



**HAL**  
open science

# “ La voix, fil d’entremaille corporel ” : élément d’observation et outil thérapeutique en psychomotricité

Hélène Pasquier

## ► To cite this version:

Hélène Pasquier. “ La voix, fil d’entremaille corporel ” : élément d’observation et outil thérapeutique en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02078641

**HAL Id: dumas-02078641**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02078641>**

Submitted on 25 Mar 2019

**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.

Faculté de Médecine Sorbonne Université  
Site Pitié-Salpêtrière  
Institut de Formation en Psychomotricité  
91, Bd de l'Hôpital  
75364 Paris cedex 14



**« La voix, fil d'entremaille corporel »**  
Élément d'observation et outil thérapeutique en psychomotricité

Hélène PASQUIER

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

## *Remerciements*

Je remercie Claire Sirmay, ma maître de mémoire, pour sa disponibilité, sa patience et ses remarques pertinentes.

Je remercie infiniment mes maitres de stage, que des femmes, toutes de belles rencontres que je n'oublierai pas : Armelle De Gouveia, qui m'a subtilement accompagnée à élargir mon regard infirmier en un regard de psychomotricien. Catherine Bourgine, Noëlla Héridel et Marie Roulhiac qui, en fin de carrière, restent passionnées par leur métier ; ce qui est un message fort pour moi mais aussi pour la profession. Emmanuelle Renaud- Thomas, Juliette Blanchet, Marthe Lelong, Amelie Clavère et Benedicte Guibert pour m'avoir accueillie avec le désir de me transmettre les clés du métier. Et enfin Lucile Houdré, auprès de qui j'ai tant appris cette dernière année grâce à tous nos échanges constructifs, nos confrontations de points de vue, nos réflexions, et les médiations variées utilisées.

Je n'oublie pas tous les autres professionnels, les orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthoptistes, psychologues et neuropsychologues, enseignants spécialisés et éducateurs qui m'ont accueillie lors de leurs séances. Ces rencontres m'ont permis de clarifier la place du psychomotricien dans le parcours de soins du patient.

Je remercie également mes amis de l'IFP : Magali, Margaux, Catherine, le groupe 6 pour tous nos instants partagés, que de bons souvenirs ; Cathy et Cyriaque, mes amis de longue date, pour la relecture de mon écrit.

Pour finir, je remercie ceux sur qui a reposé la faisabilité de mon projet. A commencer par mon mari qui a porté nos quatre enfants pendant mes études. Sans son soutien mon projet n'aurait pas été possible. Mais aussi mes quatre jeunes enfants, qui ont accepté, compris et encouragé leur maman à aller à l'école même si cela supposait que je les quitte quelques jours chaque semaine pour venir à Paris. Et enfin leurs grands-parents qui ne nous ont jamais lâchés et sans qui ce projet n'aurait pas été réalisable. Merci maman de t'être si bien occupée de mes enfants et d'avoir secondé leur papa dans les instants les moins faciles.

# SOMMAIRE

AVANT-PROPOS .....	5
INTRODUCTION .....	7
<b>PARTIE 1 : LENA, LA VOIX ET LE PETIT BOUT DE LAINE .....</b>	<b>9</b>
<b>I. Le cas clinique de Léna .....</b>	<b>10</b>
A- L'institution et le contexte de la prescription .....	10
B- Présentation de Léna .....	11
C- Evaluation psychomotrice .....	12
D- Projet thérapeutique .....	17
E- Prise en soins .....	17
1- Les séances en trois temps.....	18
2- Evolution de Léna sur l'année scolaire .....	18
<b>II. Qu'est-ce que la voix ?.....</b>	<b>22</b>
A- Définition .....	22
B- L'appareil phonatoire .....	23
C- La boucle audio phonatoire .....	25
D- La prosodie .....	26
<b>III. Lena, « les limites et la voix » .....</b>	<b>27</b>
A- Eclairage théorique sur la notion d'enveloppe psychocorporelle .....	27
B- Lecture théorique de la problématique de Léna .....	29
1- La structuration psychique de Léna.....	29
2- Face interne et vibrations vocales.....	29
3- Face externe de l'enveloppe de Léna .....	30
a) Léna et la neurofibromatose .....	30
b) Lena, la voix et la surdité .....	31
c) Le travail de la construction de « sa maison » .....	32
C- La voix, l'axe corporel, les postures d'autorité, quel(s) rapport(s) avec le tonus? .....	33
<b>IV. Conclusion Partie 1 .....</b>	<b>34</b>

<b>PARTIE 2 : PETIT BOUT DE LAINE DEVIENDRA GRAND</b> .....	36
<b>I. A la crèche</b> .....	37
A- Présentation de l'établissement et du personnel .....	37
B- Rencontre avec Louise : vignette clinique .....	38
1- Le dialogue vocal .....	40
a) L'intentionnalité .....	41
b) L'imitation .....	42
2- L'accordage affectif de D. N. Stern .....	42
C- Rencontre avec Jean: vignette clinique .....	44
D- Les chamailleries des tous petits .....	45
<b>II. En cabinet Liberal</b> .....	47
A- Rencontre avec Julia : vignette clinique .....	47
1- La permanence de l'objet .....	48
2- Le sentiment de continuité d'exister .....	49
B- Eclairages apportés sur la voix de Julia .....	51
<b>III. En gériatrie</b> .....	52
A- Présentation de l'institution .....	52
B- Rencontre avec M. C : vignette clinique .....	52
C- Voix tonique, voix émotionnelle .....	53
<b>IV. Conclusion Partie 2</b> .....	54
 <b>PARTIE 3 : AU FIL DE LA PELOTE, DES LIMITES ?</b> .....	55
<b>I. Au fil de la recherche</b> .....	56
A- Et si c'était la voix qui commandait les émotions ? .....	56
B- La voix et les hormones .....	57
C- La prosodie et le mamanais .....	59
<b>II. La voix et l'hypnose</b> .....	61
<b>III. La voix et les limites en psychomotricité</b> .....	62
A- La voix peut-elle tromper ? .....	62
B- Quand il existe une discordance entre la tonicité vocale et le tonus corporel .....	64
C- La voix du silence .....	66
D- La voix aux frontières de plusieurs spécialités .....	67
<b>IV. Conclusion Partie 3</b> .....	69
 <b>CONCLUSION</b> .....	70
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	72
<b>RESUME</b> .....	76

## AVANT-PROPOS

Infirmière de formation première j'ai travaillé ces dernières années en santé au travail pour de grandes entreprises. Maintes fois j'ai pu être stupéfaite de rencontrer des salariés (dans ce cadre ils ne sont pas des patients) qui, du jour au lendemain, faisaient des extinctions de voix. Ces aphonies majoritairement transitoires pouvaient perdurer plusieurs mois sans qu'une pathologie, une infection ou une lésion de l'appareil phonatoire ne soit identifiée par les oto-rhino-laryngologistes et phoniâtres. Pour ces salariés, les contrôles de radiographie, d'imagerie et d'endoscopie revenaient sans anomalie majeure. Les séances d'orthophonie prescrites semblaient être basées sur la maîtrise du souffle et l'articulation de la voix chuchotée sans pour autant que le timbre vocal ne revienne.

J'avais remarqué en entretien, lors des visites médicales, que les personnes atteintes d'aphonie, qu'elle soit transitoire ou non et en dehors de tout épisode infectieux, présentaient des difficultés d'ordre psycho affectives et traversaient des épreuves telles que d'importants conflits d'équipes de travail, des divorces compliqués mais aussi des difficultés familiales extrêmes comme l'une d'entre elles devenue aphone du jour au lendemain. Je l'ai suivie sur plusieurs années. Cette femme me racontera (enfin) après plusieurs mois d'aphonie la situation personnelle qu'elle traverse : chaque jour, seule, elle fait face à un fils adolescent qui se drogue et qui est violent envers lui-même mais aussi envers elle. Pendant plus d'un an, épuisée, elle persévère à se rendre au travail avec, parfois, quelques arrêts de courte durée prescrits par son médecin et desquels elle revient toujours plus fatiguée. Elle m'explique que lorsqu'elle est en arrêt de travail, elle se retrouve seule avec son fils désocialisé et finalement le travail et l'entreprise sont devenus son refuge. Après quelques mois de difficultés extrêmes elle obtient l'aide d'un éducateur quelques jours par semaine puis le placement de son fils en internat. C'est à ce moment qu'elle recouvra sa voix. Cette femme, à la corpulence frêle, s'effaçait du mieux qu'elle le pouvait. Elle était discrète, les épaules rentrées, légèrement voûtée, elle en avait même effacé sa voix. A y repenser maintenant et à l'instar de cette salariée, chacune des personnes concernées par l'aphonie présentait des caractéristiques psychocorporelles comme des attitudes de replis, voire pour un cas rencontré une attitude exagérée d'ouverture et d'auto grandissement.

Je portais donc déjà un regard intéressé sur les pouvoirs de la voix bien que je n'eusse pas encore de notion en psychomotricité. Je m'intéressais déjà à ce qu'elle transmet, ce qu'elle représente mais aussi sur cette capacité qu'elle a de disparaître et de réapparaître. J'avais ainsi pu constater que la voix était étroitement liée aux facteurs psychocorporels induits par les événements de la vie. Lors d'une émotion forte ne dit-on pas « j'en ai la voix coupée ! » ou encore « je suis sans voix ! »

## INTRODUCTION

J'ai effectué ma reconversion professionnelle en 2016 et je suis entrée à l'IFP de la Pitié Salpêtrière en deuxième année grâce à l'examen spécial<sup>1</sup>. Tout au long de ma formation, bien que j'emploie le mot *reconversion*, j'avais plutôt la sensation d'une continuité et d'un enrichissement de la prise en soin. Mes expériences professionnelles et celles de mes stages auprès des jeunes enfants, des adolescents, et des personnes âgées m'ont menée à la constatation suivante : en tant que soignants nous observons continuellement nos patients, mais qu'entendons-nous par « observer » en psychomotricité ? D'emblée, nous regardons la posture et le contact au regard pour, dans un bref coup d'œil, avoir notion d'une possibilité ou non d'entrer en relation. C'est quasiment instinctif, nous le faisons sans réfléchir. Forts de ces éléments nous sentons si nous pouvons amorcer une autre approche, le toucher par exemple. Il peut être un « toucher de contact » au sens d'une entrée en communication ou « un toucher d'évaluation » du tonus et de la régulation tonique. Nous écoutons le corps, la respiration en relaxation, écoutons les mots et les maux des patients. Mais la voix ? Écoutons-nous vraiment la voix ? Faisons-nous véritablement attention à la voix de nos patients et à notre propre voix ?

En stage de deuxième année auprès d'adolescents sourds, j'ai particulièrement été interpellée par leur voix et par une voix en particulier. Puis, divers éléments lors de mes autres stages ont continué à me questionner. Petit à petit, les observations que j'ai faites ont abouti à la question centrale suivante : en quoi la voix peut être un indice d'observation du développement psychomoteur ?

Mon hypothèse principale est que la production vocale du patient serait un indicateur de son état psychocorporel. Une seconde hypothèse émane de la première : la voix du patient orienterait le psychomotricien qui y prête attention lors de la prise en soin. Une dernière hypothèse serait que, par extension et dans une logique d'échange avec son patient, le psychomotricien utiliserait sa propre voix tel un outil thérapeutique.

Pour gagner en clarté et permettre au lecteur de suivre le cheminement de ma pensée, je détaillerai en tout premier lieu le cas clinique de Léna, la patiente

---

<sup>1</sup> Article 25 de l'arrêté du 7 avril 1998 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de psychomotricien.

qui a fait émerger en moi le cheminement d'une réflexion sur le sujet de la voix en psychomotricité. J'emploierai la métaphore du petit bout de laine, quasi invisible qui attire soudain notre attention. Sans avoir *a priori* l'envie particulière de le faire grandir, nous tirons dessus dans un geste dont nous ne mesurons pas la conséquence sur l'instant. J'ai trouvé chez Lena comme un petit bout de laine. Mon attention s'est fixée dessus et petit à petit j'ai tiré et déroulé le fil. Au fur et à mesure que le fil grandissait j'avais de plus en plus matière à réflexion. J'étais traversée par des découvertes, des interrogations et c'est précisément ce que je souhaite partager ici.

Au fur et à mesure de mes stages, ce petit bout de laine a grandi. C'est dans une seconde partie que je présenterai ma réflexion autour de plusieurs vignettes cliniques rencontrées lors de mes autres stages. J'essaierai de trouver un éclairage et je chercherai une lecture théorique qui viendra étayer la lecture psychomotrice que je réalise en tant qu'étudiante de dernière année au travers des cas exposés. Ne sachant si ce bout de laine a une fin, je tenterai dans une dernière partie d'explorer les limites, peut-être celles d'une pelote qui m'aura jusqu'ici donné bien des richesses en termes de découvertes et de réflexions. Je dégagerai ainsi l'intérêt des éléments vocaux en psychomotricité.

**PARTIE 1 :**  
**LENA, LA VOIX ET LE PETIT BOUT DE LAINE**

L'évaluation psychomotrice est présentée dans son intégralité afin d'avoir une représentation précise de Léna et de cerner la place de la voix au sein d'une clinique plus générale. Le secret professionnel m'a conduit à modifier son identité.

## I. Le cas clinique de Léna

### A- L'institution et le contexte de la prescription

En deuxième année j'ai réalisé mon stage long au sein d'un IES<sup>2</sup> où deux psychomotriciens assurent le suivi des enfants de la découverte de la surdité jusqu'à leurs seize ans. J'ai effectué ce stage auprès du « groupe spécialisé » de l'IES qui a pour particularité d'être un groupe d'adolescents sourds présentant un handicap associé. Ces adolescents sont scolarisés dans un collège partenaire et viennent deux à trois jours par semaine à l'IES où ils ont cours de LSF<sup>3</sup>. Ils sont suivis, selon leurs besoins, en psychomotricité, en orthophonie ou sont encadrés par des éducateurs sur des ateliers divers. Léna est une adolescente suivie sur le groupe spécialisé pour une surdité sévère, non appareillée afin « d'améliorer ses possibilités de communication par l'apprentissage de la LSF ». Léna présente une personnalité de structure psychotique et l'IES soutient également son adaptation sociale. Sur le plan moteur Léna garde une hémiparésie du côté gauche secondaire à une hémiplégie survenue lorsqu'elle était bébé et dont elle a récupéré. J'ai eu l'occasion de la suivre pendant neuf mois à raison d'une séance par semaine. A travers ce cas clinique, j'aborderai le contexte de la prescription en thérapie psychomotrice, la présentation de Léna, l'évaluation psychomotrice et enfin le projet thérapeutique répondant à la conclusion du bilan.

Au sein de l'IES un médecin exerce à 30% équivalent temps plein. Peu présent, il a un rôle de coordination et centralise les comptes rendus médicaux des patients. Il voit chaque enfant en visite médicale annuelle et est garant de son suivi au sein de l'institution. Il prescrit une poursuite du suivi en psychomotricité pour un « travail ciblé sur l'adaptation relationnelle et la confiance en soi ainsi qu'un maintien du travail sur l'équilibre et les appuis ». Léna se sent en difficulté au collège. Elle a peur d'être bousculée et manque d'un sentiment de sécurité au

---

<sup>2</sup> Institut d'Education Sensoriel

<sup>3</sup> Langue des Signes Française

niveau de ses appuis en lien avec l'hémiplégie dont elle souffre. Elle a déjà chuté plusieurs fois.

## B- Présentation de Léna

Léna est une jeune fille de 15 ans, d'environ 1m60, aux longs cheveux bruns, elle porte des lunettes. Née en mars 2002, à terme sans difficulté particulière, elle présente, dès la naissance, des taches cutanées de couleur « café au lait » qui sont un symptôme diagnostic fort de neurofibromatose de type 1 (NF1) autrement appelée maladie de Recklinhausen<sup>4</sup>. Ces tâches ne sont pas nocives en elles-mêmes mais évocatrices d'une anomalie génétique qui a pour particularité de favoriser l'émergence de neuro fibromes. Léna a trois grands frères et aucun membre de la famille ne présente cette anomalie génétique. La mutation génétique est alors dite « *de novo* ». Ces fibromes se développent tout au long de la vie, le long des nerfs entraînant des symptômes corrélés avec leur localisation.

Léna a 6 mois lorsque sa maman fait part de sa crainte au sujet des facultés auditives de sa fille. Or, au même moment, une hémiplégié gauche apparaît et accapare l'attention des médecins. Il est observé une absence de mouvement volontaire du bras gauche ainsi qu'une hémiparésie gauche.

C'est à 9 mois que le diagnostic de surdité sévère est posé. Léna ne perçoit les sons qu'à partir de 80 décibels ce qui correspond, à titre d'exemple, au niveau de puissance sonore d'une tondeuse à gazon. Léna est appareillée dès l'âge de 11 mois par contours d'oreilles. Nous n'avons pas de donnée médicale au sujet de l'étiologie de sa surdité mais de fortes présomptions que la surdité soit secondaire à la NF1. Léna entame un suivi en CAMSP<sup>5</sup> spécialisé dans l'audition près de chez elle et un suivi par l'APAJH<sup>6</sup>.

A l'âge de 2 ans, Léna marche. Elle est prise en soins en SAFEP<sup>7</sup> à l'IES. Elle y apprend le Makaton qui est une approche de communication associant la parole, les signes et les pictogrammes. Léna ne veut pas mettre ses appareils auditifs. En 2005, Léna a 3 ans, le CAMSP lui fait la proposition de nouveaux appareillages décrits dans son dossier comme étant « plus puissants » mais Léna ne les utilise pas. Ses parents ne parlent pas la LSF mais sa maman se forme au Makaton. Léna

---

<sup>4</sup> Maladie de Recklinghausen ou NF1 : Affection héréditaire, caractérisée par de nombreuses tumeurs bénignes disséminées dans l'organisme, des taches cutanées pigmentées (taches café au lait) et des malformations nerveuses. (2006). Larousse médical, p.851

<sup>5</sup> CAMSP : Centre Action Medico Social Précoce

<sup>6</sup> APAJH : Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés

<sup>7</sup> SAFEP : Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce pour les enfants présentant une surdité

est suivie par un orthopédiste du CHU, un kinésithérapeute, une psychologue et entame un suivi en psychomotricité pour un « soutien au développement psychomoteur » en lien avec son hémiplégie et la surdité. Peu à peu elle récupère au niveau moteur à gauche mais garde une hémiparésie de ce côté.

A l'âge de 8 ans Lena intègre le groupe spécialisé de l'IES qui se trouve à plus de 50 kms de chez elle. Elle prend alors le taxi le matin et le soir. Lena rencontre des difficultés de socialisation. Elle est suivie par un médecin psychiatre en dehors de l'IES. Il évoque des éléments en faveur d'une « construction de psychotiques<sup>8</sup> ». A l'IES, la psychomotricienne travaille avec elle la perception de son corps, l'équilibre, les appuis.

A 12 ans, elle travaille « le corps plaisir » en faisant de la danse devant le miroir. Son niveau scolaire est celui de CE2/CM1. Lena s'investit en LSF et ne souhaite plus porter d'appareillage. Le dispositif spécialisé lui permet un enseignement « à la carte » au sein duquel Léna progresse à son rythme. Elle y est suivie en orthophonie deux fois par semaine autour de la motricité faciale de la zone orale, par une psychologue une fois par semaine, en ergothérapie une fois par semaine et par l'équipe éducative deux fois par semaine, à l'atelier bricolage et à l'atelier cuisine.

Lena a 13 ans lorsqu'en séance elle demande à la psychomotricienne de mimer une histoire. Le jeu de faire semblant s'installe et durera deux ans. Cette médiation fut celle utilisée lors de mon arrivée à l'IES en septembre 2016 à raison d'une séance hebdomadaire de 45 minutes.

### C- Evaluation psychomotrice

J'ai rencontré Léna pour la première fois fin septembre 2016. J'ai évalué ses compétences psychomotrices en me basant sur l'observation dans des situations de jeux et d'interactions à trois. Un bilan standardisé ne me semblait pas approprié compte tenu de son hémiparésie. L'évaluation s'est faite sur quatre séances individuelles de 45 minutes.

---

<sup>8</sup> Nous sommes dans ce cas face à une « psychose infantile ». Ce terme n'est employé qu'en France. Il n'est pas repris dans les classifications internationales (CIM-10, DSM-IV). Dans les classifications internationales, ce terme est classé dans les troubles envahissants du développement non spécifiés.

### Sphère sensorielle :

Léna voit correctement avec ses lunettes mais présente une hémiparésie visuelle et motrice gauche. Au niveau auditif, Léna ne perçoit que les sons très forts provoquant de fortes vibrations. Elle n'aime pas être touchée mais l'action de rouler une balle sur son corps est possible. Parfois elle pose la main sur sa poitrine lorsqu'elle oralise et perçoit ainsi les vibrations de sa voix.

### Relation et communication :

Léna est souriante et ouverte. Elle m'accueille en séance sans difficulté. Elle me regarde beaucoup, me dévisage et détaille du regard ma tenue vestimentaire. Parfois elle vocalise très fort, dans les graves. Cela se produit lorsqu'elle cherche à attirer l'attention mais aussi lorsqu'elle n'est pas d'accord. De manière générale elle adhère aux propositions de séance de la psychomotricienne avec qui elle utilise la médiation de « jeu de faire semblant ». La séance se fait dans un mélange de Makaton et de LSF. En ce début de stage, je suis en difficulté et Léna n'hésite pas à communiquer avec moi en passant par la psychomotricienne qui reformule oralement ses demandes. Lorsqu'elle me parle, elle signe, me regarde dans les yeux, et ses productions vocales sont dans les mediums. La tonalité vocale est adaptée à la distance qui nous sépare. Elle se soucie de mon intégration dans le jeu. La communication LSF étant parfois difficile, elle utilise le dialogue tonique, le contact visuel et les expressions faciales. Elle montre très bien lorsqu'elle n'est pas d'accord, fait « non » et peut taper du pied. Pour se faire comprendre, elle utilise volontiers le pointage.

Léna joue des histoires issues de son quotidien, mimant à chaque séance le taxi qui vient la chercher pour aller à l'école. Sur les trois séances d'évaluation des histoires affreuses empreintes de moqueries et de violence se produisent. Elle vocalise les rires moqueurs par des sons aspirés provenant de la gorge. Elle construit l'histoire au fur et à mesure. Les scénarios sont souvent catastrophiques. Ses productions vocales sont alors puissantes, toujours très graves, pouvant être accompagnées par des frappes de pieds

Au niveau relationnel avec ses pairs, dans ses histoires Léna fait de moi sa copine. Je suis toujours plus jeune qu'elle mais, pour autant, elle n'a pas d'attitude protectrice envers moi. Elle souhaite que nous nous moquions de la psychomotricienne qui joue une autre fille de l'école.

## Tonus<sup>9</sup> et Régulation tonique :

Les mobilisations passives du membre supérieur gauche révèlent des résistances toniques. Elle est capable de relâchement et de détente en position allongée. On note qu'en situation de « jeu de faire semblant » elle peut être amenée à déployer de la force physique invoquant une attitude corporelle puissante alors que ce n'est pas justifié. Elle peut avoir une gestuelle brutale, saccadée, inappropriée.

## Motricité globale, posture :

### *Au niveau de l'axe corporel :*

Léna présente une hypotonie axiale avec affaissement au niveau du buste en position assise. Debout, elle se tient relativement droite. Il existe une dissociation au niveau des ceintures scapulaire et pelvienne, une torsion de l'axe est possible.

### *Au niveau des membres supérieurs :*

Léna utilise peu son membre supérieur gauche. En revanche si on le lui fait remarquer elle fait l'effort de le mobiliser. Sa main gauche est constamment en pronation rotation interne. Elle peut légèrement entrouvrir la pince. Il existe peu de mobilité au niveau du poignet et pas de déliement digital. Elle se sert de sa main gauche en coordination bimanuelle comme par exemple saisir un ballon, signer (au-dessus, en dessous). Sa main gauche est donc l'élément fixe et sa main droite l'élément mobile des gestes signés qui impliquent les deux mains.

### *Au niveau des membres inférieurs :*

La marche peut parfois être hésitante. Son membre inférieur gauche est mobile mais il existe une hémiparésie qui est insécurisante. Léna peut exprimer le fait qu'elle ait peur de tomber lorsqu'elle descend des escaliers par exemple.

---

<sup>9</sup> JOVER M., 2000, pp.17-18. « Le tonus est l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue et réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique (la tension augmente mais pas la longueur) est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales. » On distingue trois niveaux toniques : *Le tonus de base* : il est permanent, même au repos. Il est propre à chacun et sous-tend nos émotions. *Le tonus postural* : il permet le maintien d'une posture. Il est sous commande réflexe mais nous pouvons agir dessus comme nous redresser, par exemple. *Le tonus d'action* : il est le recrutement tonique qui va soutenir le mouvement.

### *Concernant les transferts :*

Léna peut passer seule de la position debout à la position allongée. Au sol, elle préfère la position « assis plage ». Elle passe de la position allongée à la position debout par la position quatre pattes, puis à genoux sans trop de difficulté.

### *Les habiletés segmentaires :*

Léna oriente son regard vers une cible qui arrive de la droite et donc adapte correctement son geste pour par exemple attraper un ballon. Pour un objet arrivant de la gauche la perception est plus tardive et Léna a donc moins de temps pour se préparer à attraper le ballon. Elle parvient à faire cet exercice en ramenant le ballon vers l'axe, contre elle. La pince de la main droite est présente et efficace. Elle peut shooter dans un ballon des deux pieds avec un rééquilibrage systématique si elle prend appui sur sa jambe gauche pour shooter du pied droit.

### *Motricité fine :*

Léna est capable de découper en tenant le support avec sa main gauche. Du point de vue de l'écriture, elle écrit correctement de la main droite et tient l'outil scripteur en pince tri digitale. Elle manipule de petits objets avec agilité.

### Schéma corporel<sup>10</sup> et image du corps<sup>11</sup> :

Léna reproduit bien en miroir le pointage des zones du corps et reconnaît ces parties sur elle-même. Elle ne veut pas dessiner de bonhomme dans un cadre d'évaluation. Cependant elle produit des dessins de fins de séances. Les personnages qu'elle représente sont rudimentaires, en deux dimensions. On ne note pas de représentation en transparence.

Léna n'aime pas se regarder dans le miroir. Elle demande à le cacher par un rideau. Elle ne prête pas attention à son aspect physique, elle perd son pantalon, son tee-shirt est souvent mal mis, voire elle n'est pas coiffée. Jamais elle ne porte

---

<sup>10</sup> « Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification » (AJURIAGUERRA, 1970). Il est la représentation que nous avons de notre corps, telle une carte mentale corporelle.

<sup>11</sup> SCHILDER P. cité par GUIOSE M., 2007, p.96

« L'image du corps désigne les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps, comme l'objet physique mais aussi chargé d'affects. Elle est l'aspect imageant du corps et appartient à l'imaginaire, à l'inconscient, avec comme support l'affectif. L'image du corps est la première représentation inconsciente de soi, représentation qui prend le corps comme principe unificateur, qui délimite le dedans et le dehors ». L'image du corps sera clairement différencié du schéma corporel par F. DOLTO en 1984.

de boucle d'oreille et il n'est pas question pour elle de se maquiller ou de mettre du vernis à ongle. Pourtant elle parle des filles du collège qui le font. Elle est attentive aux boucles d'oreilles de la psychomotricienne et porte un intérêt pour mon foulard qu'elle trouve joli.

#### Orientation spatiotemporelle :

Léna a encore quelques difficultés pour se repérer d'un point de vue spatial concernant les notions de « entre » « dedans » et « derrière ». En revanche elle se repère très bien dans l'établissement. La représentation en trois dimensions par le dessin se met en place. Au niveau temporel les notions de « demain », « hier », « avant-hier », « après demain » et les jours de la semaine sont acquis. Elle signe tous ces repères temporels. Léna lit l'heure et connaît parfaitement l'enchaînement de son emploi du temps. Elle s'aide d'un calendrier pour se repérer à l'échelle de l'année et note les anniversaires des personnes de sa famille et de ses amis.

#### Latéralisation :

Léna est latéralisée à droite de façon homogène.

#### Attention et vigilance :

Léna est capable de concentration. Elle se sert de sa respiration pour accroître sa vigilance, respire fort et montre quelques syncinésies à diffusion (tire la langue) pour les tâches précises.

#### Domaine des fonctions cognitives :

Léna a une connaissance de l'ordre et de la succession satisfaisante. Elle est capable de raconter une histoire sous forme de successions de dessins. Elle a une bonne capacité de représentation et du séquençage de l'histoire.

#### Au niveau symbolique et de l'imagination :

Léna a de bonnes capacités à jouer mais il est parfois nécessaire de revenir en séance sur ce qui est réel ou non. Elle crée des scénarios assez ritualisés des histoires qu'elle propose.

### ***Conclusion du Bilan :***

La force de Lena est sa grande disponibilité et son implication dans les séances. Son hémiparésie gauche l'insécurise et les éléments du bilan montrent la nécessité de continuer un travail de sécurisation des appuis. Léna manque aussi de confiance en elle. Un travail sur l'image du corps aiderait Léna à trouver une sécurité intérieure et à mieux se positionner dans la relation. La médiation de « jeu de faire semblant », fortement investie par Léna, restera la médiation privilégiée.

#### **D- Projet thérapeutique**

Au regard du bilan et en accord avec ma maître de stage il m'a semblé judicieux de travailler sur les axes thérapeutiques suivants :

- Continuer la motricité globale pour un travail sur les transferts et les appuis
- Etayer l'intégration de l'image du corps et du schéma corporel
- Travailler sur la régulation tonique
- Améliorer l'estime de soi afin de trouver une sécurité intérieure.
- Aider Lena à verbaliser ses ressentis pour faciliter la régulation de ses émotions.
- Stimuler son aisance relationnelle (travail sur l'écoute, sur sa capacité d'ajustement dans la relation)

#### **E- Prise en soins**

Lors des premières séances mon impression est que Léna fait du bruit. Le matin lorsque j'arrive à l'IES, je sais si elle est présente ou non car je l'entends à l'autre bout du couloir. Avec ma maître de stage, nous allons la chercher dans la salle d'activité. Elle est avec les éducateurs, la psychologue et les autres adolescents. Elle termine un temps d'échange sur les activités réalisées durant le week-end. Elle a une amie, sourde comme elle, avec qui elle communique beaucoup. Lena vocalise beaucoup plus fort que son amie. D'emblée, je me demande pour quelle raison elle vocalise si fort.

## 1- Les séances en trois temps :

Instaurer un cadre de séance est nécessaire car sécurisant pour les patients de manière générale. Cette notion est d'autant plus importante pour une patiente qui, comme Léna, présente une structure psychotique caractérisée par un manque de sentiment de continuité interne. S'appuyant sur la théorie de René Roussillon, Mathieu Petit Garnier explique « qu'il faut distinguer le cadre du processus. Le cadre est constitué d'invariants et va permettre un appui, une contenance du sujet par sa fixité. A l'inverse tout ce qui est ouvert au mouvement et à la transformation va constituer le processus et va pouvoir être interrogé et mis au travail à travers ses variations »<sup>12</sup>. Hormis les règles instituées, parfaitement intégrées par Léna, depuis les sept années de suivi en psychomotricité « on ne se fait pas mal, on ne fait pas mal à l'autre et on respecte le matériel », le cadre de la séance comporte trois temps.

Le début de séance est porté sur la prise de contact et les choix des personnages que nous allons faire semblant d'être. Puis vient le déroulé du scénario du jeu. Il commence toujours par le taxi qui vient nous chercher pour nous emmener à l'école. C'est Léna qui fait le choix de jouer cette scène à chaque séance. En milieu de séance, nous descendons du taxi pour aller à l'école. Le scénario change chaque semaine et se construit au fur et à mesure de la séance. En fin de séance, nous prenons un temps d'échanges sur les événements et les personnages que nous venons de jouer. Léna dessine ou nous demande d'écrire les différentes étapes qui ont constitué l'histoire.

## 2- Evolution de Léna sur l'année scolaire :

En début de séance Léna choisit un âge pour chacune de nous. En septembre nous sommes souvent jeunes, nous avons entre 8 et 12 ans. Elle est souvent la plus âgée de nous trois et moi la plus jeune. Je suis interpellée par le fait que nous soyons si jeunes. Le début de séance commence toujours par la construction de notre maison, chacune la sienne. La maison de Léna n'a pas de porte et est peu hermétique. Léna se place dans sa maison ajourée et vocalise très fort, des sons graves emprunts de fortes vibrations. Elle veut commencer à jouer et mimer la journée. Il lui est alors impossible de rester dans cette maison. Pendant les cinq

---

<sup>12</sup> PETIT GARNIER M, cours magistral, *Penser les dispositifs thérapeutiques à médiation à partir des théories de René ROUSSILLON*, Hôpital St Antoine, 14/10/2016

premières séances nous insistons sur le fait de mettre une porte et de bien fermer sa maison. Chaque séance nous prenons le temps de parfaire son habitat.

Fin Novembre Lena est capable de faire une maison hermétique, avec une porte, d'y rester quelques minutes pour faire semblant de dormir. Nous n'entendons alors pas un son. Pour quelle raison vocalisait-elle comme cela avant ? Etait-ce un problème d'enveloppe ? Maintenant que sa maison est bien fermée son enveloppe est-elle plus sécurisée ? Si elle vocalisait avant, n'était-ce pas pour se sentir exister par l'aspect vibratoire, dans une enveloppe insécurisée ? Il y a ici la question des limites corporelles et du sentiment de sécurité.

Puis, elle nous appelle par des émissions vocales médium pour nous signifier qu'il est l'heure de se lever. Chacune, nous nous mettons debout et nous prenons une douche. Nous détaillons la préparation du matin avec la toilette et le savonnage des différentes parties du corps, le shampoing, le brossage des cheveux. Léna mettra quelques séances à adhérer à ce rituel. Nous insistons sur les aspects usuels et esthétiques avec par exemple le fait de mettre une ceinture pour tenir son pantalon, chose qu'elle ne fait jamais.

Le taxi vient nous chercher pour nous emmener à l'école. Souvent, je suis derrière avec elle et nous nous moquons de la psychomotricienne placée à l'avant qui joue une autre fille de l'école. Lena lui tape sur l'épaule, lui fait des grimaces et vocalise des rires graves très aspirés. Elle rit mais elle s'effondre au niveau de son axe, son hypotonie axiale est majorée en position assise. Il y a là quelque chose qui m'interpelle, comme un décalage relationnel et corporel dans une situation inadéquate, puérile, inadaptée d'un point de vue social par rapport à son âge et à son expression habituelle dans la vie courante. Elle est plutôt respectueuse des autres. Nous travaillons sur la moquerie et ma maître de stage joue une fille triste qui pleure des moqueries. Lena est le plus souvent dans l'empathie et lui signifie alors qu'elle veut bien être sa copine. Léna demande à jouer cette situation chaque semaine mais nous dit ne pas subir de moquerie dans le taxi le matin. En revanche nous savons par les éducateurs que des filles se moquent parfois d'elle à l'école. « On guérit en rejouant symboliquement et en s'appropriant ainsi l'expérience subjective « en souffrance » dans la psyché. »<sup>13</sup>

Puis vient notre arrivée à l'école. Là, les scénarios changent chaque semaine. Ils sont des plus catastrophiques. Souvent revient le thème de

---

<sup>13</sup> ROUSSILLON.R, 2014, p25

l'institutrice tyrannique qui nous gifle et nous tape parce que nous sommes en retard. Léna vocalise dans le grave, tape du pied, met sa main sur sa poitrine. Elle écoute les vibrations de sa voix au niveau de sa cage thoracique. Sur le plan de sa posture, l'axe est solide, érigé vers le haut, les appuis sont en avant du pied. Je me dis que ces dominances posturales sont aussi retrouvées chez les gardes républicains, les militaires, les policiers, ceux qui incarnent les règles et la rigueur. On sent un recrutement tonique important. Plus elle recrute au niveau tonique plus elle donne de la voix, et repousse le sol allant jusqu'à taper du pied. La voix est-elle forte et grave comme renfort de l'axe corporel ? Elle nous donne des injonctions utilisant un doigt directeur pour nous dire où nous cacher. Un fois dans la cachette sa respiration est haletante. Ses gestes sont saccadés. Elle peut être brutale. Reviennent aussi les thèmes de la prison, la police, les blessures et la mort. Nous sommes ici en présence de thèmes qui impliquent la notion de limites et de règles.

Je note qu'en fin de séance, autour de la table Lena est calme et adaptée. Elle signe et vocalise dans les mediums, elle a peu de productions vocales. Son niveau tonique a baissé, elle est assise dans une posture habituelle laissant apparaître l'hypotonie axiale qui caractérise sa posture habituelle.

Fin Novembre, nous sommes toujours contraintes d'arrêter nous-mêmes l'histoire car Lena ne trouve jamais de fin. Nous tentons de resserrer le cadre et nous lui demandons alors de venir en séance avec une histoire toute prête. Une histoire de son choix constituée, d'un début, d'un milieu et d'une fin. Elle est d'accord mais aux séances suivantes elle ne nous propose pas d'histoire complète et nous sommes toujours dans les mêmes registres que les semaines précédentes. Nous nous entretenons avec la psychologue qui nous conseille de continuer dans cette voie parce que Lena lui parle de ses séances en psychomotricité et elle sent que Léna évolue.

En janvier, après les congés de Noël, Léna a réfléchi à une histoire complète. Elle est impatiente de nous raconter ce que nous allons jouer. Il va s'agir, là encore, d'une histoire de maîtresse méchante, qui nous punit parce que nous sommes en retard. Cette fois nous sommes plus âgées (entre 13 et 15 ans) L'institutrice nous gifle, nous met au coin, nous isole, dit qu'elle va appeler nos parents. Nous revoici dans le registre des limites, des règles mais aussi d'autorité. Léna nous dirait-elle depuis le début qu'elle a besoin de travailler l'autorité ? Je me dis que l'autorité est aussi une façon d'imposer une limite. Durant cette séance

je propose alors de travailler sur l'autorité et nous garderons finalement cet axe de travail jusqu'en fin d'année scolaire.

Léna joue la maîtresse. Elle tape du pied, pointe du doigt, vocalise dans les graves, fort. Cette maîtresse est tyrannique, agressive et violente. Je joue ensuite la maîtresse. Je lui dis que ce n'est pas grave qu'elle soit en retard, que cela peut arriver mais que cependant ça ne doit pas se reproduire trop souvent. Je lui demande d'aller s'asseoir à sa place dans la classe. Ma maître de stage joue ensuite la maîtresse et nous dit que c'est bien d'arriver en retard, que ce n'est pas important d'être à l'heure et en rigole. Lena est déçagée. Elle me regarde estomaquée par ce que lui dit la maîtresse. Nous répéterons ces trois visions de l'autorité sur plusieurs séances. Nous évoquerons l'autorité de la police, celle des parents, des enseignants, des amies et sa propre autorité. A chaque séance nous travaillons à la déduction du comportement le plus adapté. Léna ajuste son tonus et sa voix en fonction de son intention posturale (au sens de la place qu'elle veut prendre dans la relation). Quand je la regarde jouer les personnages d'autorité sa voix et son tonus vont de pair. La voix grave, ses vibrations, tous ces éléments me font penser à « la voix du père », la voix de l'autorité, celui qui met la limite, le surmoi Freudien. Je ne connais pas la relation que Léna entretient avec son père, elle n'en parle jamais et au sein de l'IES je n'obtiens guère plus d'informations. Je sais seulement qu'il est présent dans sa vie, vit sous le même toit qu'elle avec le reste de la famille et qu'il vient aux réunions de synthèses une fois par an.

Peu avant les congés de février, elle est fière de nous montrer qu'elle s'est coiffée seule. Elle a réalisé une queue de cheval. De plus elle a mis du vernis sur ses ongles. Après les vacances de février, nous avons la possibilité de jouer l'histoire sans fermer le rideau. Nous nous regardons dans le miroir, cela nous permet aussi de comparer les attitudes corporelles. L'image du corps a évolué. Est-ce à mettre en lien avec le fait que Lena est mieux en mesure de trouver sa place ? A-t-elle trouvé sa place entre les différentes autorités qui l'entourent, comme l'école, ses parents et le cadre de l'IES ? Le cadre est-il ainsi plus rassurant ?

En février et mars Lena change. Elle fait attention à sa toilette, est fière de nous montrer son nouveau pull. Ces histoires sont de mieux en mieux construites et surtout les personnages sont plus adaptés à la réalité. Il n'y a plus de scénario catastrophe mais plutôt des querelles d'adolescentes. Il est d'ailleurs intéressant de noter qu'en Avril, il est décidé que Lena sera orientée vers un IES pour adolescents plus âgés à la rentrée prochaine. Cela suppose aussi qu'elle parte en

internat. Parallèlement, je note que sur la dernière séance Lena ne joue pas la scène du taxi mais que pendant toute cette séance nous jouons des adolescentes dans la cour du collège. Elle semble prête à grandir et exprime ses appréhensions. Nous avons la sensation qu'elle a muri d'un coup.

Fin avril, sur le plan vocal, je n'entends plus ces sons graves et forts de tous les instants du mois de septembre. Lorsqu'elle est en salle d'activités avec les autres adolescents elle ne parle plus si fort. Cela lui arrive lorsqu'elle s'oppose ou a besoin de porter l'attention sur elle.

Je me dis que finalement nous, les entendants, nous avons le même comportement dans les mêmes situations. Sans doute, parce que dans ces moments-là nous devons imposer notre voix. Par extension, nous pensons que la voix existe pour être entendue. Or si c'est le cas, pour quelle raison les personnes sourdes auraient besoin de vocaliser ? Je me demande alors comment fonctionne notre voix sans pour autant me dire à cet instant que la voix serait mon sujet d'étude.

## II. Qu'est-ce que la voix ?

### A- Définition

Sur le plan étymologique la voix a pour racine latine *vox*<sup>14</sup> d'où se sont formés les termes suivants :

- *Vocalis*- doué de la voix
- *Vociferari*- crier
- *Vocare*- appeler
- *Vocatio*- invitation, assignation en justice

Il paraît essentiel de différencier la voix du langage parlé. Certains de nos petits patients ne parlent pas encore et pourtant ils s'expriment avec leur voix. Bien sûr, il y a l'aspect anatomophysiologique de la voix. Pour le CNRTL<sup>15</sup> la définition de la voix est « Son, ensemble de sons produits par la bouche et

---

<sup>14</sup> PICOCHÉ J. (1997) p.522

<sup>15</sup> Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

résultant de la vibration de la glotte sous la pression de l'air expiré »<sup>16</sup>. Mais prêtons plutôt attention à celle proposée par Guy Rosolato, médecin et psychanalyste français : « La voix peut être définie dans les mêmes termes que la pulsion freudienne. Elle a une source corporelle, organique et d'excitation, une force, un champ, un but de plaisir, lié à une tension à réduire, un objet, pour atteindre un récepteur, assurer une communication. »<sup>17</sup>

Cette définition a un sens psychomoteur. Nous y trouvons les notions d'une création intérieure qui va vers l'extérieur avec une notion du son vocal qui franchit une limite corporelle, l'enveloppe corporelle, le tout pour être entendu par un « récepteur ». Ce « récepteur » peut être l'émetteur lui-même par la boucle audio phonatoire essentielle lorsqu'il s'agit d'ajuster notre voix mais aussi il peut être une autre personne dans un but de communication. Au-delà d'une vocation à communiquer, les notions de plaisir ainsi que la fonction de tendre à réduire les tensions sont avancées. Les émotions et les tensions ne sont-elles pas les composantes du tonus ? La voix aurait donc un lien avec le tonus. Il emploie le terme de pulsion freudienne et, en ce sens, rejoint Jacques Lacan qui associe aussi la voix à la pulsion et la définit comme « la quatrième pulsion, l'expérience la plus proche de l'inconscient<sup>18</sup>. Cette association voix/pulsion me parle en ce sens que nous parlons bien de quelque chose qui est poussé (pulsion vient de *pulsio* en latin qui signifie « action de pousser ») du dedans vers le dehors. Cette voix poussée à l'extérieur serait proche de l'inconscient, c'est-à-dire pas tout à fait dans le conscient. N'est-ce pas là un angle d'observation pour le psychomotricien ?

## B- L'appareil Phonatoire

L'objet ici n'est pas de faire une description anatomo-fonctionnelle détaillée de l'appareil phonatoire mais d'expliquer succinctement le mécanisme de production du son vocal chez l'homme.

Sur le plan de l'anatomophysiologie, le son vocal est émis grâce à l'air expiré par les poumons sur le temps respiratoire de l'expire. Cet expire qui peut être plus ou moins long et régulier est contrôlé par le diaphragme. L'air arrive au

---

<sup>16</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/voix>, consulté le 19/03/2018

<sup>17</sup> ROSOLATO G., 1978, p.39

<sup>18</sup> LACAN J., 1973, p.96

larynx, passe entre les cordes vocales qui, rappelons-le, sont au nombre de deux. Elles sont deux petits muscles, dissimulées sous des replis laryngés et positionnées de manière horizontale. Le larynx de l'enfant est situé en haut dans le cou, par rapport à celui de l'adulte qui est plus bas. Sa position s'abaisse progressivement au cours de la croissance. L'air expiré fait vibrer les cordes vocales. Leur longueur varie d'une personne à une autre selon l'âge et le sexe. A titre indicatif le nourrisson possède des cordes vocales d'environ 4 mm. A l'âge de 5 ans elles mesurent environ 8 mm pour atteindre à l'âge adulte entre 9 à 13 mm chez la femme, et entre 15 et 20 mm chez l'homme. Leur vibration permet l'émission d'un son qui est amplifié dans les résonateurs supra-laryngés. Ces résonateurs participent fortement à l'unicité de chaque voix. Le fait qu'ils soient si développés est spécifique à l'espèce humaine. « Comme l'a remarquablement décrit Jeffrey T Laitman, l'évolution la plus importante de *l'homo-erectus* est bien, mis à part son cerveau, la formation des résonateurs. »<sup>19</sup> Le timbre de notre voix est la résultante audible du modelage par ces résonateurs du son émis grâce à la vibration des cordes vocales. Il donne la couleur personnelle à notre voix. Jean Abitbol, médecin et chirurgien spécialiste de la voix, insiste sur la notion d'identité vocale. Il évoque le cas des jumeaux homozygotes communément appelés « vrais jumeaux » parce qu'ils ont le même matériel génétique. Il écrit que « si l'émission vocale, dans l'enfance, est strictement identique, les cicatrices de la vie apportent des différences perceptibles »<sup>20</sup> Par conséquent, quand bien même les apports anatomiques et physiologiques sont identiques, les expériences de la vie modèlent notre voix. A chaque son produit c'est une part de notre histoire via notre corps que nous dévoilons, c'est une part de notre unicité et de notre identité. Dans notre quotidien qui n'a pas reconnu quelqu'un à sa voix avant de l'avoir vu ? Cette unicité de la voix est d'ailleurs le « gagne-pain » des imitateurs.

---

<sup>19</sup> ABITBOL J., 2005 p.40

<sup>20</sup> Ibid., p.18

### C- La boucle audio phonatoire

Nous avons vu le mécanisme de production du son. Le système de contrôle de notre production vocale est essentiel pour adapter notre voix à notre interlocuteur, à notre intention vocale et aux situations environnementales.

Lorsque le son sort de la bouche, l'oreille le perçoit soit par propagation aérienne, soit par propagation osseuse. En anatomo-physiologie trois parties composent l'oreille : externe, moyenne, interne. Les ondes sont recueillies par l'oreille externe elle-même constituée du pavillon, du conduit auditif et du tympan. Le tympan est relié mécaniquement dans l'oreille moyenne par une chaîne de trois osselets - appelés marteau, enclume et étrier- à une autre membrane fermant l'oreille interne. L'oreille interne est enroulée en spirale, d'où le nom de cochlée qui signifie escargot en grec. La cochlée est remplie d'un liquide appelé endolymphe. Elle constitue la dernière étape de l'intégration du son avant le nerf auditif. Les cellules ciliées situées dans la cochlée et stimulées par le mouvement de l'endolymphe, peuvent ensuite exciter les fibres nerveuses du nerf auditif qui transmet l'information au cerveau. Une fois ce son perçu, le cerveau analyse puis valide, ajuste ou corrige l'action vocale.

Un élément reste à détailler, la transmission osseuse. En 2013, Mathilde Sagaire, journaliste, signe un article dans lequel elle rapporte les propos du Dr William Cullinan, directeur de l'Integrative Neuroscience Research Center de l'université Marquette, aux États-Unis. « L'acte physique de produire un discours impliquant la contraction des muscles du larynx ainsi que d'autres, crée une vibration transmise du cou au crâne où se trouve la totalité de l'appareil auditif. »<sup>21</sup>, Ainsi, quand nous parlons, nous percevons notre propre voix, presque uniquement à travers les os, ce qui modifie considérablement la perception que nous avons d'elle. Mais quand nous entendons un enregistrement de notre propre voix, les sons entendus par la voie osseuse sont éliminés. C'est la raison pour laquelle il est difficile de se reconnaître.

---

<sup>21</sup> <http://www.slate.fr/lien/54863/pourquoi-pas-aimer-notre-voix>, consulté le 24 mars 2018

## D- La prosodie

La prosodie est l'intonation correspondante à la mélodie qui accompagne la parole ou le babillage. Elle correspond à la variation de différentes caractéristiques au cours de la phrase, dont les principales sont la hauteur, l'intensité et la durée. Une intonation « de base » est caractéristique de chaque langue (par exemple l'intonation française est différente de l'intonation anglaise) et dépend de la structure syntaxique de la phrase, du contexte sémantique mais aussi beaucoup de l'émotion du locuteur. Les expressions qui lient la voix et les émotions ne manquent pas : « je suis resté(e) sans voix », pour exprimer le fait d'être abasourdi, ou « avoir la gorge serrée » ou « une voix étranglée » lors d'une émotion forte. D'un point de vue linguistique « La prosodie est la branche de la linguistique dont relèvent l'étude de l'accentuation (mise en valeur d'une ou de plusieurs syllabes dans la chaîne parlée), du phrasé (agencement des syllabes et des mots en groupes prosodiques de différents rangs) et de l'intonation (étude de la variation des cibles et de contours mélodiques, et de leur signification dans la langue ; mais aussi des tons, dans les langues qui ont des contrastes tonals) »<sup>22</sup>.

Une étude récente sur « la prosodie du français » montre que la prosodie de la langue se mêle à celle de la langue première du pays qu'on pourrait nommer « langue maternelle » du pays. « Les études ont ainsi montré que les variétés de langues européennes qui ont émergé dans les anciennes colonies outre-mer ont un système prosodique clairement influencé par les autres langues parlées dans ces régions. L'espagnol argentin comporte des contours intonatifs qui affichent une parenté avec l'italien<sup>23</sup>, l'anglais nigérien est influencé par les systèmes tonals des différentes langues nigériennes<sup>24</sup>, l'anglais de Hong Kong par le système tonal du cantonnais<sup>25</sup> ». <sup>26</sup> La pression culturelle façonne en partie notre voix. D'un point de vue psychomoteur, on peut y voir une forme tonico-prosodique qui serait assez malléable pour s'accorder sur deux systèmes linguistiques parfaitement différents. De la même manière que le bébé reconnaît et s'accorde à la voix et la prosodie maternelle, le locuteur (au sens de celui qui donne de sa voix) adapte sa prosodie à celle de « la langue maternelle du pays.

<sup>22</sup> AVANZI M., et BORDAL STEIEN G., 2016, p.5

<sup>23</sup> COLANTONI L. et GURLEKIAN J., 2004, pp.107-119

<sup>24</sup> GUT U., 2005, pp.153-177

<sup>25</sup> LIM L., 2009, pp.218-239

<sup>26</sup> AVANZI M., et BORDAL STEIEN G., Ibid, p.6

### III. Lena, « les limites et la voix »

Mais revenons à Léna. Si je retrace l'histoire vocale de Léna dans le temps de la prise en soin des quelques mois durant lesquels je l'ai accompagnée, il y a tout d'abord ses vocalisations du début d'année qui m'ont tant interpellée. Je suis allée chercher dans la théorie les réponses aux questions que je me posais en ce début septembre 2016. Pour rappel : pour quelle raison vocalisait-elle comme cela avant ? Était-ce un problème d'enveloppe ? Maintenant que sa maison est bien fermée son enveloppe est-elle plus sécurisée ? Si elle vocalisait avant n'était-ce pas pour se sentir exister par l'aspect vibratoire, dans une enveloppe insécurisée ?

#### A- Eclairage théorique sur la notion d'enveloppe psychocorporelle

Le concept de « Moi peau » de Didier Anzieu peut être mis en lien avec la problématique de Léna. L'objet ici n'est pas de détailler les travaux de D. Anzieu mais de s'intéresser à ce qu'il appelle « l'interface » qui participe à la structuration du Moi peau et d'évoquer les auteurs qui l'ont précédé et desquels il a pu s'inspirer.

Sigmund Freud écrit en 1923 dans *Le Moi et le Ça* : « Le Moi est avant tout corporel, il n'est pas seulement un être de surface mais il est lui-même la projection d'une surface. »<sup>27</sup> Dans cet essai il insiste sur l'importance de la surface du corps, des sensations, des expériences et des échanges tactiles pour la constitution du psychisme de l'individu, pour la constitution de son Moi.

Donald Woods Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais pense en 1945 que c'est la mère qui, face à l'immaturation psychique et motrice de son bébé joue un rôle de discrimination entre le monde intérieur et extérieur. Elle régule les stimuli et a un rôle de « pare excitation » jusqu'à ce que son enfant soit assez avancé dans son développement psychocorporel pour assumer seul cette fonction. Si elle a bien joué son rôle (mère suffisamment bonne) l'enfant investit ses limites corporelles et notamment sa surface cutanée comme une protection sécurisée dont il a besoin. Elle est facteur de protection contre les éventuelles agressions

---

<sup>27</sup> FREUD S., 1923, pp. 219-275.

extérieures et envisagée constante sans menace d'effraction ou de porosité.<sup>28</sup> D.W. Winnicott insiste également sur la continuité des expériences corporelles de portage, *le holding*<sup>29</sup>, et *handling*<sup>30</sup> pour la maturation affective de l'enfant.<sup>31</sup>

Inspiré entre autres auteurs par S. Freud et D.W. Winnicott, D. Anzieu élabore ce qu'il appelle *le* « Moi peau » qu'il définit comme étant « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au court des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps »<sup>32</sup> Il évoque une structure en double feuillet. Un feuillet uniquement tourné vers l'extérieur et constitué par les messages externes reposant sur les fantasmes de la peau commune à la mère lors de « l'identification adhésive »<sup>33</sup> au stade de fusion narcissique primaire. En grandissant l'enfant se différencie de sa mère par l'effacement de cette peau commune. Chacun ayant désormais sa propre peau, son propre Moi. Un feuillet interne à double faces : l'une est sensible aux signaux sensoriels, kinesthésiques sur sa partie interne et l'autre est tournée vers l'extérieur sur sa partie externe. Ce feuillet garde en mémoire les traces mnésiques.

Cette théorie de double feuillet constituant l'enveloppe rejoint celle développée par André Bullinger lorsqu'il décrit la fonction proprioceptive. Il évoque la détection de covariations entre différentes boucles sensori-motrices qui permet de constituer une première enveloppe corporelle qui serait la face interne alors que l'enveloppe tournée vers l'extérieur, celle qui favoriserait le contact à autrui serait l'enveloppe externe<sup>34</sup>.

---

<sup>28</sup> WINNICOTT DW., 1956, pp. 168-174

<sup>29</sup> *Holding* : Notion développée par D.W. WINNICOTT en 1956. Elle désigne le maintien, la façon dont est porté l'enfant physiquement et psychiquement. Il s'agit des soins maternels qui soutiennent le Moi de l'enfant encore immature. Le *holding* étaye la construction du self de l'enfant à condition que la mère lui offre une sécurité affective et protectrice. Il participe au sentiment d'exister comme une unité à part entière.

<sup>30</sup> *Handling* : notion décrite par D.W. WINNICOTT signifiant manier, traiter. Le *handling* se rapporte à la façon dont la mère prend soin de son enfant au quotidien.

<sup>31</sup> WINNICOTT DW., 1945, pp. 33-48

<sup>32</sup> ANZIEU D., 1985, p.39

<sup>33</sup> Le terme « d'identification adhésive » a été introduit par E. BICK dans les années 70 (un article non publié, cité par F. TUSTIN dans la bibliographie de « Autistic states in children » aurait été écrit ou exposé par elle en 1975) Ce concept fut ensuite repris par G. HAAG.

<sup>34</sup> BULLINGER A., 1998, p.33

## B- Lecture théorique de la problématique de Léna

### 1- La structuration psychique de Léna :

Si l'on se réfère au médecin psychiatre, Léna présente dès l'âge de 8 ans une structure psychotique. La psychologue de l'IES retrouve des éléments en faveur d'une psychose alors que Léna est adolescente. Il existe différents troubles psychotiques répertoriés au sein de la classification internationale tel le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (également désigné par le sigle DSM, abréviation de l'anglais : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Le terme « psychose » date de 1845 » lorsque Ernst Von Feuchter Sleben, psychiatre et philosophe autrichien y recourt pour remplacer le terme controversé de « folie ». Pour Pierre Ferrari, « La psychose infantile se définit comme un trouble portant sur l'organisation de la personnalité de l'enfant, entraînant des défaillances majeures dans l'organisation de son Moi et de son appareil psychique ainsi que dans l'organisation de sa relation au monde et à autrui »<sup>35</sup>. Le sujet fonctionnant sur le mode psychotique possède une structuration identitaire fragile caractérisée par une inconstance des limites, des angoisses pouvant être de l'ordre de l'intrusion ou du morcellement. La différenciation entre le moi corporel et le moi psychique, entre le dedans et le dehors n'est pas une évidence. Le sujet psychotique ne bénéficie pas d'un sentiment constant de soi comme unité.

### 2- Face interne et vibrations vocales :

En début de prise en soins, Léna vocalise fort, dans les graves. Elle ne supporte pas de rester dans « sa maison » ajourée et sans porte n début de séance. Elle est cachée dans cette maison et vocalise tant qu'elle peut.

Nous l'avons vu plus haut le son vocal engage les résonateurs ainsi que conduction osseuse. Il est « tout vibrations ». Léna vocalise des sonorités graves qui résonnent au niveau du thorax, du tronc et descend dans les jambes. Les sons graves sont utilisés en préparation à l'accouchement. Les ondes vibratoires sont comme un massage de la partie interne du tronc. Elles sont amples et pleines. Elles

---

<sup>35</sup> FERRARI P., 1994, p. 116

tapissent l'intérieur et sont descendantes contrairement aux sons aigus qui eux résonnent plus au niveau du haut du thorax du cou et de la tête. Je pense que Léna vocalise ainsi pour « se sentir de l'intérieur » sentir une « continuité d'exister »<sup>36</sup> alors qu'elle n'est plus sous notre regard enveloppant. Je pense qu'elle tapisse « son feuillet interne » qu'il soit celui décrit par D. Anzieu ou celui décrit par A. Bullinger. D'un point de vue psychomoteur Léna me laisse à entendre qu'il est important de travailler sur le sentiment de sécurité interne.

### 3- Face externe de l'enveloppe de Léna :

#### a) *Léna et la neurofibromatose (maladie de Recklinghausen)*

Nous avons vu plus haut que ce syndrome génétique dont est porteuse Léna se manifeste dans la toute petite enfance par l'apparition de taches « café au lait », indolores sans nocivité. En revanche ces taches sont un signe diagnostique fort de cette maladie et annonciatrices, en dehors des neurofibromes, d'autres taches appelées « lentigines » qui apparaissent plus tardivement au niveau inguinal et sous axillaire. Ces lentigines sont de toutes petites tailles, aussi de couleur « café au lait », parfaitement indolores et confirment le diagnostic clinique en dehors de la recherche génétique.

Au cours de ma pratique infirmière j'ai rencontré des patients porteurs de cette maladie et dans tous les cas l'élément d'appel fut la présence des taches cutanées découvertes dans la toute petite enfance. Bébé, et petite fille, Léna a inévitablement été surveillée en dermatologie et a dû ressentir que sa peau était l'objet de surveillance. L'enveloppe déjà fragile était potentiellement une peau qui n'était pas fiable. Plus tard, enfant, des neurofibromes sont apparus sous la peau telle de petites boules, parfois douloureuses. L'hypothèse d'un sentiment d'insécurité consécutif à la surveillance médicale dermatologique régulière et à la survenue de lésions cutanées a trouvé écho dans ce qu'écrit Sylvie Consoli, dermatologue et psychanalyste. Dans son livre, elle fait part de ses rencontres avec des patients qui présentent une discontinuité de leur enveloppe. Elle parle du livre

---

<sup>36</sup> Concept de WINNICOTT D.W. qui relie le sentiment de continuité de l'existence au *holding* maternel. L'enfant passe de la non-intégration de sa personnalité à son intégration à travers des stades de dépendance : la dépendance absolue, la dépendance relative puis l'indépendance. Ce processus donne à l'enfant une structure stable qui l'amène à construire son monde intérieur et à acquérir une identité.

*Le Moi-peau* de D. Anzieu et écrit « Ce livre a également permis aux dermatologues de connaître l'existence de patients présentant un état-limite, patients souvent rencontrés en dermatologie, probablement parce que la peau est un organe visible et facilement accessible aux manipulations du sujet et qu'elle est, comme nous l'avons vu précédemment, la représentante de la limite de l'espace psychique de l'individu ... Ils ne peuvent s'appuyer sur un Moi-peau fiable leur appartenant en propre. Tous, quelle que soit leur problématique individuelle, vivent leurs limites corporelles et psychiques comme non fiables. »<sup>37</sup> Léna présente elle aussi non pas un état limite mais une structuration psychotique qui, en plus des lésions cutanées, font qu'elle est dans une construction fragile de son enveloppe.

*b) Léna, la voix et la surdité :*

La surdité de Léna fait qu'elle est dépourvue de boucle audio phonatoire dont nous avons vu le fonctionnement plus haut<sup>38</sup>. Cette boucle audio phonatoire participe à la construction du Moi corporel. Dans la petite enfance elles participent à la formation des limites de l'enfant. Geneviève Haag parle de « bain de parole » et de « boucle-retour »<sup>39</sup>. Elle aborde l'introjection de la contenance à partir du modèle du flux corporel ou sensoriel, en lien avec les travaux de A. Bullinger. Puis, s'appuyant sur les travaux de Bion portés sur la relation contenant/contenu, elle parle de « mouvements tourbillonnaires » au sein desquels la mère répond à son bébé sur les mêmes modalités que lui, en ajoutant de petites variations dans sa réponse. Elle crée un « point de rebond » qui pourrait se résumer à ce que le bébé connaît, ajouté à la légère variation apportée par la mère. Elle installe ainsi des boucles retours. C'est la multiplicité de ces boucles qui va constituer l'enveloppe circulaire de la contenance qui sera progressivement intériorisée comme enveloppe du Moi. Ces boucles retours passent notamment dans la toute petite enfance par la voix maternelle, les intonations, les chants.

« Le Moi-peau comme représentation psychique émerge des jeux entre le corps de la mère et le corps de l'enfant ainsi que les réponses apportées par la mère aux sensations et aux émotions du bébé, réponses gestuelles et vocales, car l'enveloppe sonore redouble alors l'enveloppe tactile, réponses à caractère

---

<sup>37</sup> CONSOLI S., 2003, p.286

<sup>38</sup> Supra p.24

<sup>39</sup> HAAG G., 1991, pp. 73-92

circulaire où les écholalies... permettent au tout-petit d'éprouver progressivement ces sensations et ces émotions à son propre compte sans se sentir détruit »<sup>40</sup>.

Léna, du fait de sa surdité, n'a pu avoir une telle construction au niveau de son canal sensoriel audio phonatoire dont on sait qu'il est le premier canal. Avant de reconnaître l'odeur de sa mère, le goût de son lait, la texture de sa peau, le tout petit reconnaît en premier la voix maternelle. Cette voix est la première qui l'enveloppe. Elle est le fil conducteur entre le dedans et le dehors. Le bébé est sensible à sa tonalité, son rythme, son intensité et sa prosodie. Au moment de la naissance, la voix de l'un rassure l'autre dans la dyade mère-bébé. Le premier cri du bébé est interprété par la mère comme « un cri de vie » le signe que « tout va bien » et la voix maternelle rassure l'enfant parce qu'il la connaît déjà, elle fait partie de lui.

*c) Le travail de la construction de « sa maison »*

Nous avons passé du temps lors des premières séances à construire nos maisons. Suzanna Miglioranza, psychomotricienne écrit « Le face-à-face avec la construction est de l'ordre du miroir rendant une image globale du corps de l'enfant »<sup>41</sup>. Au fur et à mesure, Léna a pu parfaire son habitat, rester paisiblement « dans sa maison », y respirer tranquillement et confortablement, s'y installer comme pour un court instant de repos.

La maison bien hermétique et équipée d'une porte qu'elle peut ouvrir ou fermer à souhait lui a permis d'étayer son enveloppe externe et le sentiment d'unité, au moins en son sein. Pour Bernard Senn, psychomotricien, les constructions de cabanes « permettent la réunification, par un acte concret, de ce qui est de l'ordre du corporel, du tangible et de ce qui est de l'ordre du psychique, de l'affectif et du rêve »<sup>42</sup>.

---

<sup>40</sup> ANZIEU D., 1995, p.124

<sup>41</sup> MIGLIORANZA S., 2006, p106

<sup>42</sup> SENN, B., 2005, p 74

### C- La voix, l'axe corporel, les postures d'autorité, quel(s) rapport(s) avec le tonus ?

Les bruits environnementaux, les sons de la voix maternelle sont organisateurs du tonus. L'enfant sourd est toujours surpris par ce qui apparaît dans son champ visuel car son audition ne peut pas le prévenir de sa survenue. Il se trouve donc très tôt en état de recrutement tonique de vigilance. Chez ces enfants il persiste souvent une hypertonie du plan arrière ainsi que des difficultés de régulation tonique.<sup>43</sup> Chez Léna, les difficultés de régulation tonique sont en lien avec les difficultés d'ajustement relationnel. Quand je la rencontre, sa principale difficulté est la régulation de tonicité axiale qui est soit hypotonique lorsqu'elle est calme, soit complémentent hypertonique.

Du point de vue anatomo-physiologique l'axe corporel peut être défini comme étant la « construction de la colonne vertébrale telle un mat articulé en un enchainement de vertèbres mobiles, et ses haubans musculaires le relie non seulement aux autres éléments du tronc (bassin, thorax, crane) mais également aux membres »<sup>44</sup>. « L'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales. Il fait de l'organisme un lieu habité »<sup>45</sup>.

Cet axe est aussi le symbole de la verticalisation. Ce qui m'a très vite interpellée c'est la manière dont l'axe de Léna pouvait s'édifier et dégager une puissance lors des vocalisations graves et puissantes. Elle adoptait des postures telles que celles décrites dans les correspondances entre les affinités spatiales et les typologies des chaînes musculaires selon Godelieve Denys-Struyf détaillées par Benoit Lesage<sup>46</sup>. Elle présentait une prédominance des chaînes potéro-médiane et postéro latérale. Ses postures étaient accompagnées d'un doigt directeur qui nous guidait ou nous réprimandait. Parfois, elle tapait du pied en même temps qu'elle vocalisait fortement dans les graves. J'y voyais les postures des policiers, des militaires. J'ai évoqué plus haut que cette voix grave et pleine m'évoquait « la voix du père » issue du concept Freudien et Suzanne Robert-Ouvray vient conforter mon

---

<sup>43</sup> CAJAL M., cours magistral, « *Surdité et prise en charge en psychomotricité* » Hôpital St Antoine, 30/11/2016

<sup>44</sup> ROBERT OUVRAY S. et SERVANT-LAVAL A., 2011, p.169

<sup>45</sup> BULLINGER A., 1998 p.35

<sup>46</sup> LESAGE.B, 2012, pp.101-104

intuition lorsqu'elle écrit « L'intégration de l'axe vertébral préfigure l'axe psychique... Symboliquement, je peux dire que l'enfant étayera sur le « dos moumère » sécurisant, le « dos dur-père » soutenant »<sup>47</sup>. Léna nous montrait comme la posture d'autorité est empreinte de force, d'un tonus axial à son paroxysme, d'une voix forte, pleine et puissante. Cette voix grave lui provoque des vibrations descendantes contrairement au son vocal aigu. Non seulement les vibrations agissent comme un renfort de l'axe mais fortifient les appuis.

Mais ce qui m'intéresse le plus c'est le rapport avec la voix. « Dans le système intégratif, par opposition à l'hypertonie qui étaye le dur, l'insatisfaction, le désagréable et le mauvais objet, l'hypotonie du rachis étaye le mou, l'agréable, la quiétude... »<sup>48</sup>. L'axe corporel est aussi le lieu d'introjection des bonnes choses et participe à la construction du narcissisme. Chez le bébé la tonicité de l'axe est parfaitement corrélée à la voix. L'hypotonie de satisfaction est accompagnée de gazouillis tandis que l'hypertonie axiale est liée aux cris de faim, d'angoisse, douleur et frustration décrits par D. Anzieu suite aux travaux de Katherine Wolf<sup>49</sup>.

#### IV. Conclusion Partie 1

Cette modalité de prise en soins fut possible grâce à la mise en place d'un cadre structurant qui, comme nous l'avons vu a été resserré lorsque nous avons demandé à Léna de venir en séance avec une histoire complète. Après réflexion, ce resserrement du cadre avait été initié par Léna elle-même puisqu'à chaque séance elle rejouait la scène du taxi qui vient nous chercher pour nous emmener à l'école. C'est elle qui a amené cette invariance dans les séances. Je garde en mémoire le fait qu'à la dernière séance elle n'ait pas demandé à jouer cette scène. Et je l'interprète comme un sentiment de sécurité intérieure trouvée qui lui a permis de se détacher du cadre qu'elle s'était imposé.

---

<sup>47</sup> ROBERT OUVRAY S., 2007, p.171

<sup>48</sup> Ibid., p.169

<sup>49</sup> ANZIEU D., 1995, p.188

Le petit bout de laine que j'avais trouvé en septembre, celui qui m'avait interpellé sur la voix de Léna n'a fait que grandir à mesure que je tirais dessus. J'ai remarqué que la voix suivait le tonus. C'est par le jeu de faire semblant, par un travail sur les postures d'autorité, que peu à peu nous sommes parvenues à un meilleur ajustement tonique dans la relation à l'intérieur du jeu, puis au quotidien. Je rappelle qu'en fin d'année scolaire nous n'entendions plus la voix de Léna résonner dans les couloirs de l'établissement comme c'était le cas en septembre. Léna s'est positionnée dans la relation ce qui a contribué à sa narcissisation et à la construction de son image du corps. Par un dialogue tonico émotionnel<sup>50</sup> mieux adapté, la voix s'est ajustée. Cela a été possible sans boucle audio phonatoire fonctionnelle ; ce que je trouve très intéressant.

---

<sup>50</sup> J. de AJURIAGUERRA reprend les travaux de H. WALLON sur le « dialogue tonique » et définit le dialogue tonico-émotionnel comme étant le reflet des états émotionnels en premier lieu de la mère et de son bébé formant ainsi un mode de communication corporelle. Le dialogue tonico-émotionnel est empreint d'émotions transmises dans la relation.

**PARTIE 2 :**  
**PETIT BOUT DE LAINE DEVIENDRA GRAND**

Après mon stage à l'IES et ma rencontre avec Léna, je découvre d'autres lieux de stages et d'autres populations. C'est lors d'un stage en crèche que je vais me rendre compte des « pouvoirs » de la voix et que je vais comparer mes nouvelles expériences avec celles vécues auprès de Léna. Ce tout petit fil de laine que j'avais tiré quelques mois auparavant allait encore grandir au fur et à mesure de mes rencontres. Je vais présenter ici, non pas des cas cliniques mais des vignettes cliniques, des instants observés et vécus sur différents lieux de stages. Ces rencontres n'ont fait qu'accroître mon intérêt pour la voix en psychomotricité.

## **I. A la crèche**

### **A- Présentation de l'établissement et du personnel**

La crèche qui m'accueille en stage est connue dans mon département pour non seulement accueillir des enfants de 2 mois et demi à 3 ans mais aussi accueillir des enfants en situation de handicap jusqu'à l'âge de 6 ans. Les handicaps des enfants sont variés et peuvent être soit d'ordre moteurs, mentaux, liés à des maladies génétiques, des lésions neurologiques ou encore à des désordres hormonaux. La directrice et la sous directrice sont des infirmières puéricultrices. Une assistante sociale aide les familles à trouver des financements et fait le lien entre les différentes structures d'accueil lorsque leur enfant n'est plus en âge d'aller à la crèche.

Une autre particularité de cette crèche est d'avoir une psychomotricienne salariée qui travaille à 75 % équivalent temps plein. C'est la seule crèche de la ville qui embauche une psychomotricienne. Son cadre de travail est spécifique. Son rôle est « d'accompagner, prévenir et soutenir le développement psychomoteur des enfants de la crèche ». Il peut s'agir aussi bien d'enfants bien portants que d'enfants en situation de handicap. En clair, elle ne doit pas faire de « séance » et ne remplace aucunement la psychomotricienne d'un enfant qui serait suivi en libéral par exemple. D'ailleurs, elle n'a pas de salle ou d'espace spécifique pour son activité et intervient au sein des trois unités de la crèche.

## B- Rencontre avec Louise : vignette clinique

Dès le début de mon stage nous sommes interpellées par l'équipe d'auxiliaires qui est en difficulté avec Louise.

Louise est une fillette de 5 ans. Elle présente un syndrome autistique<sup>51</sup> diagnostiqué depuis deux ans. Elle est suivie en CMP<sup>52</sup> depuis trois ans à raison de deux demi-journées par semaine. Elle vient à la crèche tous les lundis et parfois un peu plus lorsqu'il y a de la place et que cela est possible. Le reste du temps elle est avec sa maman.

Louise me paraît être très à l'aise sur le plan moteur. Elle court, saute, fait du quatre pattes, du tricycle sans aucun problème.

Sur le plan cognitif je vois tout de suite qu'elle n'a pas accès à la continuité de pensée. Elle prend un jeu puis le jette. Elle part à l'autre bout de la pièce, monte sur le tricycle, pédale quelques secondes, descend et déambule dans la salle de jeu puis sort dans le jardin de la crèche. Parfois, elle vient s'agripper à moi sans jamais me regarder. La psychomotricienne m'explique que Louise présente de temps à autre des gestes impulsifs. Il lui arrive de faire mal aux autres enfants. D'ailleurs je la vois caresser les joues de ma maîtresse de stage puis, soudain, lui claquer fortement les joues entre ses deux mains.

Sur le plan relationnel, Louise ne communique pas avec les autres enfants. Elle dit quelques mots comme « tiens », « vélo » Elle est souvent en hyperkinésie<sup>53</sup> et ne se pose que très rarement. La psychomotricienne de la crèche a réussi à créer un lien avec elle. Elle communique avec elle par des bruits de langue et des chuchotements.

Un lundi, l'équipe nous demande de voir Louise pendant le temps de sieste des autres enfants car « Louise est agitée et personne ne parvient à la canaliser ».

---

<sup>51</sup> Selon la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) recommandée par l'HAS (Haute Autorité de Santé), le syndrome autistique est un trouble développemental débutant avant l'âge de 3 ans et touchant simultanément les interactions sociales, la communication et le comportement avec des gestes répétitifs et des intérêts restreints. Des troubles sensoriels viennent s'ajouter à ce tableau.

<sup>52</sup> CMP : Centre Médico Psychologique

<sup>53</sup> L'hyperkinésie se définit comme un état d'hyper-agitation corporelle

Elle court dans la salle de jeux où nous nous trouvons toutes les trois. Parfois, elle vient s'agripper à l'une d'entre nous puis repart sans un regard. La psychomotricienne commence à faire des bruits de langue et Louise est réceptive. La fillette s'approche d'elle et écoute, immobile. Puis, elle repart en courant claquant de la langue à son tour. Elle s'agrippe à moi, je sens son hypertonie. Je la prends dans mes bras et je chuchote à son oreille. Elle m'écoute quelques instants puis repart à courir et sauter dans la salle. Elle sort dans la cour. Là, sur le sol, elle ramasse des brindilles de pin tombées dans le jardin et commence à les manger. La psychomotricienne parvient à l'approcher et à l'emmener dans la petite cabane en bois du jardin afin qu'elle se trouve dans un environnement plus contenant. Louise ne reste pas en place. La psychomotricienne lui parle plus fort « Louise, viens avec moi, calme-toi ! » mais Louise ne prête aucune attention au langage parlé quand bien même la psychomotricienne hausse le ton. Soudain, la psychomotricienne imite le rugissement d'un lion en colère et pousse un cri : Grrrrh ! Très fort !

Je suis très surprise et je me mets en retrait pour observer. Je vois que Louise, elle aussi, est surprise. Elle arrête de bouger et après quelques secondes, elle lui répond sur le même registre. « Grrrrh ! » Très fort aussi !

C'est alors que commence entre elles-deux un « dialogue félin ». Au départ, le dialogue est « puissant et féroce ». La psychomotricienne est assise dans la maison tandis que Louise est debout. Elles sont à la même hauteur mais pourtant leurs regards ne se croisent pas. Les sons sont gutturaux, les bouches sont ouvertes laissant apparaître les dents. A cet instant seuls les sons les unissent. Peu à peu, la psychomotricienne baisse l'intensité du rugissement du lion et Louise s'accorde à l'intensité du son émis par la psychomotricienne. Au bout de quelques échanges de rugissements, le « Grrrrh » du départ devient peu à peu de faible intensité pour se transformer en un miaulement de chat « Miaou, Miaou ». Au fur et à mesure que la psychomotricienne fait le chat, Louise se détend, s'accorde, imitant à son tour le cri d'un tout petit chat avec un « miaou » tout doux.

A mesure que baisse l'intensité du son vocal Louise régule son tonus. Son tonus s'abaisse. La psychomotricienne fait alors le ronronnement du chat, doux et régulier. Louise est à présent détendue et contre toute attente elle vient se positionner contre la psychomotricienne et pose sa tête sur ses genoux, en lui

présentant son dos. Louise se laisse masser. Elle ne fait plus un bruit. Elle est parfaitement relâchée et détendue.

A distance de cet instant, je demande à ma maître de stage si elle avait déjà fait cela avec Louise. « Non, jamais » me répond- elle. Je lui demande alors ce qui l'avait incité à « rugir » ainsi. Elle m'explique que lorsqu'elle avait vu Louise manger les brindilles de pin par terre, cela lui avait évoqué un « état de régression primitif ». Comme nous n'arrivions pas véritablement à entrer en communication avec Louise, elle avait eu l'idée de s'adresser à elle sur le mode utilisé par Louise à cet instant. Le rugissement du Lion comme communication primitive lui était venu spontanément. Enfin, comme Louise était réceptive à ce mode de communication elle avait tenté de faire descendre les tensions découvrant, en même temps que moi, les effets sur sa régulation tonique. Cela rejoint ce que pensait Michael Balint, psychiatre et psychanalyste hongrois en 1971 pour qui « la relation d'objet est toujours une interaction ... et le plus souvent les moyens non verbaux interviennent également pour la créer et la maintenir. »<sup>54</sup> « Il y a donc une correspondance entre le processus régressif et le mode de communication que le thérapeute doit utiliser avec le patient et qui recourt davantage au canal corporel et émotionnel qu'au langage verbal. »<sup>55</sup>

Je trouve cet instant magique. Je viens d'assister à ce que je qualifie spontanément d'accordage vocal. C'est le terme qui me vient en tout premier lieu. Mais rapidement je mesure que la voix est liée à d'autres notions. Depuis ma rencontre avec Léna, je sais que la voix s'accorde au tonus mais je viens d'assister à une scène qui me montre que l'inverse est aussi possible. Dans le cas de Louise, c'est le tonus qui suit le son vocal. Je me demande alors comment fonctionne cette forme accordage et de quoi il est composé.

### 1- Le dialogue vocal :

J'envisage à cet instant l'accordage vocal dans le sens d'une « mise en harmonie » des sons vocaux pour un ajustement inter-locuteurs. Il existe une expression familière pour illustrer mon propos : « Accorder ses violons ». Il s'agit

---

<sup>54</sup> BALINT M, 1971, p.215

<sup>55</sup> MARC E, 2002, p.34

de la mise en harmonie de plusieurs personnes, pour tomber d'accord dans une forme de communion. Mais pour que cela soit possible, au tout début de cette interaction, il faut qu'il y ait une intention de communiquer.

Concernant la vignette clinique de Louise, c'est la psychomotricienne qui a *décidé* de nuancer son retour vocal afin d'amener Louise à l'abaisser en retour. En revanche, au début de leur étrange dialogue, c'est Louise qui a *commencé* à imiter la psychomotricienne. Chacune a donc montré à l'autre son intention de communiquer, l'une par l'initiation, l'autre pas l'imitation. Cette constatation m'a amenée à chercher quels pouvaient être les paramètres qui les avaient amenées à une telle communication.

### a) *L'intentionnalité*

Edmund Husserl est le premier à avoir théorisé la notion d'intentionnalité. Philosophe et logicien, il est le père fondateur de la phénoménologie qui eut une influence majeure sur l'ensemble de la philosophie du XX<sup>e</sup> siècle. « Le mot intentionnalité ne signifie rien d'autre que cette particularité foncière et générale qu'à la conscience d'être conscience de quelque chose, de porter, en sa qualité de cogito, son *cogitatum* en elle-même. »<sup>56</sup> Le mot « intentionnalité » sous-entend qu'il y a une volonté. Mais selon Husserl, l'intentionnalité est l'instant où le sujet s'oriente vers un objet, vers une situation. C'est cette orientation qui le met en relation.

Plus récemment, Johana Revis, chercheur en linguistique, orthophoniste et vocologiste<sup>57</sup> exprime cette notion « d'intention de communiquer » par le fait que chaque interlocuteur fasse « la moitié du chemin » en vue de « converger » vers une communication efficace. Elle définit alors la notion de convergence: « Le terme de convergence est utilisé pour décrire les phénomènes d'imitation au sens large que l'on retrouve lors d'une interaction orale entre deux locuteurs. »<sup>58</sup> S'appuyant sur les travaux de Céline De Looze et Stéphane Rauzy<sup>59</sup> présentés lors d'une conférence en Italie en 2011, elle précise que : « La *convergence* consiste en

---

<sup>56</sup> HUSSERL E., 1931, p. 28

<sup>57</sup> La première référence publique au mot « vocologie » date du 13 octobre 1989 lorsque Georges Gates présente une conférence « faire face à la dysphonie » lors de la pacific voice conference (San Francisco, USA). Le vocologiste se distingue de l'orthophoniste car sa spécialité intéresse aussi les personnes qui ne présentent pas de trouble de la voix. Il s'agit plutôt de renforcer et d'améliorer les processus vocaux normaux pour répondre à des besoins spécifiques (ex profession d'avocat)

<sup>58</sup> REVIS J., 2013, p. 46

<sup>59</sup> DE LOOZE C. et RAUZY S. (2011) Firenze (Italie)

l'imitation « globale » des caractéristiques de l'autre sur l'ensemble de son discours (hauteur de la voix, intensité, débit, etc.). »<sup>60</sup> Si nous nous référons à la vignette clinique ci-dessus, on peut facilement faire le parallèle avec l'imitation mutuelle du rugissement ; et je note que cette définition de la convergence fait apparaître la notion d'imitation.

### *b) L'imitation*

C. De Looze et S.Rauzy expliquent que si en situation de dialogue, les patrons conversationnels convergent vers un point commun, il existe aussi l'utilisation de « modèles de discours similaires »<sup>61</sup>, J. Revis parle alors de « synchronie » qu'elle définit comme étant « une stratégie inhérente au processus d'imitation visant à adopter avec précision les inflexions spécifiques de l'autre (même intonation, même [sic] durées de segments, mêmes pauses dans le discours). »<sup>62</sup> Ainsi, si notre interlocuteur s'adresse à nous à voix basse nous allons progressivement réduire l'intensité de notre voix. Cette notion ne peut qu'intéresser le psychomotricien en séance. La voix devient le médiateur idéal pour amener le patient à s'apaiser sans avoir à donner des injonctions pouvant être interprétées comme des agressions « calme toi, arrête, parle moins fort ! » C'est probablement la synchronie qui a amené Louise à s'ajuster vocalement sur les intonations, les durées des rugissements puis de miaulements vocalisés par la psychomotricienne. Si accordage il y a, existe-t-il un lien avec la théorie de Daniel N. Stern ?

### 2- L'accordage affectif de D.N. Stern :

D.N Stern, pédopsychiatre, professeur émérite de psychologie à l'Université de Genève et psychanalyste américain est celui qui a théorisé ce qu'il a appelé « l'accordage affectif » au travers du développement relationnel entre le nourrisson et sa mère (ou la personne qui prodigue les soins). Dans sa conception du Soi avec l'autre, D.N. Stern s'oppose aux théories de Winnicott qui prône une fusion mère-bébé au sein de laquelle le bébé serait dans l'incapacité de se différencier de sa mère (ou figure maternante). L'accordage affectif, entre

---

<sup>60</sup> REVIS J., Ibid., p. 47

<sup>61</sup> DE LOOZE C. et RAUZY S. (2011) Firenze (Italie)

<sup>62</sup> REVIS J., Ibid., p 306

l'enfant et l'objet de soins, crée une communication interpersonnelle et joue un rôle dans la découverte par le nourrisson des différents états émotionnels internes. Le bébé se rend compte très tôt que ses expériences émotionnelles sont partageables. La figure maternelle intervient ici dans le cadre de la reformulation d'un état subjectif. « L'accordage affectif est alors l'exécution de comportements qui expriment la propriété émotionnelle d'un état affectif partagé sans imiter le comportement expressif exact de l'état interne »<sup>63</sup> mais en apportant une modification légère au comportement de base.

Si j'applique cette définition à la vignette clinique de Louise, le rugissement serait le comportement, l'état affectif serait celui d'une angoisse primitive qualifiée « d'état primitif » par la psychomotricienne. Le fait que la psychomotricienne diminue l'intensité du rugissement à chaque réponse est la variation (légère) du comportement. Ce comportement est induit par la psychomotricienne qui à travers les rugissements, puis le miaulement et le ronronnement, traduit la baisse des tensions émotionnelles chez Louise.

D. Anzieu parle de coordination « voco-motrice »<sup>64</sup> et dit que « L'acquisition de la signification paralinguistique (celle des cris puis des sons dans le babillage) précède celle de la signification intralinguistique (celle des mimiques et des gestes). »<sup>65</sup> Mais qu'en est-il de la composante tonique ? Je sais désormais que la voix est comme indissociable du tonus, elle agit sur lui et réciproquement.

Les tensions émotionnelles de Louise se sont réduites et se sont cliniquement exprimées par un abaissement considérable de son niveau tonique. Une partie de la définition du tonus<sup>66</sup> de M Jover nous rappelle qu'il est « la toile de fond de nos activités toniques et posturales » et sous-tend nos émotions. Ajuriaguerra s'appuyant sur les travaux de Wallon écrit que « les relations entre tonus et émotion sont indissociables, le corps parle face à une situation. »<sup>67</sup> Apaisée Louise s'abandonne et se relâche pour accéder à la détente. Je n'ai finalement plus envie de parler d'accordage vocal mais « d'accordage voco-tonico

---

<sup>63</sup> STERN D N., 1985, p.185

<sup>64</sup> ANZIEU D., 1995, p.190

<sup>65</sup> Ibid, p 190

<sup>66</sup> Supra p.14

<sup>67</sup> JURIAGUERRA J de, GARCIA BADARACCO J., 1953, p.41

émotionnel » sous tendu par les phénomènes de convergence et de synchronie (en premier plan vocales elles aussi).

### C- Rencontre avec Jean : vignette clinique

Jean est un bébé de 3 mois, il est né à terme et est en parfaite santé. Il se développe normalement. Il vient à la crèche quatre jours par semaine depuis deux semaines. Ses parents n'ont pu le garder plus longtemps avec eux étant dans l'obligation de reprendre le travail. Cette séparation est un déchirement pour la maman. Jean a beaucoup pleuré les deux premières semaines et l'équipe d'auxiliaires s'est montrée très attentive et contenante pour ce petit bébé. Lors de mon arrivée en stage, on me dit que Jean pleure beaucoup moins, mais « qu'en ce moment il a des coliques » qui le font terriblement souffrir. Il pleure donc beaucoup après chaque repas.

Lorsque je rencontre Jean, il dort sur un coussin. A son réveil, sa motricité spontanée est de bonne qualité. Il commence à pleurer. Son cri n'est pas alarmant, c'est un cri que je qualifierais de « normal » en toute subjectivité. Un des quatre cris de K. Wolf vus plus haut et décrits par D. Anzieu. Un cri de faim. Je le prends dans les bras. Il se calme quelques instants. Il me paraît normo-tonique, il s'enroule bien et s'impatiente à la vue du biberon. Il boit et a bon appétit.

Dès la fin du biberon je sens qu'il se raidit, et l'hypotonie physiologique axiale devient hypertonie avec apparition d'une hyperextension du plan arrière. Il pleure. Son cri s'intensifie, la bouche est grande ouverte, les yeux sont fermés rendant un contact au regard impossible. Un voile apparaît sur sa voix signant qu'il est au bout de ce que son appareil phonatoire peut fournir. Une expression commune dirait « il est au bout de lui-même ». Je comprends dans son cri l'intensité de ce qui le traverse, une douleur, une angoisse, les deux ? Je ne parviens pas à le calmer. Je tente différentes choses alors qu'il est dans mes bras : je le mets en position ventrale, puis je lui masse le ventre, je le verticalise, je marche en faisant de petites secousses, je chante une chanson... Rien ne fonctionne. Je sens que Jean est très tendu et il me semble se situer dans une boucle au cœur de laquelle la douleur digestive entraîne l'hypertonie qui augmente de nouveau la douleur et l'excitation. Le cri me semble devenir comme

« mécanique ». Peut-être que, ne pouvant faire autrement, son cri devient une enveloppe sonore à laquelle il s'accroche dans sa désorganisation ?

Je décide de m'installer confortablement au lieu de marcher dans la pièce. Je me recentre sur ce que j'ai vu et compris. Il me faut me mettre en disponibilité et accorder ma voix et mon tonus, qui je sais, vont de pair. J. Abitbol, dont nous avons parlé plus haut, écrit à ce sujet dans son dernier livre « une voix aigüe, rapide, scandée, presque haletante, d'où les silences sont pratiquement absents accentue la peur. Tandis qu'une voix plus grave, au volume parfaitement maîtrisé et faible, presque confidentiel, diminue la peur. Cette voix rassure, la gestuelle est en harmonie avec le discours. »<sup>68</sup> Il me semble que le mot « peur » pourrait être remplacé par le mot « angoisse » et que cette affirmation serait inchangée. Abitbol est médecin ORL, chirurgien et phoniatre et probablement que lorsqu'il parle de « gestuelle en harmonie avec le discours » il évoque ce qu'en psychomotricité nous appelons le tonus. Le tonus, nous le savons, sous-tend le geste dans sa composante de « tonus d'action ». Il est le fondement de la qualité de ce geste.

Abitbol souligne par cette même phrase, non pas l'intention de communiquer dont nous avons parlé tout à l'heure, mais « l'intention du discours ». Cette notion, que nous n'avons pas encore évoquée est, de mon point de vue, l'élément fondamental dans la prise en soin en psychomotricité : « quel message je souhaite faire passer » (ici je ne parle pas de communication verbale mais de son vocal et donc d'attitudes psychocorporelles dont nous avons montré qu'elles sont liées).

Mais revenons à Jean. Je respire profondément car je remarque que son cri « strident » m'a aussi mis en alerte sur le plan corporel. Mon tonus est plus élevé et je le sens. Assise confortablement sur le fauteuil je prends Jean contre moi, je le verticalise de telle sorte que son oreille soit juste au-dessus de ma poitrine. Je soutiens son dos et ses fesses et je vocalise le plus grave possible et le moins fort possible. Il met quelques secondes avant de réagir et s'arrête net quelques secondes avant de repartir dans des cris devenus moins intenses. Je continue. Je chante un peu et puis je commence à parler très grave et à commenter la journée

---

<sup>68</sup> ABITBOL J.,2016, p.136

dans un flots de paroles qui n'ont pas grand intérêt si ce n'est de former une enveloppe sonore et un contact vibratoire.

Très vite Jean est en mesure d'ouvrir les yeux et le contact au regard vient renforcer le contact vocal et vibratoire. Jean s'apaise. Il est calme et éveillé.

J'ai tenu à partager cette vignette clinique parce que chaque fois que j'ai répété ce comportement Jean s'est apaisé rapidement. J'ai donc aussi testé le « parler vocal en continu » avec d'autres enfants de la crèche en situations de mini-traumatismes.

#### D- Les chamailleries des tous petits

Le monde des petits n'est pas de tout repos et peut même être violent. En crèche les enfants chutent, s'arrachent les jouets, se tirent les cheveux, se griffent, se mettent les doigts dans les yeux, se pincent et trop souvent se mordent. C'est incroyable le nombre de pleurs qu'il peut y avoir en une journée au sein d'une seule unité de douze enfants.

Durant mon stage j'ai consolé plus d'une dizaine d'enfants par jour sur de brefs instants pouvant aller de quelques secondes à plusieurs minutes. J'ai remarqué que le simple fait de les prendre dans les bras les calme instantanément si la douleur n'est pas vive évidemment. Mais j'ai surtout remarqué que s'accroupir à leur hauteur en leur parlant sans arrêt d'une voix douce et monocorde fonctionne également très bien. Cette technique est aussi efficace si l'enfant a eu très mal. Dans ce cas, le fait de le prendre ne suffit pas. Si une fois dans les bras on rajoute un « bain de paroles » monotone l'enfant se calme instantanément. Pour que cela fonctionne il faut que la voix soit plutôt portée par les graves et qu'il n'y ait pas d'interruption.

Exemple : Mia, 16 mois, s'est coincée sous une table, elle hurle. Je la dégage et remarque qu'elle a dû se cogner le front assez fortement car il est marqué et rouge. Je m'accroupis et je décide de ne pas la prendre dans mes bras. En revanche, je la prends contre moi et je lui parle dans les graves de la manière la plus monotone possible. En quelques secondes, elle baisse son niveau tonique et de

pleurs, puis s'arrête m'écoute encore un peu, me fait un petit câlin et c'est reparti !

## II. En cabinet libéral

### A- Rencontre avec Julia : vignette clinique

Julia est une fillette de 5 ans. Elle est suivie depuis deux ans en psychomotricité en cabinet libéral à raison d'une séance de 45 min hebdomadaire. A l'âge de 3 ans, elle est adressée par un médecin pédiatre pour « retard des acquisitions psychomotrices ». Julia chute souvent et présente des difficultés d'attention et de motricité fine. Au fur et à mesure de la prise en soin c'est un défaut d'ajustement relationnel qui inquiète la psychomotricienne et ses parents. Au moment où je la rencontre, le pédiatre a récemment évoqué la « présence de traits autistiques » auprès des parents, mais aucun diagnostic n'a été posé. La psychomotricienne a prévenu Julia que je serai présente lors des prochaines séances. Et lorsqu'elle me découvre dans la salle de psychomotricité, avant de me dire bonjour, elle me parle de ses nouvelles chaussures qui brillent offertes récemment par sa maman. Puis, elle me dit être heureuse que nous soyons toutes les trois. En fin de séance, elle dit avoir passé un bon moment et vient me dire « je t'aimerai toute ma vie, Hélène, quoi qu'il arrive », puis elle m'agrippe et m'embrasse. Je suis très surprise. J'accueille son câlin et lui dis que moi aussi j'ai passé un bon moment avec elle mais que nous ne nous connaissons pas encore très bien et que nous apprendrons à mieux nous connaître lors des prochaines séances. Ma « maître de stage » m'explique que Julia a tendance à « plaquer » des phrases entendues dans divers contextes de manière inadaptée. Ici, elle me répétait clairement des propos tenus par sa maman envers elle. Une partie de notre travail a été de travailler cet aspect et de reformuler ses émotions et leurs contextes.

Lors d'une séance, Julia exprime le désir de faire une cabane. Elle nous demande de frapper à la porte, bien fort, chacune notre tour. Nous frappons et demandons « Toc, toc, toc, il y a quelqu'un ? Il y a-t-il quelqu'un dans cette cabane ? Nous entendons Julia qui chuchote un son « chuuuichuui » auquel nous ne

prêtons pas tout de suite attention. Nous ouvrons la cabane et nous faisons « Coucou ! tu es là ! » Elle demande à recommencer et recommencer encore. Je remarque que lorsqu'elle sort de la cabane elle jette un coup d'œil furtif au miroir. Vient une fois où, sans avoir la mesure de ce que cela va engendrer, je dis : « Mais où est Julia ? Je n'entends rien et ne vois rien, est-elle dans la cabane ? Ma « maitre de stage » renchérit « C'est vrai ça, mais où est Julia ? » Nous entendons un fort « chuuuuchuuuichuichuui ». Nous ouvrons. Elle sort et regarde ses bras, ses mains puis vient franchement se positionner devant le miroir. Je comprends qu'elle vérifie qu'elle est bien là ! Je comprends que par ma phrase « je n'entends rien, je ne vois rien, j'avais induit le fait qu'elle puisse avoir complètement disparue. Je comprends enfin que les « chuuuuchuuuui » étaient présents avant ma phrase car elle avait déjà la crainte de disparaître et que j'avais renforcé cette crainte en validant le fait que je ne la voyais plus et que je ne l'entendais plus. Le chuchotement serait-il l'expression d'une angoisse de disparition qui la ramènerait à sa réalité d'exister ? Le chuchotement est-il une manière de se sentir exister par la création d'une enveloppe interne avec un son qui passe du dedans au dehors au travers des dents qui seraient comme une limite de dedans/dehors ?

La séance suivante Julia nous demande à nouveau de faire une cabane. C'est ce que nous attendions au fond de nous. Nous faisons attention d'adapter notre discours « Toc, toc, toc ! » Julia chuchote « chuichuiiiii. A cet instant je dis : « Julia nous savons que tu es là. Nous savons que tu es dans la cabane. Nous ne te voyons pas car tu es bien cachée » Le résultat est net. Julia ne chuchote plus. Puis nous avons poursuivi la séance du coucou/caché. Julia cachait son doudou et reprenait nos propos « toc, toc, toc, y a-t-il un doudou dans cette cabane ? »

### 1- La permanence de l'objet :

Pour Piaget, l'enfant est capable d'exprimer un comportement de recherche d'objet vu auparavant et que l'on vient de cacher aux environs de neuf mois « L'objet n'existe plus seulement quand il le voit ; l'objet a une existence propre en dehors du regard de l'enfant... »<sup>69</sup>. C'est ce qu'il appelle l'acquisition de la

---

<sup>69</sup> GOLSE B., 1998, p.298

permanence de l'objet. L'enfant a donc gardé en mémoire et intégré les caractéristiques de l'objet disparu, il en a gardé une trace mnésique. Chez Julia cette acquisition est partielle car sur le plan affectif, l'angoisse de séparation avec sa maman semble être bien maîtrisée. Or, nous savons que la permanence de l'objet est essentielle dans l'acceptation de la séparation de l'enfant avec sa mère. Julia a besoin de renforcer cette notion afin d'intégrer par la suite qu'elle peut être l'objet caché tout en restant un objet permanent.

## 2- Le sentiment de continuité d'exister :

D.W. WINNICOTT a théorisé le concept du sentiment de continuité d'existence. A partir de l'instant où l'enfant a intégré son corps d'un point de vue psychique, il est alors capable d'en avoir une représentation stable et d'accéder au sentiment de continuité d'existence. Le corps se situe donc comme la base de la construction d'un Soi et participe en ce sens au sentiment d'identité. D. W. Winnicott développe les notions de psyché-soma comme étant « l'élaboration imaginaire des parties du corps, des sensations et des fonctions somatiques »<sup>70</sup> « Le schéma corporel avec ses aspects spatio-temporels, fournit une description valable de la représentation de l'individu par lui-même. »<sup>71</sup> « Le corps est le support de notre existence et l'intermédiaire qui nous permet le rapport à autrui ... Notre corps nous donne le sentiment d'exister ... »<sup>72</sup> Mais au tout début de la vie, le sentiment de continuité d'existence est assuré par l'environnement, la mère ou la personne qui donne les soins. Dans les tous premiers instants, la mère est dans une dévotion absolue aux besoins de son enfant. D.W. Winnicott parle de « préoccupation maternelle primaire »<sup>73</sup>. Puis la mère devient « mère suffisamment bonne » offrant peu à peu quelques variations aux repères habituels du bébé. Par exemple, elle le fait attendre quelques instants afin qu'il développe une activité mentale de représentation de l'objet de satisfaction. Daniel Marcelli parle de passage « de la gestion de la distance, à la tolérance de l'absence »<sup>74</sup>. Entendre la voix de la mère, c'est aussi continuer à être en lien avec elle, sans forcément

---

<sup>70</sup> WINNICOTT D.W., 1949, p.137

<sup>71</sup> Ibid., p 136

<sup>72</sup> SIMARD C, 2005, p. 221.

<sup>73</sup> Préoccupation maternelle primaire : état normal proche de la folie, où la mère, en s'identifiant à son bébé, répond au plus près à ses besoins

<sup>74</sup> MARCELLI D., 1982, p.123

maintenir le lien par le regard. Dans cette aire transitionnelle la voix de la mère devient un fil relationnel avec l'enfant alors qu'il ne la voit pas. « Cette aire intermédiaire d'expériences, ... constitue la plus grande partie du vécu du petit enfant. »<sup>75</sup>

S'appuyant sur les travaux de John Bowlby sur la notion d'attachement <sup>76</sup>, L.Sander et H.Julia parlent des cris du bébé comme étant un « cordon ombilical acoustique »<sup>77</sup>. La voix de la mère en réponse, est l'objet de médiation qui accompagne le bébé dans l'attente : « Attends un peu, c'est bientôt prêt, j'arrive ! » Non traumatiques, ces variations permettent à l'enfant d'accéder au « self ». « La continuité d'être de chaque individu humain constitue le self »<sup>78</sup>. Le self ou le soi pour D.W. Winnicott, est le stade où le sujet a « le sentiment d'être réel, a conscience d'avoir une identité. Le Moi est ainsi constitué il est une unité différenciée de l'extérieur. »<sup>79</sup>

A la naissance le bébé est soumis à la discontinuité génératrice d'angoisses archaïques. Il découvre les sensations liées à la gravité, aux bruits, aux odeurs, mais aussi et surtout il est soumis à une nouvelle rythmicité. S. Freud considère l'angoisse comme étant un facteur essentiel de l'organisation psychique<sup>80</sup>. D.W Winnicott parle « d'agonies primitives ». Ces angoisses sont de l'ordre de l'effondrement, de la chute, de la liquéfaction.

Selon Eric Pireyre, le sentiment de continuité d'existence est une « sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours « le même ». »<sup>81</sup> Ce sentiment s'acquiert par la maturité physiologique et permet de lutter contre les angoisses archaïques.

D. Marcelli, distingue les macrorhythmes et les microrhythmes. Les macrorhythmiques sont dominés par la répétition des soins quotidiens apportés au bébé. Les microrhythmes sont eux dominés par les ruptures de rythmes, les attentes trompées et concernent plus particulièrement les interactions de jeux. Le rythme

---

<sup>75</sup> WINNICOTT D.W, 1971, p. 25.

<sup>76</sup> BOWLBY J., 1969

<sup>77</sup> SANDER L. et JULIA H., p.828

<sup>78</sup> WINNICOTT D.W, Ibid., p.141

<sup>79</sup> GOLSE B., 1998, p. 81

<sup>80</sup> RAYNAUD-SEROT, C., 2005, p.4

<sup>81</sup> PIREYRE E, 2011, p.55

conditionne la capacité d'investir le temps d'attente et par conséquent la capacité de penser : « Le développement de la pensée siège bien à ce point particulier : son rôle est de transformer la discontinuité d'une sensation, d'une perception en une continuité d'investissement, une continuité ontologique sur laquelle l'individu va fonder son sentiment d'existence. »<sup>82</sup> « On sait aussi à quel point D.N. Stern a démontré le sens du rythme chez le bébé à travers l'analyse du classique jeu de la bête qui monte..., jeu qui débouche sur un éclat de rire quand le bébé perçoit que le dernier toucher de l'adulte sur son cou survient juste un tout petit peu trop tôt, ou juste un petit peu trop tard par rapport à ses prévisions implicitement calculées ! »<sup>83</sup>

### B- Eclairages apportés sur la voix de Julia

« Le sentiment conscient d'avoir une identité personnelle repose sur deux observations simultanées : la perception de la similitude avec soi-même et de sa propre continuité existentielle dans le temps et dans l'espace et la perception du fait que les autres reconnaissent cette similitude et cette continuité. »<sup>84</sup>

Chez Julia, c'est bien ce sentiment de continuité d'exister qui est fragile. Il a été mis à mal du fait que nous ayons mis en doute, par notre parole, cette même continuité. La façon qu'elle a trouvée de se raccrocher à la réalité d'être, a été de créer un son. Pas n'importe quel son, un son vocal comme une part d'elle-même qui vient de l'intérieur (au sens de la Pulsion de G. Rosolato) et qu'on entend à l'extérieur par la boucle audio-phonatoire retour. Cette boucle retour la conforte, je pense, dans le sentiment d'être bien ici en lieu et place de cette cabane et de perdurer quoi qu'en laissent penser les autres, en l'occurrence la psychomotricienne et moi-même.

Ces angoisses archaïques de liquéfaction ou de chute sont au fond de nous. Elles resurgissent parfois lorsque nous sommes en situation de faiblesse. Pour illustrer mon propos je vais donner un exemple très commun : lorsque nous

---

<sup>82</sup> MARCELLI, 1992, p. 60-61

<sup>83</sup> GOLSE B., 2012, p. 40

<sup>84</sup> ERIKSON E., 1972, p.49

trébuchons ou lorsque nous chutons nous poussons un cri ou au minimum un petit son vocal, si nous voulons être discrets. C'est quelque chose de l'ordre du réflexe, il n'y a rien de réfléchi ni de volontaire à pousser ce cri. Je fais l'hypothèse que le son émis, qui *a priori* ne va pas nous empêcher de tomber alors que nous sommes déjà dans la chute, trouve son explication dans les propos tenus plus haut. Il nous permet un tant soit peu d'exister dans notre chute. Ce mécanisme serait de l'ordre de la remontée d'une angoisse archaïque à cet instant précis.

### III. En gériatrie

#### A- Présentation de l'institution

L'institution est un service de géronto-psychiatrie organisé en hospitalisation de jour appartenant au CHU. Il s'agit d'un service de géronto psychiatrie qui comporte 25 places. Cette unité accueille des patients généralement âgés de plus de 65 ans qui présentent deux grands types de symptômes. Ils sont répartis en deux groupes : le groupe des personnes atteintes de symptômes évoquant un état démentiel. Le plus souvent ces personnes sont en cours de diagnostic et ne sont pas à un stade avancé dans la pathologie. Le groupe des personnes sont atteintes de troubles psychoaffectifs. Sont qualifiés ainsi les patients en état de dépression.

L'équipe du service est composée du médecin psychiatre, d'un cadre de santé, de 2 infirmières, de 2 aides-soignantes, d'une secrétaire médicale, d'une assistante sociale, d'une psychomotricienne (à mi-temps) et d'une psychologue.

#### B- Rencontre avec Mr C : vignette clinique

« *La voix humaine est le plus beau de tous les instruments, le plus émouvant...* »  
A.GAVALDA, Ensemble, c'est tout

Monsieur C a 87 ans. Il vient le mardi qui est le jour où sont accueillies les personnes présentant des désordres psychoaffectifs. Le matin chacun est invité à partager un café et à lire le journal dans la salle d'activité. J'entends Mr C, il a une voix grave et sonore. Il commente l'actualité, il rit.

Mr C fait parti du « groupe théâtre » animé par une infirmière et la psychomotricienne. Ce mardi, sur la demande de la psychomotricienne, une femme du groupe a pensé à un scénario qui pourrait être joué en séance. Il s'agit d'une femme trentenaire qui vient d'accoucher. L'accouchement s'est bien passé et son mari vient lui rendre visite. Le problème est qu'il ne vient pas seul. Il a emmené sa mère. La présence de cette belle mère va engendrer un conflit entre elle et la jeune maman. Mr C se porte volontaire pour jouer le rôle du mari.

Une fois en scène il joue son rôle à la perfection. Tout le monde rit de le voir justifier la présence de sa mère à la maternité. Vient le moment où il se penche sur le berceau pour découvrir son enfant et sa voix change. Elle est chevrotante, puis s'efface. Il se racle la gorge et reprend son rôle mais sa voix reste voilée.

Il joue tant bien que mal la fin de la scène et nous faisons le debriefing. Il parle de nouveau avec sa belle voix grave et sonore. Chacun y va de la critique de sa propre belle-mère et raconte des anecdotes.

Puis vient la fin de séance. Mr C m'aide à ranger la salle. Nous ne sommes plus que tous les deux. Il m'interroge un peu sur mon parcours professionnel et je lui dis que je suis infirmière. Il me confie que sa femme aussi était infirmière, qu'elle est décédée il y a peu. Sa voix se voile et s'efface de nouveau. Il m'avoue qu'avoir joué le rôle du père à la maternité lui avait fait se souvenir de la naissance de ses fils. Tenir ce bébé (qui n'était qu'un baigneur) l'avait ému. Il me dit cela avec le sourire. A cet instant, je remarque que son visage ne présente pas de signe d'immense tristesse. En revanche, son immense tristesse et toute sa nostalgie sont présentes dans sa voix.

### C- La voix tonique, voix émotionnelle

Cette vignette clinique montre comme la voix est liée à l'émotion. Elle la transmet. Il n'y a rien d'étonnant à cela. Lorsque nous sommes traversés par une émotion notre corps subit des variations physiologiques. Prenons l'exemple de la peur. Notre rythme cardiaque s'accélère, notre respiration est plus rapide, nous avons une décharge d'adrénaline, une élévation du niveau tonique (du tonus d'action) afin de préparer nos muscles à se contracter pour fuir par exemple. Nous avons vu que la voix résultait du passage de l'air dans le larynx au travers des

cordes vocales. Il n'est donc pas étonnant que les variations de notre respiration, les contractions musculaires s'entendent dans la voix et que l'émotion soit ainsi perceptible par notre interlocuteur : voix tonique, voix émotionnelle, voix tonico émotionnelle.

En psychomotricité si nous ne sommes pas en contact corporel, parce que le patient le refuse par exemple, il nous faut garder à l'esprit que nous pouvons décoder l'émotion qui le traverse par l'écoute. Il est tout aussi important de rester à l'écoute de tout son vocal, comme les bruits de bouche et raclements de gorge. La voix se voile sous l'émotion et pour se ressaisir et la recouvrer le raclement de gorge est très commun. Il peut s'agir d'une émotion forte ou tout simplement d'un malaise, d'une anxiété, sans pour autant être de l'angoisse. Si nous en avons conscience, il nous est alors possible de nous ajuster.

#### **IV. Conclusion partie 2**

Nous avons vu au travers de ces différentes vignettes cliniques ce qu'il m'avait été donné d'observer dans différents lieux de stage. J'ai souhaité montrer ici en plus de l'intérêt de chaque cas présenté, que la voix est observable en tous lieux et concerne tous les âges de la vie. Elle est un élément qu'on ne peut écarter lors de l'observation des patients, en séance mais également lors des bilans. Elle est en lien avec les items psychomoteurs comme l'axe corporel, l'image du corps et formée des composantes tonique, vibratoire et émotionnelle propres à notre spécialité. Il est loin le petit bout de laine qui m'avait à peine interpellée chez Lena. Je me trouve maintenant en présence d'une pelote dont je me demande si elle a une fin. Nous allons voir maintenant les recherches que la voix suscite, les découvertes en cours et les limites que nous pouvons rencontrer en séance de psychomotricité.

**PARTIE 3 :**  
**AU FIL DE LA PELOTE, DES LIMITES ?**

Au fil de mes recherches, le fil de la pelote ne me semble pas avoir de fin. Depuis ces dix dernières années, la voix est devenue un formidable objet d'études. Mieux nous connaissons son fonctionnement mieux elle nous aidera dans le soin. Nous nous sommes arrêtés en partie 2 sur la voix et l'émotion. Ce n'est plus à prouver que notre voix exprime nos émotions et cette constatation nous suffirait presque à en faire un élément d'observation. Et si finalement, elle avait encore plus d'intérêt que ce qu'on imagine...

## I. Au fil de la recherche

### A- Et si c'était la voix qui commandait les émotions ?

Fin 2015, pour une étude du CNRS<sup>85</sup>, des chercheurs du laboratoire de l'IRCAM<sup>86</sup> ont créé une plateforme audio numérique nommée DAVID<sup>87</sup>, capable de modifier en temps réel le ton émotionnel de la voix d'une personne qui parle.

Je vais ici décrire l'expérience qui a été menée :

Dans une pièce insonorisée, le cobaye porte un casque et a devant lui un micro. Les chercheurs lui demandent de lire un texte. Dès que le son vocal est émis, il est artificiellement modifié, de sorte qu'à son arrivée à l'oreille<sup>88</sup> la voix est empreinte d'une émotion, qui est soit de la joie, soit de la tristesse. L'expérience repose sur l'observation de trois groupes : un groupe témoin, un groupe qui entend sa voix empreinte de joie et l'autre groupe qui entend sa voix empreinte de tristesse.

Jean-Julien Aucouturier est chercheur au CNRS. au sein du laboratoire Sciences et Technologies de la Musique et du Son (STMS - CNRS-IRCAM- Ministère de la culture et de la communication- Université Pierre et Marie Curie). Il dirige l'étude. Il explique que les résultats sont surprenants. Tout d'abord aucun cobaye ne s'est aperçu d'une quelconque modification artificielle de sa voix. Autrement

---

<sup>85</sup> Centre National de la Recherche Scientifique

<sup>86</sup> Institut de Recherche et Coordination Acoustique /Musique

<sup>87</sup> DAVID : Da Amazing Voice Inflection Device ; <http://cream.ircam.fr/?p=44>, consulté le 2 Avril 2018

<sup>88</sup> Supra, la boucle audio- phonatoire, p. 24

dit, « une personne qui s'entend avec une voix plus joyeuse que celle qu'elle produit ne perçoit pas cette modification »<sup>89</sup>. Chacun reste persuadé que les intonations entendues émanent de lui accordant ainsi plus de crédit à l'écoute de sa voix qu'à l'émotion ressentie. Tout le monde s'est laissé convaincre de son état émotionnel par l'émotion de la voix artificiellement modifiée. Ainsi, les personnes qui s'étaient entendues parler avec une voix joyeuse étaient devenues plus joyeuses en fin d'expérience et celles qui s'étaient entendues parler de manière triste étaient devenues plus tristes.

Les chercheurs imaginent utiliser cette découverte pour soigner les troubles de l'humeur. Ils pensent que cette méthode pourrait trouver sa place au sein d'une thérapie chez des patients atteints de syndrome dépressif par exemple.

Pour en revenir à la clinique psychomotrice, nous avons vu les phénomènes d'imitation et de synchronie. On peut imaginer que la manière dont nous allons charger notre voix en séance pourrait, par ce phénomène, avoir un impact, inconscient, chez le patient. On peut imaginer que notre voix tonique et enjouée tendra à provoquer un phénomène d'imitation chez notre patient. Par ricochet, si celui-ci perçoit sa propre voix plus joyeuse, il y aura des répercussions sur le plan émotionnel. De mon point de vue, ceci n'est pas « une méthode miracle ». En revanche, il me paraît important d'avoir ces notions à l'esprit et de donner sa place à notre voix en séance. Nous avons vu en partie 1 et 2, à travers les vignettes cliniques présentées, que la voix peut être un élément d'observation du développement psychomoteur. Nous devons maintenant avoir à l'esprit que notre voix peut tout aussi bien être un outil de travail intéressant et malléable en thérapie psychomotrice.

## B- La voix et les hormones

Nous avons très vite parlé de l'adrénaline qui met notre corps en alerte. Mais la voix est aussi sous l'influence d'autres hormones. Les hormones sexuelles, par exemple, font que les cordes vocales s'allongent. Et nous connaissons la

---

<sup>89</sup> AUCOUTURIER J.J : <http://www.lejdd.fr/Societe/Sciences/VIDEO-A-l-Ircam-la-voix-est-maitresse-des-emotions-770747>, consulté le 2 Avril 2018

modification du larynx sous l'influence hormonale des hommes et des femmes. Mais je souhaite insister ici sur la répercussion d'une autre hormone : l'ocytocine.

L'ocytocine est synthétisée dans le cerveau par l'hypothalamus et produite par la mère après l'accouchement. Elle favorise la mise en route de la lactation. Présente chez les individus des deux sexes, elle favorise l'attachement, l'amour et la fidélité. Elle aurait pour vertu de diminuer le stress au contact de proches. A *contrario*, le cortisol est considéré comme l'hormone du stress : notre corps le produit au cours de situations de forte tension pour nous aider à les affronter. Il est produit par les glandes surrénales. Leslie Seltzer, anthropologue biologiste de l'université du Wisconsin a évalué l'effet de la voix maternelle chez des fillettes en situation de stress<sup>90</sup>. Elle a demandé à douze fillettes de 7 à 12 ans, accompagnées de leur mère de prendre la parole en public pour résoudre un problème de mathématique à voix haute devant une cohorte d'adultes. Le stress a non seulement fait augmenter leur rythme cardiaque, mais a surtout fait augmenter leur taux de cortisol. Les jeunes filles ont été séparées en trois groupes. Après leur prestation, les fillettes du groupe 1 ont pu voir leur mère et ainsi bénéficier du réconfort maternel par la voix et par le contact physique. Les fillettes du groupe 2 ont eu aucun contact avec leur mère et ont visionné un film pendant 75 minutes. Celles du groupe 3 ont pu parler à leur mère au téléphone.

Les fillettes du groupe 1 ont montré un taux d'ocytocine élevé et une diminution en douceur du taux de cortisol en réponse au réconfort trouvé auprès de leur mère.

Celles du groupe 2 étaient toujours sous l'emprise du stress avec un taux de cortisol élevé et n'ont pas produit d'ocytocine.

Celles du groupe 3 ont montré des variations d'ocytocine et de cortisol parfaitement identiques à celles du groupe 1 bien qu'elles n'aient pas été en contact physique avec leur maman.

« Les résultats obtenus par L. Seltzer montrent que la voix a un pouvoir aussi important que le contact physique sur la régulation hormonale en jeu sur les contacts sociaux. »<sup>91</sup> La voix est tellement chargée de l'identité de son émetteur qu'elle porte en elle tout ce qui peut être de l'ordre du rassurant (et parfois le contraire aussi). Cette expérience prouve scientifiquement la place de la voix dans

---

<sup>90</sup> SELTZER L., PROSOSKI A., ZIEGLER T., POLLAK S., 2012, vol33, issue1

<sup>91</sup> ABITBOL J., 2016, p.34

l'espace transitionnel de D.W. Winnicott et la présence du « cordon acoustique » décrit par L. Sander et H. Julia<sup>92</sup>. L'enfant, qui ne voit pas sa mère puisqu' elle n'est pas sous son regard, supporte l'absence de son image grâce à l'écoute de la voix maternelle qui l'apaise.

C'est sans doute une notion à prendre en compte lors de nos séances et dans la pratique. Nous voyons parfois l'intérêt de la présence parentale chez les jeunes enfants. Cette expérience montre que l'effet de cette réassurance est encore observable chez des préadolescents et mesurable chimiquement. Même si la plupart du temps, nous encourageons la venue de l'enfant seul en séance, pour des cas particuliers tels que des enfants très angoissés et déjà grands, nous pouvons nous poser la question d'un intérêt de ce lien vocal maternel. Peut-être pourrions-nous penser à utiliser des enregistrements de voix maternelle comme médiation ? Sans ces éléments je ne serais jamais arrivée à cette déduction.

### C- La prosodie et le mamanais

Le « mamanais » est la « langue que toutes les mères du monde emploient pour parler à leur bébé. Dans les dernières années, on a pensé qu'il conviendrait mieux de l'appeler « parentais », car le père, ainsi que les autres adultes qui s'occupent du bébé, l'emploient tout aussi bien. Sur le plan prosodique, le mamanais comprend un registre de voix plus haut que d'habitude, une gamme de contour d'intonations restreintes mais aux modulations et aux variations de hauteur très exagérées, des formes mélodiques longues ; douces, avec des excursions amples. L'effet de rythmicité prosodique est amplifié par la fréquence des répétitions syllabiques »<sup>93</sup>.

En Décembre 2017, lors de la quinzième journée scientifique de l'AFPUP autour de la périnatalité<sup>94</sup>, le professeur David Cohen s'est exprimé sur la synchronie, les interactions précoces et l'intégration multimodale : des concepts clés pour comprendre le développement précoce. Il a longuement insisté sur les travaux de recherches actuellement en cours grâce à la constitution d'une vidéothèque détenue par une équipe de chercheurs italiens basée à Pise. Des centaines de vidéos familiales d'enfants qui plus tard ont été diagnostiqués

---

<sup>92</sup> Supra p.58

<sup>93</sup> <http://laznik.fr/wp-content/uploads/2014/12/Langage-et-communication-chez-le-nourrisson-avant-trois-mois.pdf>, consulté le 2 Avril 2018

<sup>94</sup> Journée scientifique autour de la périnatalité l'AFPUP : Association Post-Universitaire en Psychomotricité. Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Site Pitié-Salpêtrière, le Samedi 9 décembre 2017

autistes. Pour un parent d'enfant autiste, la difficulté première est de vivre au quotidien l'absence d'interaction avec son bébé ; les troubles de la relation et de l'interaction réciproque étant le symptôme majeur présent dès les premiers mois de vie du bébé. Serge Lebovici définit l'interaction comme « un processus au cours duquel la mère entre en communication avec son bébé en lui adressant certains « messages », tandis que le nourrisson à son tour, « répond » à sa mère à l'aide de ses propres moyens. L'interaction mère-nourrisson apparaît comme le prototype primitif de toutes les formes ultérieures d'échanges »<sup>95</sup>. Le professeur D. Cohen a longuement parlé de l'intérêt du mamanais procuré dans l'interaction parents-bébé. « Nous pouvons penser que, dès la naissance du bébé, c'est le plaisir et la surprise que sa vue cause à sa mère qui lui permettent de produire, une prosodie de mamanais. »<sup>96</sup> Les chercheurs ont remarqué qu'au bout de six semaines le père était plus présent auprès de l'enfant sans doute en raison d'un épuisement de la mère qui sent que le contact avec son enfant n'est pas optimal<sup>97</sup>. Cette constatation est également évoquée par Marie Christine Laznick explique que « si nous faisons une microanalyse d'une scène entre le bébé et sa mère quand ce dernier a 1 mois et 20 jours, nous entendons la modification de la voix maternelle qui se lasse, au fur et à mesure que toutes ses tendres et douces tentatives échouent. »<sup>98</sup>

M.C. Laznick, psychanalyste, parle de son travail de « réanimation psychique ». Elle pose la voix comme un outil essentiel d'entrée en communication avec l'enfant autiste. Ici nous ne parlons pas de mots mais de ce dont la voix est chargée par sa tonalité et sa prosodie. Au final, nous parlons de l'intention de transmettre des émotions voire des images, des odeurs. Elle décrit un instant partagé avec un bébé autiste pour lequel elle porte tellement d'attention à transmettre par sa voix son émerveillement au regard d'un paysage imaginaire coloré et odorant, qu'elle se surprend à dire au bébé qui est en face d'elle « Regarde l'odeur ! »<sup>99</sup> Mais dans cette phrase incongrue le message qui passe par la voix est celui de l'émerveillement. Et c'est bien ce dernier qui éveille l'intérêt du bébé.

Ce que je trouve très intéressant c'est aussi ce que M.C.Laznick relate de sa clinique. Elle décrit le comportement prosodique d'une maman de bébé autiste.

---

<sup>95</sup> LEBOVICI S et STOLERU S, 2003, p.97

<sup>96</sup> LAZNICK M. C., 2014, p.212

<sup>97</sup> A titre indicatif, un document résumant les notions développées par D. Cohen lors de la journée scientifique de l'AFPUP est consultable sur internet <http://www.arapi-autisme.fr/pdf/BS/32/BS32-12Cohen.pdf>

<sup>98</sup> LAZNICK M.C., 2014, p 205

<sup>99</sup> Ibid, p193

Cette maman tente pour une énième fois d'entrer en contact avec son bébé. En vain. Le bébé n'est pas réceptif à ces tentatives de communication. Les enregistrements vocaux de cette scène montrent que la mère n'est pas, ou n'est plus, très engagée car elle s'épuise, très certainement face à son bébé qui n'entre pas en relation. Ce qui est saisissant c'est l'instant où elle décrit l'intervention de l'oncle du bébé qui arrive en présence de la dyade mère-bébé. Cet oncle se fascine pour la tétine du bébé et se met à parler « mamanais », autrement appelé « parentais », avec une prosodie telle que le bébé est réactif et entre dans la relation avec lui. « Ce bébé nous enseigne que la présence des pics prosodiques, propres au « parentais », dans la voix de l'adulte qui s'adresse à lui, peut induire une réponse même chez des bébés qui se sont avérés, plus tard, autistes. »<sup>100</sup>

Avec cet exemple, comment ne pas penser à l'influence de notre voix dans notre pratique ? Le parentais inclut également les expressions faciales. En séance, lorsque nous soutenons les enfants dans leur travail corporel, nous employons, je pense, une prosodie proche du parentais : « Allez, c'est bien ! Bravo ! » Mais comme le souligne M.C. Laznick ce qui fonctionne dans le « parentais » et l'entrée en relation, c'est la sincérité. On ne peut parler le « faux parentais ». C'est d'ailleurs ce que faisait la mère avec son bébé alors qu'elle était découragée et qu'elle ne parvenait pas à le faire entrer en relation avec elle. M.C Laznick précise qu'« il serait donc absurde de proposer à qui que ce soit de parler en imitant cette prosodie du parentais. Elle est le résultat d'un état subjectif de surprise et plaisir.»<sup>101</sup> Ce qui sous-entend, et je trouve cela amusant de l'écrire, que dans notre pratique, il nous faut demeurer des psychomotriciens heureux d'être en relation dans le plaisir de l'échange. Le dialogue n'en sera que facilité.

## II. La voix et l'hypnose

Si je pose ici la question de l'hypnose c'est qu'en faisant des recherches sur les différentes modalités de la voix il m'est apparu comme essentiel d'évoquer succinctement la voix du psychomotricien qui, en thérapie psychomotrice, propose une séance de relaxation. De mon point de vue, sa voix pourrait s'apparenter à celle du professionnel - pouvant aussi être un psychomotricien - qui pratique

---

<sup>100</sup> LAZNICK M.C., 2014, p.203

<sup>101</sup> Ibid p.211

l'hypnose. Et ce qui m'interpelle, c'est que dans ce contexte la voix émotionnelle que nous avons décrit doit disparaître pour laisser sa place à une voix neutre, dépourvue d'émotion.

«Là où d'habitude la voix se charge d'émotions pour souligner son pouvoir, dans l'hypnose, pour être efficace, la voix doit être totalement neutre, ne trahir aucune émotion, être monotone, monocorde, monochrome. »<sup>102</sup>

En lisant ceci je me demande si, sans le savoir, ce n'est pas ce que j'avais fait avec Jean et Mia en crèche : « le parler grave en continu » d'un ton monocorde. Evidemment, ce n'est pas de l'hypnose en soit car je n'ai jamais été formée à cette pratique. Il me semble cependant que l'apaisement trouvé par ces enfants a de près ou de loin à voir avec cela. Peut-être que cette enveloppement vocal monocorde procure une enveloppe assez protectrice et rassurante pour permettre au patient de lâcher prise et laisser divaguer l'esprit ?

Dans ce contexte c'est la voix du psychomotricien qui est un outil pouvant être très utile dans sa pratique. Mais je ne peux me convaincre à ce que même la voix la plus monocorde possible demeure sans émotion comme le dit J. Abitbol. A *minima*, je me dis que si nous parvenons à effacer les émotions il y reste l'intention du discours sinon nous pourrions être hypnotisés par des robots.

### III. La voix et les limites en psychomotricité

#### A- La voix peut-elle tromper ?

« Le domaine des interactions ludiques, celui des surprises et tromperies : de temps en temps la mère s'offre avec son bébé des petits moments de surprise, de provocation, de tromperie. Elle joue à la « petite bête qui monte », à la chatouille, au jeu de « coucou », jeux de surprise, de fausse gronderie, d'étonnement. Ces expressions de fausse surprise, de fausse gronderie s'accompagnent toujours d'un message parfaitement contradictoire entre le ton de la voix et l'expression du visage : quand la voix se fait grave, le visage sourit ; quand le visage se fait sévère, la voix est douce, quand les mots sont négatifs (exemple : «oh! Petit cochon!»), la prosodie et l'intonation sont chaleureuses. »<sup>103</sup>  
Ici, la voix trompe de manière intentionnelle, pour jouer. Nous avons la possibilité

---

<sup>102</sup> Ibid, pp. 181-182

<sup>103</sup> MARCELLI D., 2007, art p. 126

d'agir sur elle de manière volontaire. Les imitateurs sont d'ailleurs les rois de la tromperie vocale car ils s'approprient la voix d'un autre et donc une part symbolique de son identité.

Il ne semble donc pas contestable que si une part de notre voix relève de notre inconscient, une part d'elle est en revanche parfaitement consciente. Donc, si nous en revenons à la voix dénuée d'émotion, apparentée à celle d'un robot, pourrions-nous réellement entrer dans une interaction fine avec une machine ? Je ne le pense pas. Car toute émotion gardée, ce qui reste c'est, nous l'avons vu plus haut, l'intention du discours. Et le sens de ce dernier ne tient pas uniquement aux mots prononcés. Le *mamanais* en est une bonne illustration.

Dans la vie de tous les jours, ce sont les accents toniques qui donnent du sens à notre discours et non les mots à eux seuls. Je ne parle pas là de l'évidente prosodie de la ponctuation qui différencie l'affirmation de la question. Pour illustrer mon propos, je vais donner ici l'exemple d'une unique affirmation.

Prenons la phrase :

« *Je n'ai pas dit que tu avais volé l'argent.* »<sup>104</sup>

Selon ce que je veux accentuer, je vais renforcer les mots importants par une tonicité syllabique. Par cet état de fait, je crée un sens différent et l'intention de mon discours en est modifiée. Très concrètement, avec cette seule phrase, je peux obtenir au moins quatre intentions différentes dans mon message.

- a) « **Je** n'ai pas dit que tu avais volé l'argent. »
- b) « Je n'ai pas dit que **tu** avais volé l'argent. »
- c) « Je **n'ai pas dit** que tu avais volé l'argent. »
- d) « Je n'ai pas dit que tu avais **volé** l'argent. »

Voyons-en détail le sens de ces phrases :

En insistant sur le « Je », le sens du discours est « ce n'est pas moi qui l'ai dit. »

En insistant sur le « tu », le sens est « Je n'ai pas dit que c'était toi. »

En insistant sur « n'ai pas dit », le sens est « moi, je n'ai rien dit. »

En insistant sur « volé », le sens est « je n'ai pas parlé de vol »

---

<sup>104</sup> Exemple donné par Johana Revis vidéo TEDX: <https://www.youtube.com/watch?v=5Wj9bNQbLBI>, consulté le 3/04/2018

C'est bien là la « tonicité prosodique » qui donne le sens du discours. En psychomotricité c'est aussi le tonus qui donne sens au langage corporel. Ainsi, en séance, il peut être intéressant d'observer les similitudes et les discordances entre le tonus corporel et celui de la voix.

## B- Quand il existe une discordance entre la tonicité vocale et le tonus corporel

Je vais brièvement illustrer mon propos par une vignette clinique.

En stage de SSR<sup>105</sup>, j'ai suivi pendant un an des d'enfants mais aussi plus récemment une adolescente de 15 ans que je nommerai Elise. Depuis quatre ans, Elise est suivie pour une algodystrophie<sup>106</sup> de la jambe droite. Les premières douleurs sont apparues lorsqu'elle avait onze ans alors qu'elle était en classe de 6ème. Depuis, Elise passe son temps d'hospitalisation en hospitalisation. Elle a réussi à retourner à l'école en cours d'année 2017 et est entrée au lycée, en seconde, au mois de septembre. Elle y est d'ailleurs très bonne élève.

Peu de temps après sa rentrée scolaire, les douleurs ont redoublé. Elise souffre à présent, en plus de sa douleur à la jambe d'une rétraction tendineuse qui l'empêche de poser le talon à terre. Ses appuis étant désorganisés, elle présente une déviation du bassin, une cyphose lombaire accentuée et une lordose dorsale importante.

Lorsque nous rencontrons Elise, ce qui me frappe, c'est qu'elle est dans la maîtrise. Elle est en difficulté pour imaginer, créer, se laisser aller au niveau psychique. En clair, Elise doit raisonner sur tout ce qu'elle fait. Ma maître de stage lui propose des activités mettant en œuvre l'intelligence corporelle et demandant le moins de raisonnement possible. Elise est en difficulté, elle se bloque.

Je tente alors de lui proposer une séance inspirée du shiatsu car j'ai reçu une formation d'initiation à l'IFP. Elise est partante. Au cours de la séance, elle ferme les yeux et sa respiration se calme peu à peu. Je me dis que je suis parvenue à la faire lâcher cette maîtrise qui la caractérise. En fin de toucher thérapeutique

---

<sup>105</sup> SSR : Soins de Suite et Réadaptation

<sup>106</sup> Syndrome douloureux d'une main, d'un pied ou de tout un membre, avec troubles vasomoteurs et trophiques, et déminéralisation osseuse prononcée. L'algodystrophie résulte vraisemblablement d'une perturbation du fonctionnement des nerfs sympathiques d'un membre. S'installant à la suite d'un traumatisme (fracture, entorse), d'une intervention chirurgicale ou sans cause apparente, elle atteint le plus souvent les membres inférieurs, mais peut toucher le membre supérieur. Larousse Médical, 2006, p34

je lui parle tout doucement « Voilà Elise, tu peux t'étirer si tu as envie, tu peux bailler, prend ton... » Mais Elise ne me laisse pas terminer ma phrase et avant même que j'aie pu prononcer mon dernier mot (manque le mot : temps), elle ouvre les yeux et me parle d'une voix hyper tonique. Je m'attendais à une voix légèrement endormie. Il me semblait pourtant avoir senti sous mes doigts un abaissement tonique, un relâchement. Et même par sa respiration, il me semblait avoir perçu un état de détente. Mais, aussitôt la fin de la séance, sa voix est tellement tonique que je comprends que soit elle n'est pas parvenue à lâcher prise (à minima le relâchement tonique n'a pu se faire au niveau des cordes vocales qui rappelons-le sont des replis de tissu musculaire), soit elle est repassée en mode « maîtrise » en une fraction de seconde. Elle me dit « Je me sens détendue. » Ce que bien évidemment, j'ai du mal à croire.

« Quand les mots, les phrases sont sans rapport avec l'expression mimique, prosodique ou tonico-émotionnelle, lesquels sont eux-mêmes plus ou moins désappareillés (un visage pseudo-souriant mais crispé, une raideur tonique avec des mots « gentils »), il est alors difficile qu'un sens unique puisse s'en dégager, les mots restent embrouillés dans cette cacophonie. Par exemple, la voix peut être relativement douce mais l'expression tonique est brusque, raide, avec une mimique figée... »<sup>107</sup> Evidemment dans ce cas de figure, et face à une adolescente, on peut se poser la question de l'intention du discours (encore une fois). En me parlant avec cette voix tonique, Elise souhaite-elle me faire comprendre que rien ne l'atteint et que ce que je fais ne sert à rien ? Cela aurait pu être le cas mais ici, il ne s'agit pas de cela. Elise, que je connais bien maintenant, est volontaire mais sa voix signe la maîtrise dont elle ne peut se défaire et qui l'enferme dans une rigidité psychique et corporelle qui ne l'aide pas à guérir et augmente ses sensations douloureuses.

Dans ce cas précis, je trouve intéressant de constater que, dans la clinique, je vais intuitivement accorder plus de crédit à sa voix que j'entends qu'à son tonus que je sens sous mes mains. Et cela n'est pas sans me rappeler l'expérience vue plus haut<sup>108</sup>, quand les « cobayes » accordent plus de crédit à leur propre retour vocal qu'à l'émotion ressentie.

---

<sup>107</sup> BACHOLLET M. S., MARCELLI D, 2010, p.16

<sup>108</sup> Supra pp.56-57

## C- La voix du silence

« Lorsque que l'on vient d'entendre un morceau de Mozart, le silence qui lui succède est encore de lui ». Sacha GUITRY

Parler de la voix, de son rythme, de sa prosodie sans parler de ses silences me paraissait inconcevable.

Quand, dans la relation la voix n'est pas, ou n'est plus, ce silence peut être interprété de diverses manières. J'ai évoqué en avant-propos les voix éteintes ou disparues des salariés de l'entreprise que je suivais en santé au travail lorsque j'exerçais en qualité d'infirmière. Ces salariés, devenus aphones, souvent de manière soudaine, avaient la voix comme « coupée » par des répercussions émotionnelles en lien avec des traumatismes de la vie. Le Dr Elisabeth Peri-Fontaa est médecin ORL et Phoniatre. Elle parle d'aphonie psychogène qu'elle définit comme étant « la perte complète du support sonore de la parole sans altération organique ni atteinte neurologique du larynx ... Dans L'aphonie psychogène, l'examen des cordes vocales au miroir et en vidéolaryngostroboscopie élimine une atteinte organique. »<sup>109</sup> Dans l'interaction de tous les jours, le silence peut avoir d'autres valeurs que celle d'une rupture vocale psychogène.

Le silence peut amener la relation vers une attente, une ouverture mais aussi vers l'étonnement, la complicité, ou au contraire l'indifférence. Là aussi, je reviens à ce que nous avons vu plus haut sur l'intention du discours. Ici, dans le silence et donc dans l'absence de la voix, il s'agit de savoir quel message je souhaite faire passer. Retenir ma voix et interpréter le silence de l'autre donnent une toute autre dimension à la relation. Véronique Défiolles -Peltier, psychomotricienne, pense que la parole (ce qui implique la présence de la voix) est « un langage commun que n'est pas le silence »<sup>110</sup>. Pourtant, ne dit-on pas communément qu'« il y a des silences qui en disent long » ? On peut aussi trouver une forme de « communion » dans le silence qui finalement devient une forme de communication. David Le Breton, anthropologue, parle d'ailleurs du silence social comme étant une « forme de discours hors de la parole »<sup>111</sup>. D'ailleurs le silence fait partie de la communication vocale, ne serait-ce que dans le cadre de l'échange vocal. Franco Basaglia, médecin psychiatre soutient que « dans le rapport avec

---

<sup>109</sup> [http://phoniatriestrasbourg.free.fr/Site\\_5/Laphonie\\_psychogene.html](http://phoniatriestrasbourg.free.fr/Site_5/Laphonie_psychogene.html), consulté le 30 Mars 2018

<sup>110</sup> DEFIOLLES-PELTIER V. (2014), pp.30-34

<sup>111</sup> LE BRETON D. (1997), p.26

autrui, la parole peut être un élément d'incommunicabilité si elle ne naît pas d'un intervalle, d'un espace qui lui donne sens : du silence »<sup>112</sup>.

Je pense avoir montré que, pour le psychomotricien, la voix pouvait être un outil. Mais il est également nécessaire de garder à l'esprit que le silence peut tout aussi bien servir le professionnel. Il peut être une façon de laisser la place à l'autre pour s'exprimer, réfléchir, se recentrer. Il peut aussi faire comprendre au patient notre étonnement.

#### D- La voix aux frontières de plusieurs spécialités

La voix est spontanément reconnue comme étant la spécialité du médecin otorhinolaryngologiste ou du médecin phoniatre qui, tous deux, sont les spécialistes de l'appareil phonatoire dans son ensemble. Tous deux peuvent être amenés à pratiquer la chirurgie. L'ORL est le spécialiste des voies aériennes supérieures d'où son appellation oto (oreille) Rhino (Nez) laryngo (larynx) logiste (spécialité). Le phoniatre est bien souvent un ORL qui s'est spécialisé dans les pathologies de la voix. Il pratique aussi la rééducation vocale et est le partenaire privilégié des chanteurs. Il s'occupe du diagnostic des troubles de la voix. Il peut proposer des solutions rééducatives, médicamenteuses, voire chirurgicales.

J. Abitbol dit « Le phono-chirurgien que je suis peut alors tenter d'améliorer, d'harmoniser la voix avec le corps qui l'enveloppe. »<sup>113</sup> Cette phrase éveille mon intérêt. Je rejoins la première idée de cette phrase quand il fait le lien entre la voix et le corps et parle d'harmonie. Mais ce sont les derniers mots de cette petite phrase qui m'interpellent. N'oublions pas qu'il est médecin et chirurgien et que de son point de vue, la voix venant de l'intérieur est enveloppée par le corps. Mais est-ce une certitude pour tout le monde ? Si maintenant nous nous plaçons du point de vue du psychomotricien, forts de la clinique que nous avons décrite tout au long de ce travail, n'avons-nous pas comme une seconde lecture, celle de la voix qui serait l'enveloppe du corps ? Nous nous trouvons ici dans le paradoxe de l'œuf et de la poule.

Voyons maintenant une autre discipline qui pourrait se poser en tant que « spécialiste de la voix » : l'orthophonie.

---

<sup>112</sup> BASAGLIA F. (1965), p.686

<sup>113</sup> ABITBOL J.,2016, p.85

« L'orthophonie est une profession de santé relevant de la famille des métiers de soins. Elle consiste à prévenir, à évaluer et à traiter les difficultés ou troubles du langage oral et écrit et de la communication, des fonctions oro-myo-faciales, des autres activités cognitives dont celles liées à la phonation, à la parole, au langage oral et écrit, à la cognition mathématique. Elle consiste également à maintenir les fonctions de communication et de l'oralité dans les pathologies dégénératives et neuro-dégénératives, et à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer les fonctions verbales. L'orthophonie s'attache aux dimensions plurielles du concept de langage, comme moyen d'expression, d'interaction et d'accès à la symbolisation dans toutes ses dimensions, notamment la dimension linguistique, la dimension cognitive dépendante des fonctions mnésiques, des fonctions exécutives, du raisonnement, des ressources attentionnelles et des cognitions sociales, la dimensions psycho-affectives avec le langage comme organisateur de la pensée et du psychisme et la dimensions sociales : le langage comme vecteur de la socialisation et repère d'identité culturelle. L'orthophonie s'intéresse également à toutes les altérations de la sphère oro-faciale sur les plans moteur, sensitif et physiologique, ce qui recouvre les altérations de phonèmes, les dysfonctions linguales, les troubles des modes respiratoires, la dysphagie, les troubles observés dans les paralysies faciales et les dysfonctionnements de l'appareil manducateur. »<sup>114</sup>

Dans cette définition très complète il n'est pas question du corps dans son ensemble. Il n'est pas question du rapport du corps et de la voix mais bien de l'aspect rééducatif. Le terme orthophonie vient du grec *ortho* qui signifie « correct » et *phonè* qui signifie « voix ». Plus largement, cette profession concerne la sphère orale intégrant ainsi de larges domaines comme entre autres celui du langage et de la motricité faciale.

Concernant le domaine de la voix, la psychomotricité me paraît se situer au carrefour de ces trois professions. Je l'envisage telle une toile de fond, telle un fil d'entremaille<sup>115</sup> tissé sur le maillage corporel. Il me semble clair que le psychomotricien n'est pas un spécialiste de la voix. Cependant la voix entre dans son champ de pratique quand il prend conscience qu'elle est liée avec le corps, le

---

<sup>114</sup> Définition issue du référentiel d'activités du Certificat de Capacité en Orthophonie, publié au Bulletin Officiel N° 32 du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche du 5 septembre 2013.

<sup>115</sup> Entremaille : Espace situé entre deux mailles. Le fil d'*entremaille* est le brin horizontal situé entre deux mailles. Il relie les mailles d'endroit et d'envers dans un tricot à côtes.

tonus, les émotions ou encore les notions d'enveloppe, d'image du corps et de schéma corporel.

Le Dr E. Peri- Fontaa est médecin ORL, phoniatre et enseignante à l'école d'orthophonie de Strasbourg. *A priori* elle n'a pas de lien avec la psychomotricité et pourtant elle explique à ses étudiants le rapport de la voix avec le schéma corporel.

« La production vocale dépend essentiellement des organes phonatoires, mais le travail de ces derniers est grandement influencé par le comportement « corporel » de l'orateur. Le schéma corporel correspond à la construction psychique que l'individu se fait de son corps. Le schéma corporel vocal est la représentation psychique du « corps vocal ». Cette construction s'appuie sur les sensations internes phonatoires qui stimulent en permanence l'enfant dès ses premières heures de vie et le guident pour l'élaboration et le contrôle de sa voix. L'écoute ou la répression de ces sensations, par l'éducation notamment, va grandement influencer le schéma corporel vocal et donc plus généralement les productions vocales. Il est ainsi important, en particulier en rééducation, de toujours resituer le geste vocal dans un mouvement plus global, incorporant les sensations du corps, les tensions dans les postures, la recherche du relâchement...<sup>116</sup> »

Nous voici au cœur de la psychomotricité.

#### IV. Conclusion partie 3

Dans cette dernière partie nous avons souligné l'intérêt que la voix suscite dans le domaine de la recherche et nous avons insisté sur la notion d'intentionnalité du discours qui recouvre la tonicité vocale et la prosodie. « Mais cette prosodie, surtout quand elle est affective, que reflète-t-elle chez la plupart des locuteurs ? l'état du corps ? Celui de l'esprit ? Les expressions de la vocalisation sont, parmi toutes celles du corps, celles qui sont le plus intimement reliées à notre état de vitalité et de bien-être ou de mal-être. »<sup>117</sup>

---

<sup>116</sup> [http://phoniatriestrasbourg.free.fr/Site\\_6/Introduction\\_a\\_la\\_phonation.html](http://phoniatriestrasbourg.free.fr/Site_6/Introduction_a_la_phonation.html), consulté le 30 Mars 2018

<sup>117</sup> CASTAREDE M F., 2005, p.30

## CONCLUSION

J'avais posé comme hypothèses de départ que la voix du patient pouvait être un élément d'observation lors de séances de psychomotricité et qu'elle pouvait orienter le psychomotricien dans sa prise en soin. Par extension, j'avais envisagé que dans le cadre de la thérapie psychomotrice la voix du psychomotricien puisse être un outil thérapeutique. Au cours de ces derniers mois, et au fur et à mesure que je tirais sur le fil de laine du départ, de nouvelles notions venaient à moi, formant un maillage devenu de plus en plus solide mais qui me semblait pouvoir être tissé sans fin.

Nous avons vu, au travers de différents cas cliniques, ainsi que de la théorie associée, que la voix peut être un indice renseignant sur la qualité de la construction de l'enveloppe corporelle. L'émission d'un son vocal inapproprié peut révéler un défaut de construction d'enveloppe interne que les vibrations vocales tendent à compenser. Il en est de même pour ce qui concerne l'enveloppe externe avec, en clinique, l'observation de ce qu'on pourrait appeler une surstimulation de la boucle audio-phonatoire. La voix peut aussi agir comme renfort corporel. Par sa fonction vibratoire elle renforce l'axe corporel et les appuis. Nous avons vu dans quelle mesure elle est liée au tonus et notamment au tonus axial. Elle emmène avec elle le tonus qui la suit ; et qui est au cœur de la pratique psychomotrice.

Sur le plan psychique et la construction de la permanence de soi, sur le sentiment de la continuité d'exister, nous avons vu comment la voix peut être un « entre-deux », une forme de solution trouvée par le patient pour lutter contre des angoisses archaïques. Des angoisses pouvant être de l'ordre de la chute ou de la liquéfaction. Et surtout, nous avons vu comment la voix porte en elle les émotions.

Toutes ces observations peuvent orienter le psychomotricien qui est sensible à l'écoute de la voix de son patient.

Dans la pratique du psychomotricien et dans une dynamique d'échange avec son patient, nous avons vu comment la voix du thérapeute, même dénuée de mots, porte en elle un message précis au travers de son timbre, de sa prosodie et de sa tonicité. Elle transmet l'intention du discours. La synchronie et les phénomènes

d'imitations dont nous connaissons maintenant l'existence sont autant d'outils portés par la voix du psychomotricien à utiliser en séances, afin d'éviter les états conflictuels ou diminuer les tensions. Les recherches en cours tendent à montrer l'importance de l'intention du discours au travers du parentais, qui n'est efficace que lorsqu'il est profondément empreint de la volonté sincère et habitée de communiquer.

Le bilan psychomoteur oriente le psychomotricien sur les difficultés et les items à soutenir en séances. Dans le cadre du bilan, il me semble qu'*a minima* la voix est un élément d'observation complémentaire précieux. Ne pourrait-elle pas être, un jour, considérée comme un item psychomoteur ?

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages

- ABITBOL, J. (2005). *L'odyssée de la voix*. Paris : Robert Lafond.
- ABITBOL, J. (2016). *Le pouvoir de la voix*. Paris : Allary éditions
- ANZIEU, D. (1985). *Le Moi-peau*, Paris : Dunod, 1995
- BALINT, M. (1971). *Le Défaut fondamental. Aspects thérapeutiques de la régression*. Paris : Payot
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment. Attachment and Loss*. New York : Basic Books
- CONSOLI, S. (2003). *La tendresse*. Paris : Odile Jacob
- DAMASIO, A. (1999). *Le sentiment même de soi, corps émotion, conscience*. Paris : Odile Jacob, coll « sciences »
- ERICKSON, E. (1972). *Adolescence et crise. La quête de l'identité*. Paris : Flammarion, 1978
- FERRARI, P., EPELBAUM C. (1994). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Médecine science Flammarion.
- FREUD, S. (1923). *Le moi et le ça*, trad. J. Laplanche, in *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1981, p. 219-274
- GOLSE, B. (1998). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, 4ème édition. Paris : Masson, 2008
- GUIOSE, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Paris : Heures de France
- HUSSERL, E (1931). *Méditations cartésiennes. "Deuxième Méditation"*. trad. G. Pfeiffer et E. Levinas : Vrin, 1947
- JOLY, F., LAZNICK, M.C., TOUATI, B. (2014) *Langage voix et parole dans l'autisme*. Paris : PUF
- JOVER, M. Et AL (2000). *Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture*, in *Le développement psychomoteur du jeune enfant* : Solal.
- LACAN, J. (1973). *Séminaire XI*. Paris : Le Seuil
- LAROUSSE MEDICAL. (2006). Paris : Larousse
- LEBOVICI, S. & STORELU, S. (2003). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces*. Paris : Bayard
- LE BRETON, D. (1997). *Du silence*. Paris : Métailié

- LESAGE, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle*. Toulouse : Erès, 2015
- MARCELLI, D. (1982). *Enfance et psychopathologie*, collection les Ages de la vie. Paris : Masson, 2006
- PICOCHÉ J. (1997). Dictionnaire étymologique du français. Paris : Le Grand Livre du mois
- PIREYRE, E. (2011). *Clinique de l'image du corps, de la pratique aux concepts*. Paris : Dunod.
- REVIS, J. (2013). *La voix et soi, Ce que notre voix dit de nous*. Bruxelles : De Boeck
- ROBERT-OUVRAY, S. (2007). *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*. Paris : Desclée de Brouwer
- ROSOLATO, G. (1978). *La voix, entre corps et langage, La relation d'inconnu*. Paris : Gallimard
- ROUSSILLON, R. (2014). *Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie*. Paris : Elsevier-Masson
- SERVANT-LAVAL, A. (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Louvain-la- neuve : De Boeck, 2014
- SIMARD, C. (2005). *La vieillesse, l'identité, l'affectivité : préserver la valeur du quotidien*. Montréal : centre collégial de développement de matériel didactique
- STERN, D.N. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Collection le fil rouge. Paris : Puf, 1989
- WINNICOTT, D.W. (1945). *Le développement affectif primaire*, In : De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1976 : 33-48.
- WINNICOTT, D.W. (1949), *L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma*, in WINNICOTT, D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969
- WINNICOTT, D.W. (1956). *La préoccupation maternelle primaire*, In : De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1976 : 168-174
- WINNICOTT, D.W. (1971). *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels*, in *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard, 1975

## Articles

- AJURIAGUERRA, J. de, & GARCIA BADARACCO, J. (1953). Les thérapeutiques de relaxation en médecine psychosomatique : Presse Médicale, 15, 316-320
- AVANZI, M. & BORDAL STEIEN, G. (2016). La prosodie du français en contact : présentation. Langages, 202, (2), 5-12. Doi :10.3917/lang.202.0005.
- BACHOLLET, M. S., & Marcelli D. (2010). « Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements », *Enfances & Psy* 2010/4 (n° 49), pp. 14-19 DOI 10.3917/ep.049.0014
- BASAGLIA, F. (1965). « Corps, regard et silence. L'énigme de la subjectivité en psychiatrie », in *Evolution Psychiatrique*, 2007, vol. 72, n° 4
- BULLINGER, A. (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. In: *Enfance*, n° 1, pp. 27-35
- CASTAREDE, M.F. (2005). « Avant-propos », in Marie-France Castarède *et al.*, *Au commencement était la voix*, ERES « La vie de l'enfant », p. 27-32. DOI 10.3917/eres.konop.2005.01.0027
- COLANTONI, L., & GURLEKIAN, J. (2004). "Convergence and intonation: Historical evidence from Buenos Aires Spanish", *Bilingualism: Language and Cognition* 7 (2), 107-119.
- DEFIOILLES-PELTIER, V. (2014). « Silence, schizophrénie et thérapie psychomotrice », in *Reliance psychomotrice n° 14*, Bruxelles, UPBPF, pp.30-34
- GOLSE, B. (2012). « À Daniel N. Stern qui nous manque infiniment », *Spirale* 2012/4 (n° 64), p. 39-42. DOI 10.3917/spi.064.0039
- GUT, U. (2005). "Nigerian English prosody", *English World-Wide* 26 (2), 153-177.
- HAAG, G., (1991). « Nature de quelques identifications dans l'image du corps ». Dans *le journal de la psychanalyse d'enfant*, 10 ; pp. 73-92
- LIM, L. (2009). « Revisiting English prosody: (Some) New Englishes as tone languages? », *English World Wide* 30 (2), 218-239.
- Marc, E. (2002) « La régression thérapeutique », *Gestalt* 2 (no 23), p. 29-50.
- MARCELLI, D.(1992). « Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson », in *La Psychiatrie de l'enfant*, 35(1) :pp. 57-82.

- MARCELLI, D. (2007). « Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé », *Spirale* 2007/4 (n° 44), p. 123-129. DOI 10.3917/spi.044.0123
- SANDER, L. & JULIA, H. (1996). « Continuous interactional monitoring in the neonate ». *Psychosomatic Medicine*. pp. 822-835.
- Seltzer L.J., Prosofski A.R., Ziegler T.E., Pollak S.D. (2012). Researcher instant message vs. speech : « hormones and why we still need hear each other » *Evolution and human behavior*. Volume 33. Issue 1.
- SENN, B. (2005). Enjeux de la construction de cabanes en thérapie psychomotrice. *Le corps en Lien, Le journal de l'ASTP*. pp. 71-76.

### Conférences citées

- COHEN D. (2017). Journée scientifique autour de la périnatalité l'AFPUP. Association Post-Universitaire en Psychomotricité de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie , Site Pitié-Salpêtrière, Paris.
- De LOOZE C. et RAUZY S. (2011) measuring speaker's similarity in speech by means of prosodic cues : methods and potential. XII th annual conference of International Speech Communication Association : Firenze (Italia)

## RESUME

Couramment assimilée au langage verbal, la voix est avant tout un son vocal. Elle prend naissance à l'intérieur du corps pour être exprimée vers l'extérieur de ce dernier. Elle constitue une entité à la fois vibratoire et sonore présente tout au long de la vie et signe l'identité de chacun. Très en lien avec le tonus et les émotions, il s'agit dans cet écrit de comprendre dans quelle mesure la voix accompagne le développement psychocorporel d'un sujet. Basée sur un cas clinique ainsi que sur plusieurs vignettes cliniques de patients rencontrés sur deux années, une réflexion sera menée sur ce que la voix des patients apporte au psychomotricien qui y prête attention. Dans une logique de communication, la prosodie ainsi que la synchronie du discours seront étudiées, ce qui apportera un éclairage sur l'outil précieux que peut aussi être la voix du psychomotricien en séance.

### Mots clés :

Voix - tonus - émotion - élément d'observation - construction psychocorporelle  
outil thérapeutique - intentionnalité - prosodie

## SUMMARY

The voice is commonly classified as part of verbal language but it is first and foremost a vocal sound. It comes into being inside the body in order to be expressed towards the outside of the body. It constitutes an entity which is both vibratory and sound and that is not only present during the whole life, but which is also a sign of our identity. As the voice is closely related to tone and emotions, the purpose of this research is to understand to what extent the voice can be used as a support to the body-mind development of a subject. The research is based on a clinical case as well as on several therapy histories of patients who were met over the last two years. This research is also thought-provoking regarding what the patients' voice can bring to the psychomotor therapist who pays attention to it. In a logic of communication, prosody along with synchrony will be studied. This will shed light on the precious tool that a psychomotor therapist's voice can be during a session.

### Key words :

voice - tone - emotion - observation elements - body-mind development  
therapeutical tool - intentionality - prosody