécanisme d'accommodation, ou à modifier son état interne, dans un mécanisme d'assimilation. L'ensemble de ces procédés amèneront l'enfant à se différencier et acquérir une autonomie.

Connaissant les mécanismes psychiques et physiologiques de la perception sonore, le psychomotricien pourra s'en servir comme support dans sa prise en soin.

Il pourra être attentif à l'ajustement de sa voix et à la création de moments de silence pour offrir un cadre contenant, favoriser les échanges et amener son patient dans un processus de symbolisation.

Le psychomotricien pourra également utiliser des musiques pour favoriser la construction d'une bonne alliance thérapeutique et accompagner son patient dans une construction identitaire. En effet, la musique, par la structure, la contenance et l'ancrage qu'elle propose, pourra être le support d'un sentiment de continuité d'existence ; par la structuration spatio-temporelle qu'elle induit, elle pourra aider le sujet à se situer dans son existence ; par la mise en mouvement de la corporéité, la prise de conscience de nouvelles sensations, et le développement de l'imaginaire qu'elle suscite, elle pourra aider son accès à la symbolisation ; elle pourra favoriser l'émergence d'un sentiment d'identité de soi.

La musique proposée par le psychomotricien permettra également ce cheminement dans un atelier danse avec des personnes présentant un retard mental. En effet, dans ce cadre là, en soutenant la création de l'alliance thérapeutique, la musique accompagnera les patients à se sentir sujets de la relation ; en favorisant l'expression et en résonant avec des éléments de leur personnalité, elle les amènera à s'affirmer dans cette dernière ; en les conduisant à se rassembler, elle les guidera vers une différenciation ; et en nourrissant leur motricité, elle permettra le développement de leurs assises narcissiques.

Lorsque nous développons les éléments que la musique peut apporter à la psychomotricité, il nous faut garder à l'esprit que c'est associés au cadre et à la relation thérapeutique qu'ils peuvent se déployer. La musique elle-même ne guérit pas, mais elle peut avoir des effets thérapeutiques au sein d'un processus relationnel.

Si la musique peut devenir un support de la construction identitaire dans la thérapie psychomotrice, c'est quand elle pourra s'effacer pour laisser le sujet advenir, qu'elle arrivera au paroxysme de son action.

Je souhaite élargir cette conclusion en citant J. BETOULIERES dans un article où il présente l'action thérapeutique d'un atelier utilisant la musique : « La musique en demeure bien le support, mais ce n'est qu'indirectement d'elle qu'il s'agit, elle s'efface devant ce qu'elle a contribué à faire naître ».[117]

Nous pourrions en dire autant de la prise en soin psychomotrice.

[117] BETOULIERES J., op.cit., 1979, p. 705.

Bibliographie

- ANZIEU D., Le Moi-peau, Dunod, Paris, 1995, pp. 1-24, pp. 119-128, pp. 183-198, pp. 255-276.

- BENCIVELLI S. *Pourquoi aime-t-on la musique ? Oreille, émotion, évolution*, Belin, Paris, 2009.

- BETOULIERES J., Article Musicothérapie, in LAFON R., *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*, P.U.F., Paris, 1979, pp. 702-705.

- BONANGE J., *Une relation musicale en psychomotricité. La médiation rythme auprès des personnes âgées dépendantes*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, Bordeaux, 2013.

- BONHOMME J., *La Voix énergie*, Dangles, Escalquens, 1999.

- BONNES N., GARLE L-A, FAUVELLIERE A. et LEMARQUIS P., *La musique dans le développement de l'enfant,* EJE n°30 Août/Septembre 2011, pp.12-25.

- BOUTSEN H., « Du rêve aux équivalents de rêve dans la vie éveillée », in Thérapie psychomotrice n°174, 2013.

- CASTAREDE M-F., *La voix et ses sortilèges*, Les belles lettres, Paris, 2000.

- CASTAREDE M-F., *Les Notes d'or de sa voix tendre. Oralité et chant* ; Revue française de psychanalyse 2001/5 Vol. 65.

- CASTAREDE M-F. et KONOPCZYNSKI G., *Au commencement était la voix*, ERES « La vie de l'enfant », Toulouse, 2005.

- CHOUVIER B., « La Médiation dans le champ psychopathologique », dans *Les Médiations thérapeutiques*, ERES « Le Carnet psy », Toulouse, 2011 pp. 36-47.

- COLINGNAN T., *Le son un aller-retour pour le corps. Réflexion sur l'espace sonore et l'intérêt du travail du psychomotricien auprès d'adultes présentant une psychose infantile*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, 2011.

- DANSOT F., *« La danse à la conquête de l'espace ». La danse, une approche psychomotrice de l'espace auprès d'adultes présentant une déficience mentale*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, 2011.

- ESOPE G-L., *« A l'ombre des yeux, l'oreille se tend… ». La voix et le sonore, supports de soin en psychomotricité, auprès d'enfants déficients visuels,* Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, 2009.

- FERTIER A, *Le Pouvoir des sons, expériences et protocoles dans le quotidien et le pathologique*, Ellebore, Paris, 1995.

- GAETNER R., Thérapie psychomotrice et psychose, La Danse et la musique, Delachaux et Niestlé, Paris, 1979.

- GIROMINI F., « La médiation en psychomotricité », intervention au colloque « Les médiations thérapeutiques en psychomotricité », 2011.

- GIROMINI F., « Quand le corps parle de soi-même…à l'autre », in Thérapie psychomotrice n°174, 2013.

- GIROMINI F. et YERNAUX J-P. « La psychomotricité de demain au cœur de l'Europe, in Thérapie psychomotrice n°174, 2013.

- GRABOT D. et PERONO M., « La fragile naissance de l'alliance thérapeutique », in *Psychomotricité, Psychothérapie ?* Revue Evolutions Psychomotrices n°72.

- IMBERTY M., *Entendre la musique, Sémantique psychologique de la musique*, Bordas, Paris, 1979.

- JEAMMET P., « D'un narcissisme à l'autre » in HUERRE P. et RENARD L., Parents et adolescents, Eres « Enfances & PSY », Toulouse, 2003, pp.79-90.

- JOLY F, « Autisme et psychomotricité », in *Thérapie psychomotrice* n°174, 2013.

- KAZMIERCZAK J., « Dans le silence, je m'engage… », in Thérapie psychomotrice n° 174, 2013.

- LECOURT E., « Le son et la musique : intrusion ou médiation ? », in BRUN A*., Les médiations thérapeutiques*, Eres « Le carnet psy », 2001, pp. 117-133.

- LECOURT E., « Les enveloppes musicales » dans *Les Enveloppes psychiques*, Dunod, Paris, 2003, pp. 223-246.

- LECOURT E., *La Musicothérapie*, Eyrolles, Paris, 2005.

- LECOURT E., « Au sortir du bruit » dans *Le Journal des psychologues*, 2008 n°261.

- LEMARQUIS P., *Sérénade pour un cerveau musicien*, Odile Jacob, Paris, 2013.

- LEPELLETIER S., *Définir la place du psychomotricien auprès des adultes déficitaires : la thérapie psychomotrice, apport de la musique*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, 1997, pp. 41-52.

- LESAGE B., *La danse dans le processus thérapeutique*, Eres, Toulouse, 2009.

- POTEL C., *Être psychomotricien*, Eres, Toulouse, 2010.

- POTEL C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, in press, Paris, 2010.

- POTEL C., « Les yeux de Camille », in Thérapie psychomotrice n°174, 2013.

- ROUSSILLON R., « Proposition pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiation », dans *Les Médiations thérapeutiques*, ERES « Le Carnet psy », Toulouse 2011, pp. 23-35.

- ROUSSILLON R., *Agonie, Clivage et symbolisation*, Quadrige, 2012, Paris, pp. 217-235.

- SACKS O., *Musicophilia, La musique, le cerveau et nous*, du Seuil, Paris, 2009, p. 9-16.

- SCHOTT-BILLMANN F., *Quand la danse guérit*, Le courrier du livre, Paris, 2012.

- YERNAUX J-P., « Silence et parole du corps », in Thérapie psychomotrice n°174, 2013.

- WINNICOTT D-W., *Processus de maturation chez l'enfant*, *développement affectif et environnement*, Payot 1970, Paris, pp. 43-55.

- WINNICOTT D-W., *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975, Paris, pp. 201-214.

Table des matières

REMERCIEMENTS 2

AVANT- PROPOS 3

SOMMAIRE 4

INTRODUCTION 5

A- L'environnement sonore 7

I- Le premier environnement sonore 7

1. Les sons in-utéro 7

2. Les interactions mère-enfant 9

3. Les ajustements dans les échanges sonores 11

4. Le sonore et la cognition 13

5. L'enveloppe sonore 14

6. Le sonore et la contenance 16

7. Les défauts d'ajustement de l'environnement sonore 17

II- La musique 19

1. Les caractéristiques physiques de la musique 20

2. La perception de l'environnement sonore 22

3. La sonosomesthésie 24

4. L'audition 25

5. La musique et le cerveau 26

6. La musique et les émotions 28

• La structure musicale 29

• La mémoire corporelle 30

7. Les schèmes musicaux 31

B- Sonore et psychomotricité 34

I- La voix du psychomotricien 34

1. Les caractéristiques de la voix 36

2. La modulation de la voix 38

3. La voix contenante 39

4. La voix comme médiateur 40

5. La voix et la transitionnalité 42

6. Le silence 43

II- La musique en psychomotricité 45

1. La musique comme support du sentiment de continuité d'existence 45

• La musique structure la séance 45

• La musique contient 46

• La musique soutient et solidifie un ancrage 47

2. La musique permet au sujet de se situer sans son existence 48

• La musique participe à l'introduction du sujet dans une temporalité 48

• La musique participe à l'introduction du sujet dans une spatialité 49

3. La musique accompagne l'accès à la symbolisation 50

• La musique favorise la mise en mouvement du corps 50

• La musique est un support de la prise de conscience de ses sensations 53

• La musique est un support du développement de l'imaginaire. 55

4. La musique favorise l'émergence d'un sentiment d'identité de soi 56

C- Exemple d'un atelier où la musique occupe une place importante 58

I- Le cadre de l'atelier 58

1. L'atelier danse 58

2. La médiation danse 59

II- Le retard mental 61

1. Les définitions et les méthodes d'évaluation 61

2. Les quatre formes de retard mental 62

3. Le retard mental, l'autonomie et l'indépendance 63

4. Le retard mental et l'identité 64

5. L'individuation et l'indépendance psychique 66

III- Quand la musique soutient la danse pour une construction identitaire 68

1. La musique soutient la construction d'une alliance thérapeutique 69

2. La musique favorise l'expression 72

3. La musique est un support pour une affirmation identitaire 75

4. La musique accompagne vers une différenciation 78

5. La musique favorise le développement de l'estime de soi 79

6. La musique accompagne vers l'autonomie 81

CONCLUSION 84

BIBLIOGRAPHIE 86

TABLE DES MATIERES 89