



HAL
open science

Du corps au son : la voix, support de la relation en psychomotricité

Mathilde Pelletier

► **To cite this version:**

Mathilde Pelletier. Du corps au son : la voix, support de la relation en psychomotricité. Psychologie. 2020. dumas-02900449

HAL Id: dumas-02900449

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900449v1>

Submitted on 16 Jul 2020

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

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

**Du corps au son
La voix, support de la relation
en psychomotricité**

Mathilde PELLETIER

Née le 22 novembre 1996 à Saint-Michel (16)

Juin 2020

Directeur de mémoire : Benjamin Carrera

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement :

Benjamin CARRERA, mon directeur de mémoire,

Audrey MIOSSEC, ma maîtresse de stage cette année,

Karine, Alexandra ainsi que tous les professionnels rencontrés lors de mes stages,

L'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux,

Mes parents,

Mes amies.

SOMMAIRE

Remerciements	1
Sommaire	2
Introduction	3
Partie 1 : La voix et les affects	5
1. 1 - Du corps au son : quand la voix prend corps	5
1. 2 - La voix et les affects dans le développement psychomoteur	15
Partie 2 : Ce que la voix dit de soi, la voix comme support Identitaire	27
2. 1 - L'identité	27
2. 2 - L'identité au travers de la voix	36
Partie 3 : Voix et relation thérapeutique en psychomotricité	50
3. 1 - Emettre et recevoir la voix, observation psychomotrice	50
3. 2 - Etre en relation	61
Conclusion	79
Bibliographie	81
Table des matières	84

INTRODUCTION

Denis Vasse, médecin et psychanalyste postule que « *c'est par la voix que la conscience s'ouvre à l'inconscient, et l'homme à lui-même et à l'autre* » [35].

Le phénomène vocal associe de nombreuses disciplines : la physique, la physiologie, la phoniatrie, l'éthologie, l'ethnologie, la linguistique, la sociologie. Pour Didier ANZIEU, la voix est un phénomène naturel, culturel, historique et relationnel [5].

Du premier souffle au dernier, la voix rythme la vie : parler, chanter, crier... Faire entendre sa voix, c'est vivre en tant que sujet. Mais l'être humain ne fait pas que parler, il écoute aussi. La voix est émise pour être entendue, elle est le fondement de la relation, avant même l'arrivée au monde. Le corps crée, reçoit, délivre la voix de manière unique et spécifique. Ainsi, la voix exprime notre manière d'être au monde.

La voix évolue en fonction de notre histoire et de nos émotions. Elle est un pont entre le dedans et le dehors, en partant du corps pour aller toucher l'extérieur. En nous échappant, elle est le reflet de la vérité de chacun.

La voix, instrument de la communication, fait partie de notre vie quotidienne. Elle émane du silence que le corps donne à entendre. La voix est donc un entre-deux entre un corps biologique et un corps social.

Durant mes expériences personnelles, il m'est arrivé d'avoir des retours sur ma voix, mettant en avant les effets de détente et d'apaisement qu'elle peut produire. Cela m'a amené à me demander **pourquoi la voix, reflet des affects et de l'identité du sujet, permet-elle de soutenir la relation en psychomotricité ?**

Pour répondre à cette problématique, nous commencerons par montrer que **la voix porte les affects du sujet**, puis que **la voix témoigne de l'identité du sujet**, et enfin nous verrons que **la voix de la psychomotricienne, en tant qu'outil thérapeutique, permet de soutenir la relation.**

Partie 1 : La voix et les affects

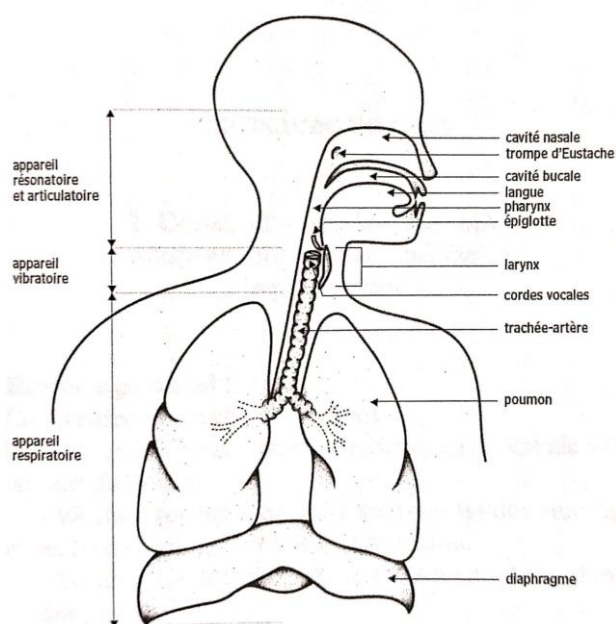
1. 1 - Du corps au son : quand la voix prend corps

1. 1. 1 Les origines physiologiques de la voix

La voix est un phénomène humain, complexe par sa qualité et sa dimension naturelle, culturelle et sa racine corporelle. La voix parlée met en jeu deux zones cérébrales dédiées au langage et à l'audition au niveau de l'aire pariétale de l'hémisphère gauche. La mélodie et le rythme sont eux traités par l'hémisphère droit, lié au temps et à l'espace ainsi qu'à la reconnaissance des formes. Le corps calleux fait lien entre les deux hémisphères.

La source corporelle de la voix est le souffle. Chez l'être humain, l'air est chassé des poumons au moment de l'expiration puis il passe par la trachée, traverse le larynx, puis la cavité du pharynx et sort par la bouche, entre les dents et les lèvres, ou par le nez si le voile du palais est abaissé.

L'appareil phonatoire



La production d'un son met alors en jeu les éléments de l'appareil phonatoire :

- Le souffle qui met en pression et en vibration les cordes vocales.

Les poumons se remplissent d'air pendant l'inspiration puis l'air est expulsé en direction des cordes vocales lors de l'expiration. Nous reviendrons plus tard sur la respiration.

- La mise en vibration sous forme d'ondulation des cordes vocales.

FERREIN a découvert qu'elles vibrent sous l'action de l'air expiré et produit le son[9]. Les cordes vocales, au nombre de deux, grandissent et changent de structure jusqu'à la puberté. A l'âge adulte, l'effet hormonal s'étant produit, les cordes vocales de la femme ont une longueur de 17 à 20 mm, et celles de l'homme de 22 à 27 mm. Elles sont perpendiculaires à la trachée et dessinent un V en avant. Elles sont les pièces principales du larynx.

- Les résonateurs avec les cavités pharyngienne, buccale et nasale dans lesquelles les sons se chargent d'harmonique, déterminent et font varier le timbre.

Il existe deux cavités de résonance ayant chacune sa fréquence propre : le pharynx et la cavité buccale. La taille et la forme des résonateurs varient selon les organes mobiles tels que la mâchoire, la langue, les muscles du pharynx, le larynx, le voile du palais et les lèvres. Il existe dix timbres vocaliques fondamentaux qui caractérisent les voyelles. Les consonnes sont des bruits surajoutés qui sont formés dans les résonateurs lors de l'expiration et non par la vibration des cordes vocales. Elles sont de durée brève lors de la voix parlée.

- Les muscles phonateurs avec la langue, les lèvres et les joues qui guident et composent le son.

Avec l'acquisition du langage, l'être humain développe musculature et innervation au niveau des joues, des lèvres et de la langue, lui permettant une meilleure articulation.

Dans la cavité buccale siège la langue, structure indispensable à la formation de la voix grâce à ses dix-sept muscles. La partie antérieure de la langue étant mobile, elle peut élargir ou rétrécir le chemin de l'air expiré qui transfère les vibrations vers l'espace des résonateurs, pour finalement arriver sur les lèvres. C'est la langue qui permet de créer les voyelles en changeant la longueur de la caisse de résonance et offre ainsi un langage articulé.

Enfin concernant les lèvres, si elles sont légèrement avancées, le son sera plus rond et plus sombre, et si au contraire, les lèvres sont tirées en arrière, la voix sera plus claire. L'identification de la production de son permet d'affiner la conscience vibratoire et son impact sur l'ensemble du corps. La production de son a également un impact sur la motricité fine de la langue, des lèvres et des joues.

Pour que la voix porte, il faut que le son soit propulsé par une onde sonore régulièrement entretenue. C'est au niveau du larynx que se forme une vibration périodique, lorsque les cordes vocales s'accrochent à l'expiration, créant des variations de pression.

La vibration laryngée est considérée comme la résultante de trois forces mécaniques :

- Une force qui maintient les cordes vocales en contact, il s'agit de la fermeture glottique
- Une force qui écarte les cordes vocales lorsqu'elles sont rapprochées, c'est la pression sous-glottique
- Une force qui tend à fermer les cordes vocales lorsqu'elles sont écartées, c'est l'effet « rétro-aspiratoire » de BERNOUILLI [5]

Ainsi la voix prend racine dans le corps en partant du dedans pour aller dehors : il faut d'abord qu'elle résonne à l'intérieur pour pouvoir rayonner à l'extérieur. Elle met en jeu des mécanismes physiologiques afin de pouvoir être projetée. Le son s'origine dans le souffle, en passant par des vibrations au sein de l'appareil phonatoire.

1. 1. 2. Paramètres acoustiques de la voix

Selon la physique, la voix représente le support acoustique de la parole et peut être analysée selon trois paramètres : la fréquence, l'intensité et le timbre.

- La fréquence correspond au nombre de variations par seconde et est exprimée en *hertz*. Elle varie selon l'individu, l'âge et le sexe.

Effectivement, la voix oscille autour d'une fréquence moyenne appelée « fondamental usuel de la parole » et varie s'il s'agit d'un enfant, d'une femme ou d'un homme. A cela s'ajoutent les facteurs physiologiques, psychologiques, familiaux et sociaux.

La fréquence change aussi en fonction de l'intonation, appelée mélodie. Cette dernière dépend de l'état affectif du locuteur.

- L'intensité se mesure en décibels. L'intensité perçue diffère de l'intensité physique puisque l'oreille est plus sensible aux sons aigus. Elle peut varier de la voix murmurée au cri. L'intensité moyenne usuelle correspond à la voix parlée.

Enfin, elle dépend de caractéristiques anatomiques et physiologiques, psychologiques, et culturelles et sociales par les accents articulatoires ou l'intonation.

- Pour finir, le timbre est divisé en dix timbres fondamentaux. Il correspond à l'ensemble des caractéristiques permettant d'identifier la voix. Il dépend de la personnalité de l'individu et de la vibration laryngée initiale. Il est le paramètre le plus difficile à étudier scientifiquement.

La mise en jeu de l'appareil vocal se fait par l'intermédiaire du système nerveux. En dehors de l'appareil moteur et sensitif, une partie de l'encéphale est directement impliquée dans la voix : le diencephale. Les états affectifs et émotionnels ont un rôle dans la phonation pour moduler tonalité, timbre et intensité de la voix. Le diencephale sert de transmetteur à la fois vers le cortex où l'émotion ressentie devient une expérience émotionnelle ; et vers le corps, puisque l'émotion va s'inscrire dans l'expression corporelle et ainsi modifier la respiration et la voix. En effet, des états affectifs comme la gaieté, la surprise et la colère peuvent dynamiser la voix ; alors que la peine, la douleur et l'anxiété auront tendance à la ralentir.

Par conséquent, la voix se module en outre en fonction de notre état émotionnel, les composantes du son étant influencées par notre environnement, notre physiologie, nos affects et notre intention.

1. 1. 3 La voix selon l'âge, le sexe et la culture

La voix nous accompagne tout au long de la vie : le nouveau-né a la voix la plus aiguë, puis pendant les trois premières années, elle baisse fortement pour des raisons physiologiques avec l'abaissement du larynx, mais aussi pour des raisons culturelles puisque l'enfant la modèle sur celle de son entourage.

Le nouveau-né possède des cordes vocales longues de 2mm et sa voix, très aiguë, peut atteindre une fréquence 500 hertz lorsqu'il crie. Lors du babillage, elle est de 400 hertz et à 8 ans, les cordes vocales atteignent 6mm et la fréquence se stabilise autour de 300 hertz.

La puberté étant plus précoce chez les jeunes filles, leur voix se modifie avant les jeunes garçons chez qui la mue arrive autour de 14ans. La mue est moins perceptible chez les adolescentes du fait que la fréquence de leur voix ne baisse que d'un tiers et se stabilise autour de 200 hertz, alors que celle des adolescents baisse de moitié pour atteindre 125 hertz. A l'âge adulte, la fréquence fondamentale des voix parlées se situe entre 100 et 150 hertz chez les hommes et entre 140 et 240 hertz chez les femmes.

La mue survient sous l'effet des hormones sexuelles, androgènes et testostérone chez les hommes, et estrogènes et progestérone chez les femmes. Sous l'effet de la testostérone, la mutation est plus marquée chez les hommes.

Les hormones agissent sur les cordes vocales et sur le larynx qui s'agrandit et s'abaisse. Les cordes vocales recouvrent une surface plus large et peuvent alors atteindre 16 à 20mm chez les hommes et 10 à 15mm chez les femmes. P. HANROT dit que cela modifie le son, la « voix de tête » de l'enfant devenant « voix de poitrine » chez l'adulte [17].

Notre instrument évolue tout au long de la vie selon les cycles hormonaux, les grossesses, la consommation d'alcool ou de cigarettes, ou encore selon notre histoire physique et psychique. Enfin lors du vieillissement, les personnes âgées des deux sexes retrouvent des timbres très proches. Cette nouvelle mutation est engendrée par la diminution des hormones sexuelles ce qui favorise la calcification des cartilages laryngés, diminue le tonus musculaire et altère le trophisme – processus de nutrition – des muqueuses qui recouvrent les cordes vocales. La voix devient alors plus rauque et les émissions sonores sont instables et jouent autour de 180 hertz.

Ajoutons que les codes sociaux influencent profondément les racines corporelles de la voix.

Dès l'âge de 4ans, en entendant les parents parler, les enfants adaptent leur hauteur de voix selon s'ils jouent le rôle d'un homme ou d'une femme. A. KARPF [20] rapporte une étude indiquant que l'on peut distinguer le sexe des enfants bien avant leur puberté, des différences acoustiques étant déjà établies. En effet vers l'âge de 7 ou 8 ans, les garçons commencent à limiter leur registre d'intonation. La plupart des hommes n'ont que trois niveaux d'intonation tandis que les femmes en ont au moins quatre. Cela montre que ces différences ne sont pas seulement dues à des facteurs anatomiques et hormonaux.

La voix dépend de la culture dans laquelle nous évoluons. Elle résulte de l'endroit où nous grandissons et de notre langue maternelle. Ainsi notre culture parle à travers notre voix.

Les anthropologues considèrent que le langage est un moyen de communiquer des valeurs culturelles. Il existe cependant des similitudes interculturelles permettant à une personne écoutant une langue étrangère d'en distinguer l'intention, avec par exemple de la courtoisie ou de la brusquerie, indépendamment du contenu verbal.

A. KARPF rapporte que le sociologue P. BOURDIEU a inventé les termes « habitus » et « hexis corporel » pour décrire la façon dont les statuts sociaux s'inscrivent dans le corps [20]. « Habitus » correspond à la manière dont les apprentissages de l'enfance sont ancrés dans le corps et « haxis corporel » reflète la façon dont le statut social agit sur la manière de se tenir et de parler. Il établit ainsi une relation entre corps social et corps physique.

Le tempo est également un marqueur culturel. Le silence peut indiquer des différences de style vocal. A. KARPF rapporte que la longueur moyenne des silences entre américains est de 0.74 secondes alors qu'elle peut aller jusqu'à 8.5 secondes chez les japonais [20]. Ainsi, les mélodies vocales sont propres à chaque pays.

Nous venons de démontrer que la voix ne dépend pas seulement de la physiologie et des affects mais également de l'âge, du sexe et de la culture de l'individu.

1. 1. 4 Du son aux sens

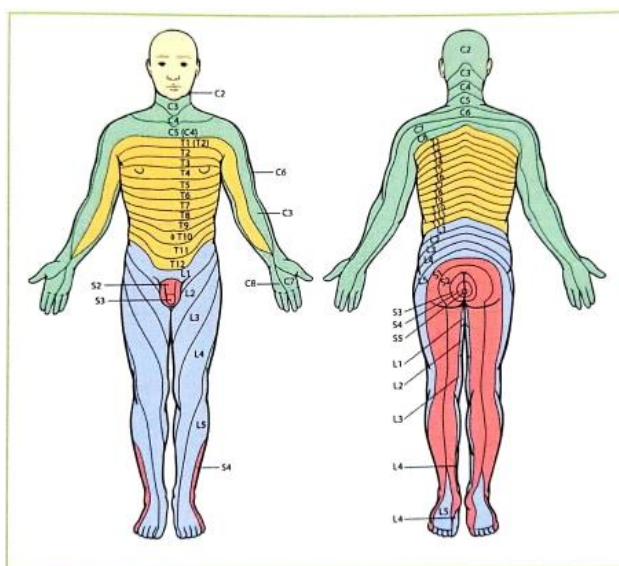
Nous allons maintenant voir que le toucher et l'ouïe sont deux sens particulièrement mis en jeu dans la réception des vibrations sonores. Dès la vie utérine, les sons issus de l'extérieur sont captés par les sens et viennent s'ancrer dans la mémoire.

Le toucher :

D'une part, les vibrations produites par le son vont impacter la mémoire en passant par la peau. Les sensations produites par les vibrations nous ramènent à nos premières expériences enveloppantes. Le contact peau à peau signe une sécurité pour le nouveau-né en renforçant le lien affectif.

La peau, frontière entre le dedans et le dehors, joue alors un rôle de liaison dans la vie relationnelle. Nous retrouvons par exemple ce contact peau à peau lorsque nous saluons quelqu'un, en lui serrant la main ou en l'embrassant. Remarquons que la proximité entre les individus dépend aussi de la culture et des codes sociaux qui les entourent.

La sensibilité de la peau passe par les fibres sensibles des nerfs rachidiens qui innervent des bandes cutanées appelées dermatomes. Ces zones de sensibilité sont disposées sur toute la surface du corps et dépendent des racines nerveuses au niveau des vertèbres de la colonne et du crâne.



1. Les dermatomes de la sensibilité cutanée.

Les vibrations du son sont captées par les zones de sensibilité cutanée en exerçant une pression sur la peau. Notons que les sons graves vibrent plus lentement et sont perçus plus facilement par la peau que les sons aigus qui vibrent plus rapidement.

Ainsi, la réception des sons crée ce que l'on pourrait appeler la « géographie corporelle » des sons [12].

Il est intéressant de mentionner que les vibrations de notre propre voix peuvent nous masser de l'intérieur. Par exemple, en passant par l'expérience de la psychophonie, approche développée par M-J. AUCHER [12] qui consiste à faire correspondre son et conscience corporelle en passant par la voix parlée ou la voix chantée, nous pouvons guider notre voix dans une partie du corps en fonction de l'intention, la fréquence, les phonèmes et le tempo. Les effets ressentis peuvent alors être apaisants ou stimulants. Elle dit que les sons émis et perçus par la peau permettent d'augmenter la présence à soi et le relâchement tonique.

La peau, alors réceptrice des émotions, peut se manifester. C'est par exemple le cas lorsque nous entendons une musique et que nos poils se hérissent. Elle participe aussi à l'enveloppe psychique de l'individu en contribuant à la conscience d'une unité corporelle et faisant limite entre soi et le monde extérieur. Nous aborderons plus spécifiquement cette notion d'enveloppe dans une partie lui étant dédiée.

C'est pourquoi la perception des sons passe par la peau, qu'ils viennent de l'extérieur ou de notre propre voix.

Nous pouvons ici faire l'expérience proposée par A. PARIS-DURIEUX et M-J. CARDINALE [12].

Pour cela, plaçons nos mains contre les joues et prononçons le son « Yom » en veillant à garder la mâchoire détendue et en allongeant le son du « M ».

La perception des vibrations se fait à la fois au niveau de la peau du visage par les joues et les muqueuses de la bouche qui sont abondamment innervées ; et au niveau des mains où les terminaisons nerveuses sont très développées.

L'ouïe :

Les vibrations sont également perçues par l'ouïe.

L'oreille se divise en trois parties : l'oreille externe, moyenne et interne. La membrane du tympan reçoit les vibrations qui évoluent au niveau des osselets, du marteau, de l'enclume et de l'étrier, avant d'être transmises au cerveau en passant par la cochlée.

Situés dans l'oreille interne, les canaux semi-circulaires se déploient au dessus du vestibule et participent à l'équilibre. Les neurones vestibulaires indiquent la position du corps et des mouvements dans l'espace au cervelet. A cela s'ajoutent les informations visuelles et sensorimotrices pour stabiliser le regard et la posture.

Par conséquent, nous observons ici un lien entre audition, vue et posture, sur laquelle nous reviendrons plus tard.

L'oreille perçoit différents paramètres de la voix :

- Le timbre : le son est composé de spectres de résonances qui composent les fréquences vocales. C'est ce qui nous permet d'identifier une voyelle d'une autre.
- La hauteur : elle dépend du nombre de vibrations émis par un son plus ou moins aigu. Ainsi, plus un son est aigu, plus les oscillations sont rapides, rapprochées et courtes, et plus un son est grave, plus les oscillations sont lentes, amples et éloignées.
- L'intensité : elle permet de distinguer un son fort d'un son faible par l'amplitude de ses vibrations. L'oreille du jeune enfant étant très sensible, il faut veiller à ne pas l'exposer à des sons d'intensité trop forte.
- La durée : ou tenue du son, dépend de la pression de l'air expiré. Chaque son a son histoire avec un début, une durée et une fin.

Le son sert aussi à se repérer dans l'espace. Comme d'autres mammifères, nous sommes dotés d'une capacité d'écholocalisation grâce à nos oreilles capables de percevoir les sons entre 20 et 20 000 hertz. Nous constatons d'ailleurs un développement des facultés auditives de spatialisation chez les personnes malvoyantes. Ainsi, l'audition a parmi ses fonctions la construction de repères dans les temps et dans l'espace.

Le son peut venir des autres, mais peut aussi venir de soi. En s'écouter soi-même, nous nous recentrons. Par exemple lorsque nous chantons, le son émis est capté et permet une autorégulation des flux nerveux afin d'ajuster la hauteur du son émis à celle du son entendu.

A. TOMATIS appelle cela l' « auto-écoute » [34] et ajoute que « *la voix ne produit pas ce que l'oreille entend* ». Nous n'entendons pas notre voix comme les autres la perçoivent.

Nous pouvons faire l'expérience d'auto-écoute bilatérale proposée par A. PARIS-DURIEUX et M-J. CARDINALE [12], faisant appel au système de boucle audio-phonatoire qui ajuste l'émission du son :

- Pour commencer, plaçons nos mains en forme de conque derrière les oreilles, puis lisons ou chantons un texte à haute voix pendant deux à trois minutes.
- Observons à présent le retour sur soi que cela provoque et les éventuelles modifications qui se font dans notre voix.

Les expériences d'auto-écoute en position debout favorisent l'ajustement de la posture verticale, plus particulièrement au niveau de la nuque car cela nécessite une position basse et souple du larynx. De plus, nous observons également un alignement de l'axe en passant par les chevilles, le bassin et les oreilles.

Pour conclure nous venons de voir que, de la même façon que les vibrations sont perçues de façon kinesthésique, elles le sont également de façon auditive.

D'une part, les perceptions osseuses des vibrations peuvent amener des sensations de sécurité, d'unité et de détente ; et d'une autre, les perceptions auditives influencent la posture et permettent de se repérer dans l'espace et le temps.

Dans cette partie, nous avons montré que la voix est produite et perçue par le corps. Elle dépend à la fois de la physiologie, de l'âge et du sexe de l'individu, mais également de son environnement, sa culture et son état émotionnel.

Explorons à présent l'impact émotionnel de la voix dans le développement psychomoteur.

1. 2 – La voix et les affects dans le développement psychomoteur

D.W. WINNICOTT postule « *un bébé seul, ça n'existe pas* ». Dès les premiers instants de vie, et même depuis la vie utérine, le bébé se développe en étant en interaction avec son environnement.

Dans cette partie, nous tenterons donc de retracer l'apparition des premières vocalises de l'enfant au sein des interactions précoces, ainsi que la façon dont la voix soutient un développement affectif et un mode de relation harmonieux.

1. 2. 1 Depuis les interactions précoces

Une interaction correspond à l'influence réciproque entre deux personnes ou deux phénomènes qui évoluent dans un même système. Elle comporte les notions de temporalité, d'interdépendance et de réciprocité. Le bébé et l'environnement sont donc en influence permanente dans un processus d'adaptation et de développement.

Il existe trois niveaux d'interactions précoces définies par S. LEOVICI, P. MAZET et J-P. VISIER : les interactions affectives, fantasmatiques et comportementales [33].

Tout d'abord, les **interactions affectives** concernent le climat affectif ou émotionnel entre le bébé et la mère, qui se manifeste par les gestes, les sourires ou la voix. La mère perçoit l'état émotionnel de son enfant et tente d'y proposer une interprétation. D. STERN parle d'accordage affectif ou d'harmonisation affective [14]. La mère devient alors miroir des émotions du bébé, en reprenant ses expressions et en les accentuant, par exemple en y ajoutant la voix. Il arrive que cet accordage ne soit pas harmonieux, et ne permette pas au bébé d'identifier et de mettre du sens sur les émotions. Ces expériences de partage d'affects participent au sentiment de compréhension du bébé qui peut par la suite mettre du sens sur des comportements.

Quant aux **interactions fantasmatiques**, elles prennent en compte l'influence réciproque de la vie psychique de la mère et de son bébé, dans leurs aspects imaginaires et fantasmatiques, conscients et inconscients.

A la naissance, il y a confrontation entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel. La mère a imaginé son futur enfant et a des fantasmes le concernant. Cette arrivée réactive la vie imaginaire et fantasmatique des parents, en lien avec leurs histoires familiales et affectives, et leurs images parentales. Les représentations influencent donc les interactions comportementales et affectives avec l'enfant, auxquelles s'ajoute la vie fantasmatique du bébé, nourrie, selon S. LÉBOVICI [33], par les soins maternels et leurs vicissitudes.

Enfin, ils parlent des **interactions comportementales**. Il s'agit d'interactions réelles qui concernent la façon dont les comportements de la mère et de l'enfant s'harmonisent. Celles-ci sont directement observables.

Ils distinguent trois types d'interactions comportementales :

- Les interactions corporelles, à mettre en lien avec les notions de *holding* et de *handling* de D.W. WINNICOTT [21].

Le *holding* correspond à la façon dont l'enfant est porté corporellement et psychiquement. Les soins maternels, contenant et sécurisant, soutiennent le rôle de pare-excitation de la mère en protégeant l'enfant des surplus d'excitations qu'il ne peut pas contrôler. « *La qualité du portage, sa régularité et sa dimension contenante apportent à l'enfant un sentiment de sécurité et de fiabilité* » [32]. Cette fonction participe à la construction du Moi, ce qui permet au bébé de percevoir les objets extérieurs à lui.

Le *handling* fait référence à la façon dont l'enfant est manipulé, la façon dont les soins quotidiens lui sont apportés, avec leur part d'affectivité. Cette fonction participe également à la construction du Moi ainsi que des limites corporelles.

Ces deux notions relèvent du dialogue tonique décrit par H. WALLON, puis développé par J. de AJURIAGUERRA avec le dialogue tonico-émotionnel [33]. Il désigne la manière dont l'enfant est tenu, soutenu par le parent, et la manière dont le bébé y répond ; des interactions passent par le tonus musculaire du parent et de l'enfant. Ainsi le tonus de l'un affecte le tonus de l'autre.

- Aussi, les interactions visuelles sont très présentes dès le début de la vie et représentent un mode de communication privilégié dans la relation mère-enfant.

La réciprocité des regards échangés, appelé regard mutuel, renvoie à la fonction de miroir de la mère, décrite par D.W. WINNICOTT [33]. Ces interactions participent à la construction du sentiment d'existence, de l'image de soi, et le bébé va donc pouvoir se différencier de la mère.

- Pour finir, les interactions vocales sont le mode de communication privilégié du nouveau-né pour exprimer ses besoins et ses affects. Depuis les cris et les pleurs, la mère va intervenir pour apporter une réponse et mettre fin au besoin.

Selon J. BOWLBY, les interactions vocales jouent un rôle important dans l'attachement, il parle d'ailleurs de « cordon ombilical acoustique » [5].

F. DOLTO [5] dit qu'il est essentiel de parler au bébé car il entend et perçoit ce qui est dit. Ainsi, le bébé est sensible aux intonations de voix et à la prosodie, que nous développerons dans la partie suivante.

En conclusion, nous avons donc vu qu'à travers les interactions précoces, la mère et le bébé vont s'exprimer par différents canaux : le contact peau à peau, la vue et la voix. Ces interactions laissent chez l'enfant des traces sensorielles, affectives, motrices, qui vont permettre plus tard d'accéder aux premières représentations pour ensuite accéder au symbolique, à l'abstrait.

Nous pouvons noter que dès les premières interactions, la voix a une place essentielle pour le nouveau-né dans sa façon d'être au monde, de communiquer, et donc d'être en relation et de se développer.

Ces expériences sont indispensables afin de construire des compétences motrices et sensorielles. Si elles sont suffisamment bonnes, l'enfant va être en capacité de faire des choix et de s'adapter en anticipant les situations.

Pour finir, nous pouvons affirmer que des interactions précoces harmonieuses soutiennent le développement affectif de l'enfant.

Nous allons à présent revenir sur la notion de prosodie que nous avons abordé dans les interactions comportementales vocales.

1. 2. 2 La voix, support de la relation chez le nouveau-né

La parole est portée par la voix de façon subjective. Elle révèle l'état émotionnel et possède une visée significative, c'est pourquoi selon M.-F. CASTAREDE « *la voix est l'unité du son et du sens dans la parole* » [5].

L'utilisation de la parole est un acte de communication. « *En m'appropriant les signes vides du langage, je les applique à moi-même et à des situations concrètes dans le monde* ».

A cela s'ajoute l'intention et le corps puisque le geste vocal implique ces derniers.

G. ROSOLATO dit que « *La voix est l'entre-deux du corps et du langage* »[5].

A partir du septième mois de grossesse, l'oreille du fœtus capte les voix et sons extérieurs qui sont amplifiés par la transmission osseuse. Les battements de cœur de la mère et de l'enfant sont ses premiers repères rythmiques. Autour de la 27^{ème} semaine de vie intra-utérine, le fœtus réagit tout particulièrement à l'intonation de la voix et au rythme de la parole. C'est alors que sons et voix laissent une empreinte sonore bien avant la naissance. De plus chez le nouveau-né, nous observons une tendance à orienter sa tête vers une voix déjà familière, ou à se calmer à l'écoute d'un chant ou d'une musique entendu *in utero*.

A la naissance, l'enfant passe d'une perception aquatique à une perception aérienne. Les sons sont alors beaucoup moins atténués et son spectre auditif est très large. Ce champ auditif se spécialise et se limite aux fréquences les plus utilisées dans son environnement sonore quotidien et les plus sécurisantes.

La prosodie :

Le nouveau-né est attentif à la prosodie, qui correspond à la mélodie de la voix. La prosodie se distingue selon le flux, le rythme, l'intonation et les accents de la parole. Elle dépend de l'état émotionnel, psychique et physique de la personne.

Lors des premiers mois de vie, la mère accompagne l'enfant en adaptant sa voix aux besoins et affects du bébé. En réponse à sa voix, le bébé accorde ses réactions et mouvements. Nous pouvons ici parler du *feed-back* dont parle GLEASON [5], du fait que la mère se répète tant qu'elle n'a pas perçu la réponse qu'elle attend de son bébé, que ce soit un mouvement de la tête, un regard ou une vocalise.

Pour J. BOWLBY, les interactions vocales jouent un rôle majeur dans l'attachement, rappelons nous qu'il parle de « cordon ombilical acoustique » [35]. Dans le cas d'un mauvais ajustement, il peut apparaître un trouble de la communication verbale.

La corporéité sonore du langage est vectrice de plaisir. En produisant et imitant les sons de la mère, l'enfant s'y identifie. Pour PROUST, la voix maternelle joue le rôle de « miroir sonore » et est porteuse d'une présence réconfortante et de l'absence des sentiments de perte et d'abandon [5]. La voix du bébé en interaction avec la voix de la mère permet donc d'enrichir d'un poids émotionnel les premières expériences.

Cela participe à l'accordage affectif que nous avons vu avec D. STERN [35], et au *caregiving*, étudié à travers la théorie de l'attachement par BOLWBY et SOLOMON. Elle s'appuie sur les soins parentaux répondant aux besoins d'attachement et d'exploration du bébé.

La sensibilité du *caregiver* est défini par AINSWORTH [16] comme la volonté de répondre rapidement et de façon adaptée afin d'apporter réconfort et sécurité. Le bébé développe alors sa capacité de mentalisation pour contenir et rendre agréable ses émotions. La fonction de *mirroring* décrite par P. FONAGY [16], passant par le baby talk et les mimiques, permet de répondre au bébé en détresse sur le même registre émotionnel que lui, en l'accentuant ou le diminuant. Grâce à cela, le bébé va se sentir compris.

Le baby talk :

Le baby talk est la façon dont parle le bébé mais également la façon dont les adultes lui parlent. Les premiers soins sont apportés par la voix. F. DOLTO parle de la nécessité de parler au nouveau-né car « *tout ce qui est parlé devient humain* » [5].

En effet, lors du babillage, l'enfant reproduit les mélodies de la voix des adultes.

Selon GARNICA [24], le baby talk comporte les traits prosodiques suivants : le timbre de la voix est plus élevé, elle comporte des montées de voix en fin d'émission, la courbe mélodique présente plus de variations avec un aspect chantant et le rythme est ralenti.

Ces caractéristiques sont complétées par les apports de M. et H. PAPOUSEK [5] qui définissent les traits suivant au baby talk :

- La structure est plus simple, répétée et avec un rythme prolongé. Cette régularité permet à l'enfant de devenir familier avec son entourage sonore.
- Ils parlent de figures prédominantes avec l'accent, la rythmicité, l'intonation et les changements d'intensité.
- L'intonation exagérée favorise la communication lors des moments de veille ou de l'endormissement avec par exemple les berceuses.
- Les parents adaptent mimiques et vocalises en fonction de celles de l'enfant. L'enfant apprend ainsi que ses productions vocales peuvent engendrer des réponses similaires chez l'adulte.
- Les activités vocales en échange réciproque sont source de plaisir et favorisent l'interaction.

Nous pouvons repérer ici que le baby talk possède des caractéristiques musicales, indépendamment de l'environnement et la culture dont fait partie le bébé. Il constitue la communication primordiale entre la mère et l'enfant en étant source de plaisir.

La fonction alpha de Bion :

A travers ses émotions, le bébé exprime ses éprouvés corporels et psychiques. Ces éprouvés chargés d'affects, pouvant créer de véritables angoisses pour le nouveau-né, sont ce que W. BION appelle les « éléments bêta » [13]. Ces éléments ont du mal à être identifiés et pensés par le bébé. Il les projette donc sur son environnement.

Les réponses de la mère, appelées « éléments alpha » et qu'il présente comme les « *perceptions de l'expérience émotionnelle et les impressions des sens* » [15], permettent de différencier le conscient de l'inconscient, détoxifient les éléments β en les réorganisant pour que le bébé puisse les comprendre et y mettre du sens. Les éléments alpha peuvent donc lui être renvoyés par son entourage de façon tonique, postural, ou encore sonore. Ainsi, dans un premier temps, l'entourage prête une capacité à penser au nouveau-né.

Rapportons qu'il existe donc un lien entre l'angoisse et la formation de la pensée du bébé. Progressivement, le bébé construit sa propre fonction alpha, rendant possible la construction de son appareil à penser avec les notions de dedans/dehors, réel/imaginaire, affects/représentations. Ces repères sont donc organisateurs dans la vie psychique du bébé et l'amènent à pouvoir anticiper.

1. 2. 3 Premières vocalises

L'appareil phonatoire, véritable outil de communication, joue un rôle essentiel dans l'expression des émotions du nouveau né.

Dès les premières semaines de vie du bébé, le son le plus émis est le cri. P.H. WOLFF [5] décrit quatre cris distincts : le cri de faim, le cri de colère, le cri de douleur d'origine externe ou viscérale, et le cri de réponse à la frustration. Tous ces cris correspondent à des réflexes physiologiques et viennent rythmer les échanges entre l'enfant et son environnement.

S. FREUD [5] évoque que le cri est d'abord une décharge motrice de l'excitation interne - schéma réflexe qui constitue la première structure de l'appareil psychique - avant de devenir un moyen de communication. Il dit que « *la voix de décharge acquiert ainsi une fonction secondaire d'une extrême importance, celle de la communication mutuelle* »[5].

En effet, la mère cherche à distinguer les cris selon les situations et expériences vécues afin d'y apporter une réponse adaptée ; la meilleure réponse étant la voix maternelle.

S. FREUD parle également du désir visant l'obtention de la satisfaction, dépendante de l'entourage. Cette satisfaction permet de fixer en images mnésiques les expériences antérieures. Les premières images mentales constituent la première forme de symbolisation.

Pour J. BOWLBY [33], le cri favorise la restauration de la proximité et est donc un facteur de l'attachement. Selon P.H. WOLFF [5], lors de la troisième semaine apparaît le « faux cri de détresse pour attirer l'attention », correspondant à des gémissements finissant en cris. Il s'agit de la première émission sonore intentionnelle.

Enfin, dès trois mois apparaissent les cris contagieux. Ainsi, l'imitation audiophonologique se diversifie rapidement et enrichit la gamme de phonèmes en articulant des sons plus précis et en faisant des combinaisons.

Entre trois et six mois arrive la période de babillage. D. WINNICOTT décrit ces comportements comme intervenant dans l'air intermédiaire en tant que phénomènes transitionnels [7]. Il ajoute que ces phénomènes sont précurseurs de l'« aire de l'expérience culturelle » de l'adulte.

Lors de cette période et si le bébé est stimulé par l'entourage, nous observons une vaste production de sons : le bébé expérimente gloussements, claquements et croassements, puis la production de son devient volontaire en se composant une gamme variée de phonèmes constituant sa langue maternelle.

De plus lors de la phase de babillage, les consonnes, dites doucereuses, telles que L et M, apparaissent plus fréquemment et indiquent l'état de satisfaction du bébé. Aussi, les sons L, M, I et A sont liés à la succion. Le son M qui évoque le plaisir de se nourrir, est lié au contact de la bouche avec le sein. Ainsi l'on retrouve ce son dans le mot *mère*, mais aussi *mother* en anglais, *mutter* en allemand, *madre* en espagnol, *ama* en albanais, *ima* en hébreu... Notons que lors du développement du langage, les émissions vocales réduisent l'anxiété de l'enfant.

JAKOBSON [5] s'est aussi intéressé au babillage et souligne qu'il se développe une intention de communication qui permet la sélection des sons retrouvés dans le bain sonore dans lequel l'enfant se trouve. C'est à dire que l'environnement linguistique active l'acquisition du langage. L'enfant passe d'une pure expression de soi à la volonté de se faire comprendre. Les sons prennent ainsi une valeur linguistique.

En outre, D. ANZIEU [5] souligne que l'acquisition de la signification prélinguistique, par les cris puis le babillage, précède celle de la signification infralinguistique qui correspond aux mimiques et gestes.

Aussi, BOWER [5] distingue deux phases développementales des vocalisations : d'une part pendant les six premiers mois, le bébé développe un répertoire de sons de toutes les langues humaines ; puis d'autre part de six à douze mois, le bébé ne produit plus que les sons propres à la communauté linguistique dans laquelle il se trouve. Ainsi, l'environnement linguistique influence le babillage de l'enfant, en passant par l'audition.

Enfin DELVE postule que les premières vocalises du bébé permettent trois types de construction [5] :

Premièrement il dit que la voix est un support identificatoire : lorsque l'enfant distingue ses propres productions vocales de celles d'autrui, il va pouvoir se différencier de l'autre. Puis la voix, qui par sa fonction contenante permet de limiter le dedans et le dehors, participe alors à la construction de l'image du corps. Enfin, l'enfant baignant dans un bain sonore, la voix le mène au langage.

Pour conclure cette partie, nous pouvons à présent apprécier les premières productions de son du bébé à travers les cris, puis le babillage, et affirmer que ces constructions dépendent de l'environnement linguistique de l'enfant.

Selon D. ANZIEU, la voix est un phénomène naturel, culturel, historique et relationnel [5]. Ainsi, l'environnement influence le développement du langage chez l'enfant.

1. 2. 4 Enveloppe sonore

L'essentiel des organes des sens s'établit entre la fin du deuxième et du septième mois de grossesse dans l'ordre suivant : système cutané, système olfactif, système gustatif, système vestibulaire, système auditif et système visuel.

A partir de sept mois de développement utérin, le fœtus entend les sons et peut répondre par des mouvements aux stimulations et vibrations externes si elles sont suffisamment intenses. Le fœtus se trouve au centre des bruits continus de l'organisme de la mère, tels que le système digestif et l'appareil circulatoire. SALK dit qu'après la naissance, si la mère porte le bébé du côté gauche, il entendra ses battements de cœur, ce qui aura un effet sécurisant [5].

Dans la vie fœtale, les sons sont d'abord perçus par la peau avant de l'être par l'oreille. La voix de la mère est captée par les vibrations osseuses et aquatiques via le liquide amniotique, et vient envelopper la peau du fœtus. Le fœtus se retrouve alors au sein d'un bain sonore enveloppant et sécurisant.

Ainsi, dès la vie utérine, le toucher et l'ouïe vont être particulièrement impactés par les vibrations sonores émises par l'extérieur. L'audition prénatale permet ainsi au fœtus d'établir un premier lien avec son environnement.

L'enveloppe sonore permet d'être, d'intégrer la peau comme contenant et de s'en servir comme d'un espace où s'intègrent les sensations.

Cette surface qu'est la peau participe à la fonction contenante du Moi-peau que décrit D. ANZIEU [2]. Il évoque le Moi-peau comme étant à l'origine des enveloppes tactile, sonore et gustavo-olfactive.

La fonction de contenance est principalement exercée par le *handling* maternel que nous avons vu précédemment. Ainsi, cette fonction est soutenue par les soins qu'apporte la mère à l'enfant pour répondre aux sensations et émotions du bébé. Grâce aux échopraxies et écholalies, des réponses circulaires se mettent en place permettant à l'enfant d'éprouver progressivement ses sensations. Pour D. ANZIEU, « *le premier espace psychique du bébé est un espace sonore* » [2]. Les réponses, gestuelles ou vocales, participent à la construction du Moi ainsi que des limites corporelles.

Les réponses apaisantes de la mère deviennent le premier miroir sonore de l'enfant, le miroir sonore et le miroir visuel étant à la base de la construction du narcissisme.

Dans le cas d'un miroir sonore pathogène, nous pouvons observer : une discordance entre les réponses de la mère et les ressentis, les attentes ou l'expression du bébé ; une brusquerie avec des variations extrêmes de l'état du bébé par des réactions insuffisantes ou excessives ; une impersonnalisation lorsque la mère ne renseigne le bébé ni sur ce qu'il ressent, ni sur ce qu'elle ressent, ou bien en se parlant à elle-même devant lui, que ce soit à haute voix par la parole ou lors des moments de silence.

En effet, le miroir sonore n'est structurant que si la mère exprime à l'enfant quelque chose d'elle et de lui.

Pour F. DOLTO, l'image du corps se construit en référence aux expériences olfactives, visuelles, auditives et tactiles [22]. Elle dit que l'enfant a besoin de vocabulaire pour construire une représentation cognitive de la géographie de son corps.

Ainsi, la richesse ou la pauvreté des références sensorielles témoigne de la qualité ou de la pauvreté des échanges par la médiation de l'enveloppe corporelle.

L'introjection de l'univers sonore vient nourrir et construire un sentiment d'unité et d'identité. L'unification du corps passe par le stade du miroir comme l'a conçu J. LACAN, par le miroir visuel, mais également par le miroir sonore, ou « la peau auditivo-phonique » [2]. Elle permet à l'appareil psychique de mettre du sens puis de symboliser. Ce bain sonore, composé des sons émis par l'environnement et par le bébé, est l'ébauche de la structuration du dedans et du dehors. Ces combinaisons sonores sont alors à l'origine d'une première image spatio-auditive du corps propre.

De plus, les espaces sonore, visuel, visuo-tactile, puis locomoteur et graphique induisent la différenciation entre le Soi et l'environnement.

Ainsi, dans un environnement suffisamment bon, avec identification et intégration des hétéro-stimulations, l'enfant pourra par la suite auto-stimuler ses fonctions psychiques.

Finalement, nous pouvons dire que l'enveloppe sonore a une place importante dans le développement de l'enfant, lui permettant de se sentir contenu et sécurisé pour vivre ses expériences, et intégrer sensations et émotions.

Le bain sonore, en lien avec l'enveloppe tactile, amène l'enfant à se différencier des autres, à structurer le dedans et le dehors, et donc à se construire une image du corps et un sentiment d'unité.

Pour conclure cette première partie nous avons montré que dès les premières interactions, la voix a une place essentielle dans la façon d'être au monde, de communiquer, et donc d'être en relation.

De plus, la voix dépend de la physiologie, de l'environnement, de l'histoire affective et de l'état émotionnel de l'individu. La voix parlée n'est pas uniforme et se module en fonction de la situation.

Ainsi l'affect est du côté du corps, c'est à dire du côté de l'inconscient. A. GREEN formule que « *l'affect est la chair du signifiant et le signifiant de la chair* » [10].

C'est pourquoi nous pouvons dire qu'en passant par la voix, qui prend racine dans le corps, les affects du sujet s'expriment.

Le lien entre voix et expression des affects est décrit par J-J. ROUSSEAU : « *On ne commence pas par raisonner mais par sentir... L'origine des langues n'est point due aux premiers besoins des hommes... D'où peut donc venir cette origine ? Des besoins moraux, des passions. Toutes les passions rapprochent les hommes que la nécessité de chercher à vivre force à fuir. Ce n'est ni la faim, ni la soif mais l'amour, la haine, la pitié, la colère qui leur ont arraché les premières voix* » [5].

Ainsi, nous avons montré qu'une attention portée sur la voix du patient peut être intéressant en psychomotricité puisque la voix témoigne de l'histoire et des affects du sujet.

Partie 2 : Ce que la voix dit de soi : la voix comme support identitaire

Dans cette partie, nous allons nous demander si la voix permet d'observer l'identité d'un sujet. Pour cela, nous commencerons par aborder la notion d'identité puis nous étudierons comment est ce qu'elle s'exprime à travers la voix.

2. 1 - L'identité

2. 1. 1 Construction identitaire

Identité vient du latin *item* qui signifie « le même ». L'identité dépend des caractéristiques propres à l'individu, elle marque l'unicité le rendant différent des autres. L'identité rassemble également ceux qui se ressemblent pour créer des groupes avec par exemple les mêmes caractères physiologiques, les mêmes intérêts, ou la même culture. De l'identité culturelle dépend les connaissances, les traditions, le type d'habitat, les goûts culinaires et les comportements sociaux.

L'identité n'exclut pas le changement. Un individu aura toujours le même ADN mais son évolution et son histoire nourrit son identité de nouvelles expériences, de nouvelles idées, de nouveaux sentiments. G. W. LEIBNIZ [11] écrit que c'est la mémoire qui permet la continuité et donc l'identité. Le sentiment d'identité est alors étroitement lié à la mémoire.

Dans *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, pour A. LALANDE [11], le mot « identité » repose sur trois sens de l'adjectif « identique » :

- Est unique ce qui est identique bien que nommé ou perçu de manière différente. Il s'agit ici de la notion d'unité.
- Un individu est identique à lui-même en ce qu'il est le même à différents moments de son existence. Cela se réfère à la notion de continuité.
- Deux ou plusieurs objets de pensée distincts peuvent être considérés comme ayant les mêmes propriétés ou qualités. Cela peut être associé à la notion de ressemblance.

Ainsi pour caractériser un individu, il est important de le percevoir dans son unité tout en tenant comptes de ses changements. Concernant la notion de ressemblance, G. W. LEIBNIZ [11] ajoute que « *deux choses individuelles ne sauraient être parfaitement semblables* » et à l'inverse, deux êtres indiscernables ne pourraient être qu'un seul et même être.

Le phénomène identitaire fait entièrement partie des relations sociales. Nous pouvons alors parler d'identité sociale, qui étudie comment le sujet se construit au contact de son environnement social. Par conséquent elle reflète une manière d'être au monde qui nous entoure.

Nous pouvons maintenant différencier identité individuelle et identité sociale, l'identité individuelle étant une façon d'être tandis que l'identité sociale dépend de stéréotypes, normes et comportements sociaux propres à un groupe social.

L'identité sociale est mise en jeu lors des interactions. M. ZAVALLONI [8] la définit comme la représentation que le sujet se fait de son environnement social.

Pour H. TAJFEL [8], l'identité sociale est liée à la connaissance de son appartenance à des groupes sociaux et à la signification émotionnelle qui résulte de cette appartenance.

Ajoutons que la construction identitaire du sujet ne dépend pas seulement des groupes d'appartenance, mais se fait aussi en s'identifiant à d'autres groupes.

Autrement dit, nous pouvons distinguer l'identité objective du sujet qui est constituée par les groupes dont il fait partie, et l'identité sociale subjective qui concerne les représentations qu'il se fait de ces groupes. Les représentations permettent au sujet de se situer, de se repérer, de penser et d'interpréter ce qui l'entoure.

D. JODELET précise que la représentation sociale est « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » [8].

C'est pourquoi les expériences sociales participent aux mécanismes identitaires de l'individu.

Les représentations sociales se construisent avec le langage qui donne sens à la réalité pour soi et pour les autres. Ce qui est nommé participe à l'identité sociale en impliquant la symbolisation et la représentation de l'histoire du groupe.

La fonction du langage est mise en évidence par S. FREUD qui distingue « représentation de chose » et « représentation de mot » [8].

La « représentation de chose » consiste en un investissement activant la trace mnésique sans intervention du langage. Elle ravive donc la mémoire sur un événement passé. Elle est essentiellement du domaine non verbal puisque non verbalisable, et inconsciente.

Au contraire, la « représentation de mot » relie verbalisation et conscience en passant par le langage et le symbolique pour revenir à un souvenir. Le langage amène alors à la prise de conscience.

Ici, nous pouvons établir un lien entre langage et mémoire. Les traces mnésiques ne peuvent être rendues conscientes et symbolisées que lorsqu'elles sont parlées. S. FREUD met en avant la fonction essentielle du langage, et donc du processus de symbolisation dans le fonctionnement du sujet.

Ce qui nous amène alors à M. ZAVALONNI [8] qui, comme nous l'avons vu précédemment, émet que l'identité sociale est une représentation psychique marquée par des déterminismes sociaux propres au fonctionnement des groupes.

Pour finir, l'identité est à la fois individuelle et sociale, et reflète une façon d'être en interaction avec le monde qui nous entoure. Elle évolue au cours du temps et est liée à la mémoire.

2. 1. 2 Identité psychosociologique

L'identité est composée de sentiments d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance qui conduisent vers un sentiment d'existence et d'identité. En psychologie sociale, une multitude de critères constituent les référents identitaires. Nous trouvons par exemple l'âge, le sexe, la taille, le milieu familial, culturel, scolaire, les aptitudes, les intérêts, les habitudes, le caractère, les relations amicales ou encore les activités sportives.

Chez l'être humain l'identification à autrui se fait spontanément sous forme d'une catégorisation à partir de critères spécifiques.

A. MUCCHIELLI [26] décrit les catégories des référents identitaires psychosociologiques d'un acteur social ou d'un groupe. Il évoque :

- Les référents matériels et physiques avec les apparences physiques (traits morphologiques, traits distincts), les possessions (nom, habitation, vêtements), les potentialités (puissance financière, physique, intellectuelle), et l'organisation matérielle (agencement du territoire, de l'habitat).

- Les référents historiques correspondent aux origines (nom, parenté), aux événements marquants (éducation, traumatismes, transformations), et aux traces historiques (croyances, habitudes).

- Les référents psychoculturels font référence au système culturel (croyances, religion, codes culturels), à la mentalité (perception du monde, normes groupales, habitudes collectives), et au système affectif et cognitif.

- Enfin les référents psychosociaux dépendent des références sociales (sexe, âge, statut, rôles sociaux), des attributs de valeur sociale (compétences reconnues, qualités et défauts), de la psychologie de l'acteur (vision du monde, vécu, projets) et des potentialités de devenir (capacités, motivation, adaptation).

Notons que lorsque nous essayons de définir notre propre identité ou celle d'un groupe, seuls quelques critères parmi ceux que nous venons de citer sont utilisés. Cela dépend des informations recherchées.

A. MUCCHIELLI [26] parle de « noyaux identitaires » comme structures psychoculturelles. Nous allons voir successivement le noyau identitaire d'une société, d'un groupe et d'un individu par le système culturel, la mentalité et le système cognitif.

Le noyau identitaire culturel correspond d'une première part à la culture comme langage. Selon R. BENEDICT [26], comme une langue, la culture s'apprend. Elle a ses codes et porte une conception du monde et des mots. La culture représente alors un ensemble d'acquis communs aux membres d'un groupe qui sont intériorisés par le sujet.

D'une autre part, le noyau identitaire culturel dépend des prémisses culturelles puisque les conduites culturelles sont des conduites typiques partagées au sein d'un groupe. Elles se rapportent aux représentations, conduites et émotions. La prémisses culturelle se présente donc comme la source des conduites de l'individu. Le système culturel permet la mise en forme des expressions. Selon LEVI-STRAUSS [26], il s'agit d'une structure articulée dont l'activité inconsciente consiste à donner des formes à un contenu.

Aussi, les stéréotypes culturels sont une structure de perception et d'interprétation du monde. Elles se constituent des normes, des modèles et codes culturels. Elles permettent de se situer dans la société. Les critères communs d'évaluation sont d'autant plus forts que la société est cohésive.

Enfin la formation du système culturel permet d'étudier les processus interactionnels. Pour KARDINER [26], l'identité est un système d'action et d'adaptation à l'environnement, qui peut être une grande source d'anxiété. Les efforts d'adaptation réduisent l'anxiété en construisant des habitudes rassurantes. Ces modalités de comportements constants façonnent le système de pensées. C'est ce qu'il nomme le « système de sécurité ». La formation du système culturel part des croyances pour structurer des conduites ritualisées, intégrées et partagées dans la société.

Ensuite, il y a le noyau identitaire groupal. Pour GURVITCH, le groupe est une « *unité collective réelle, mais partielle, directement observable et fondée sur des attitudes collectives, continues et actives, ayant une œuvre commune à accomplir, unité d'attitudes, d'œuvres et de conduites, qui constitue un cadre social structurable tendant vers une cohésion relative des manifestations de la sociabilité* » [26].

MUCCHIELLI [26] postule que lorsque nous parlons de structure culturelle d'un groupe, nous parlons de mentalité. Une mentalité est un ensemble d'acquis communs aux individus d'un même groupe. Ces acquis sont intériorisés et servent de références permanentes et inconscientes pour la perception des choses, et interviennent dans la construction des conduites. La mentalité porte en elle une vision du monde et engendre des attitudes face à l'environnement.

La culture comme référentiel du groupe est alors intériorisée. La mentalité génère un système de prémisses, de modèles et de représentations.

Quant au noyau identitaire individuel, il dépend tout d'abord d'un système perceptif, affectif, cognitif et comportemental. Ce système rassemble le système culturel et la mentalité vus auparavant. Les intégrations affectives et cognitives sont des processus internes par lesquels le psychisme organise les informations pour leur donner du sens. Il peut s'agir d'informations internes à travers les sensations corporelles, les sentiments et émotions éprouvées, les pensées et réflexions ; et d'informations externes avec les perceptions, les informations diverses. Ces intégrations sont sources du sentiment d'identité personnelle.

Le noyau identitaire individuel dépend également de la formation du système culturel. Dans ce cas, les situations vécues laissent des traces affectives qui s'ancrent dans le psychisme du sujet. Elles jouent un rôle dans la perception du monde et ses conduites, et forment des habitudes et règles de vie.

En outre, A. MUCCHIELLI [26] intègre les influences pathologiques. Il rapporte que les troubles de l'identité chez les adultes sont liés à la nature des identités environnantes pendant l'enfance.

Pour finir, il associe le noyau identitaire individuel à l'éducation, la socialisation et l'acculturation. Les situations vécues pendant l'enfance façonnent les traits de son identité d'adulte. Ainsi, les réponses apportées durant l'enfance laissent une trace et constituent le système culturel de l'adulte.

Nous pouvons donc traduire ces traces psychiques par un ensemble de principes psychologiques, de modèles de référence et de représentations imaginaires. Au niveau individuel, ce système cognitif est le parallèle du système culturel au niveau social.

Pour conclure sur les « noyaux identitaires », nous pouvons observer que le système culturel, la mentalité et le système individuel se complètent. Le système culturel est commun à tous les membres d'une même société, il diffère ensuite au sein des différents groupes par leurs mentalités, et les mentalités se spécifient dans un système cognitif individuel.

Au final, l'identité psychosociologique permet au sujet de s'identifier à autrui en passant par l'identification individuelle et l'identification culturelle. Le sujet peut alors exprimer un sentiment d'identité. E. ERIKSON commente que le sentiment optimal d'identité est vécu simplement comme un bien-être psychosocial [26].

2. 1. 3 Construction identitaire et observation psychomotrice

Comme nous l'avons vu, le développement est multifactoriel et complexe.

L'identité psychomotrice qui est considérée à partir des représentations corporelles, qui sont plastiques et dynamiques. Son observation se fait à un moment donné, dans un contexte, en repérant des aspects stables en tenant compte de la période de vie, de l'état présent et des événements internes ou externes. L'observation s'intéresse à leurs différentes dimensions, leur niveau d'élaboration, leur degré d'intégration et leurs rapports d'étayage réciproques.

L'observation psychomotrice peut alors souligner des clivages et des dysharmonies dans la structuration de l'identité. L'observation des représentations corporelles et de l'implication corporelle permet de repérer ce qui est commun et singulier. E. PIREYRE [29] propose le concept d'image composite du corps en passant par l'observation de l'image du corps.

C. POTEL [29] postule que le fonctionnement d'un individu dépend de ses représentations cognitives, fantasmatiques et sociales. Pour elle, la spécificité du psychomotricien consiste à se centrer sur l'identité psychomotrice du sujet qui découle de sa structuration psychocorporelle et de son organisation psychomotrice. A travers son observation, le psychomotricien explore les registres tonico-émotionnel, sensori-moteur, perceptivo-moteur et représentatif-langagier.

Selon P. SCIALOM [29], sont en augmentation les pathologies narcissiques, états limites, troubles du comportement alimentaire, dépressions chez l'adolescent et le jeune adulte, en touchant principalement l'image du corps et le lien d'attachement. Par ailleurs, P. ANDRE, T. BENAVIDES et F. CANCHY-GIROMINI soulignent que la clinique des états limites concerne surtout la représentation du corps.

L'adolescence est une période développementale qui lie, relie ou délie les liens bio-psycho-sociaux, l'archaïque et le sexuel, le connu et le nouveau. Par conséquent la puberté revisite les fondements identitaires, les éprouve. Certains jeunes adultes peuvent rester dans une problématique adolescente.

C. POTEL [29], en étudiant les représentations du corps, soulève que les préoccupations corporelles font partie des inquiétudes les plus importantes des adolescentes, avec une tendance à l'anxiété et à l'insatisfaction corporelle. Cette dernière peut être définie comme l'ensemble des pensées et des sentiments négatifs à l'égard du corps. C. POTEL ajoute que cela se retrouve plus fréquemment chez les jeunes filles souffrant de troubles psychopathologiques, avec une attention portée au corps qui semble plus focalisée. Leur investissement de l'apparence est particulièrement négatif.

Pour J. L. SUDRES « *le corps occupe en cette traversée une place d'élection parfois chahutée par des troubles aux connotations plurielles justifiant une évaluation objectivante pluri-axiale et des traitements psychomoteurs oscillant symphoniquement du focalisé à l'holistique* » [29]. Pour penser les représentations corporelles en psychomotricité, il faut en considérer notamment l'étayage réciproque entre schéma corporel, image du corps et image de soi. Selon C. POTEL, une perturbation des représentations corporelles peut impacter les huit notions suivantes : temporelles, spatiales, gnosiques, praxiques, sensorielles, psychoaffectives, psychosociales et expressives. Ces notions peuvent être observées grâce aux manifestations verbales et corporelles. Cela permet d'évaluer l'état du fonctionnement psychocorporel et de repérer des particularités.

Ainsi les transformations biologiques de la puberté témoignent l'entrée dans l'adolescence, période où l'enfant passe d'un corps immature à un corps génitalisé. Cela symbolise l'évolution de statut social avec l'accès à une identité sexuée. Ces changements structurent l'identité de l'individu en étant intégrés à son fonctionnement psychique. MARTY et CHAGNON caractérisent la période de l'adolescence comme « *un travail qui s'organise schématiquement autour de deux tâches intriquées : intégrer une nouvelle identité sexuée et sexuelle [...] et s'autonomiser par rapport à ses objets d'amour initiaux. Ce qui implique des remaniements internes et externes, conscients et inconscients pour l'essentiel, mais qui visent à changer tout en restant le même* » [4].

Les remaniements se faisant durant l'adolescence impliquent un processus de séparation-individuation. La fin de l'adolescence marque l'édification d'une identité sexuée et différenciée se faisant par un travail de séparation. Le processus de séparation-individuation est donc étroitement lié au processus identificatoire et permet d'acquérir un sentiment d'identité.

Enfin nous pouvons dire que la qualité des soins portés à l'enfant, avec le regard, le dialogue tonico-émotionnel et la voix ; jouent un rôle important dans la quête identitaire jusqu'au moment de l'adolescence. Selon MARTY, cette période de vie « *s'appuie profondément sur les acquis antérieurs, qui s'ancre dans les expériences de relations, les émotions partagées, qui se sont nouées pendant la petite enfance et l'enfance. On ne peut donc pas envisager la problématique de l'adolescence sans tenir compte de cet arrière-fond que constitue l'histoire du sujet* » [4]. Des difficultés de séparation peuvent aboutir à un vécu de perte et d'abandon, fragilisant donc l'identité du sujet.

Pour conclure nous avons montré que l'identité s'acquiert au cours du développement psychoaffectif. L'« affectation » de l'identité, dont parle E. PITEYRE [28], est ancrée sur la potentialité laissée par l'adulte à l'enfant de se construire une subjectivité. Le rôle de l'inconscient parental est considérable. L'enfant ne pourra se construire son identité que s'il est perçu et représenté par ses parents comme différent et séparé de l'adulte. Il ajoute que dans le cas contraire, des troubles de l'identité peuvent apparaître dans l'imitation des gestes (échopraxies, échomimies) et dans le langage (écholalies, caractéristiques de la voix, prosodie).

Enfin, l'identité dépend du développement du sujet et façonne sa manière d'être au monde. Elle ne peut se construire indépendamment des autres, s'élaborant depuis l'enfance et intégrant des références socio-culturelles. Elle est à la fois un phénomène individuel et groupal. Enfin, le sentiment d'identité évolue tout au long de la vie du sujet.

Nous allons à présent voir comment est ce que l'identité s'exprime par la voix et les pathologies qui peuvent apparaître.

2. 2 - L'identité au travers de la voix

2. 2. 1 Communication verbale

La voix fait partie des observations en psychomotricité puisqu'elle est au cœur de la communication.

D. VASSE [35] dit qu'écouter quelqu'un c'est entendre une voix qui vient d'ailleurs que de soi. Cette écoute nécessite d'être présent pour que le souffle transforme le corps silencieux en espace sonore. Il dit qu'entendre c'est laisser résonner la parole d'un autre.

La façon dont les modulations de la voix stimulent les caisses de résonance du corps de manière unique et spécifique pour chaque être permet de reconnaître la voix entendue, et donc d'identifier une personne. Elle exprime la manière d'être de chacun.

Ainsi, la voix révèle comment la personne parle et d'où la voix prend forme. Nous pouvons par exemple dire qu'une personne parle du nez, ou avec ses tripes. C'est pourquoi, la voix de notre interlocuteur nous parle plus que son discours et son contenu. Mais écouter quelqu'un nécessite de la part de celui qui écoute une attention qui n'enferme pas l'interlocuteur dans son discours ni dans le lieu du corps. S. FREUD parle d'une « attention flottante » [35] qui ne s'attache ni sur l'impression de la voix, ni sur l'expression du discours. Ce qui se donne à entendre est ce que le sujet ne dit pas, c'est l'ossature inconsciente qui associe son corps à son discours, nourrie par la couleur de son histoire.

La voix exprime sur l'extérieur ce qui s'éprouve dans le corps. La voix est ainsi l'expression de la vie éprouvée comme impression.

L'intonation :

Dans la vie quotidienne, la voix se module en fonction de la situation.

La voix de conversation, la voix parlée la plus utilisée, se situe autour d'une note fondamentale dans le médium grave et varie en fonction de l'intonation de la phrase.

Prenons pour exemple la phrase suivante « J'ai été réveillée par le soleil ce matin » :

- Si la phrase est prononcée d'un ton égal sans modifier la hauteur de la voix, il s'agit d'un ton monocorde pouvant apparaître en cas de lassitude, d'indifférence ou de désintérêt.
- Si la syllabe soulignée est accentuée dans « J'ai été réveillée par le soleil ce matin », nous observons ici que la courbe mélodique monte sur la syllabe « so », pouvant révéler un élan de joie, de partage.
- Si l'accentuation porte sur « J'ai été réveillée par le soleil ce matin », le début de phrase est plus haut et met en valeur la personne.
- Si l'accentuation se situe sur « J'ai été réveillée par le soleil ce matin », alors c'est l'action qui est mise en valeur.
- Enfin si l'accentuation se porte sur le dernier mot « J'ai été réveillée par le soleil ce matin » nous passons de l'affirmation à l'interrogation, ou qu'une suite est à venir. Dans le cas où cette dernière syllabe est plus basse que la phrase, il s'agit d'une affirmation.

Ainsi, la modulation de la mélodie de la voix parlée porte le sens d'une phrase, elle permet de faire ressentir un message affectif ou d'attirer l'attention. Rappelons-nous que les enfants y sont particulièrement sensibles, et il en est de même pour les animaux [12].

En stage en hôpital de jour j'ai observé lors de l'atelier sommeil, animé par la psychomotricienne et un infirmier, que les personnes ayant des troubles du sommeil ont généralement une voix monocorde, peu modulée et moins expressive.

En effet dans le cas de dépression, cela peut venir d'une perte d'intérêt à s'exprimer et à communiquer. Malgré cela, le groupe est vecteur de convivialité, de spontanéité et de bonne humeur, permettant de colorer les voix par moment.

Le débit :

Selon la personne et le contexte, le débit de la voix va également varier. C'est à dire que la voix peut être hachée ou fluide, rapide ou lente, aérée ou serrée. Cela dépend de l'état émotionnel du sujet se traduisant par son tonus, en fonction par exemple d'un état de stress, de joie, d'agressivité ou de calme. La voix et les mots dépendent de la façon dont le souffle est projeté, de la position de la mâchoire. Cela donne le rythme au discours, ce qui influence l'expression et la compréhension du message. Nous pouvons ici parler de « musicalité de la parole »[12], qui joue un rôle majeur dans la mémorisation et l'intégration corporelle de l'élocution.

Par exemple j'ai observé que fréquemment, dans les ateliers en groupe, les personnes sujettes à de l'anxiété ont tendance à accélérer leur débit verbal lorsqu'elles prennent la parole devant le groupe. Elles présentent un tonus plus élevé et donc un souffle plus court et plus serré amenant un rythme de discours plus rapide.

L'intonation et le débit servent à capter l'attention de la ou des personnes à qui nous nous adressons.

Le timbre :

Enfin le timbre est l'indicateur majeur de la voix d'une personne, il nous permet de la reconnaître. Certains timbres peuvent nous apaiser, nous effrayer, nous ennuyer ou nous marquer. Cela dépend de la façon dont les résonateurs de tête (sinus, pharynx) sont utilisés, et du thorax, de la position du larynx et de la langue.

Si le timbre est riche en harmoniques aigus, la voix est claire tandis que si les harmoniques médium et graves prédominent, le timbre est profond. Les résonateurs de tête apportent la lumière à la voix et les résonateurs thoraciques donnent la chaleur à la voix, un équilibre est donc à trouver.

Ainsi, à travers l'intonation, le débit et le timbre de la voix, nous pouvons identifier la personne qui s'exprime. Pour R. JAKOBSON [5], le langage a deux fonctions : une fonction « phatique » qui tend à établir ou maintenir la communication ; et le plaisir de communiquer, l'emportant sur le besoin d'émettre ou de recevoir l'information.

2. 2. 2 L'expression au cœur de l'identité

La voix, émise et entendue, se régule en fonction d'un état d'équilibre dynamique entre la libido d'objet et le narcissisme. C'est alors que le langage, porté par la voix, devient social.

Voix et narcissisme :

La voix se réfère à trois éléments du narcissisme proposés par G. ROSOLATO [3] : le retrait libidinal, l'idéalisation et le dédoublement.

Son analyse repose sur la notion de représentation de soi décrite par N. RAUSH de TRAUBENBERG, qu'elle définit comme « *de l'ébauche du schéma corporel à la réalisation de son unité vers la projection d'une image du corps sexué en situation dans le monde, face à l'autre, qui ouvre l'accès à l'identification et à la maturité* » [3].

Tout d'abord le retrait libidinal, duquel résulte l'investissement de soi, dépend de la façon dont la libido se détourne de l'objet, et a besoin d'un support somatique et psychique dès le début de la vie. Nous avons vu que le cri devient signe d'alerte pour la mère qui y répond, et acquiert petit à petit une fonction signifiante. C'est en cela que se trouvent les premières ébauches du narcissisme.

Dans le cas de réponses inadaptées de la mère, un narcissisme pathologique peut se mettre en place et entraîner une perte d'investissement objectal.

Après le cri vient la voix avec le baby talk entre la mère et le bébé. Il permet une compréhension mutuelle et ainsi le bébé commence vocalises et babillage, lui procurant un plaisir narcissique. Les paroles et la voix de la mère sont introjectées comme bon objet chez l'enfant, le menant à la « capacité d'être seul » comme le postule D. WINNICOTT [5]. Ceci est signe de maturité du développement affectif et permet l'accès à la « relation au moi », assise du narcissisme.

Dans l'expression de soi, le retrait libidinal favorise la création. Par exemple, la production d'un chanteur est l'expression du narcissisme vocal. A. GREEN appelle cela la « communication transnarcissique » [5] qui montre que les objets de la création artistique font communiquer le narcissisme du producteur et celui du consommateur de l'œuvre. Cela correspond au dédoublement que nous verrons par la suite.

Rappelons nous que l'« identité primaire narcissique » décrite par LICHTENSTEIN [5] se constitue à partir de la boucle audio-phonatoire avant la reconnaissance visuelle. L'identité secondaire apparaît dès lors que le sujet peut avoir une représentation de lui-même.

Le deuxième élément du narcissisme lié à la voix est l'idéalisation. G. ROSOLATO postule que « *l'expérience majeure pour la mise en jeu de l'idéalisation est la maîtrise par le fantasme de l'absence et de l'objet perdu* » [5]. Il s'agit de l'intériorisation des exigences externes selon des images idéalisées, plus ou moins conformes à la représentation de soi, plus ou moins conscientes ou fantasmatiques.

G. ROSOLATO décrit le « narcissisme négatif » [3] qui correspond aux aspects destructifs du narcissisme où l'idéalisation a une place centrale. Il se creuse alors un fossé entre le Moi Idéal et la représentation de soi, pouvant par exemple amener à une consommation de drogue.

Du côté du Moi, l'exigence de puissance et de perfection résulte de l'Idéal du Moi décrite par S. FREUD [3]. Il est le substitut de la perfection narcissique des premiers temps de vie, où il se sépare du Moi créant une déchirure qui amène à la quête d'une relation fusionnelle à un objet idéalisé. Dans les premiers temps de vie, le bébé est alors en fusion avec les traits sonores, le timbre, la hauteur et la mélodie de la voix de la mère. G. ROSOLATO évoque l'intense satisfaction d'une relation liée à un bonheur primordial qui confère une valeur narcissique élevée, empreinte de l'éclat de l'idéalisation [5].

Lorsque l'enfant joue, il construit un monde répondant à ses désirs et le distingue bien de la réalité objective. L'adulte a lui aussi des désirs déguisés, proche du paradis narcissique de l'enfant, où il satisfaisait ses désirs dans le jeu. L'investissement narcissique caractérise le psychisme de la personne qui produit et de la personne qui reçoit. L'extase musicale par exemple montre que l'on peut atteindre la jouissance dans le retrait des objets extérieurs et du monde. A. GREEN parle ici d'« extase tansnarcissique », s'appuyant sur les extrémités de l'existence humaine avec le narcissisme de vie et le narcissisme de mort.

G. ROSOLATO ajoute dans *Le narcissisme* que « *les objectifs du narcissisme primaire, l'état de béatitude et d'équilibre absolu, font se rejoindre la fin et l'origine : c'est l'organisation même du mythe dont la forme générale est celle de l'éternel retour, venant au plus loin de l'Œdipe, retour au ventre maternel, pour abolir toute séparation* » [5].

L'état émotionnel est dû au miroir sonore narcissique qu'offrent les voix, celle de celui qui la produit et celle de celui qui la reçoit. Ainsi, comme nous le verrons dans une autre partie, dans la relation soignant-soigné, nous sommes d'abord sensible à la voix plutôt qu'au contenu des paroles. Ce miroir sonore permet la compréhension mutuelle et l'entente, comme pour le baby talk vu précédemment.

Enfin, le narcissisme s'enrichit d'un processus de dédoublement, mis en évidence par O. RANK [5] et que nous retrouvons dans la voix. ROSOLATO [3] insiste sur la bipolarité du dédoublement avec d'une part le rôle constitutif de l'image du corps et structuration du Moi, et d'autre part la peur de se reconnaître dans le semblable, menace de l'unicité.

Cette alternance entre unité et dualité montre la fragilité du fonctionnement narcissique. Dans le cas d'un dédoublement fragile, le sujet peut rencontrer des difficultés relationnelles en étant par exemple dans un registre fusionnel.

Avant de voir son image dans le miroir, le nouveau-né s'entend. Il existe alors un dédoublement narcissique de la voix. Par exemple, une personne peut affectionner sa voix ou au contraire, ne pas supporter de l'entendre dans une vidéo.

Comme nous l'avons vu, un miroir sonore s'installe avec le baby talk entre la mère et son enfant. Celui-ci permet alors un mouvement d'instauration narcissique. M.-F. CASTAREDE [5] compare les gazouillis du bébé en l'absence de la mère au jeu de la bobine de S. FREUD. Par reproduction sonore de la voix de la mère, l'enfant maîtrise les affects liés à la séparation et recrée un sentiment qui l'unit à elle et le sécurise.

Le double n'est pas seulement l'écho de soi mais aussi l'Idéal du Moi, instance psychique essentiellement narcissique, où la relation intersubjective est imaginaire et duelle. Grâce à l'identification narcissique, le sujet peut être la personne qu'il n'est pas dans la vie réelle. Il s'agit du concept d' « objet transnarcissique » de A. GREEN [5]. C'est pourquoi la voix peut être considérée comme transnarcissique, en faisant communiquer les narcissismes du producteur et du receveur. En effet, la personne qui écoute peut s'identifier à la personne qui produit en partageant ses émotions, sentiments et affects.

L'identification transnarcissique est primordiale à la vie sociale. Elle permet l'accroissement des rapports sociaux et la formation de groupe autre que la famille. C'est pourquoi les rassemblements artistiques sont unificateurs. Selon G. ROHEIM [5] dans *Origine et fonction de la culture*, les objets culturels tel que le chant, sont à mi-chemin entre libido narcissique et libido objectale. C'est à dire que l'utilisation de la voix implique dédoublement et restauration narcissique.

Voix et sexualité :

G. ROSOLATO compare la voix à la pulsion définie par S. FREUD en la décrivant ainsi : « *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. On peut considérer la voix (...) comme une métaphore de la pulsion* » [5].

Elle ajoute que S. FREUD distingue deux registres de la pulsion, l'affect et la représentation. Si le langage et la parole les associent intimement, l'affect est du côté de la voix et la représentation est du côté du mot.

Indirectement, nous avons précédemment parlé du stade oral, premier stade du développement psycho-affectif, avec les premières interactions entre la mère et l'enfant par les vocalises. Les gazouillis du bébé sont liés à la pulsion orale et s'étaient sur la fonction alimentaire avec le plaisir par la bouche, participant à l'érotisme oral.

FERENCZI [5] interprète l'acte sexuel comme une régression, une tentative de restaurer l'union avec la mère. Le plaisir de la voix est donc lié au premier objet aimé et désiré. De plus la voix amoureuse, musicale comme le baby talk, permet de retrouver l'aspiration de cette harmonie, le plaisir de l'union. Notons également que dans le discours amoureux, investissement narcissique et investissement objectal sont liés.

C. DAVID le souligne dans *L'état amoureux* : « *J'y vois un indubitable comblement narcissique, qui vient s'associer à la satisfaction du besoin sexuel* » [5].

Nous retrouvons ici la toute puissance de la voix de la mère permettant la fusion narcissique érotisée.

Nous venons de voir la pulsion orale avec la voix comme source de plaisir, correspondant au bon objet introjecté mais il est possible que la voix soit liée au mauvais objet avec une voix maternelle non « suffisamment bonne ». Dans ce cas la voix est expectorée, discordante, froide.

Puis vient le stade anal. S. FERENCZI [5] rapporte que S. FREUD lui a appris qu'il existe un lien dans certaines relations entre la parole et l'érotisme anal. Il rapporte le cas d'un bègue donc les particularités d'éloquence pouvaient se ramener à des fantasmes érotiques anaux, la libido passant de l'anal au phonétique.

I. FONAGY [5] constate que la pulsion phonatoire devient évidente lors d'états émotionnels forts. Il décrit l'équivalence vocale des deux phases du stade anal décrites par K. ABRAHAM :

- Au cours de la première phase dite d'expulsion, la colère est déchargée vers l'extérieur. A. ARTAUD parle ici de « déjections verbales ».

- Durant la deuxième phase dite de rétention, la colère est maîtrisée et la voix est retenue, étranglée, ce qui permet de ressentir l'agressivité sous le calme apparent.

A propos du stade phallique, S. FREUD décrit un intérêt pour l'organe génital, le phallus, représentation symbolique du sexe masculin.

Notons que M. KLEIN, K. HORNEY et B. BETTELHEIM [5] font la remarque que l'« envie de pénis » décrite par S. FREUD n'est pas asymétrique. C'est à dire que les hommes peuvent également envier les femmes avec symboliquement leur capacité à porter et nourrir un enfant. Cette envie masculine est soulignée dans *La structure nécessairement narcissique de l'œuvre* par D. ANZIEU : « Si l'absence du pénis provoque la déception purement féminine, la souffrance spécifiquement masculine se rapporte à la découverte par le petit garçon de son incapacité à porter dans son ventre et à mettre au monde des enfants »[5].

Ainsi la voix peut permettre de questionner la bisexualité et la différence de sexe. Au stade phallique, l'enfant prend conscience de la différence entre la voix du père et de la mère, mais il reste indifférencié vocalement jusqu'à la puberté où la mue apporte au garçon son identité sexuelle vocale, distincte de celle de la fille. Le stade phallique est donc celui de l'indifférenciation, où la voix est liée au plaisir.

Dans la sexualité adulte, il y a un plaisir de l'émission qui est un plaisir de la décharge. Ainsi M. F. CASTAREDE [5] fait un équivalent entre la voix qui sort de la bouche avec la toute puissance du stade phallique.

Aussi, dans *Le Moi et le Ça*, S. FREUD avance l'hypothèse d'une origine acoustique du Surmoi : « *Etant donné le rôle que nous avons assigné aux traces verbales inconscientes qui existent dans le Moi, on peut se demander si le Surmoi, lorsqu'il est inconscient, ne se compose pas de ces traces verbales ou de quelque chose d'analogue* »[6].

D. ANZIEU le complète dans *L'enveloppe sonore du Moi* : « *Le Surmoi sadique archaïque commence à acquérir un caractère régulateur de la pensée et de la conduite avec l'apprentissage de la première articulation du langage* » [6] puis ajoute que le Surmoi acoustique dépend des règles du code linguistique, instance régulatrice et non seulement sadique.

En conclusion, le jeune garçon s'identifie à son père mais reste dans le registre vocal de l'enfant. La maturité sexuelle vocale s'accomplit au stage génital mais se décide avant à travers le stade oedipien et son issue. La marque sexuelle de la voix participe aux processus identificatoire et se retrouve à l'âge adulte dans l'identité sexuelle vocale, qui peut être plus ou moins marquée. La voix est donc liée à l'évolution de la sexualité.

Rappelons nous qu'à la puberté, le larynx, caractère sexuel secondaire, grossit plus chez les hommes. Les cordes vocales s'allongent et vibrent moins vite, émettant alors des sons plus graves que les femmes. La différence entre les hommes et les femmes est d'environ une octave. L'indentification vocale sexuée dépend également des histoires individuelles de chacun.

La voix permet alors de donner une image de la bisexualité présente en début de vie et qui aboutit progressivement à la sexualité vocale originale et singulière de chacun, selon ses différenciations et identifications sexuelles. C'est pourquoi la voix parle de nous. Pour M. F. CASTAREDE, elle est alors psychosexuelle [5].

2. 2. 3 Voix et pathologies

Comme nous l'avons vu, la voix permet l'expression de soi. Elle est singulière et reconnaissable. Elle ne peut être normée car elle est propre à chacun, dépend de notre histoire et de nos affects. Cependant, elle donne un indice sur la personnalité de la personne.

La voix est influencée par la fluctuation des affects, elle peut alors être douce, sèche, blanche, furieuse... Elle permet de nuancer à l'infini nos sentiments et peut nous trahir si nous tentons de la contrôler. Cela impacte la façon de communiquer, c'est à dire que dans le cas d'une personnalité harmonieuse, la voix traduit ce que nous souhaitons exprimer ; mais au contraire, si des conflits la traversent, elle peut être véhicule de conflits internes.

S. FREUD [5] parle d'« acte manqué » où l'attention consciente est dépassée par l'inconscient. Nous pouvons parler ici des lapsus vocaux. P. J. MOSES écrit dans *The voice of neuroses* : « *Souvent l'expression vocale et verbale se contredisent et quand ceci se produit, la voix est à même de révéler la vérité à propos du locuteur* ».

Des études tentent de codifier la voix comme clé de la personnalité. OSGOOD a établi une échelle de fiabilité, reprise par M. C. PFAUWADEL en l'appliquant à la voix [5]. Les trois premiers paramètres de fiabilité sont les suivants : homme ou femme, jeune ou âgé, enthousiaste ou apathique.

M. F. CASTAREDE précise « *de même que l'écriture nous définit en tant que trace, ainsi la voix nous caractérise en tant qu'empreinte sonore de nous-même* » [5].

Ces observations m'ont permis lors de mes stages en psychiatrie adulte, d'affiner mon écoute. Ainsi, grâce à la voix de chacun que j'ai identifié et gardé en mémoire, j'ai pu observer les variations d'humeur lors de mes nouvelles rencontres avec les patients. Au cours d'un atelier en groupe avec notamment des troubles de l'humeur, cela m'a permis de percevoir une dynamique globale et d'orienter mes propositions et ma voix. J'ai pu m'adapter à chaque personne en l'accompagnant plus ou moins vocalement selon les besoins de soutien et de réassurance perçus.

Voix et développement affectif :

Revenons aux premières interactions avec la mère où nous avons vu que le miroir sonore se met en place avant le miroir visuel. La mère est alors reconnue par le bébé d'abord par sa voix puis par son visage. Aussi, les premiers sons et intonations entendus viennent moduler le baby talk du bébé. M. C. PFAUWADEL écrit que « *l'imitation vocale est la pièce maîtresse de l'élaboration de la voix* » [5]. C'est alors que par une voix non harmonieuse, il est possible que la relation avec la mère, avec la communication verbale et l'ébauche de la maîtrise de l'appareil phono-respiratoire, ne soit pas satisfaisante. Ainsi, les premières interactions et affects influencent notre voix et notre identité vocale.

Il est également intéressant de décrire les difficultés vocales qui seraient liées à la traversée des différents stades de la sexualité vus précédemment.

Effectivement, le larynx étant organe sexuel secondaire, son investissement est un indice pour les conflits névrotiques de nature sexuelle. P.J. NOSES écrit alors que « *la voix du névrosé se caractérise par des régressions et des fixations à des étapes antérieures du développement* » [5].

Aussi, la voix de fausset, ou voix de tête chez l'homme, est une fixation de la voix à un stade précédant la mue. S. FERENCZI traduit que dans ce cas, il s'agit d'une fixation incestueuse inconsciente à la mère. Ainsi à l'âge adulte, une voix chantonnante, mielleuse, aiguë peut démontrer une fixation orale.

J. BREUER et S. FREUD [5] ont étudié les troubles du bégaiement, qui se réfèrent à des manifestations anormales de l'émotion, où la fantasmagorie orale est prédominante. Le bégaiement se retrouve dans des situations où la réaction d'inhibition spasmodique traduit une agressivité camouflée.

Si nous reprenons les phases du stade anal décrits par K. ABRAHAM pour étudier la problématique anale du point de vue vocal, nous distinguons d'une part une voix agressive, explosive qui correspond à la phase d'expulsion ; et d'autre part une voix contenue, froide, monocorde qui correspond à la phase de rétention. Dans ce deuxième cas, l'agressivité est contenue, retenant son expression.

Retenons également les notions de rythme et périodicité du débit. Lorsque l'agressivité s'exprime, elle impacte le tonus et donc la puissance de la voix.

Autrement dit, la composante anale, à condition d'être incorporée aux autres pulsions, participe à donner à la voix son caractère nécessaire d'affirmation personnelle.

Chez les enfants :

Rapidement, les jeunes filles vocalisent plus que les jeunes garçons : elles ont un meilleur niveau de compréhension à 17 mois, apprennent à parler plus tôt, acquièrent plus vite du vocabulaire, et distancent les garçons en élocution vers l'âge de 11 ans. Ainsi les garçons sont généralement plus touchés par les troubles du langage que les filles.

S. FREUD décrit un « appareil du langage »[5]. Cet appareil met en lien la représentation du mot et la représentation de l'objet. Il distingue image motrice parlée et image motrice écrite, la somme de ces deux images donnant l'image sonore. Il dit que la représentation du mot apparaît comme un complexe représentatif clos tandis que la représentation de l'objet est un complexe représentatif ouvert. Entendons que la représentation du mot n'est reliée qu'à l'image sonore alors que la représentation de l'objet correspond l'image sonore à laquelle s'ajoute l'image visuelle de l'objet.

La représentation du mot est alors un phénomène plus complexe à mettre en place.

Il ajoute que dans le cas où l'appareil du langage et ses systèmes de représentation ne se mettent pas bien place, peuvent apparaître différents types d'aphasie.

Par ailleurs, la dyslalie, trouble de l'articulation, peut mettre en évidence une souffrance, colère et agressivité. La voix se rapproche de celle de l'enfant avec un trouble du spectre de l'autisme par une voix aiguë, atonale, arythmique, inexpressive et des variations extrêmes de l'intensité.

Pour finir, les traits caractéristiques de la voix d'un enfant atteint de surdité sont rapportés par M. C. PFAUDAWEL [5]. Elle décrit que la hauteur est normale puisque le fonctionnement du larynx n'est pas touché ; seule une surdité profonde peut entraîner des perturbations du fondamental. Généralement, le timbre est voilé, rauque et souvent nasalisé, et la mélodie est généralement monotone.

Chez les enfants et adultes devenus sourds, où lorsque l'audition baisse avec l'âge, la voix est plus forte en intensité et fréquemment moins modulée.

Psychiatrie adulte :

La communication est un fondement de vie humaine.

Dans la névrose peuvent se manifester des difficultés à faire passer un message par la voix. L'appareil vocal manque de contrôle avec une intonation incertaine et une continuité tonale altérée. Si l'anxiété devient trop forte, elle peut entraîner de l'aphonie au mutisme. Dans les deux cas, des conflits psychiques peuvent mener à une perte de voix.

L'aphonie peut être suspectée en cas de fatigue de la voix, d'accents distincts et d'une respiration irrégulière.

La dysphonie peut survenir après la perte d'un objet très investi, comme la perte d'un proche. M. F. CASTADERE écrit que « *la dysphonie est à la voix ce que le bégaiement est à la parole* » [5].

Dans la psychose, le domaine de la psychiatrie tente d'élucider des concordances entre pathologies mentales et pathologies vocales depuis le XIXème siècle avec le traité médico-philosophique de PINEL [5]. Outre PINEL, ESQUIROL, MOREL, KAHLBAUM, KRAEPELIN et BLEULER se sont aussi intéressés à la voix.

MOSES [5] met en évidence les traits distinctifs de la voix en cas de schizophrénie en décrivant : un rythme prévalent sur la mélodie, une diminution de la résonance nasale, une mélodie sans rapport avec le contenu, une voix empreinte de maniérisme, et une absence de pathos. Le pathos correspond aux émotions ressenties par l'orateur.

C. CHEVRIE-MULLER [5] retient, dans la schizophrénie, un retrait affectif qui s'exprime à travers la diminution de la quantité de mélodie, des faibles variations de hauteur de voix par une monotonie de l'intonation, une variabilité du tempo avec des incohérences de la pensée, et d'une diminution de pathos.

Lors d'un stage au sein d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés, j'ai pu rencontrer plusieurs personnes présentant de la schizophrénie. Je me souviens particulièrement d'un homme qui pouvait paraître totalement détaché lorsqu'il parlait. Lors de ces moments, son discours semblait devenir un mécanisme automatique, avec une absence d'affects et parfois de cohérence.

Quant aux troubles de l'humeur, dans le trouble bipolaire nous observons des changements de rythme de la parole avec accélération du débit verbal - c'est à dire un raccourcissement des pauses et de la durée des mots - pendant les phases maniaques ; et un ralentissement du débit verbal lors des phases dépressives. PFAUWADEL ajoute que « *le discours du déprimé est lent, monotone, avec peu de variations du fondamental ; l'intensité est faible* »[5].

En stage en hôpital de jour, j'ai observé chez un patient ayant un trouble dépressif caractérisé une voix avec un débit lent et très peu de variations de l'intonation. La fréquence de sa voix présentait peu de modifications du nombre d'hertz et oscillait continûment autour de son fondamental usuel.

Ainsi, nous avons vu que la voix permet l'expression de soi. Notre voix et notre identité vocale est influencée dès les premières interactions par la fluctuation des affects et impacte notre façon de communiquer.

Pour conclure cette deuxième partie, nous pouvons à présent dire que l'identité dépend du développement du sujet et façonne sa manière d'être au monde. Elle se construit depuis l'enfance en intégrant des références socio-culturelles. La mélodicité de la voix résulte alors du milieu environnant sur lequel les inflexions vocales s'établissent.

La voix dépend de l'équilibre dynamique entre la libido d'objet et le narcissisme qui se met en place. C'est alors que ce qui rend perceptible la voix du sujet est l'ossature inconsciente qui associe son corps à son discours, nourrie par son histoire. La voix exprime sur l'extérieur ce qui s'éprouve dans le corps. Les modulations de la voix nous permettent donc de communiquer et d'identifier la personne qui s'exprime.

Je finirais en citant H. BIANCIOTTI dans *La voix et la nudité* : « *Nous obéissons aveuglément – même si nous sommes toujours en train de prendre un ton convenu, codifié, cérémonieux, poli, tranchant, net, franc, sans appel – nous obéissons aveuglément à ce qui est en nous le plus bête, le plus animal et c'est pourquoi dans la voix nous sommes tout nus* »[5].

Ainsi, nous avons montré qu'une attention portée sur la voix du patient peut être intéressant en psychomotricité puisque la voix témoigne de l'identité du sujet.

Partie 3 : Voix et relation thérapeutique en psychomotricité

A. PARIS-DURIEUX et M. J. CARDINAL rapportent des études montrant que lors d'une interaction, le sens des mots comptent pour 7%, l'intonation pour 38% et la gestuelle pour 55% [12]. Cela montre que, dans un échange oral, nous sommes d'abord vus puis entendus, puis éventuellement compris. Notre interlocuteur sera sensible et donnera la priorité aux informations non verbales, puis à la mélodie de la voix plutôt qu'à son contenu.

Pour répondre à l'hypothèse que la voix de la psychomotricienne - en tant qu'outil thérapeutique - permet de soutenir la relation, nous allons commencer par expliquer comment est ce que la posture participe à la production de sons, puis nous verrons comment la voix est perçue et ce que cela peut apporter au sujet.

Puis nous aborderons la voix dans la relation thérapeutique en psychomotricité, en illustrant notamment nos propos par un cas clinique dans un atelier en groupe.

3. 1 – Emettre et recevoir la voix, observation psychomotrice

3. 1. 1 Un corps sonore

Le volume et la structure du corps favorisent la transmission et l'amplification des sons. L'axe joue un rôle important dans la production et la réception des sons.

En effet, les os de notre squelette reçoivent, transmettent et amplifient les vibrations sonores. Nous pouvons distinguer trois caisses de résonance principales :

- Le crâne pour la clarté de la voix.
- La cage thoracique pour la chaleur et l'amplification de la voix.
- Les os du bassin pour la profondeur de la voix.

Les membres inférieurs sont impliqués dans la stabilité et la dynamique tandis que les membres supérieurs participent à l'action et à être en relation.

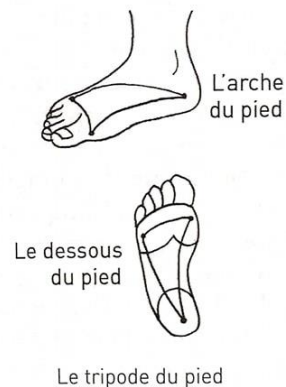
L'appui des pieds au sol ainsi que les jambes représentent le socle stable de la posture debout. Ils permettent de s'ancrer et d'aligner l'axe du corps pour trouver une verticalité.

Ainsi, en reprenant PARIS-DURIEUX et M. J. CARDINALE [12], nous allons voir successivement de bas en haut les différentes parties du corps qui permettent de tendre vers une posture adaptée pour la circulation des vibrations du son.

Les pieds :

Comme nous venons de le voir, les pieds sont le point d'ancrage au sol et le point de départ de la verticalité.

Les appuis podaux se répartissent en trois zones : la base du gros orteil, le bord externe du pied et le talon. Ceux-ci forment un trépied appelé « tripode » du pied.



Le déploiement de l'arche du pied et la tonicité de la voûte plantaire donnent une indication sur le tonus général et de l'ancrage au sol. Cela est facilité lorsque le poids est équitablement réparti entre les trois zones décrites.

Cet appui est influencé par le souffle. Dans le cas d'un soupir, le relâchement provoque un affaissement de la voûte plantaire. A l'inverse dans un souffle exprimant la joie, les appuis et le souffle redressent la colonne. Ainsi, de la posture va dépendre les changements de voix.

Lorsque les appuis des pieds sont assurés et équilibrés, il est possible de ressentir les vibrations des sons jusque dans les pieds.

Pour agir sur l'ancrage des pieds, en psychomotricité nous pouvons par exemple proposer de faire rouler une balle ou un rouleau en bois sous le pied, afin de varier les appuis sur les trois zones du pied : le gros orteil, le bord externe et le talon. Puis comparer les nouveaux appuis avant de passer au deuxième pied.

Les jambes :

Au niveau des jambes, un équilibre est à trouver entre les muscles fléchisseurs situés sur l'avant de la cuisse, et les muscles extenseurs de la jambe à l'arrière de la cuisse. L'alignement des rotules par rapport aux pieds et aux hanches est un bon indicateur de l'équilibre postural.

Le périnée :

Le périnée permet le passage entre les membres inférieurs et le bassin. Il forme un plancher tendineux qui soutient des viscères, et influence la tonicité des orifices d'évacuation et des organes sexuels.

Au cours du cycle respiratoire, il se détend au moment de l'inspiration et se tonifie lors de l'expiration, donc au moment de l'émission vocale. Lors de la production de sons, nous pouvons observer que s'il est trop contracté, la voix est resserrée. Au contraire s'il est trop relâché, il ne peut suffisamment soutenir le souffle et les viscères, et la voix manque de variation d'intonations.

Le bassin :

Le bassin, à l'origine de la profondeur de la voix, permet la mobilité du corps. Il entre en jeu dans l'émission de la voix notamment par des mouvements d'avant en arrière, avec la rétroversion et l'antéversion du bassin. Ce mouvement participe à la gestion du souffle sur des longues phrases, ou pour atteindre les aigus.

Il est également un lieu de transformation. Pour M. L. AUCHER [12], c'est dans le bassin que se réfugient les émotions inconscientes et les peurs non identifiées ou non formulées. Il est le lieu des émotions occultées.

Lors de la production sonore, la conduction osseuse des vibrations graves vient donner du volume à la structure du bassin. En utilisant une respiration profonde, la masse viscérale se détend et permet de retrouver la sérénité. La voix devient alors source de sécurité.

Il existe donc un lien et un équilibre à trouver entre la profondeur et le tonus de la voix. L'émission vocale liée au bassin favorise l'expression des émotions comme la plainte, la colère ou la peur, mais aussi l'affirmation, l'adhésion ou l'élan.

Le diaphragme :

La structure tendineuse transversale du diaphragme sépare et unit le thorax et le bassin. Les organes comme le foie, l'estomac, la rate, le pancréas et les reins y sont reliés par des ligaments, tandis que sur sa face supérieure reposent le cœur et la base des poumons. Ces organes bénéficient ainsi d'un brassage créé par les mouvements de flux et de reflux du diaphragme. Enfin en son centre passe la veine cave et l'œsophage ; il participe donc au retour veineux et à la digestion.

Il est au cœur du mouvement respiratoire. Il s'élève et descend au rythme de la respiration pulmonaire.

Il est issu du grec *dia-phrenos* qui signifie « à travers le souffle » ou « traversé par le souffle ». En effet, lorsqu'il descend en se contractant, il participe au remplissage des poumons et lorsqu'il remonte en se relâchant, son mouvement sert à l'expiration.

M.-F. AUCHER ajoute que « *son animation introduit au sein de l'être une présence rythmique vitale que les conditions posturales modifieront* » [12].

Le diaphragme met également en jeu les chaînes musculaires qui interviennent dans le redressement, l'ouverture, le relâchement et l'enroulement du corps. Sa dynamique est donc associée à la stabilité vertébrale.

Il est aussi impliqué dans la réception et l'expression des émotions. Suite à des événements, il peut se bloquer ou se détendre.

Dès lors, sa mobilité est essentielle dans la gestion du souffle. Sa tonicité peut apporter à la voix nuances et expressivité.

Le thorax :

Le thorax est le lieu où se croisent les fonctions vitales : circulation sanguine et oxygénation par le flux et reflux de la respiration. Il réagit aux émotions et à notre respiration. Il est ainsi siège de l'affectivité et de l'équilibre général, de la relation et l'ouverture aux autres.

A propos de la voix, les omoplates, les côtes et le sternum sont d'excellents conducteurs du son. La cage thoracique joue également le rôle d'amplificateur naturel de la voix. La résonance thoracique apporte à la voix sa rondeur et sa chaleur. Elle procure une sensation d'espace, d'ouverture et de liberté.

L'organisation des muscles du dos guide l'ouverture des espaces respiratoires dorsaux. L'ouverture des épaules maintient la position de la tête et du cou ce qui permet au larynx de conserver une position basse et souple, diminuant ainsi l'effort phonatoire. Si bien qu'il faut veiller à relâcher la zone des trapèzes pour garder les épaules basses et libérer le larynx. L'ouverture de la cage thoracique, entraînant les bras, participe au déploiement de la voix et à son expressivité.

Pour relâcher les épaules, nous pouvons proposer de masser l'angle interne de l'omoplate avec la main opposée, puis de glisser la main le long de l'épaule et du bras en l'accompagnant d'une expiration. Enfin, de comparer la détente obtenue avant de passer de l'autre côté.

Le cou :

Par sa forme étroite et mobile, la caractéristique principale du cou est qu'il est une zone de passage. De la mobilité des sept cervicales dépendant la liberté du larynx. Cette zone, faisant lien entre le cerveau et le reste du corps, abrite le larynx et la trachée. Le nerf vague passe par le cou et innerve les cordes vocales, commande le voile du palais, l'épiglotte et le pharynx. Il a un rôle sensorimoteur dans la phonation.

Il est intéressant d'observer les interactions entre la courbure lombaire et la courbure cervicale. Lorsque la nuque s'étire et que la courbure cervicale s'efface, la courbure dorsale a tendance à s'accroître. Au contraire, par une rétroversion du bassin les lombaires s'arrondissent et la courbure cervicale s'inverse.

Ainsi dans l'émission du son, il ne suffit pas de se focaliser sur le larynx mais d'observer une posture globale du corps.

La tête :

Le crâne protège le cerveau tandis que sept orifices communiquent avec l'extérieur : deux narines, deux oreilles, deux yeux et la bouche. Les lobes pariétaux participent à la phonation : le lobe gauche pour les mots et le lobe droit pour la mélodie. Des connections se font entre les deux lobes en passant par le corps calleux, ce qui permet au cerveau de se structurer et de se modifier tout au long de la vie. Cela témoigne de la plasticité cérébrale.

Il peut arriver qu'en chantant un air de musique, nous ayons du mal à retrouver les paroles. Puis le rythme et les rimes font revenir le texte petit à petit. En chantant, nous agissons sur les deux lobes en combinant rythme, mélodie, et mots.

De par leur structure osseuse et leur volume, la voûte crânienne, la cavité des sinus et la voûte palatale offrent un espace de résonance privilégié, enrichissant la voix en harmoniques. A cela s'ajoute la langue qui forme voyelles et consonnes en jouant le rôle de « gouvernail du son »[12].

Nous pouvons à présent constater que la posture et l'axe corporel sont intéressants à observer lorsqu'une personne s'exprime. Ils sont le socle de l'équilibre corporel et permettent de s'ancrer pour diffuser un message sonore. Lorsque le centre de gravité est bien réparti entre l'avant et l'arrière du corps, la voix circule plus librement. De plus, les fascias, tissus qui enveloppent muscles et organes, participent à la tonicité et à l'équilibre statique. Enfin, le cervelet, l'oreille interne et le cerveau se joignent également au système de maintien de l'équilibre.

Ainsi de l'axe corporel dépend la voix. Si la nuque est creusée, le thorax affaissé et le poids en appui sur les talons, le timbre de la voix est moins identifiable et le souffle est limité. En revanche, si l'appui du poids est sur l'avant des pieds, les genoux tendus et les lombaires en extension, le larynx se resserre et la voix se durcit.

Par conséquent, il s'agit ici de trouver un équilibre dans la posture, afin d'ajuster l'axe et le tonus.

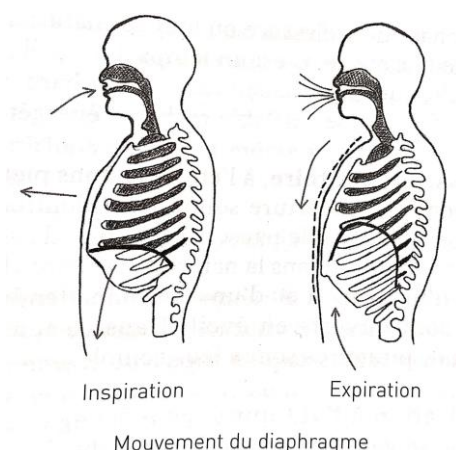
3. 1. 2 Un corps qui respire..

Nous venons au monde dans une inspiration. Au moment de la naissance, les poumons se déploient et l'air entre brutalement. Ce phénomène provoque le premier cri. La respiration est la seule fonction vitale dont nous pouvons volontairement modifier le rythme et la qualité par notre conscience. Le fait de porter l'attention sur la respiration la modifie déjà. Un proverbe chinois signifie que « *le son est comme un papillon, si on le serre trop, on l'écrase, si on ne le contient pas assez, il s'échappe* »[12].

La respiration influence tout le métabolisme : le système cardiovasculaire et digestif, l'oxygénation des muscles et du cerveau, l'équilibre hormonal, l'éveil et le sommeil, la concentration et les réactions émotionnelles.

De plus, la respiration agit sur l'axe corporel dont nous venons de parler. Sur l'inspiration, le rachis a tendance à s'allonger et sur l'expiration, à s'affaisser.

Le diaphragme, décrit précédemment, est le muscle principal de la respiration.



Il s'élève et s'abaisse en fonction du rythme de la respiration :

- Il se contracte et descend en écartant les côtes lors de la phase inspiratoire. L'air chargé en oxygène pénètre dans les poumons. Cela pousse les viscères vers le bas, ce qui provoque un gonflement du ventre.

- Il se détend et remonte en refermant les côtes sur la phase expiratoire. L'air chargé en gaz carbonique est alors expulsé. Les viscères retrouvent leur place et le ventre reprend sa forme initiale.

La respiration s'adapte aux situations que nous vivons, et reflète donc notre état émotionnel du moment. Ainsi nous ne respirons pas de la même façon tout au long de la journée. A. PARIS-DURIEUX et M. J CARDINALE distinguent plusieurs respirations naturelles [12] :

- La respiration de repos est une respiration basse, peu ample et plus lente qu'en activité normale. Il y a peu de mouvements du thorax car la respiration se fait essentiellement au niveau de l'abdomen et du diaphragme. Elle ralentit le mouvement cardiaque et apaise. Nous la retrouvons lors de l'endormissement ou de la relaxation.

- La respiration thoracique correspond à la respiration en activité normale. Les poumons se gonflent sur l'inspiration en augmentant le volume de la cage thoracique, puis le thorax se dégonfle en redescendant lors de l'expiration. Cette respiration, la plus fréquemment utilisée, possède une phase active sur l'inspiration avec un allongement de la colonne, et une phase passive lors de l'expiration avec un relâchement de l'axe.

- La respiration costale, ou respiration prolongée, intervenant lors de l'effort intense, en ouvrant les côtes vers l'arrière. La colonne s'allonge sur l'inspiration et maintient son extension tout au long du cycle respiratoire que ce soit au cours d'un effort physique comme porter quelque chose, se préparer à sauter ; ou de la voix chantée.

- Finalement, la respiration haute thoracique correspond à la respiration de secours. Elle accélère la fréquence cardiaque. C'est la respiration d'urgence en réponse à un manque d'air, un danger ou une émotion forte.

La voix circule moins librement et vibre moins amplement dans les zones tendues du corps ou manquant d'ouverture. Nous pouvons rechercher une détente du corps par la respiration pour ouvrir les espaces respiratoires et favoriser l'amplification naturelle de la voix.

En effet, l'émission de la voix est une phase active lors de laquelle le diaphragme se détend et remonte. En maintenant l'axe vertical et l'ouverture des côtes, la remontée du diaphragme est ralentie et le souffle s'allonge. L'inspiration profonde favorise l'expansion du rachis et libère le jeu des disques vertébraux, évitant ainsi le tassement de la colonne et la projection du souffle. Ainsi, A. PARIS-DURIEUX et M. J CARDINALE [12] proposent d'utiliser les différentes respirations pour développer une respiration allongée et faciliter l'émission du son :

La respiration basse apaise et permet de se recentrer avant de prendre la parole.

La respiration thoracique agit sur l'ouverture thoracique ce qui augmente le volume de la caisse de résonance et amplifie le rayonnement de la voix sur l'extérieur. Il faut cependant veiller à garder les épaules basses et détendues.

Deux tendances peuvent être observées selon la posture et le tonus de la personne :

- Un affaissement constant du sternum peut limiter les échanges respiratoires. La cause peut être soit posturale avec un manque de tonicité, soit psychologique avec un repli sur soi, un manque de confiance en soi. Il s'agit d'une posture que j'ai beaucoup observée chez les patients présentant un trouble dépressif caractérisé.

- Le sternum peut au contraire être figé vers le haut et l'avant. Cela peut venir d'un excès de tonus, d'un manque de détente ou d'un état de vigilance. La pression sous-glottique reste constante et impacte les cordes vocales en les faisant forcer.

Pour finir, la respiration costale arrière permet l'ouverture des côtes et joue sur le diaphragme, ce qui apporte à la voix et au souffle une réserve supplémentaire.

Cette respiration apporte à la posture et à la voix solidité, ouverture et force. Nous pouvons alors observer un allongement et une meilleure régularité du souffle, ainsi qu'une grande modulation du débit de l'air. Elle favorise donc des qualités expressives plus variées.

Pour conclure, la respiration est indispensable pour renouveler et maintenir la vie. Elle dépend de notre état émotionnel qui impacte notre tonus, et module la posture et l'axe du corps.

3. 1. 3 .. et construit des repères

Dès la vie utérine, le rythme influence le fœtus qui est bercé par les bruits des organes de la mère. Nous constatons notamment une harmonie entre leurs rythmes cardiaques. La mémoire rythmique se construit grâce à ces différents rythmes plus ou moins lents, rapides, réguliers et irréguliers qui se superposent ; mais également avec la marche de la mère. Les balancements agissent comme une berceuse pour le fœtus.

Puis à la naissance comme montré dans la partie « la voix, support de la relation chez les nouveau-né », la voix de la mère donne du sens aux émotions, ce qui lui permet alors de pouvoir anticiper les différents temps de la journée avec les séparations et les retrouvailles. Ainsi dès les premiers moments de vie, le rythme sécurise le nouveau-né qui crée ses premiers repères temporels.

Lorsque l'enfant commence à parler, le rythme de la prononciation des mots ou des phrases facilite leur mémorisation. C'est alors que la répétition des mots influence l'apprentissage du langage. A. PARIS-DURIEUX et M. J. CARDINALE [12] rapportent que l'apprentissage du langage se fait plus facilement lorsque la voix est chantée plutôt que lorsqu'elle est parlée.

Lorsqu'un mot est répété, il s'inscrit dans le corps en passant par les cellules mises en mouvement par les vibrations. Le mot est alors intégré par le corps grâce à la mémoire cellulaire.

De plus, le cerveau perçoit la mélodie qui implique l'hémisphère droit en complément de la zone auditive, tandis que le rythme est davantage traité par l'hémisphère gauche.

Chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, la mémoire mélodique et rythmique est mieux conservée que la mémoire langagière. Ainsi elles ont la capacité d'apprendre de nouvelles chansons grâce à la plasticité du cerveau. Il est donc intéressant d'utiliser la musique avec ces personnes.

<p>En stage j'ai rencontré un homme présentant un Alzheimer précoce. Le rythme de son discours était très bien construit, riche en intonations et permettait de conserver l'attention des personnes autour de lui. Mais son discours était aussi décousu, avec un manque de mots produisant beaucoup de répétitions et peu de cohérence.</p>

Enfin, la voix parlée et chantée met en mouvement le corps et favorise l'apprentissage, la mémorisation et l'expression de l'individu. Cela impacte alors le schéma corporel et la structuration dans l'espace et le temps.

Dans la production de son, le souffle permet une perception du volume du corps. L'audition fournit un accès à l'orientation, la distance et la temporalité.

G. CORNUT parle de « schéma corporel vocal » [9], faisant lien entre expression et schéma corporel. Pour lui, le sujet qui parle ressent un ensemble de sensations provenant de diverses régions du corps sollicitées par l'émission du son. Il y ajoute les perceptions auditives, visuelles et affectives. Lorsque la voix est perçue par le corps, les sensations sollicitent diverses parties du corps. Ainsi le schéma corporel se construit par l'expérience et la mémorisation des données sensorielles, qui peuvent procurer un sentiment de plaisir ou de déplaisir. Il permet également d'élaborer des repères spatiaux dans notre corps et nos relations.

De plus nous avons montré dans la partie sur les interactions précoces que dès les premières interactions, la voix permet de construire des repères sensoriels.

L'enveloppe sonore, décrite dans la partie 1, permet d'intégrer sensations et émotions tout en étant sécurisée. Cela participe à différencier le dedans du dehors et à se construire une image du corps et un sentiment d'unité.

Ce sentiment d'unité se fait ressentir lorsque nous entendons une voix. Nous avons vu que la perception des sons se fait par l'ouïe mais également par la peau.

Pour percevoir les vibrations osseuses, nous pouvons explorer la résonance au niveau de la tête et de la poitrine en plaçant une main sur chacune d'entre elles, et en prononçant « miam » sur différentes hauteurs de voix.

Ainsi, les expériences sonores permettent de mettre en place des repères se retrouvant dans notre façon d'être au monde, de communiquer, et donc d'être en relation.

3. 2 - Etre en relation

3. 2. 1 La relation en psychomotricité

Le mot relation vient du latin *relatio*, qui signifie le rapport qui lie un objet à un autre. Un individu est donc un être qui établit des relations.

O. MOYANO a écrit que ce qui fait la particularité du psychomotricien est qu'il s'implique corporellement dans la relation. Par cette implication, « *le psychomotricien est un support relationnel, générateur dans les interactions entre les traces mnésiques mais aussi affectives pour le sujet* » [32]. Les affects sont donc partagés et prennent source dans la relation intersubjective.

Cela permet au psychomotricien de percevoir des signes corporels et émotionnels chez le patient afin d'y apporter une réponse tant au niveau sensoriel qu'au niveau du langage. Grâce aux différentes observations faites depuis le début de cet écrit, nous pouvons dire que la voix est génératrice de ces deux types de réponse, et se révèle donc être un outil de communication essentiel dans la relation avec le patient.

Pour M. F. CASTAREDE, la relation « *c'est une communication d'inconscient à inconscient, c'est-à-dire un corps à corps médiatisé par les voix* » [5].

3. 2. 2 La voix au sein du groupe – cas clinique

Pour cette partie, je vais étayer mes propos par un cas clinique. Je vais parler d'une patiente faisant partie d'un groupe que j'ai eu l'occasion d'animer durant quelques mois. J'exposerai ainsi ce que l'écoute de la voix m'a permis de mettre en place dans ma relation avec les patients.

Introduction :

Je rencontre Jeannette depuis le mois de novembre 2019 en Centre de Psychiatrie Ambulatoire où elle se rend toutes les semaines depuis septembre 2019 pour un trouble de l'humeur. La psychomotricienne et moi la voyons tous les jeudis matin pour un atelier de psychomotricité, suivi d'un atelier sur le sommeil en collaboration avec un infirmier. Elle est la première patiente que j'ai rencontré lors de ce stage, et a été la première du groupe à me parler pour me poser des questions, à s'intéresser à moi, et de ce fait, à construire et investir une relation avec moi.

Présentation de Jeannette :

Jeannette est âgée de 58 ans. C'est une femme sensible, expressive, toujours habillée confortablement et les cheveux noués. Son visage est néanmoins masqué par sa frange et ses lunettes de vue. Ses déplacements sont assez lents et son buste est légèrement replié vers l'avant.

Au sein de l'hôpital de jour, elle est souriante, demande toujours à la psychomotricienne et moi-même comment nous allons, et prend plaisir à échanger avec nous. Sur ces moments, sa voix est mélodique, marquée par des variations d'intonation, avec un rythme adapté et agréable.

Cependant elle rencontre parfois des difficultés relationnelles avec d'autres patients mais n'hésite pas à venir nous partager ses angoisses.

Elle vit avec son mari, passionné par le billard, et son fils qui habite avec eux depuis un accident de deux roues suite à une consommation d'alcool importante. Cette cohabitation a l'air de bien se passer, elle n'en parle que rarement.

Elle fait partie d'une fratrie de 10 enfants dont elle est la benjamine. Durant son enfance, elle a été victime de maltraitance au sein de sa famille, et a été mise à la porte à l'âge de 18 ans par sa mère, aujourd'hui décédée, et avec qui elle était en mauvais termes.

Au sein de l'hôpital de jour, pendant la pause déjeuner et entre les ateliers, nous la voyons toujours avec une autre patiente avec qui elle partage plusieurs ateliers. Toutes deux s'installent toujours à la même table, les isolant du reste des patients. Néanmoins, Jeannette a l'habitude de saluer les autres patients et toutes deux répondent toujours avec plaisir et intérêt lorsque quelqu'un vient leur parler.

Jeannette présente un trouble dépressif majeur. La dépression est caractérisée par une altération de l'humeur ainsi qu'un ralentissement psychomoteur, et dépend des événements de vie et de la personnalité de la personne. Parmi les critères du DSM V, chez Jeannette nous pouvons observer des symptômes comme un trouble du sommeil avec de l'insomnie, une grande fatigabilité, un ralentissement psychomoteur, un sentiment de dévalorisation excessive, une diminution de l'aptitude à se concentrer et à prendre des décisions. Ces symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte et induisent chez elle une altération du fonctionnement social et familial.

Elle présente également une personnalité dépendante. La personnalité dépendante se définit essentiellement comme un trouble de la personnalité avec des traits de personnalité rigides, inadaptés et responsables soit d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel, soit d'une souffrance subjective [23]. De ce fait parmi les critères du DSM V, Jeannette a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassurée ou conseillée de manière excessive, elle peut se sentir impuissante par crainte de ne pas pouvoir se débrouiller seule, avoir un besoin excessif d'être prise en charge par autrui. Elle a aussi du mal à initier des projets seule, ou encore des difficultés à exprimer son désaccord par peur de perdre soutien ou approbation.

Une situation clinique illustre très bien ces symptômes : un jeudi matin, en arrivant dans la salle où se passe l'atelier, Jeannette observe que le porte-manteaux a disparu. Elle fait le tour des salles de l'hôpital de jour et constate qu'il y a deux porte-manteaux dans la salle de détente. Elle annonce alors qu'elle va aller demander à l'infirmière coordinatrice s'il est possible d'en ramener un dans la salle d'atelier. Nous la retrouvons dans la salle de restauration. Elle a finalement renoncé à son projet par peur de se retrouver en difficulté. Alors avec la psychomotricienne, nous avons rassuré et conseillé Jeannette qui a finalement pu faire sa demande, à condition d'être accompagnée.

Jeannette a des idées suicidaires depuis l'enfance et a déjà fait plusieurs tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire. Elle a fait de nombreux aller-retours en hospitalisation d'urgence mais sa dernière hospitalisation de longue durée date de décembre 2010 à juillet 2011.

Elle exprime beaucoup de plaintes somatiques et il lui arrive d'interrompre ses traitements sans en parler au psychiatre de l'établissement.

Dans sa vie, elle a travaillé en tant qu'agente de service hospitalier, mais elle ne travaille plus à ce jour. Elle sort peu en dehors des actes de la vie quotidienne et voit peu de personnes extérieures. Aussi, elle est anxieuse à l'idée de passer du temps avec des personnes autres que son mari et son fils.

Elle présente également des troubles du sommeil amenant à une grande fatigabilité et des problèmes de concentration et de mémoire qu'elle exprime souvent en atelier « corps en mouvement ».

En psychomotricité, nous la voyons donc en atelier « corps en mouvement » ainsi qu'en atelier sommeil. Ces ateliers lui ont été proposés selon son projet de soin qui fait suite à une rencontre avec le psychiatre et l'équipe soignante. Il n'y a pas de rencontre individuelle en psychomotricité préalable aux ateliers.

Jeannette est inscrite à d'autres ateliers tout au long de la semaine tels que l'atelier musicothérapie ou encore l'atelier ludothèque, qui lui permettent de rythmer sa semaine et de la faire aller à l'extérieur afin de maintenir le lien social ; l'aspect relationnel étant l'axe central du projet thérapeutique de Jeannette en psychomotricité. Nous décrivons par la suite l'intérêt que peuvent avoir les ateliers en groupe pour elle.

Atelier « corps en mouvement » :

Pour l'atelier de psychomotricité, il s'agit d'un atelier sans nombre de séances déterminé, tant qu'il répond à son projet thérapeutique. Jeannette y participe depuis septembre 2019.

Il s'agit d'un atelier d'une heure, en groupe, qui se déroule chaque jeudi de 9h30 à 10h30, et dont le nombre de participants est fluctuant et peut varier de 2 à 10 patients ayant des troubles psychiatriques variés comme des troubles de l'humeur, des troubles de la personnalité ou de l'addiction ; et de tout âge. Lors de ces séances, nous proposons d'abord un temps d'échange pour se présenter et donner son humeur du jour.

Ce temps est suivi par un échauffement pour dynamiser le corps, puis par des exercices permettant de mettre le corps en mouvement en passant par le jeu pour principalement travailler la mémoire, l'attention, la concentration, le repérage et les déplacements dans l'espace. Il s'agit de jeux réalisés en cercle ou en déplacement. Pour ces jeux, nous ne recherchons pas une performance, mais une prise de conscience de ses possibilités. Nous finissons par un nouveau temps d'échange sur les différentes expériences pour partager ce qui a été apprécié ou non, ce qui a été ressenti et vécu.

J'ai d'abord été observatrice et participante jusqu'à fin 2019, et depuis 2020, j'anime l'atelier. Depuis ce changement, la bienveillance et l'implication de Jeannette sont restées les mêmes.

Jeannette dit prendre plaisir à venir à cet atelier, où elle a rencontré la femme avec qui elle a créé du lien. Toutes deux ont pris l'habitude de se retrouver à l'hôpital avant les ateliers afin de boire un café dans l'espace de restauration et discuter. Cela la met toujours de bonne humeur, la rassure pour l'atelier et favorise son implication au sein du groupe.

De plus, il y a eu deux séances où elles n'étaient que toutes les deux. Lors de ces séances en petit comité, Jeannette est très souriante, communique beaucoup plus et met plus de mots sur comment elle se sent et ce qu'elle a vécu la semaine passée. Lors des exercices, elle a le corps plus relâché, la respiration plus ample, un meilleur équilibre, des mouvements plus précis, elle est plus concentrée et ose plus.

Lorsque l'autre patiente est absente, elle ne manque pas de le faire remarquer et se tient plus en retrait durant la séance.

A l'inverse, lorsqu'il y a de nouvelles personnes, elle se met en retrait, est très à l'écoute de leurs histoires et cherche des réactions sur les visages de la psychomotricienne et moi-même. Cette recherche de contact visuel lui permet de se sécuriser. Pour une angoisse associée à de l'insécurité, D. WINNICOTT parle de « sentiment de continuité d'existence » [18], soutenu chez le bébé par les soins parentaux pour pouvoir plus tard être au monde, indépendamment des autres.

Ainsi, nous pouvons souvent observer Jeannette en recherche de réactions de la part de son environnement. Elle se trouve alors dans l'attente que les regards de la psychomotricienne et moi même viennent répondre à ce besoin et soutenir ce « sentiment de continuité d'existence ».

Comme nous l'avons montré dans la première partie, chez le bébé, dans le cas d'une absence de réponse adaptée, le noyau central du moi ne peut se constituer et l'individualisation ne peut se faire correctement.

Nous voyons bien ici que la dépendance excessive à son environnement de Jeannette résulte d'un sentiment d'exister appauvri. Sans oublier la personnalité dépendante de Jeannette qui vient renforcer ce besoin de soutien pour initier ou faire des propositions. Cela est aussi valable lors des différents jeux où Jeannette est plus investie et concentrée lorsqu'elle bénéficie de l'appui de nos regards et de nos mots.

Sur les temps de parole, les patients sont invités à s'exprimer sans ordre précis. Ce temps d'accueil joue un rôle essentiel pour accueillir son état émotionnel, l'identifier et le prendre en compte pour dans le déroulement de la séance. Les interventions de Jeannette sur ce temps d'échange dépendent de son humeur du jour : si elle est de bonne humeur, elle ne va pas hésiter à prendre la parole, et à entrer en interactions avec les autres en faisant référence à ce qui a été dit. Son débit est rapide avec de nombreuses variations d'intonation.

A contrario, si Jeannette est d'humeur agacée ou angoissée, elle attend que les autres se soient exprimés, et que nous l'invitions à le faire également. Sur ces moments, elle a tendance à partager ce qui ne va pas et qui la tracasse, en cherchant soutien et avis auprès du groupe, de la psychomotricienne et moi même. L'intonation de son discours varie moins, sa voix est peu modulée. Elle a du mal à exprimer ses émotions et cherche ses mots. Son corps plus refermé, et comme nous l'avons évoqué dans la partie « un corps sonore », sa cage thoracique présente moins d'ouverture ce qui amoindrit l'amplification des sons. Sa voix se retrouve alors peu modulée, avec peu de variations d'intonation.

Aussi, lorsqu'elle dit avoir mal dormi à cause de ses insomnies, la fatigue physique et émotionnelle se retrouve dans sa voix qui présente une intensité faible avec un débit très lent.

Cela montre bien que les affects de Jeannette influencent sa voix. Ces observations me permettent de ressentir le besoin de contenance ou non pour la suite de l'atelier.

De plus, verbaliser et mettre des mots permet d'identifier les émotions et sensations et de libérer la parole, ce pour quoi ce temps d'arrivée est très important pour Jeannette.

Ces temps de parole sont intéressants à observer puisque pour étudier un groupe, nous observons autant les interactions que la parole, à la fois pour le contenu des échanges et la façon dont les échanges s'associent.

W.R. BION, suite aux travaux de M. KLEIN, cible l'importance de la mobilisation en groupe d'états émotionnels collectifs, c'est à dire des formations archaïques de l'inconscient [31]. Entendons qu'au sein du groupe, le sujet fait partie d'un réseau d'interactions où les autres deviennent support des émotions internes.

S.H. FOULKES [31] a identifié le groupe comme une matrice psychique, en considérant le seul transfert du groupe et non les transferts individuels. J. B. PONTALIS et Z. ANZIEU reconnaissent au groupe une valeur d'objet psychique pour les personnes qui le composent, que R. KAES appelle « appareil psychique groupal » [31].

Cela peut s'illustrer par l'arrivée dans l'atelier d'une nouvelle patiente il y a quelques semaines. Lors des temps de parole, cette patiente prend souvent la parole en première pour mettre en avant ses difficultés et angoisses, ce qu'elle pense ne pas avoir réussi et se dévalorise. Depuis, Jeannette exprime beaucoup plus ce qu'elle n'a pas aimé ou « mal fait » qu'auparavant et a tendance à reprendre les difficultés rencontrées par cette patiente. Et il en est de même pour beaucoup des personnes du groupe.

Pendant les propositions de jeux, Jeannette est plus investie lorsque le groupe doit fonctionner ensemble, mais plus le nombre de personnes qui agit diminue, plus elle se met en retrait et exprime des angoisses. Chez Jeannette, nous pouvons constater que le groupe la soutient et la rassure, et qu'en sa présence, elle se sent moins en difficulté, moins vulnérable et prend plus de plaisir.

Par exemple, lors d'un jeu de déplacement dans l'espace où le groupe doit guider une personne pour lui faire réaliser le chemin représenté sur un papier, elle prend part à la proposition lorsqu'elle est avec le groupe qui guide. Mais lorsqu'il lui est proposé d'être guidée, et donc de se retrouver seule sous le regard du groupe, elle a eu du mal à se concentrer, sa voix se resserre et elle se dévalorise. L'émotion d'angoisse est si forte qu'elle utilise la respiration haute thoracique, dont nous avons parlé dans la partie « un corps qui respire ». Cette respiration accélère la fréquence cardiaque et la voix circule moins librement.

D. ANZIEU parle d'enveloppe groupale [31]. Il dit que « le groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble les individus. Tant que cette enveloppe n'est pas constituée, il n'y a pas de groupe ». Il traduit cette enveloppe par un système de règles qui permet l'établissement d'un état psychique transindividuel qu'il nomme le soi du groupe. Il décrit que ce soi contenant fonde la réalité imaginaire du groupe et active une circulatoire fantasmatique et identificatoire entre les personnes. « C'est lui qui rend le groupe vivant ».

Nous pouvons ainsi reprendre R. KAES et constater que l'appareil psychique groupal fait le lien entre les effets de groupe et les effets inconscients de tous les individus.

La sécurité apportée par le groupe permet au corps de se redresser et de retrouver de la mobilité. Les tensions émotionnelles diminuent et le corps se libère. Une sensation de bien être peut être perçue ou verbalisée.

En effet, en fin de séance, Jeannette exprime souvent du plaisir à avoir bougé et partagé ce moment avec le groupe. Elle ressort généralement de l'atelier avec le sourire, le corps plus relâché et la voix moins serrée.

Pour ce qui est des différents domaines mis en jeu lors de cet atelier :

Au niveau de sa motricité, Jeannette présente une difficulté à rester en équilibre sur un pied ou sur la pointe des pieds. En effet, que ce soit sur le temps de réveil corporel ou sur des jeux ; comme se mettre dans la posture correspondant au signal que je donne ; elle ne va pas hésiter à signaler ce manque d'équilibre et sa fatigabilité. Au niveau du tonus, j'ai pu observer un bon réajustement tonique à travers le ballant que j'ai inclus une fois en fin de réveil corporel.

Au niveau de la mémoire, elle présente une bonne mémoire de travail à stimuli verbaux. Pour observer cela, lors de propositions en cercle où la personne à qui c'est le tour doit répéter les sports dits par les personnes précédentes et en ajouter un, Jeannette peut facilement prendre part au jeu et présente également une bonne attention. Aussi, une fois j'ai proposé de retenir 8 mots, puis j'ai lu un texte et dès que l'un de ces mots était prononcé, il fallait faire une séquence de gestes pour le signaler. Jeannette a tout a fait été capable de reconnaître les mots, mais a eu du mal à répondre par la consigne donnée, c'est à dire par reproduire la succession de gestes.

En effet, pour ce qui est de la mémoire sensorielle, elle est plus en difficulté. Par exemple, lors d'une proposition en déplacement dans l'espace où il fallait faire la posture correspondant au signal donné, Jeannette s'est placée dans le groupe comme observatrice et a pris la même posture que les autres.

Pour la mémoire visuelle, elle est plus à l'aise. Par exemple un jour la psychomotricienne a proposé de retenir ce que portaient les autres puis de poser des questions sur les couleurs ou accessoires. Jeannette arrivait alors à avoir une vision globale et même à se souvenir de détails comme des bijoux. Il en était de même lorsque j'ai montré une figure à reproduire de mémoire avec des kaplas.

Enfin au niveau de l'audition, il est compliqué pour Jeannette de reconnaître les voix des personnes placées dans son dos.

Pour la mémoire sémantique, la psychomotricienne avait proposé un jeu qui était de trouver le nom d'une personne connue, en reprenant la première syllabe du nom de famille précédent, pour devenir la première syllabe du prénom à trouver. Pour cela, Jeannette possède beaucoup de connaissances, et donc présente une bonne mémoire à long terme, et prend plaisir à expliquer au groupe qui sont les personnes qu'elle cite.

Pour finir, sur les jeux de mémoire dans lesquels elle se sent en confiance, elle aime partager avec le groupe ce qui lui a permis de retenir une réponse, en s'appuyant sur son histoire et ses expériences.

Enfin pour les déplacements et le repérage dans l'espace, il s'agit de ce qui engendre le plus d'angoisse et de fatigabilité chez Jeannette. Lorsque je demande au groupe de se placer de façon à créer une forme, elle a tendance à se laisser guider par le groupe.

Aussi, si je demande de reproduire le trajet fait par une autre personne en suivant des plots, elle peut se sentir impuissante et alors il suffit de la rassurer pour qu'elle reproduise correctement le trajet.

Pour finir, lorsque je propose plusieurs jeux de déplacement dans l'espace au cours d'une même séance, elle exprime souvent un mal de tête ou de la fatigue en fin d'atelier.

Pour conclure sur les propositions de jeux, Jeannette ne se retrouve pas tant en difficulté au sein de ce groupe, mais pense l'être, doute d'elle, de ses capacités et de ce que pensent les autres. C'est pour cela que l'encourager, la rassurer et l'accompagner verbalement est important pour elle. De plus, lorsqu'elle ne se sent pas à l'aise dans une proposition, elle peut et n'hésite pas à s'appuyer sur le groupe. Ce qui fait que malgré les problèmes qu'elle peut rencontrer, le groupe est toujours sécurisant et contenant et lui évite des angoisses.

Ainsi, lorsqu'elle se sent en confiance, les jeux deviennent sources de plaisir et de rencontre avec les autres.

Conclusion :

Pour conclure, les ateliers auxquels participe Jeannette lui permettent de rythmer sa semaine en ayant une activité prévue quasiment chaque jour, et l'amènent à sortir de chez elle et à rencontrer des personnes. La régularité des séances est importante puisqu'elle permet de créer un repère dans le temps sécurisant qui la motive à sortir. Notons aussi qu'elle ne présente pas de difficulté particulière dans les différents domaines mis en jeu dans l'atelier de psychomotricité. L'axe de travail est plutôt situé dans sa façon d'aller vers les autres et d'être en relation, en relâchant la peur de faire mal et du regard des autres. Oser venir à l'atelier est déjà un travail personnel pour elle.

Ainsi sur cet atelier l'objectif pour Jeannette est d'abord relationnel en la valorisant, en lui faisant prendre conscience de ses capacités, et en lui permettant de rencontrer les autres à travers des jeux d'échanges au sein d'un groupe qui, par sa fonction contenant, va étayer les possibles fonctions pare-excitantes défaillantes, et les représentations des autres vont enrichir le travail de symbolisation. En effet, le groupe définit également un dedans et un dehors ce qui va mener à la mise en place d'une enveloppe limitante et sécurisante dans laquelle vont naître pensées et symbolisation. Aussi, grâce aux processus identificatoires entre les personnes, le groupe offre la possibilité de structuration du sujet.

Ainsi, lorsque le groupe est moins fluctuant et que Jeannette se retrouve avec les mêmes personnes, elle paraît plus ancrée, plus présente, plus en confiance, et exprime beaucoup moins d'angoisse et a plus de pensées positives. Elle peut alors partager le plaisir ressenti tout au long de la séance sur le moment de verbalisation en fin d'atelier, ce qui montre que cet atelier a de l'intérêt dans le projet de soin de Jeannette.

L'atelier « corps en jeu » lui a permis de créer une amitié et de se sentir plus à l'aise dans un groupe avec des personnes qu'elle ne connaît pas. De plus, passer par la mise en mouvements du corps permet de se reconnecter à des sensations corporelles positives et agréables. Cela favorise un travail de conscience corporelle et de ses capacités. Son corps, souvent à l'origine de douleurs somatiques, devient source de vie et de plaisir. Au fil des séances, elle expérimente de nouvelles sensations et ose en parler.

Malgré cela, elle a toujours besoin de soutien pour se sentir en confiance. Sans ce support, elle peut encore avoir du mal à investir les propositions ou à s'exprimer. C'est pour cela que ma façon d'être en relation avec elle a été importante afin de créer un cadre contenant, et lui permettant d'expérimenter, de prendre conscience de ses capacités, de sa façon d'être et de faire. Assurément, le fait de passer par des expériences positives la revalorise et elle peut exprimer elle-même prendre plaisir à découvrir ses capacités.

Jeannette présente un trouble dépressif caractérisé correspondant à une altération de l'humeur [27]. Ainsi, avoir un indice sur son humeur du jour est important pour moi. Grâce à la voix de Jeannette, je peux alors observer dans quel état émotionnel elle arrive dans l'atelier, ce qui va orienter la nécessité ou non de l'accompagner plus ou moins avec ma voix. La contenance n'est pas tant due aux mots que j'emploie mais, comme nous l'avons évoqué dans la partie « communication verbale » avec la notion d' « attention flottante » de S. FREUD, plutôt à la prosodie de ma voix.

En effet, rappelons nous que dans la partie « du son aux sens », nous avons montré que les sensations produites par les vibrations de la voix ramènent aux premières expériences enveloppantes.

Ainsi, l'écoute des voix des patients me permet d'ajuster ma façon d'être en relation avec le groupe et chaque personne qui le compose. Cette écoute est possible puisque suite aux rencontres, la voix me permet d'identifier la personne et je peux donc observer des modifications d'humeur et d'affects.

Sans oublier le groupe qui fait lui aussi partie de ce cadre sécurisant et prend une place primordiale dans le projet thérapeutique de Jeannette.

Effectivement, le groupe permet de créer un cadre qui, par son dispositif, ses règles, et ses interprétations, créer une aire transitionnelle où le groupe devient un contenant des pulsions, des affectss et des fantasmes qui circulent entre les membres. Il contribue à la constitution d'une enveloppe psychique que chacun intériorise à la place d'un « moi-peau » trop rigide, trop perméable ou trop inconsistant.

Ainsi le cadre a conjointement des effets sur l'inconscient et le mode d'insertion sociale du patient grâce à l'apprentissage par l'expérience. C'est pour cela que les interventions en groupe ont une fonction de miroir pour le sujet et sont aussi l'occasion d'échanges identificatoires.

Par conséquent, sa problématique individuelle peut se travailler à partir du processus groupal, la dynamique du groupe faisant fonction, à la fois de contenant et de point d'ancrage pour chacun. Ainsi, en respectant le rythme du groupe et le temps nécessaire à l'écoute, une tranquillité s'installe, les corps s'ancrent, et les voix se colorent et s'harmonisent.

Le groupe représente donc à chaque instant un réseau transpersonnel, qui subit l'influence de chaque membre du groupe et qui l'influence à son tour. Les fonctions expressives et relationnelles du groupe à médiation ont donc leur plein intérêt et vont assurer l'étayage nécessaire à Jeannette dans l'objectif d'une sortie de son isolement social.

Enfin, BION [15] souligne l'importance de la notion de groupe qui confère une unité aux traits communs. Il décrit un fonctionnement psychique collectif inconscient. Nous pouvons ici retrouver la notion de « mentalité » de groupe abordée dans la partie « identité psychosociologique ». De plus le groupe permet à la fonction alpha, abordée dans la partie « la voix, support de la relation chez le nouveau-né », d'élaborer son rôle de perceptions de l'expérience émotionnelle par la transformation des émotions et impressions dues à l'expérience et partagées au sein de groupe.

Enfin, Jeannette est une patiente attachante, par sa personnalité et par l'intérêt qu'elle porte aux autres. Ma rencontre avec elle m'a permis de prendre conscience l'importance de la mise en place d'un cadre contenant et de la place de la voix pour que les patients puissent investir les lieux, les propositions de jeux et les interactions avec les autres. Ainsi, en tant que future psychomotricienne, j'ai compris que ma façon d'être est aussi essentielle que ma façon de faire, et qu'elle est donc l'essence même de mon futur métier.

3. 2. 3 La voix de la psychomotricienne

S. NACHT a dit que « *le malade perçoit inconsciemment avec la plus grande justesse la qualité vraie de l'attitude profonde du psychanalyste vis à vis de lui* »[5]. Ainsi, lorsque le patient perçoit la voix, il perçoit l'être. Surtout lors des premières rencontres, la manière dont la voix est portée par l'intonation, l'inflexion, la justesse, a plus d'impact que son contenu.

Lors d'un repas avec les patients de l'hôpital dans lequel j'étais en stage, une patiente très angoissée que je voyais depuis peu de temps lors d'un atelier de groupe en psychiatrie adulte, m'avait confié se sentir rassurée d'entendre ma voix pendant les exercices. Par conséquent, cette femme de nature très inquiète à agir sous le regard des autres, par crainte de ne pas pouvoir se débrouiller seule, retenait plus la prosodie de ma voix que ce que son contenu.

M. F CASTAREDE présente ces échanges, qui viennent adapter et compléter la production de l'autre, comme un « squiggle sonore »[5]. La voix fait donc sens pour la psychomotricienne qui la reçoit, auquel le patient qui s'exprime peut s'identifier.

Le patient a besoin d'avoir un accueil et une écoute, comme un enfant a besoin de sentir qu'il est compris. Comme nous l'avons vu, cet échange primordial passe d'abord par l'intonation et la mélodie et non par les mots. M. KLEIN [5] ajoute que l'élaboration d'une relation satisfaisante passe par le contact établi entre l'inconscient de la mère et celui de l'enfant.

L'accueil des pensées et sentiments exprimés par le patient a ainsi un effet gratifiant qui peut alors s'exprimer sans avoir besoin de recourir aux mots, aspiration qui représente la nostalgie de la toute première relation avec la mère. Cela montre la fonction maternelle de la voix de la professionnelle. Se met alors en place la communication inconsciente d'un corps à corps médiatisé par la voix.

La voix est avant tout un instrument de la relation. Elle s'adapte à la personne à qui elle s'adresse en se rapprochant de celle de l'interlocuteur. Lorsque quelqu'un parle fort, nous avons tendance à hausser le ton, un chuchotement entraîne un chuchotement. Cette synchronisation est due aux neurones miroirs.

En effet, des chercheurs en psychologie de l'école de Palo Alto en Californie [19] se sont aperçus que nous harmonisons spontanément notre comportement en fonction de notre interlocuteur, que ce soit par la posture, le tonus, le vocabulaire mais surtout par le rythme verbal, l'intonations, les fréquences de timbre qui deviennent similaires. Ainsi nous modulons notre voix selon notre environnement sonore.

Il s'agit d'une résonance à la fois motrice et émotionnelle. Les neurones miroirs permettent de percevoir et reconnaître l'émotion de l'autre, notamment par les inflexions de voix. G. RIZZOLATTI nomme « système de neurones miroirs » [19] les neurones mis en jeu lorsque le sujet effectue un mouvement ou lorsqu'il observe l'autre faire le mouvement. La décharge des neurones miroirs se décharge lorsque le sujet imite les mouvements d'autrui mais aussi lors de la compréhension de ses mouvements.

V. GALLESE [19] décrit ce système miroir comme « base neuronale » de l'empathie, ou l'empathie comme propriété des neurones miroirs. Il dit que les états émotionnels (colère, joie), sensibles (soif, fatigue) ou intentionnels constituent une « multiplicité partagée de l'intersubjectivité » dans lequel le système de neurones miroirs permet de comprendre nos propres états ainsi que la compréhension empathique des états d'autrui.

Pour S. FREUD, l'empathie désigne une relation cognitive à autrui, autre que l'identification, rendant possible le transfert et facilitant le contre-transfert. Il ajoute que l'empathie est « *ce qui prend la plus grande part à notre compréhension de ce qui est étranger au moi chez les autres personnes* » [19]. Ainsi l'empathie donne accès à l'inconscient d'autrui.

Par conséquent, l'empathie de la psychomotricienne lui permet de comprendre les émotions du patient, à différencier avec la sympathie qui est le partage des émotions et qui serait contre-productif dans l'accompagnement. Grâce à cette empathie, la voix de la psychomotricienne s'adapte à celle du patient.

Pour conclure, la voix est le miroir de l'identité de la psychomotricienne. Elle fait partie de sa présence et sa façon d'être en relation. Une prosodie adaptée et contenante peut instaurer un sentiment de sécurité dans la relation venant renforcer l'alliance thérapeutique.

Ainsi la voix de la psychomotricienne peut être considérée comme un médiateur thérapeutique puisqu'elle favorise la relation.

3. 2. 4 Le silence

Au cours de mon stage en Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés, je rencontre Madame X, une femme d'une soixantaine d'années souffrant d'une addiction à l'alcool. Son mari est souvent en déplacement pour son travail, elle passe donc beaucoup de temps seule dans sa maison à la campagne.

Lors de notre deuxième rencontre à son domicile, Madame X parle à la psychomotricienne des conflits familiaux qui la submergent en ce moment. Je suis assise à côté en tant qu'observatrice. Lors de cet échange, Madame X a la voix qui tremble, une voix serrée qui reflète agacement et tristesse. Les émotions l'envahissent et plusieurs fois, elle se met à pleurer.

A la fin du rendez-vous, Madame X se retourne vers moi et, m'adressant la parole pour la première fois, elle m'interroge : « ça ne vous gêne pas d'entendre tout ça ? ».

A cet instant, mon souffle se coupe. Je la regarde dans les yeux mais aucun mot ne parvient à sortir. Mon absence laisse place à un silence.

La psychomotricienne finit par briser ce silence, me permettant de revenir à moi, de réancrer mon corps et libérer ma respiration. Je retrouve ma voix et parvient à m'exprimer.

Cette expérience de stage m'a finalement amenée à me questionner sur le son du silence.

Il n'y a pas de voix sans durée, sans rythme, sans ponctuation ; pas de voix sans silence. P. HANRIT écrit que « *les silences ne sont ni des « blancs », ni des « trous », mais deviennent des « pleins ».* »[17] Les silences laissent alors place aux questionnements, aux sous-entendus, aux regards. Il donne de la couleur et de la vie à notre voix.

Le silence ancre le discours, il est notre ponctuation orale. Il remplit de sens la parole qui le précède. Les silences laissent à la personne qui écoute le temps d'assimiler ce qui vient d'être dit, de se l'approprier et de se le répéter intérieurement. Ainsi ils favorisent la mémorisation et un retour vers soi.

Nous pouvons l'observer lors de l'apprentissage de la lecture, le jeune enfant a besoin de lire à haute voix avant de pouvoir faire une lecture silencieuse. Aussi, si nous voulons chanter une chanson, nous avons besoin de d'abord l'entendre intérieurement. Ou lorsqu'un chef d'orchestre entend intérieurement les voix et les instruments. M. MARTENOT parle de « chant intérieur » [25].

Le silence a un rôle symbolique puisqu'il interpelle. Nous pouvons par exemple imaginer un comédien qui arrête de parler pour marquer un arrêt. Comme le fait remarquer J. ABITBOL, ce silence est si puissant qu'il laisse « sans voix » [1].

Cependant nous devons rester vigilants, un silence trop court, trop fréquent interrompt le rythme et la musicalité du discours, ne permettant pas à l'interlocuteur d'intérioriser ce qui a été dit et à l'inverse, un silence trop long peut déstabiliser et décrocher notre interlocuteur. D'ailleurs nous pouvons entendre des personnes parler de « silence de mort ». J. ABITBOL ajoute que « *le rythme est ce qui fait vivre le silence* » [1]

L'entrée dans le silence, dans notre « langage intérieur » [12], est garant de la structuration de notre mémoire auditive mais surtout de notre intériorité.

Nous pouvons faire l'expérience simple de s'installer dans un endroit tranquille et d'écouter le silence. Avec un peu d'habitude, nous pouvons entendre les sons pulsatifs de notre propre cœur. J. VIGNE [36] écrit que ce son continu invite à la concentration et à la méditation.

Nous pouvons ici faire le son « Om » et laisser sa sonorité se dissoudre dans le silence. Ainsi l'écoute du silence, par sa simplicité, est devenue une pratique universelle. Il ne s'agit pas d'un exercice d'attention mais l'attention même. J. VIGNE commente que lorsque nous nous concentrons sur le silence, il remplit tout notre espace mental [36] ; et ajoute que « *l'écoute du silence est la véritable clé des sons ; elle ouvre la même porte que la clé des songes : celle du monde intérieur* ».

Emily Brontë a écrit un poème montrant comment l'expérience du son intérieur peut toucher l'individu :

*« Mais d'abord, une bouffée de paix
Un calme dépourvu de son descend.
La lutte de la détresse
Et de l'impatience féroce s'achève.*

*Une musique muette adoucit ma poitrine
Musique qui n'est pas prononcée
Dont je n'aurais pas même rêvé
Avant que la terre n'ait disparu pour moi.*

*Alors pointe l'aurore de l'Invisible
Ce qui n'est pas un révèle sa vérité,
Mes sens extérieurs s'en sont allés
Mon essence intérieure ressent.*

*Ses ailes sont presque libres, sa demeure,
Son port d'attache est trouvé
En mesurant l'abîme, elle s'incline
Et ose le bond final. » [36]*

Ainsi l'expérience du silence offre un temps pour un retour vers soi.

J. VIGNE [36] écrit que le silence du soignant permet au patient de s'écouter lui-même dans une ambiance neutre et bienveillante. Ce moment peut être source de prises de conscience.

Selon C. POTEI, le silence fait partie du cadre. Il offre un temps d'écoute et de récupération pour le professionnel. Ainsi « *thérapeute et patient sont unis dans ce temps de silence qui sera peut-être vécu comme rupture, ou rêverie à deux, mais qui est aussi temps de présence pour soi, avec l'autre. La capacité à être seul en présence de l'autre – telle que l'a si bien décrite Winnicott – est particulièrement sollicitée. La question de la présence/absence est au cœur de ce silence partagé où chacun est cependant séparé, individué* » [30].

En effet, le silence structure le temps de la rencontre et de la séance. Il favorise l'autonomie, en permettant d'aborder les notions de présence et d'absence, de séparation et de retrouvailles. Le silence accompagne donc la différenciation et l'individualisation du sujet.

CONCLUSION

La voix est une notion complexe étudiée dans de nombreuses disciplines. Elle se met en place au cours du développement, influencée par de nombreux paramètres dont la maturation physiologique, l'environnement psycho-affectif et les expériences sensorimotrices.

L'histoire et la culture s'inscrivent dans le corps qui devient alors un corps physique et social. Ainsi la voix est l'empreinte sonore de l'identité individuelle et culturelle du sujet.

Durant les interactions précoces, nous avons démontré que la voix soutient un développement affectif et un mode de relation harmonieux. La mélodie de la voix est la première forme d'expression du lien affectif.

Les sons, perçus par les sens, s'ancrent dans la mémoire. Ce bain sonore crée des repères sensoriels en passant notamment par l'ouïe et le toucher, permet de se repérer dans le temps et dans l'espace, et de construire un sentiment d'unité et d'identité.

L'observation de la voix, instrument de la relation, peut intéresser la psychomotricité puisque sa racine est corporelle. La mélodie de la voix est un indicateur de l'état affectif du patient. L'émotion impacte la respiration et l'expression corporelle, et modifie ainsi la voix. Si bien que nous pouvons en déduire que la voix est messagère du corps.

Dans la vie quotidienne, la voix se module donc en fonction de la situation, c'est pourquoi l'observation de l'implication et des représentations corporelles peut permettre de repérer ce qui est commun et singulier à l'individu.

De plus la voix est reconnaissable, singulière au sujet. Grâce à l'intonation, le débit et le timbre de la voix, nous identifions la personne qui s'exprime. Nous pouvons alors parler d'identité vocale.

De plus, en psychomotricité nous pouvons observer la manière dont les émotions influencent le tonus et la posture, et par conséquent la respiration et la voix.

De surcroît, la voix étant également en lien avec les notions d'espace, de temps, de sensorialité, de schéma corporel, et d'enveloppe sonore avec le sentiment d'unité et l'image du corps ; elle permet d'identifier la façon d'être du sujet.

Tout compte fait, à travers la voix nous pouvons identifier la personne et ses modifications d'humeur et d'affects.

La voix, outil de communication, est également perçue par le patient.

Effectivement, retenons que la voix du psychomotricien témoigne aussi de son identité et de sa façon d'être en relation.

Sa fonction contenante instaure un sentiment de sécurité et permet au patient d'exprimer ses pensées et ses émotions. De sorte que la voix du psychomotricien peut alors être considérée comme un outil thérapeutique puisqu'elle favorise la relation.

Dès lors, nous pouvons dire que la relation avec le patient devient un corps à corps médiatisé par la voix.

Grâce à mes recherches sur la voix, j'ai pu observer que ma voix fait pleinement partie de mon identité et qu'elle influence donc ma rencontre avec le sujet. Cela m'a permis d'ajuster ma posture et ma façon d'être.

Finalement, mes recherches m'ont menées au silence. J'ai alors compris que, comme la voix, les silences sont empreints de sens et participent à la relation avec le patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abitbol, J. *Le pouvoir de la voix*. Paris: Allary éditions, 2016.
2. Anzieu, D. *Le moi-peau*. Paris: Dunod, 1995.
3. Boekholt, M. Mécanismes de régulation narcissique au Rorschach. Contribution à l'étude de l'hystérie. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 33, 1 (1986), 41–52.
4. Camaret-Durquety, L.; and Pouzoulet, A.-L. La douleur chronique à l'adolescence : achoppement du processus de séparation-individuation. Prise en charge psychomotrice et psychologique en unité de psychiatrie. *Nouvelle Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 1, 1 (2019), 133–150.
5. Castarède, M.-F. *La voix et ses sortilèges*. Paris: Belles Lettres, 1987.
6. Castarède, M.-F. L'enveloppe vocale. *Psychologie clinique et projective*, 7, 1 (2001), 17–35.
7. Castarède, M.-F. La voix et l'affect d'existence. *Revue française de psychosomatique*, 52, 2 (2017), 95–110.
8. Chauchat, H. Chapitre I - Du fondement social de l'identité du sujet. In *De l'identité du sujet au lien social*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 1999, pp. 3–26.
9. Cornut, G. L'appareil vocal et son fonctionnement. Introduction. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 2009, pp. 3–42.
10. Cupa, D. La question de l'affect chez André Green. In *L'affect*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 2005, pp. 89–116.
11. Drouin-Hans, A.-M. Identité. *Le Télémaque*, 29, 1 (2006), 17–26.
12. Durieux-Paris, A.; and Cardinale, M.-J. *La psychophonie: une approche vivante de la voix*. Paris: Courrier du livre, 2018.
13. Geissmann, N. VI. Alpha et bêta. In *Découvrir W.R. Bion*. Toulouse: ERES, 2001, pp. 99–115.
14. Golse, B. Ce que le bébé transmet aux adultes. (plaidoyer pour une modélisation d'une transmission ascendante, du bébé vers les adultes). *Enfances & Psy*, 75, 3 (2017), 116–126.

15. Goyena, A.; and Leclerc, F. « Wilfred R. Bion » de Elsa Schmid-Kitsikis. *Revue française de psychanalyse*, 65, 5 (2001), 1727–1736.
16. Guédénéy, N. Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement. *Devenir*, 23, 2 (2011), 129–144.
17. Hanrot, P.; and Raut, J. *Crier, parler, chanter: mystères et pouvoirs de la voix*. S.l.: Premier Parallèle, 2019.
18. Houzel, D. Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6, 1 (2016), 115–130.
19. Jorland, G. Empathie et thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 84, 1 (2006), 58–65.
20. Karpf, A. *La voix: Un univers invisible*. Paris: Autrement, 2008.
21. Lehmann, J.-P. Holding et Handling. In *La clinique analytique de Winnicott*. Toulouse: ERES, 2007, pp. 170–206.
22. Lemay, M. 16. De la prise de conscience du corps, de l'espace et du temps, vers une deuxième naissance. In *Forces et souffrances psychiques de l'enfant*. Toulouse: ERES, 2014, pp. 371–398.
23. Loas, G. 23. La personnalité dépendante. In *Les personnalités pathologiques*. Cachan: Lavoisier, 2013, pp. 180–191.
24. Martel, K. Introduction – L'étude de la prosodie en acquisition : un enjeu clinique. *Enfance*, 3, 3 (2009), 259–272.
25. Martenot, M. *Principes fondamentaux de formation musicale et leur application: méthode Martenot : guide du professeur*. 2013.
26. Mucchielli, A. Les fondements de l'identité psychosociologique. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 2013, pp. 39–77.
27. de Perrot, É. 2. La dépression. In *Psychiatrie et psychothérapie*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2004, pp. 35–44.
28. Pireyre, É.W. Chapitre 5. L'identité. In *Clinique de l'image du corps*. Paris: Dunod, 2015, pp. 59–66.
29. Potel Baranes, C. 15. Notion d'identité psychomotrice et paradigme d'évaluation complexe de l'adolescent et du jeune adulte : état des lieux d'une recherche. In *Être psychomotricien*. Toulouse: ERES, 2019, pp. 280–307.

30. Potel, C. 13. Les yeux de Camille. In *Du contre-transfert corporel*. Toulouse: ERES, 2015, pp. 145–154.
31. Privat, P.; Quelin, D.; and Rouchy, J.-C. Psychothérapie psychanalytique de groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 37, 2 (2001), 11–30.
32. Scialom, P.; Canchy-Giromini, F.; and Albaret, J.-M. *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Marseille: Solal, 2011.
33. Stoléru, S.; and Lebovici, S. 22. L'interaction parent-nourrisson. In *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 2004, pp. 319–339.
34. Tomatis, A. *L'oreille et la vie*. Paris: LGF, 2004.
35. Vasse, D. *L'ombilic et la voix: deux enfants en analyse*. Paris: Éd. du Seuil, 1988.
36. Vigne, J. *La mystique du silence*. Paris: Albin Michel, 2003.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	1
Sommaire	2
Introduction	3
Partie 1 : La voix et les affects	5
1. 1 - Du corps au son : quand la voix prend corps	5
1. 1. 1 Les origines physiologiques de la voix	5
1. 1. 2 Paramètres acoustiques de la voix	7
1. 1. 3 La voix selon l'âge, le sexe et la culture	9
1. 1. 4 Du son aux sens	11
1. 2 - La voix et les affects dans le développement psychomoteur	15
1. 2. 1 Depuis les interactions précoces	15
1. 2. 2 La voix, support de la relation chez le nouveau-né	18
1. 2. 3 Les premières vocalises	21
1. 2. 4 Enveloppe sonore	23
Partie 2 : Ce que la voix dit de soi : la voix comme support identitaire	27
2. 1 - L'identité	27
2. 1. 1 Construction identitaire	27
2. 1. 2 Identité psychosociologique	29
2. 1. 3 Construction identitaire et observation psychomotrice	33

2. 2 - L'identité au travers de la voix	36
2. 2. 1 Communication verbale	36
2. 2. 2 L'expression au cœur de l'identité	39
2. 2. 3 Voix et pathologies	45
Partie 3 : Voix et relation thérapeutique en psychomotricité	50
3. 1 – Emettre et recevoir la voix, observation psychomotrice	50
3. 1. 1 Un corps sonore	50
3. 1. 2 Un corps qui respire..	56
3. 1. 3 .. et construit des repères	58
3. 2 - Etre en relation	61
3. 2. 1 La relation en psychomotricité	61
3. 2. 2 La voix au sein du groupe – cas clinique	61
3. 2. 3 La voix de la psychomotricienne	74
3. 2. 4 Le silence	76
Conclusion	79
Bibliographie	81
Table des matières	84