



HAL
open science

Plaidoyer pour une voix psychomotrice. L'écouter, la prendre en compte, la valoriser dans sa pratique

Jennyfer Laborde Blasquez

► To cite this version:

Jennyfer Laborde Blasquez. Plaidoyer pour une voix psychomotrice. L'écouter, la prendre en compte, la valoriser dans sa pratique. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-03720873

HAL Id: dumas-03720873

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03720873>

Submitted on 12 Jul 2022

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 Universitaire des Sciences de la Réadaptation

Institut de Formation en Psychomotricité

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

**PLAIDOYER POUR UNE VOIX
PSYCHOMOTRICE**

L'écouter, la prendre en compte, la valoriser dans sa pratique.

Laborde Blasquez Jennyfer

Né(e) le 16 janvier 1983 à Montmorency

Sous la direction de Maïlys RABANEL

JUIN 2022

Remerciements (à voix haute) :

En priorité à mes « piliers » : mon mari pour avoir été là, mes filles pour leur soutien, pour leur curiosité, pour avoir vécu au rythme de ce marathon de la reprise d'études, et pour avoir accepté de différer quelques parties de puissance quatre pour l'écriture de ce mémoire...

A Mailys pour son implication, et son suivi au cours de ce travail d'écriture, sa disponibilité tout au long de ma formation, et pour ses conseils.

A Cécile et Célia, pour leur accompagnement, leur professionnalisme, leur accueil chaleureux et bienveillant tout au long de ce stage de troisième année.

Aux professionnels que j'ai rencontrés en cours et sur mes lieux de stage, ils ont tous participé de près ou de loin à ma formation.

Aux enfants, adolescents et préadolescents, aux adultes et familles rencontrés, pour avoir accepté ma présence en tant que stagiaire.

A mes collègues de formation « mon » groupe 3 et « ma » binôme qui a bien voulu me faire confiance.

A Anne - Marie pour sa précieuse relecture.

Enfin j'ai une reconnaissance particulière pour ceux qui m'ont « tenu la main », le temps que je trouve ma voie...et ma voix !

Table des matières

Introduction	5
1 UNE PREMIERE DIMENSION : QU'EST-CE QUE LA VOIX ? ASPECTS TECHNIQUES ET DEFINITIONS.....	7
<i>1.1 Caractéristiques techniques de la voix.....</i>	<i>7</i>
1.1.1 Ma première rencontre avec la voix : premiers questionnements.....	7
1.1.2 Définitions et caractéristiques de la voix.....	10
1.1.3 La voix, les émotions et la vie en relation	11
<i>1.2 L'ancrage corporel de la voix.....</i>	<i>12</i>
1.2.1 Bases anatomiques et fonctionnelles	12
1.2.2 L'expérience sensorielle de la voix	15
1.2.3 De la sensation à la vie en relation	18
<i>1.3 La voix comme objet d'étude multidisciplinaire : quelle place pour la psychomotricité ?.....</i>	<i>20</i>
1.3.1 Comment l'étudier ?	20
1.3.2 Vers l'étude psychomotrice de la voix :	21
1.3.3 La psychomotricité : au croisement des aspects psychiques et somatiques.....	22
2 UNE DEUXIEME DIMENSION : DU PREMIER CRI A LA VOIX EN RELATION.....	29
<i>2.1 Du fœtus au bébé.....</i>	<i>29</i>
2.1.1 Le « premier chapitre ».....	29
2.1.2 La naissance : entre continuité et discontinuité	32
2.1.3 Les compétences du bébé : bases des premières interactions mère-enfant.....	35
<i>2.2 Du bébé à l'enfant qui accède au langage.....</i>	<i>38</i>
2.2.1 Le moi corporel : du sentiment d'être au sentiment d'exister	38
2.2.2 Du moi corporel aux relations intersubjectives	41
2.2.3 L'accès au langage.....	49
2.2.4 Lorsque la voix ne remplit plus ses fonctions.	50
<i>2.3 La voix et le sentiment d'identité : de l'adolescence à la vie adulte.....</i>	<i>52</i>

2.3.1	Narcissisme sentiment de soi et identité.....	52
2.3.2	Remaniements de la voix à l'adolescence	55
3	UNE TROISIEME DIMENSION : VALORISER LA VOIX DANS SA PRATIQUE	57
3.1	<i>Utiliser la voix dans un cadre thérapeutique</i>	<i>57</i>
3.1.1	Aspects transférentiels de la relation	57
3.1.2	Relation, distance et alliance thérapeutique.....	60
3.1.3	L'engagement corporel du psychomotricien	63
3.2	<i>La pratique du bilan psychomoteur.....</i>	<i>66</i>
3.2.1	La voix comme outil d'évaluation.....	66
3.2.2	Elle nous donne des indices sur les troubles ou pathologies	68
3.3	<i>La relation psychomotrice : créer une partition à plusieurs voix.....</i>	<i>72</i>
3.3.2	Soutenir les liens parents-enfants par la voix	72
3.3.3	Maxime.....	78
3.3.4	Mathilde.....	82
	Conclusion.....	92
	Bibliographie.....	93
	Annexes	98
1-	<i>Les organes de production de la voix.....</i>	<i>98</i>
2-	<i>Physiologie auditive</i>	<i>103</i>
3-	<i>Les niveaux d'énergie (la dynamique de la parole).....</i>	<i>104</i>

Introduction

Les diverses expériences de stage auprès des enfants m'ont confortée dans l'idée qu'en cas d'impasse ou de difficulté, tous les meilleurs outils au monde ne suffiraient pas s'il manquait l'ingrédient d'une subjectivité qui permette de s'ajuster à ce qui se passe ici et maintenant, dans le présent de la relation. Le point de départ de ma réflexion : cette prise de conscience que "l'être" était différent du "faire". Naturellement, la question de la présence et de l'engagement corporel est venue au premier plan. *"on est psychomotricien avec ce que l'on est"*. Cette phrase entendue lors d'un cours, a été pour moi un déclic. J'ai découvert qu'il n'y a pas une identité de psychomotricien mais une multitude de façons d'être psychomotricien, que les identités professionnelles s'articulent avec la personnalité de chacun. La formation m'a conduite à me poser la question de mon engagement corporel. J'ai pris conscience qu'il pouvait être un point sensible parce qu'il nous ramène à notre histoire personnelle, notre propre construction, notre développement. Il y a quelques mois l'engagement corporel m'évoquait le toucher et le mouvement. Au contact de jeunes enfants et de nouveau-nés, j'ai pris conscience de l'importance de la voix. J'ai perçu la qualité de présence comme essentielle dans les relations avec les enfants et leur famille. J'ai saisi l'importance de la voix dans les interactions précoces. Une première rencontre avec une voix étrange a éveillé ma curiosité. Depuis, ce questionnement a infiltré ma pratique en stage ainsi que mes réflexions et les liens théorico-cliniques que j'ai pu faire. Alors que je considérais l'étude et le travail de la voix comme un domaine étant plutôt réservé aux orthophonistes, j'ai pris conscience que la voix était quelque chose de bien plus complexe qu'une simple production sonore. J'ai aussi compris que le psychomotricien, tout en restant dans son champ de compétence et en gardant ses spécificités pouvait non seulement la prendre en compte mais ne pouvait pas la mettre de côté sans prendre le risque de « passer à côté » de quelque chose, tant elle nous raconte la façon qu'à l'individu « d'être en corps » et d'entrer en relation, et tant elle peut nous servir à transmettre et porter bien plus de choses que des mots.

Je m'interroge aujourd'hui sur la place que peut prendre la voix dans ma future pratique professionnelle de psychomotricienne : quel serait l'intérêt de la prendre en compte dans le cadre des spécificités de ce métier ? Qu'est-ce que cela implique dans l'engagement de sa corporalité lorsqu'il se trouve en relation thérapeutique avec les patients ?

J'envisage donc de construire ma démarche en trois temps. La première partie sera consacrée à l'étude de la voix dans sa dimension « technique ». En partant de cette base technique visant à cerner ce qu'est la voix, j'enrichirai mon étude avec l'éclairage de la psychomotricité dans une deuxième partie, j'étudierai ce que représente la voix dans le développement de l'individu tout au long de sa vie et comment elle participe à le faire devenir un sujet en relation. Puis j'approfondirai dans une dernière partie les liens théorico-cliniques à partir des situations que j'ai pu vivre au cours de mes stages. L'objectif étant de répondre à cette question : quelle « valeur ajoutée » cette conscience de la voix peut-elle apporter dans la clinique psychomotrice ?

1 UNE PREMIERE DIMENSION : QU'EST-CE QUE LA VOIX ?

ASPECTS TECHNIQUES ET DEFINITIONS

C'est mon expérience de stage qui m'a conduite à me questionner sur ce qu'est la voix et ce qu'elle peut représenter dans la vie de tous les jours et ce qu'elle peut représenter dans le cadre des relations humaines en situation professionnelle thérapeutique.

Pour pouvoir m'intéresser à la place que peut tenir la voix dans ma future pratique de psychomotricienne, je me suis d'abord centrée sur l'aspect technique. Pour cette première partie, je me suis donc appuyée en grande partie sur les travaux de phoniâtres, les spécialistes de la rééducation de l'appareil vocal.

Nous verrons par la suite que l'on ne peut dissocier la technique des aspects psychiques et subjectifs et que pour cela la psychomotricité à toute sa place.

1.1 Caractéristiques techniques de la voix

1.1.1 Ma première rencontre avec la voix : premiers questionnements

Madame R

Je rencontre Madame R en service de maternité. Elle vient d'accoucher. Madame R souffre de troubles neurologiques lésionnels (dysarthrie, dystonie) qui perturbent la communication orale. Elle semble avoir bien investi son bébé et son rôle de parent mais exprime des réticences lorsque les professionnels proposent leur aide, ces derniers expliquent que la communication est difficile, qu'on a beaucoup de mal à la comprendre. C'est à l'occasion d'une observation psychomotrice le lendemain que je rencontre madame R, elle est assise dans le fauteuil avec son bébé dans les bras, nous nous présentons, elle nous regarde sans répondre mais semble calme. Nous ne l'entendons pas parler ce jour-là.

Nous choisissons de préserver leur moment d'intimité et lui proposons de revenir plus tard. Elle répond d'un timide « oui ». Lors de notre visite suivante, nous assistons au bain du bébé, madame R profite de notre présence et s'engage dans ce soin qu'elle fait visiblement seule pour la première fois. Elle vient s'asseoir dans le fauteuil, et s'adresse à son bébé. Pour la première fois nous percevons sa voix « extraordinaire » :

« M-on- bbbééééé-bbbbé ». Elle parle, d'une voix saccadée, découpée, ralentie, elle bute sur les consonnes. L'articulation entravée semble l'obliger à simplifier ses phrases dans lesquelles il reste l'essentiel et le minimum de mots pour se faire comprendre. Il est quasiment impossible

de déceler des manifestations émotionnelles dans sa voix, il n'y a pas d'accentuation, de rythme ou de respiration dans son élocution, ce qui est très déroutant. Cette voix abimée m'a ramenée l'image d'un enregistrement qu'on aurait trafiqué pour la rendre méconnaissable, elle est étrangement « inhumaine », robotique, inconnue, plate et déformée ce qui provoque en moi un certain malaise. Il ne s'agit pas d'un simple bégaiement : ici rien dans ses expressions faciales, dans sa posture ni dans le son de sa voix ne m'a permis de faire connaissance, de mieux la connaître. Instantanément, sa voix a généré une distanciation et une rupture dans le lien que j'ai tenté d'établir avec elle.

De façon non consciente, nous rencontrons la voix de l'autre et utilisons et percevons la nôtre sans trop nous poser de questions. La situation exposée précédemment m'a poussée à essayer de comprendre ce qui avait pu créer ce sentiment de décalage et de rupture.

La voix est un opéra

D'ordinaire, sans nous en apercevoir, nous transmettons beaucoup de choses par la voix. Prat fait l'analogie entre la communication humaine et l'opéra : « *Dans toute relation humaine, nous avons, comme dans l'opéra, affaire à trois modalités de communication indissociables et interdépendantes* » (Prat, 2002, 2007a) :

-le livret (contenu, ce qui est raconté)

-la musique (accentuation, intonations, changement de débit et de rythme)

-la mise en scène (posture, expression faciale...)

« *Chacun de nous peut « dire non avec la tête mais oui avec le cœur* ». D'ordinaire, « *les signes corporels transmis dans le sens du lâchage (micro-détournement du regard, modification de la prosodie, intonations tombantes, micro retrait postural) sont reçus par l'interlocuteur et alimentent son intuition.* » (Prat, 2013, p.36). Ainsi, le langage non verbal accompagné de la voix et de ses caractéristiques acoustiques peut aller au-delà de la simple transmission d'informations purement techniques.

Dans la posture et le visage, nous percevons ce langage non verbal qui lorsqu'il est congruent participe au renforcement de la perception de ces éléments paraverbaux. : « *la reconnaissance de la tonalité émotionnelle dans la prosodie est augmentée par la prise en considération de l'ensemble de la posture ; de même, la reconnaissance de l'expression émotionnelle du visage augmente la reconnaissance de la prosodie et est augmentée quand l'expression corporelle est congruente* » (Prat, 2013, p.36).

Tout cela peut néanmoins se dérouler lorsque les conditions sont favorables. Dans la vignette présentée ci-avant, cette communication a été dissonante.

« L'inquiétante étrangeté » de la voix dysarthrique ou l'opéra qui sonne faux

Le collège des enseignants en neurologie définit la dysarthrie comme « *un trouble de l'articulation et de la parole, qui doit être distingué de l'aphasie (trouble du langage). Il existe trois grands types de dysarthrie : paralytique, parkinsonienne, cérébelleuse.* » (Sémiologies des ataxies, des troubles de la marche et des dysarthries, 2016)¹

La forme paralytique est caractérisée par un nasonnement de la voix, la forme parkinsonienne rend l'élocution monotone, la forme cérébelleuse, se caractérise par une incoordination des muscles phonatoires. L'élocution peut être saccadée, hachée, chuchotante, irrégulière, imprécise ou monotone, mais les personnes peuvent comprendre le langage et l'utiliser correctement. Cette définition sémiologique ne nous permet pas de rendre compte de ce qui a créé cette rupture de la communication qui a teinté la relation d'étrangeté, ce qui a pu se jouer de façon plus ou moins consciente ou inconsciente dans les échanges.

Du point de vue de la linguistique, la voix serait réduite à la prosodie, c'est-à-dire à son rythme et à son intensité. Pour l' « homme de la rue » ce sont avant toute autre choses les aspects paralinguistiques qui sont perçus, c'est-à-dire : la hauteur, l'intensité et les aspects temporels (Konopczynski, 2005).

Au-delà de l'aspect linguistique, je crois qu'il m'a manqué dans la rencontre avec madame R quelque chose de plus important que les mots. Je n'ai rien perçu dans cette voix déformée, ralentie, de caractéristique d'une voix humaine. A ce sentiment d'étrangeté perçu dans la voix est venu se rajouter une autre difficulté, celle de ne pas pouvoir percevoir ni sur le visage ni

¹ *Sémiologies des ataxies, des troubles de la marche et des dysarthries.* (2016, novembre 22). Collège des Enseignants de Neurologie. <https://www.cen-neurologie.fr/fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/syndrome-myogene-myopathique-0>

dans la posture n'importe quelle autre information. En reprenant l'analogie de Prat entre la communication humaine et l'opéra, dans la communication avec madame R, le livret a été réduit au strict minimum (les phrases étaient minimales), la mise en scène absente, la musique a sonné faux.

Pour Michel Grollier la voix est ce qui nous caractérise comme humains. « *Que nous pouvons discriminer comme signe d'une présence humaine* », elle n'est « *pas seulement le son vocalisé permettant de supporter une communication* ». (Grollier, 2013, p.102)

Comment peut-on donc maintenir le lien lorsqu'il est quasiment impossible de percevoir dans la voix, des éléments et autres indices qui font de nous des humains partageant des émotions et affects ? Quel impact cet aspect mécanique et aseptisé de la voix a-t-il sur l'établissement et le maintien d'une relation ?

C'est de cette première expérience que provient ma réflexion sur la voix et son importance dans la relation. Je m'interroge depuis sur les différents paramètres qui colorent la voix et transparaissent dans la relation : d'où vient-elle ? qu'est ce qui fait que notre voix nous appartient et que l'on peut dès les premières secondes identifier quelqu'un grâce à celle-ci ?

Pour comprendre ce qui peut caractériser la voix, ce qui la constitue et permet qu'elle se produise, je poserai ci-après les bases techniques et définitions qui nous aideront à mieux la cerner.

1.1.2 Définitions et caractéristiques de la voix

Distinction voix, parole et langage

Le dictionnaire Larousse donne les définitions suivantes : la voix est la « *Faculté d'émettre des sons* » ; « *l'ensemble des sons produits par les vibrations périodiques des cordes vocales.* ». La parole est la « *Faculté de s'exprimer par le langage articulé* ». Le langage est la « *Capacité, observée chez tous les hommes, d'exprimer leur pensée et de communiquer au moyen d'un système de signes vocaux et éventuellement graphiques (la langue)* ». Ou bien : « *Tout système structuré de signes non verbaux remplissant une fonction de communication.* »

1.1.3 La voix, les émotions et la vie en relation

La musicalité de la voix révèle nos états internes

La voix est à la fois source et productrice d'émotions que seule la prosodie porte. En effet, ce sont les paramètres de rythme, d'intensité et de mélodie qui pourront différencier deux énoncés identiques et communiquer des informations différentes concernant l'intentionnalité, les émotions du message transmis. (Konopczynski, 2005).

« *De toutes les expressions du corps, celles produites par les vibrations des cordes vocales sont le plus intimement liées à la régulation interne de nos états de vitalité et de bien-être* » (Trevarthen & Gratier, 2005, p. 106)

Elle représente notre identité subjective

« *À partir du moment où nous ouvrons la bouche et commençons à parler, même pour lire le mode d'emploi d'un système d'évacuation des eaux usées, notre voix accomplit un acte terriblement intime : elle laisse échapper des informations sur notre situation biologique, psychologique et sociale* » (Karpf, 2008, p. 16)

Les caractéristiques de la voix nous permettent d'identifier quelqu'un de façon quasi instantanée. Ce sont les caractéristiques techniques de la voix qui nous permettent de la relier à l'identité subjective de quelqu'un. Le timbre, la prosodie, la couleur de la voix nous donnent accès à des informations bien plus complexes qu'un simple son. De même que la grammaire et la sémantique, la prosodie est un troisième constituant du langage parlé. Le timbre permet d'identifier la voix d'une personne de la même manière avec laquelle on pourrait différencier certains instruments. Ce sont les caractéristiques anatomiques propres à chaque individu (cavités supra glottiques), qui conféreront à la voix de chaque personne un caractère unique et identifiable. (Karpf, 2008)

Proposition de classification

Les travaux des phoniatries Le Huche et Allali (2012) nous permettent de classer les différents types de manifestations vocales selon 4 critères : « *L'instrument* » au même titre que l'instrument de musique qui qualifie la voix de chantée, aiguë de forte, faible, grave, soprane ... Ensuite « *l'expressivité* », puis « *les circonstances de son utilisation* » et enfin selon « *l'intentionnalité du sujet.* » (pp 3-10)

Grâce à ce dernier critère d'intentionnalité, nous pouvons distinguer : la « *voix implicatrice* » de la « *voix simple* » et de la « *voix d'insistance* ». La *voix implicatrice* se définirait selon eux comme « *l'acte par lequel le sujet tente d'agir sur autrui, avec l'intention d'être entendu, d'appeler quelqu'un, de donner un ordre, d'affirmer, d'interroger, d'informer* ». Quatre éléments constitueraient le moyen de la qualifier comme telle : l'intention, le regard, le redressement du corps, le souffle abdominal. Ce type de voix imposerait donc une réponse de l'interlocuteur.

Dans l'utilisation de La *voix d'expression simple*, l'interlocuteur n'est pas tenu de réagir, il s'agit par exemple de la voix que l'on utilise lorsque l'on se parle à soi-même, lorsqu'on commente et pense à voix haute.

Enfin, un dernier type de voix : la « *voix d'insistance* », utilisée lorsqu'il y a un caractère d'urgence perçue par le locuteur, lorsqu'il y a un mécontentement ou lorsque le but de la « *voix implicatrice* » risque de ne pas être atteint.

Chacun des types de voix pourrait se percevoir dans la posture, les mouvements du rachis, le recrutement des différents muscles et coordinations des chaînes musculaires.

1.2 L'ancrage corporel de la voix

1.2.1 Bases anatomiques et fonctionnelles

Aspect technique de la voix

C'est l'anatomie de la voix qui conditionne en partie ses caractéristiques : son timbre, sa « couleur ». Ces caractéristiques dépendent de la longueur des cordes vocales et des particularités anatomiques des résonateurs (Prat, 2013). Le timbre permet « *d'identifier un son d'une façon unique* » (Calais-Germain & Germain, 2013, p. 288)

La voix est sous-tendue par une mécanique complexe et des organes qui la rendent possible, audible et la modulent ou la régulent. On étudie le plus souvent les organes de production de la voix en distinguant trois parties ou trois « étages » : la soufflerie, les vibrateurs et les résonateurs.

La soufflerie (annexe 1)

Nous pouvons considérer la voix comme une expiration sonorisée. La « *soufflerie* » est le premier étage qui permettra par l'action des muscles, d'assurer la mécanique respiratoire permettant de produire la voix par une mise en pression de l'air comme un accordéon.

Lors de l'élan vocal permis par l'inspiration l'air suivra le trajet par la bouche ou le nez, dans les poumons, pour aller dans les alvéoles pulmonaires en passant par le pharynx, la trachée, les bronches, bronchioles et alvéoles. Il fera le trajet inverse lors de la production vocale sous l'effet du diaphragme qui régulera ce souffle. Différentes parties interviennent donc à cette étape : le « *caisson abdominal et thoracique* » que le diaphragme relie, les « *viscères de la respiration* » (poumons et bronches), les muscles inspireurs et expirateurs qui permettent cette production du souffle (muscles abdominaux, plancher pelvien, diaphragme, intercostaux, muscles pectoraux, muscles du cou : sterno-cleido mastoïdiens, scalènes ; les muscles posturaux.) (Calais-Germain & Germain, 2013, p. 88-129)

Les vibrateurs (annexe 1)

Ensuite intervient le Larynx ou « *vibrateur* ». C'est l'organe principal de la voix qui contient les cordes vocales. La voix est pourtant un rôle secondaire pour le Larynx. Celui-ci, comporte l'épiglotte qui assure une forme de « barrière » ou clapet pour que les aliments suivent le bon trajet et n'aillent pas vers la trachée. Le larynx est en fin de compte l'ensemble composé par les plis vocaux, l'épiglotte et les cartilages (Le Huche & Allali, 2012) Ces parties anatomiques sont très dépendantes des ligaments et muscles qui les relient au squelette (Calais-Germain & Germain, 2013, p. 132-189)

Les résonateurs (annexe 1)

Ce sont les « *résonateurs* » qui amplifient la voix lorsqu'elle passe au travers du pharynx, de l'espace nasal plus ou moins ouvert selon la position du voile du palais, de la bouche. Ils se subdivisent en trois sous parties : l'hypopharynx, l'oropharynx et le rhinopharynx. Ce « *tractus ou conduit vocal* » est traversé par l'air expiré. Il s'enracine sur une armature squelettique (Calais-Germain & Germain, 2013, p. 192-219)

Les « robinets de la parole (annexe 1)

Enfin, cette production sonore, pour devenir parole, sera modelée et modifiée par les « *six robinets* », six parties anatomiques qui par leurs actions pourront la transformer et assurer

l'articulation des sons en phonèmes : les lèvres, la langue, les plis vocaux, le voile du palais, les narines, le pharynx.

La charpente osseuse (annexe1)

Le processus de phonation engage notre squelette. D'une part les vertèbres thoraciques et cervicales puis la mécanique thoracique : les côtes s'élèvent, s'abaissent, s'élargissent et se resserrent. Le mouvement vertébral tient un rôle très important dans la respiration qui elle-même permet d'assurer le fonctionnement de la « soufflerie ». C'est cette mécanique qui permet que l'organisme s'adapte aux besoins de la ventilation selon les circonstances : essoufflement, « *comportement respiratoire de secours* » (Le Huche, Allali, 2012)

Ces mouvements de la charpente osseuse se retrouvent impliqués différemment selon les différents types de voix : simple, implicatrice ou d'insistance, dernier type qui peut pathologiquement accentuer ce forçage vocal, par la flexion vertébrale.

Blandine Calais Germain détaille le « *squelette de la voix* », composé des trois grands blocs : tête cage thoracique, bassin, ainsi que du « crâne vocal » et de la colonne vertébrale, qui sert de « *porte-voix* » (pp21-60)

La dynamique respiratoire (annexe 1)

Quatre forces s'exercent sur le thorax : la pesanteur, l'élasticité pulmonaire, la vélasticité thoracique, les muscles inspiratoires.

Ce sont cinq catégories de muscles qui participent à la mécanique ventilatoire : le diaphragme, les abdominaux, les éleveurs du thorax, les muscles spinaux, les muscles intercostaux. Le diaphragme, qui joue un rôle crucial dans la respiration et la phonation, est relié à cette charpente osseuse. Les muscles abdominaux sont des muscles antagonistes du diaphragme.

A ces grands groupes musculaires, viennent s'ajouter les systèmes musculaires accessoires : les muscles intercostaux et éleveurs de l'épaule, les muscles spinaux (extenseurs de la colonne vertébrale dorsale et lombaire). Ces muscles seront recrutés différemment selon le type de voix produite. Ainsi, l'intentionnalité du sujet se traduit et se concrétise par une activité musculaire de nature différente. Le souffle et la respiration devront donc se partager entre deux actions simultanées et coordonnées : l'acte phonatoire et la production de son et la respiration autonome. Cet élan inspiratoire sera donc soumis à ces deux besoins qui seront variables selon la façon dont est vécu cet acte phonatoire par le sujet qui parle (Le Huche et Allali, 2012). C'est donc le corps tout entier qui est recruté pour la phonation.

1.2.2 L'expérience sensorielle de la voix

De l'acoustique à la sensorialité

La voix est une production sonore sous-tendue par la respiration. Il semble donc évident que la modalité auditive lui est reliée. Pourtant la voix peut également solliciter d'autres modalités sensorielles. Pour comprendre ces liens, quelques explications nous permettrons de définir ce qu'est le son.

Un son est d'abord le produit d'une onde créée par une vibration mécanique. Nous pouvons les classer en trois catégories selon leur fréquence : des ondes audibles, les infrasons, les ultrasons. Pour l'oreille humaine, les infra et ultrasons ne sont pas perceptibles. Les ondes audibles se situent entre des fréquences de 20 Hz à 20Khz. Le son est donc le résultat de cette vibration qui ne devient qu'un son pour l'Homme qu'à partir du moment où il peut l'entendre. Plus la fréquence est faible, plus le son est grave et inversement plus les sons sont aigus, plus la fréquence est élevée ². Cette vibration mécanique se propage dans la matière à l'état solide, liquide et gazeux, et sa vitesse de propagation dépendra de la matière dans laquelle il se propage, selon sa densité et sa compressibilité. Elle ne peut en revanche se propager dans le vide.

Nous ne rentrerons pas dans les détails de la physique acoustique mais plusieurs choses m'intéressent dans ces caractéristiques techniques et que nous pouvons relier à ce qui a été présenté ci avant : le son peut donc se propager dans la matière organique notamment par les os mais également par les tissus conjonctifs, muscles, tendons. Ceux-ci eux même reliés aux systèmes sensoriels somesthésiques. Le son se propage également dans l'eau. Notre corps se composant en grande partie d'eau, cela en fait un milieu favorable pour cette propagation de la vibration acoustique.

² (<https://parlonssciences.ca/ressources-pedagogiques/documents-dinformation/quest-ce-que-le-son-et-comment-lentendons-nous>).

La conduction osseuse « désigne ce phénomène de propagation du son jusqu'à l'oreille interne via les os du crâne. »³. La conduction osseuse est la raison pour laquelle la voix d'une personne lui semble différente quand elle est enregistrée et reproduite. C'est également par ce moyen que les personnes atteintes de surdité peuvent accéder à une perception d'un son, en utilisant ces vibrations.

La voix est le résultat d'une vibration qui va produire un son tel que nous l'avons présenté précédemment, je fais donc l'hypothèse que nous pouvons rencontrer la voix grâce à plusieurs modalités sensorielles : par l'audition mais également par la somesthésie, les perceptions tactiles et vibratoires. Cette propagation des vibrations sonores, leurs actions sur les tissus organiques sont utilisées à des fins thérapeutiques ou « d'éducation somatique » dans des pratiques corporelles telles que le « Continuum movement » (Emilie Conrad) ou le « Body Mind Centering » (Bonnie Bainbridge Cohen). Ces pratiques corporelles sont connues de nombreux danseurs professionnels qui peuvent y avoir recours pour travailler la qualité de leurs mouvements.

La perception de la voix pourrait donc être une expérience extéroceptive mais également intéroceptive.

La somesthésie et l'audition

Nous avons la double fonction de produire et entendre notre voix, nous dit Anne Karpf. Percevoir la voix de l'autre ainsi que notre propre voix sont donc des expériences sensorielles à la fois intéroceptives et extéroceptives. Ceci peut expliquer que lorsque nous écoutons notre voix au travers d'un dispositif technique d'enregistrement, nous ne la reconnaissons pas obligatoirement, elle ne correspond pas au son que nous croyons produire. Il y a donc un décalage entre le son que nous produisons et percevons de l'intérieur, et le son extériorisé, perçu par l'oreille.

³ <https://fr.wikipedia.org/wiki/osteophonie>

La sensibilité somesthésique est la première à être fonctionnelle au cours de la vie foetale, c'est un système intéroceptif sans lequel il serait difficile de vivre. Il regroupe différentes sensibilités : la thermoception, la nociception, le tact. C'est la proprioception qui permet la perception des stimuli vibratoires intérieurs. La proprioception est considérée par certains comme un « sixième sens », cette sensibilité à un « statut particulier ». Pour Jacques Garros, elle doit être différenciée de la kinesthésie (perception du corps en mouvement) et de la somesthésie, la proprioception est la « *capacité sensorielle liée au fait d'être vivant, par laquelle nous nous ressentons globalement, précisément, immédiatement et en permanence, mais la plupart du temps inconsciemment.* » (Garros, 2021, p. 69). Cette sensibilité somesthésique participe donc à la proprioception, donc à la conscience de soi, au sentiment d'être.

Pour Fertier, « *le corps entier est une oreille.* » Ce sont les capteurs qui interviennent dans la somesthésie qui permettent de percevoir certaines fréquences, de façon plus globale, avec une impression d'immersion. Cette « *sono somesthésie* » serait dépendante de l'état psychologique ou neurophysiologique de la personne et reliée aux propriétés sonores elles même : intensité, matériaux producteurs du son (Michel, 2014, p. 24). Le son pourrait donc par cette sensibilité, participer à la conscience de soi.

L'audition est une fonction sensorielle extéroceptive, qui permet au sujet de percevoir son environnement sonore. Le son résulte du déplacement de molécules d'air. Au départ il est un stimulus mécanique. Il va ensuite se transformer en un message électrique au sein de l'appareil auditif puis suivre un trajet neuronal traversant le tronc cérébral jusqu'au cortex où l'information sensorielle sera traitée. (cf. Annexe 2).

La voix et l'audition sont liées

A supposer que rien n'y fasse obstacle, nous percevons naturellement la production sonore d'autrui grâce à notre audition. Nous sommes nous-mêmes également reliés à notre propre voix par l'oreille : c'est elle qui nous aide à la réguler. Ce qui explique que nous haussions naturellement la voix lorsque nous nous trouvons dans un environnement bruyant.

Ce lien entre la voix et l'audition est ce qui fonde la méthode de travail de Tomatis. Pour lui la voix ne peut reproduire que ce que l'oreille entend et « *le larynx émet uniquement les harmoniques audibles par le sujet* ». Ainsi agir sur l'audition modifierait la voix et inversement.

L'oreille est dotée d'une extrême sensibilité qui lui permet de détecter avec une grande finesse les changements des caractéristiques, fréquence, hauteur, volume. Modifier son audition modifie inévitablement la voix « *nous parlons et chantons véritablement avec les oreilles* » (Karpf, 2008, p. 56).

Ecouter sa voix ramène chaque être humain à son propre sentiment d'existence. Mais le fait de moduler ou réguler sa voix n'est pas seulement une action directe de l'audition sur elle ni purement perceptive, mais plutôt le résultat de l'appréciation des effets de sa voix sur l'autre qui écoute. La production vocale s'inscrit donc déjà dans une dynamique intersubjective. La voix ne peut donc pas être conçue comme une production purement technique. Le partage entre la voix que nous produisons et celle de l'autre, que nous percevons est délicat et difficile à faire, tant il y a d'interdépendance, tant elle s'inscrit dans la dynamique des échanges humains. Ce sont à la fois nos modalités sensorielles, principalement auditives et proprioceptives qui nous aident donc à percevoir la voix de l'autre, à produire la nôtre et à la percevoir puis l'ajuster. Mais cette modulation et cette régulation doit également passer au filtre de nos perceptions puis représentations.

La voix est donc un objet d'étude complexe, qui s'inscrit dans une dynamique relationnelle.

1.2.3 De la sensation à la vie en relation

La relation à soi : premiers liens entre l'activité musculaire et les émotions

Nous avons vu que le fait de produire la voix sollicitait le corps et notamment de nombreux groupes musculaires coordonnés pour assurer la respiration.

L'acte respiratoire se fait différemment selon le tempérament du sujet et son état émotionnel. Les émotions élèvent la cage thoracique. La surprise se traduit par une inspiration vive avec élévation thoracique. Dans la panique, le thorax se bloque en élévation. ((Le Huche & Allali, 2012). L'expressivité passe en priorité, avant l'acoustique (Karpf, 2008).

Ces muscles étant sensibles aux émotions et à toutes les autres modifications physiologiques, les conséquences deviendront donc perceptibles au travers de la voix, résultant de l'action de ces groupes musculaires. Entre les besoins nécessaires à cette production (respiration,

ventilation et mécanique vocale) et l'expression corporelle de ces émotions, l'équilibre est parfois difficile.

Contrôle et régulation : activité radar et « boucle socio phonatoire »

Nous avons exposé précédemment la possibilité de moduler et réguler la voix grâce à l'audition. Cette modalité sensorielle, permet en plus de s'ajuster soi-même à sa propre production vocale, de la réguler en fonction d'autrui. « *L'activité radar* » est cette activité qui permet « au sujet de se faire une idée de ce qui se passe dans la conscience de son interlocuteur (Le Huche & Allali, 2012). Elle est étroitement liée à l'implication que l'individu a dans son discours. Elle peut être supprimée par les réactions d'autrui : notamment lorsque la personne, plutôt que de s'en référer à ce qu'il peut percevoir de son auditoire, va plutôt se cacher dans ses papiers ou la lecture de son texte. Les auteurs soulignent que cette activité est très importante chez la personne bègue, peut-être trop attentive aux réactions de la personne qui l'écoute.

En 2010, Claire Gillie a introduit le concept de la « *boucle socio phonatoire* ». Ce mécanisme par lequel la personne reçoit des informations sur la voix produite non plus par l'audition (et la boucle audio-phonatoire) mais par le retour des personnes auxquelles elle s'adresse. La voix s'inscrit dans un contexte social qui permet donc de la réguler. Ce qui permet ce retour, cette perception de ce que produit notre voix chez l'autre se retrouve dans les différents niveaux d'énergie qui y sont reliés.

La relation aux autres : intentionnalité, implication et énergie dans la voix

Il existe également quelque chose qui se transmet et se perçoit au-delà des sens, de façon plus intuitive. Chez la personne qui porte sa voix, dans ses attitudes corporelles c'est l'énergie que nous percevons. Nous sommes des « *artistes du larynx* ». C'est par l'usage que nous faisons de notre voix que nous pouvons traduire, volontairement ou non, nos intentions. Nous y mettons nos émotions, notre « couleur », notre subjectivité et nous l'utilisons pour exprimer par ce moyen nos intentions. « *Chacun de ces muscles peut produire dans le larynx un équilibre de forces particulier qui génère à son tour une vibration et une qualité sonore différentes. Ils constituent notre palette vocale nous permettant de colorer notre voix d'affection, d'amertume, de plaisir, de dégoût, etc. Une gamme aussi extraordinaire fait de nous des artistes du larynx* » (Karpf, 2008, p. 49)

Lorsque nous désirons agir sur autrui, nous utilisons notre voix implicatrice avec une énergie à la mesure de l'intention et la détermination qui nous pousse à le faire. Mais cela se passe la plupart du temps de façon non consciente.

Lorsque nous avons besoin d'insister, de défendre notre point de vue, de féliciter quelqu'un, nous sentons monter l'énergie. La conscience de ces différents niveaux d'énergie peut nous aider à accéder à cette dimension implicite et parfois inconsciente qui transparait dans la voix. (cf annexe 3)

Nous nous rapprochons peu à peu de la voix en tant qu'objet complexe, multidimensionnel, qui fait appel à des notions convoquant des champs disciplinaires divers. Les phoniatres, parlant de l'énergie dans la voix, décrivent la tension comme « *psycho - motrice* ». Ce mot tel qu'il est écrit renvoie l'idée que ce qui relève du psychique serait séparé du corps. Il ne rend pas compte du regard psychomoteur qui considère l'individu dans toute sa globalité. Nous allons donc dans une prochaine partie l'étudier non pas dans un point de vue dualiste où le corps et l'esprit sont dissociés, mais selon le point de vue de la psychomotricité. Nous prendrons soin de présenter quelques-uns des concepts fondamentaux sur lesquels s'appuient les psychomotriciens.

1.3 La voix comme objet d'étude multidisciplinaire : quelle place pour la psychomotricité ?

1.3.1 Comment l'étudier ?

Une pluralité de professionnels

De nombreux domaines qui touchent à la voix : la physiologie, l'acoustique, la phonétique, la linguistique, l'orthophonie, la médecine, les arts... Cela fait d'elle un objet de recherche et d'études qui ne peut être étudié selon un découpage ou une segmentation claire et bien définie. Au carrefour de multiples disciplines, la voix oblige à construire un large champ conceptuel.

La difficulté à cerner la voix : l'insuffisance de la technique

Les théories de la communication consacrent peu de place à la voix qui est réduite à sa prosodie. Certains auteurs expliquent ce caractère complexe de la voix lorsqu'il s'agit de l'étudier en tant qu'objet scientifique : « *cette négligence de la voix dans la parole, c'est ce*

qui protégeait une linguistique pure, sans subjectivité, sans affect, sans sujet parlant : scientifique, comme si la science avait pour but d'éliminer la part d'humain dans le langage » (Green, 2005, p. 14).

Se restreindre à l'étudier d'un point de vue technique ne peut rendre compte de tout ce qu'elle porte, de ce qu'elle représente pour l'individu par rapport à lui-même et vis-à-vis des personnes avec lesquelles il entre en relation.

Ci-après, nous tenterons d'apporter quelques arguments en faveur de la spécificité de l'étude de la voix d'un point de vue psychomoteur.

1.3.2 Vers l'étude psychomotrice de la voix :

Au-delà de l'aspect technique : la voix est reliée aux émotions

Créer des sons audibles en portant sa voix est une expérience forte, qui nous relie à l'intime, et nous rend unique. Notre voix, portée au dehors nous aide à distinguer le « moi » du « non moi ». Anne Karpf laisse entrevoir une première lecture psychomotrice de la voix. Elle est « *à la fois véhicule et ciment qui fait tenir corps et esprit ensemble* » et « *appartient simultanément au corps et à l'esprit* » (Karpf, 2008, p.17). « *Par sa dépendance à l'organique, à travers le souffle, le sphincter glottique et les résonateurs, elle est tributaire du corps et des affects, affects primaires antérieurs à la représentation* » Elle appartient donc à « *l'univers psychosomatique* » (Castarède, 2017, p.95).

Nos émotions colorent notre voix ce qui la place à l'interface du psychique et du somatique. Ses caractéristiques sont individuelles et forment « *l'empreinte de notre personnalité* » (abitbol,2004 cité par Prat, 2013, p. 30)

L'intentionnalité est reliée à la posture.

Nous avons appris dans une première partie que tout le corps est engagé dans l'acte vocal. Nous avons vu que l'on pouvait catégoriser plusieurs types de voix selon l'intentionnalité du sujet, le caractère d'urgence, la nécessité d'insister. Lorsque c'est la voix d'insistance qui est mise en jeu, on constate par exemple une flexion du haut de la colonne vertébrale thoracique, qui devient le moteur du souffle phonatoire. Lorsqu'elles sont mises en jeu, les différents types de voix exposées ci avant sont très dépendantes de la posture. Nous percevons ainsi le lien entre les aspects corporels et l'intentionnalité de l'individu qui porte un message.

Se risquer à porter la voix

La voix n'est pas simplement produite et projetée à l'extérieur. S'adressant à autrui, elle porte un message qui est perçu par l'autre, qui en retour offre ou non une réponse. Se risquer à porter la voix au dehors, c'est se confronter à un possible risque inhérent à cette imprévisibilité, cette non-maitrise des réactions d'autrui. Il faut également être apte à pouvoir réguler cette implication vocale pour qu'elle s'inscrive dans un échange (Karpf, 2008). Les professionnels de la voix savent l'impact psychologique que peuvent causer les problèmes de voix. Ils savent également quels problèmes psychologiques peuvent se retrouver dans la voix qui peut être inhibée par exemple. Pourtant, dans ce que disent les auteurs au sujet des différents paramètres qui affectent la voix autres que techniques, seuls les aspects psychologiques semblent être pris en compte.

La voix étant ancrée dans le corps, il paraît impossible de dissocier les aspects somatiques et psychologiques. De mon point de vue, et au regard de tout ce qui a été exposé préalablement, s'intéresser à la voix en psychomotricité me semble pertinent : cette indissociabilité du corps et de l'esprit fait partie des spécificités de la psychomotricité. J'ai choisi d'exposer quelques-unes de ces spécificités.

1.3.3 La psychomotricité : au croisement des aspects psychiques et somatiques

Parmi les textes fondateurs de la discipline, figure la définition de Julian de Ajuriaguerra (1959) au sujet des troubles psychomoteurs. La voici retranscrite ci-après :

Les troubles psychomoteurs

« Les syndromes psychomoteurs ne répondent pas à une lésion en foyer donnant les syndromes neurologiques classiques ; ils sont plus ou moins automatiques, plus ou moins motivés, plus ou moins subis, plus ou moins voulus ; liés aux affects, mais attachés au soma par leur fluence à travers la voie finale commune, ils ne présentent pas pour cela uniquement des caractéristiques de dérèglement d'un système défini persistants ou labiles dans leur forme, mais variables dans leurs expressions ; ils restent chez un même individu intimement liés aux afférences et aux situations, ils ont souvent un caractère expressionnel, caricatural et gardent des caractères primitifs, quoique modifiés par l'évolution ultérieure, qui les rapproche de phases primitives de contact ou de répulsion, de passivité ou d'agression. Parfois, ils n'ont même plus la forme

du mouvement primaire, mais seulement la valeur d'un symbole. Les troubles psychomoteurs, dans leur ensemble, oscillent entre le neurologique et le psychiatrique, entre le vécu plus ou moins voulu et le vécu plus ou moins subi, entre la personnalité totale plus ou moins présente et la vie plus ou moins jouée. [...] Rentreront donc dans ce cadre, certaines formes de débilité motrice dans un sens mieux défini du terme, des instabilités psychomotrices, des inhibitions psychomotrices, certaines maladresses d'origine émotionnelle ou par désordres de la latéralisation, des dyspraxies d'évolution, certaines dysgraphies, des tics, le bégaiement et bien d'autres types de désordres. » (Ballouard, 2011, p.31)

Décret d'actes

Le décret d'acte de 1988 fixe le cadre juridique des interventions. Les psychomotriciens diplômés d'état sont habilités à « *accomplir sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants :*

1. Bilan psychomoteur.

2. Education précoce et stimulation psychomotrice.

3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :

- retards du développement psychomoteur ;

- troubles de la maturation et de la régulation tonique ;

- troubles du schéma corporel ;

- troubles de la latéralité ;

- troubles de l'organisation spatio-temporelle ;

- dysharmonies psychomotrices ;

- troubles tonico-émotionnels ;

- maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;

- débilité motrice ;

- inhibition psychomotrice ;

- instabilité psychomotrice ;

- troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations

émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique. »⁴

La voix n'est pas un trouble psychomoteur inscrit dans le décret d'acte. Pourtant, elle peut être affectée par de nombreux troubles psychomoteurs. Dans une première partie « technique », nous avons abordé le rôle de la respiration et de l'emploi des systèmes musculosquelettiques pour produire la voix. Les auteurs non-psychomotriciens ont saisi les influences réciproques des aspects corporels et psychiques au travers de la voix. Nous allons donc pouvoir maintenant rapprocher les différents concepts évoqués avec les spécificités de la psychomotricité

Les spécificités de la psychomotricité

Catherine Potel aborde les fondamentaux de la psychomotricité sous trois grands angles (Potel Baranes, 2019, p87) : « *la tonicité, l'espace et le temps* ». Les données du schéma corporel qui organise la connaissance de soi dans un espace investi. L'image corporelle en construction et en perpétuel mouvement. Ce sont ces grands domaines que l'on explore au cours du bilan psychomoteur. Nous retiendrons ici quelques-unes des grandes spécificités directement en lien avec la voix et son ancrage psychocorporel : le tonus, le schéma corporel et ses liens avec la structuration spatio-temporelle, l'image du corps. Nous terminerons en présentant les enjeux de la relation en psychomotricité.

⁴ (Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice - Légifrance, s. d.)

Tonus, posture, respiration, proprioception

Agnès Servant Laval et Suzanne Robert Ouvray présentent le tonus de la manière suivante : il est associé à la proprioception et la structure motrice. Ces trois éléments forment le « soubassement de notre organisation corporelle » et soutiennent notre psychisme. (Scialom et al., 2011).

On distinguera trois types de tonus :

- Le tonus de fond : qui participe à la cohésion de l'ensemble du corps, il soutient le sentiment de cohésion et d'unité corporelle et s'exprime par la contenance, la liaison des différentes parties du corps.
- Le tonus d'action : à la base de la motricité globale ainsi que du langage non verbal et du langage.
- Le tonus postural : activité tonique minimale qui maintient les « mises en forme » corporelles et leur équilibre.

On attribue au tonus trois fonctions principales : rencontrer l'autre en soi, se rencontrer soi-même, rencontrer le bébé qui n'a pas encore parlé.

Le tonus est fondamental pour l'organisation psychocorporelle de l'individu. Il modifie son expressivité en fonction de la force qu'il exerce sur les muscles responsables de l'expression. Il y a donc une dimension relationnelle rattachée au tonus. C'est un « *mode de communication infraverbal* » selon Robert Ouvray et Servant Laval. Il se régule et se module en fonction des relations. C'est ce tonus qui participe à ce dialogue sans mot pour l'enfant notamment qui n'a pas encore l'usage du langage. C'est une forme de communication consciente et inconsciente qui se fait par les variations et qui passent dans « *le corps, le visage, par les tonalités de la voix, par les vibrations des gestes, par la lumière du regard, par les silences, les postures* » (Scialom et al., 2011, p. 178)

Nous avons étudié les bases anatomiques de la voix. Nous savons donc qu'elle est ancrée dans le corps. Avec cette spécificité psychomotrice, nous voyons donc combien cette voix, produite par une mécanique ventilatoire et musculaire est intimement liée aux affects et à la vie en relation. Puisque ce dialogue tonique se régule et se module en fonction de notre vie en relation, ces affects, par le tonus se manifestent donc dans la voix émise.

La posture compose avec la gravité, c'est l'activité tonique posturale qui permet à l'individu de se maintenir à la verticalité. C'est également par cette activité posturale ajustée que le mouvement peut se faire. L'intentionnalité qui porte la voix est liée à la posture et notamment aux différentes positions du rachis. Selon les travaux des phoniatries (cf première partie page 6), nous savons que les différents types de voix se traduisent par des modifications de la posture (flexions cervicales, recrutement des muscles thoracique, intervention du diaphragme). Réciproquement, les modifications de postures pourraient donc avoir des implications sur la voix.

La respiration, joue un rôle fondamental dans la régulation et la modulation de ce tonus. La respiration fait intervenir différents groupes et chaînes de muscles qui doivent se coordonner. Ces muscles étant dépendants du tonus, ils auront une action sur la respiration et inversement. Dans cette perspective psychomotrice de l'étude de la voix, elle aura donc une double fonction : celle de produire le souffle nécessaire à la voix, et celle de réguler le tonus.

Schéma corporel, espace et temps

Les notions d'espace et de temps sont des organisateurs du corps. Galliano, Pavot et Potel les considèrent également comme des organisateurs du psychisme. Selon ces auteurs, c'est sur ce double appui : sensori-moteur et psychique que la psychomotricité porte son intérêt. (Scialom et al., 2011). De nombreux grands domaines du développement s'y rattachent, et y sont intriqués, notamment l'axe corporel, le tonus, le schéma corporel, la latéralité. L'espace c'est ce qui place de la distance entre soi et l'autre. La perception de l'espace se développe chez l'enfant en même temps que le développement du schéma corporel. Le temps ne peut pas être dissocié de l'espace, il intègre les notions d'ordre, de durée et de succession. Plus tard, les notions plus complexes (vitesse, cycles, irréversibilité, rythmes) viendront enrichir cette structuration. C'est donc dans ce cadre spatio-temporel que se développe le schéma corporel.

En psychomotricité, les représentations du corps reposent et s'élaborent sur le « *triptyque indissociable* » : le schéma corporel, l'image du corps, l'aspect phénoménologique (Florence Reinalter Ponsin, dans le manuel de psychomotricité, Scialom, 2011).

Le schéma corporel, permet de répondre à la question « où » (où sont placés les mains, les pieds ? Dans notre étude : où se situe mon appareil vocal ? mon diaphragme par exemple ?)

Parmi les définitions et conceptions de l'image du corps, je retiens celle de Françoise Dolto, qui l'énonce comme « *toujours inconsciente* », « *propre à chacun* », « *c'est grâce à notre image*

du corps portée – et croisée à -notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. » (Scialom et al., 2011, p. 226).

Selon un autre point de vue, Corraze en 2009 énonce que l'image du corps recouvre plusieurs aspects :

- la perception directe et incomplète du corps en tant que forme
- l'image renvoyée par le miroir
- le corps propre
- l'image du corps valorisée au niveau culturel.

Ces notions fondamentales en psychomotricité nous intéressent au sujet de la voix. D'abord par ce que la voix peut participer au développement du schéma corporel, en favorisant les ressentis, sensations, en travaillant la proprioception. Utiliser la voix, la percevoir peut fournir un appui, permettre la conscience des différentes parties engagées, des différents muscles et pourrait participer au développement du schéma corporel. Également, la voix, variable en fonction des distances physiques et relationnelles, peut être affectée par les variations toniques, les affects qui s'inscrivent dans le cadre spatiotemporel. Une voix timide ne sera peut-être pas projetée vers l'extérieur, une voix au débit rapide transmet un rythme différent d'une voix calme et posée.

Enfin, concernant l'image du corps, la voix, rattachée à nos caractéristiques, à ce qui fait de nous ce que nous sommes pourrait jouer donc un grand rôle dans l'image du corps. Aux qualités de la voix, son timbre, sa prosodie, nous pourrions rattacher des représentations mentales que nous pourrions nous faire de notre corps.

La relation en psychomotricité

Dans le cadre de la psychomotricité, un intérêt est porté à la façon dont le sujet va entrer en relation en globalité c'est-à-dire avec cette indissociabilité du corps et de l'esprit.

Ainsi, les difficultés à « être en corps », à vivre cette corporalité, auront des conséquences sur la vie relationnelle du sujet, il pourra par exemple se protéger d'une relation menaçante ou d'une trop grande proximité physique en se figeant et en rigidifiant son tonus.

Des difficultés relationnelles et intersubjectives pourraient donc se manifester dans le corps et réciproquement des difficultés à investir son corps pourraient entraîner des conséquences sur la vie en relation du sujet, en créant de la distance par exemple.

La relation thérapeutique en psychomotricité intègre ce qu'Olivier Moyano nomme « *l'implication corporelle* » (Scialom et al., 2011, p. 333).

La voix et son ancrage corporel participent donc à cette implication dans la relation thérapeutique. Nous verrons en dernière partie comment cet engagement et cette implication se manifestent dans les prises en charges en psychomotricité.

Les données anatomiques nous éclairent sur la façon dont la voix est produite ou perçue. Mais elles ne peuvent suffire en l'état à expliquer ce qu'elle a pu représenter dans le processus d'individuation. A ce stade, nous n'avons pas encore de vue sur la place qu'elle a pu prendre et jouer dans le développement psychomoteur de l'individu.

Nous savons que la voix est ancrée corporellement, qu'elle est indissociable de la personne en tant que sujet, mais nous ne savons pas encore de quelle nature sont les liens entre le fonctionnement psychomoteur de la personne et la voix.

Etudier la voix de l'adulte ne rend pas compte de ce qu'elle a pu représenter dans son histoire de vie dès ses premières années. Nous avons appris l'importance du dialogue tonique pour le bébé et le petit enfant qui n'a pas encore accès au langage. Lorsqu'un bébé donne de la voix, qu'il peut vocaliser, il n'a pas encore les mots et pourtant (pour peu qu'on y soit sensible), elle ouvre l'échange et nous permet de communiquer avec lui. Elle nourrit la relation qui ne peut pas encore se construire par un langage verbal réciproque.

Nous allons donc poursuivre notre étude de la voix sous un autre angle psychomoteur cette fois, en nous interrogeant sur ce que la voix représente dans la construction du sujet en relation.

2 UNE DEUXIEME DIMENSION : DU PREMIER CRI A LA VOIX EN RELATION

« *Quel est le trajet de sa construction dans les premières relations de l'enfance ? Quelle importance a-t-elle pour le bébé et que reste-t-il de ce trajet en chacun de nous ?* ». C'est à cette question (Prat, 2013, p. 29) que nous tenterons de répondre dans cette deuxième partie. Nous allons ci-après nous intéresser aux liens entre la voix et le développement psychomoteur de l'individu : comment celle-ci l'aide à se construire lui-même et le faire devenir un être en relation. Nous avons étudié dans une première partie les aspects techniques qui soutiennent la production vocale et avons souligné la pertinence du point de vue psychomoteur de l'étude de la voix. Pour que celle-ci puisse se produire et s'entendre à l'âge adulte, elle doit traverser toutes les grandes étapes du développement psychomoteur. Dans cette deuxième partie J'ai fait le choix de focaliser mon étude sur des étapes du développement où la problématique de la voix est la plus saillante. J'ai donc réservé une large place aux premières années de vie, puis à la période de l'adolescence.

2.1 Du fœtus au bébé

2.1.1 Le « premier chapitre »

Le bébé doit s'attacher pour survivre

Au cours de la vie prénatale, le fœtus est dépendant de sa mère : au sens propre, puisque le bébé lui est attaché. Il voit le jour avec une immaturité et un cerveau néoténique qui ne lui permet pas de survivre seul. Il est donc dépendant de ceux qui l'entourent. Bowlby a conceptualisé la théorie de l'attachement dans laquelle le lien entre l'enfant et sa figure d'attachement (donneur de soins appelé « caregiver ») est un élément fondamental, moteur dans son développement. Le bébé a avant tout besoin d'une base de sécurité pour se développer. C'est sa figure d'attachement (personne donnant les soins de manière continue, prévisible et sécurisante) qui va permettre que ce développement se fasse dans de bonnes conditions. En effet, un attachement sécurisé permettra au nouveau-né- bébé de retrouver une base affective sécurisée. A l'inverse, un attachement insécurisé rendra son exploration difficile.

Les racines de l'attachement dans la vie prénatale

Des auteurs tendent à considérer que l'attachement s'enracine dans les expériences prénatales du fœtus et dans la façon dont les parents en devenir pourront ou non investir et assurer la « *nidification psychique* » du « *fœtus-bébé* ». Selon leur point de vue, la vie prénatale constitue le « *premier chapitre de la vie* » (Missonnier & Golse, 2021)

Dans cette perspective, l'attachement se constitue dès la période anténatale, avec cette particularité de s'édifier sur une relation mère enfant faite d'image, d'interactions fantasmées, sur la base des éprouvés sensoriels de la mère et du bébé. La grossesse constitue une expérience psychocorporelle riche et intense pour la mère. L'expérience sensorielle, les afférences proprioceptives et somesthésiques participent à créer ce lien d'attachement, à condition toutefois que celle-ci ne soit pas encombrée ou débordée, qu'aucun problème de santé ne vienne la ramener à une réalité de façon brutale (par exemple à l'annonce d'un handicap). Du côté du fœtus, futur bébé, entendre la voix de sa mère in utero pourrait poser les bases du futur système d'attachement.

Voix, vie fœtale et nidation psychique

Les évolutions des techniques d'imagerie échographique offrent aujourd'hui la possibilité de ramener au dehors une image du dedans. « *Le fœtus sort de l'ombre* » (Cairn.info, 2022). L'auteur souligne que cette image suscite une certaine ambivalence : entre étrangeté, surprise. Cette image pourrait participer à favoriser cette nidation psychique, permettant aux parents d'investir leur bébé. Nous verrons plus loin que la mère, s'adressant au bébé utilise un langage et une prosodie bien particulière, signe d'un accordage entre elle et lui. Peut-être pourrions-nous retrouver à cette étape de vie prénatale des signes de cette nidation psychique dans la voix des parents et plus particulièrement de la mère.

Notre voix enracinée dans le corps est reliée à notre vie affective. Le dialogue tonico-émotionnel transmet ce que les mots ne peuvent pas. Pourrions-nous retrouver des signes de cet investissement psychique dans la voix de la mère qui s'adresse à son « fœtus bébé » lorsqu'elle le voit à l'échographie ? Pourrions-nous retrouver dans la voix d'une mère des traces de la présence de son bébé ? ou encore d'éventuelles difficultés à nouer ces premiers liens ?

L'ambiance sonore in utéro est entendue et sentie

Au cours de son « *premier chapitre de vie* » (Missonnier & Golse, 2021), le bébé baigne dans un monde sonore constitué par les bruits de fonds utérins et l'environnement sonore externe. Dans l'environnement sonore externe il y a la voix maternelle qui a la particularité d'être transmise par deux moyens : la conduction des tissus et depuis l'extérieur. Celle-ci est peu atténuée alors que parmi les bruits extérieurs, seules les composantes les plus graves sont préservées et se distinguent du bruit de fond utérin (Granier-Deferre & Schaal, 2005).

Nous savons que les capacités auditives apparaissent dès la 24 à 25 -ème semaine de gestation (date à laquelle les premiers potentiels évoqués auditifs peuvent être enregistrés au niveau du tronc cérébral). Ces capacités auditives continueront de mûrir jusqu'à la 35^{ème} semaine in utéro. Il semblerait que le fœtus in utéro perçoit d'autant mieux les sons extérieurs lorsque ceux-ci ont une composante vibratoire. En effet, ceux-ci seraient perçus de façon plus précoce (Granier-Deferre & Schaal, 2005). D'autre part, dans la voix maternelle, les caractéristiques prosodiques de la voix seraient préservées. Ce sont les sons vocaliques qui portent l'information prosodique et la musicalité du langage, notamment par le rythme et le contour mélodique qui pourront activer le système auditif du fœtus avant la naissance.

Parmi ses compétences auditives, il y a aussi celle de pouvoir différencier des sons complexes, de différencier des voix masculines et féminines, de percevoir les variations rythmiques. Prat qualifie la prosodie, le rythme et l'intonation de la voix comme des « sons d'enveloppement ». Ceux-ci parviendraient parfaitement au fœtus (Prat, 2013).

Percevoir l'altérité par les sons et la voix

Suzanne Maiello a travaillé sur l'importance du sonore dans la vie prénatale. Elle a pensé la rencontre avec les sons comme une expérience permettant au fœtus d'expérimenter la régularité et l'irrégularité de certains sons, de vivre ses premières expériences de présence/absence. Selon elle, c'est dans l'acoustique que les premières expériences d'altérité s'enracinent : « *les moments initiaux de l'émergence et de la différenciation de l'appareil mental par rapport à l'état primordial d'union fusionnelle psychophysique sont précisément liés à la dimension acoustique* » (Maiello, 2000). » (Prat, 2013, p.31).

Consécutivement à la perception des sons, la voix et son caractère imprévisible pour le fœtus « *fournirait une sorte de matrice prototypique de sa problématique ultérieure de la dialectique entre présence et absence* » (Golse, 2005, p.121). Autrement formulé, c'est grâce à cette

discontinuité du sonore que le futur bébé va s'appuyer pour le développement de ses relations objectales.

La voix humaine pourrait assurer ce lien primordial et permettre au fœtus devenu bébé de retrouver une continuité malgré ce passage que constitue la naissance. Elle assurerait la liaison entre ce premier chapitre et la vie ex utéro parce qu'elle est perceptible par le fœtus in utéro et parce qu'elle sera retrouvée à la naissance dès les premiers instants.

Différents auteurs et professionnels se sont engagés dans une recherche pour répondre à la question suivante : « *la naissance est-elle un trauma ?* » (Missonier Sylvain, Rousseau Pierre, 2017). Peut-être pouvons-nous prêter à la voix un pouvoir d'atténuer cette rupture que pourrait constituer la naissance.

2.1.2 La naissance : entre continuité et discontinuité

Une première différenciation soi/non soi

Il y a pour la première fois une différenciation entre les sons perçus in utéro : les bruits maternels in utéro qui l'accompagnent au quotidien et les sons que la mère produit intentionnellement. Ces derniers ont la particularité d'être perçus par le fœtus du dedans et du dehors. Le fœtus perçoit la voix de la mère qui s'est extériorisée. Il fera ensuite lui-même l'expérience de cette frontière dedans/dehors par cette première expression vocale qu'est le premier cri. Sans le savoir, il fait l'expérience du dehors, de la projection d'une partie du soi par sa voix.

Entendre « sa voix »

De nombreuses études ont démontré que le fœtus avait des compétences dès la naissance et que son développement sensoriel in utéro lui permettait de percevoir les sons et vibrations. Le passage de la naissance induit une expérience sensorielle nouvelle puisqu'il constitue la première occasion pour le fœtus devenant bébé de faire l'expérience de sa propre voix, celle qu'il produit par son propre souffle et qu'il perçoit par l'audition. Il n'a pas encore les capacités ni de se représenter ni d'avoir conscience de cela, mais les éprouvés sensoriels participent à

faire de ce moment une première étape dans la construction du soi, à favoriser l'émergence de sa subjectivité.

La zone orale et la « cavité primitive »

D'un point de vue technique, nous avons appris que la voix traverse le pharynx puis la bouche. Cette partie du corps est l'un des trois « étages » qui permettent qu'elle se déploie au dehors et soit perçue par autrui. A la naissance, la zone orale et la bouche sont les premiers moyens d'entrer en contact avec le monde extra utérin. Le bébé éprouve dans son corps les caractéristiques physiques de son environnement extra utérin. Et la bouche y tient une place importante. Le bébé passe donc de façon plus ou moins rapide (selon ses conditions de naissance) du milieu utérin liquidien au milieu aérien extra-utérin. Le cri primal du bébé nous indique qu'il passe au mode respiratoire (ce cri est d'ailleurs pour beaucoup rassurant, son absence signe d'une certaine inquiétude). Ce cri permet de dégager les voies respiratoires et est une « *réaction instinctive à un changement traumatisant de température, de lumière et d'air* » (Karpf, 2008, p168).

René Spitz a nommé « *cavité primitive* » (Missonnier & Boige, 2003), l'ensemble des parties du corps avec lesquelles le bébé perçoit de façon très primitive. La cavité primitive, telle qu'il la décrit, englobe plus largement d'autres parties du corps et notamment du visage. Elle est constituée par la langue, les muqueuses buccales (cavité orale), les lèvres, les joues, le nez, le menton, les voies nasales, le pharynx. Il ne s'agit donc plus simplement de la bouche. Celle-ci est selon lui le berceau de toute perception. Cette perception selon le « *mode cavitaire* », par sa singularité, serait fondamentale pour le développement psychomoteur du nourrisson. Le fœtus faisait déjà l'expérience des flux entrants et sortants par sa bouche (cela a pu être mis en évidence par l'échographie). Mais c'est une autre expérience que fait le bébé pour la première fois : l'expérience du manque. Pendant la vie prénatale, la cavité orale baignait dans le liquide amniotique. Après la naissance, l'air viendra assécher les muqueuses qui entraînera des sensations inconfortables au niveau de la gorge et notamment du pharynx et des fosses nasales. Il relie donc ces premiers éprouvés sensoriels à la soif, d'avantage qu'à la faim : c'est par le pharynx que le fœtus qui devient bébé va éprouver sensoriellement ce passage du monde aquatique au monde aérien. C'est également par cette partie du corps qu'il va percevoir le changement brutal de température (Soulé, 2015).

Sa conception de la cavité primitive, plus large que la seule zone orale, permet de lier la perception primaire orale à d'autres modalités sensorielles (notamment olfactive). Elle peut peut-être de faire le pont entre une vie faite de perceptions tactiles, de contenance par l'enveloppe utérine, de fusion et une vie après naissance ou cette fusion disparaît : seule la bouche et plus globalement cette « *cavité primitive* » permettent ce contact. La cavité primitive est la seule qui permet une perception proche, par contact, alors que le visuel et l'auditif le font à distance. En ce sens, la liaison mains/bouche va constituer le premier « noyau », base à partir de laquelle le développement psychomoteur va se faire.

La zone orale est aussi singulière car elle a la propriété d'agir du dedans et du dehors. Elle est donc à la fois intéroceptive et extéroceptive. Le bébé éprouve donc sensoriellement cette séparation dedans / dehors de façon très primitive et selon plusieurs plans : il est hors de la cavité utérine et perçoit donc son environnement extérieur mais il éprouve cette distinction dedans /dehors dans le même temps à l'intérieur même de son propre corps.

Lorsque le bébé peut produire son premier cri : il va éprouver aussi sensoriellement sa voix. En suivant cette théorie et cette hypothèse des éprouvés archaïques sur le mode du manque, je m'interroge sur la fonction que pourrait jouer la voix au cours de ce passage de la naissance. La voix est une production sonore permise par la respiration et le souffle. Pourrait-elle venir « combler » ou atténuer ce manque ? Que reste-t-il de ces premières sensations ?

Que pourrait ressentir le nouveau-né prématuré lorsqu'il doit être assisté par de nombreux dispositifs techniques pour assurer sa survie (lunettes à oxygène, tuyaux d'intubation), et que ceux-ci lui prennent tout le visage ?

Spitz précise que ces traces mnésiques, si elles ne sont pas verbalisables, nous accompagnent tout de même toute notre vie et qu'il reste important de pouvoir accéder dans le cadre thérapeutique à ces premiers éprouvés de l'oralité (Missonnier & Boige, 2003).

La voix perçue assure la continuité entre vie in et ex-utéro

Les nouveau-nés de 2-3 jours manifestent une préférence pour un énoncé lu, chanté ou fredonné par la mère uniquement pendant les dernières semaines de la grossesse à un énoncé témoin de même nature (Satt, 1984 ; DeCasper et Spence, 1986 ; Pannetton-Cooper, 1985). Une telle reconnaissance a aussi été mise en évidence en fin de gestation, le fœtus présentant un

seuil de réponse cardiaque plus bas pour la comptine diffusée pendant la grossesse (DeCasper et coll., 1994).

La voix forme donc un « pont » entre la vie intra /extra utérine. Prat souligne les nombreuses études qui ont précisé la préférence du bébé pour ce qu'il a déjà connu dans son premier monde in utero et dont il peut se souvenir. Le bébé reconnaît la voix de sa mère. En fonction de son expérience fœtale, le nouveau-né réagit de façon différentielle à des stimulations portées par la voix de la mère. Il préfère les sons de la langue maternelle par rapport à ceux d'une autre langue (Moon et coll., 1993). Ces résultats sont renforcés par le fait que le nouveau-né peut discriminer deux langues lorsqu'elles sont de classes rythmiques différentes et que l'une d'entre elles appartient à la même classe que la langue maternelle (cf. revue de Bertoncini et Boisson-Bardies, 2000). Mastropieri et Turkewitz (1999). Ils révèlent par ailleurs que le nouveau-né peut différencier une phrase identique en fonction de sa tonalité émotionnelle, de colère ou non, et ce, à condition, toutefois, qu'elle appartienne à la langue maternelle.

Au total, les nouveau-nés manifestent, par leur comportement, qu'ils ont reconnu le timbre d'une voix et/ou la prosodie particulière d'une personne, de même que le contour mélodique et/ou des traits structuraux de la langue parlée par la mère.

2.1.3 Les compétences du bébé : bases des premières interactions mère-enfant

Des premières productions vocales spontanées au service des premiers liens d'attachement

La voix fait partie de notre équipement à la naissance. Elle s'exprime d'abord en tant que décharge motrice pour devenir un ingrédient de la relation. Il est également équipé pour reconnaître la voix est c'est même une question de survie.

Parmi les compétences innées du bébé : le cri qu'il produit dès la naissance (émergence de la voix du bébé). Celui-ci est d'ailleurs (dans des conditions favorables) capable de s'accorder à ses parents puisqu'une « *boucle audio phonique relie dès l'origine le bébé à ses parents Le cri du bébé s'accorde à la bande sonore de 3 000 hertz à laquelle l'oreille maternelle est la plus sensible.* » Le cri est l'un des rares actes contrôlés par le bébé : son moyen de communication le plus puissant, et souvent le seul (Karpf, 2008, p.172). Au cours des premiers

jours de vie, le bébé ne peut produire que des sons et des bruits. C'est d'ailleurs pour lui une question de survie : il doit pouvoir assurer ses besoins primaires (Karpf, 2008).

La voix maternelle peut varier en fonction de l'état émotionnel. Cet état émotionnel se retrouverait dans sa prosodie et son timbre. J'y vois donc là plusieurs conséquences : le fœtus pourrait donc être sensible aux variations émotionnelles de la mère par cette voix. D'autre part, dans la mesure où les conditions de naissances peuvent impacter l'état émotionnel de la mère, il est possible que le nouveau-né perçoive cette rupture dans la dissonance de la voix maternelle. Je fais l'hypothèse que cette voix étant reconnue ou perçue avec difficultés, cela puisse avoir un impact potentiellement néfaste sur les premières interactions. De même, lorsque le bébé ne crie pas ou qu'il ne se manifeste pas par la voix, ce lien pourrait s'établir plus difficilement.

Le nouveau-né vulnérable : fragilité et expériences précoces de séparation

La naissance constitue donc une période sensible au cours de laquelle ce lien primordial peut être mis à mal. Les auteurs Dageville, Casagrande, De Smet et Boutté ont souligné l'impact potentiellement délétère de séparations précoces sur la constitution de ce lien. Ils soulignent notamment que le lien d'attachement est primordial, réciproque et s'établit au cours de la naissance. D'un point de vue physiologique, il mettrait en jeu les systèmes neuro-endocriniens et cette activation modèlerait l'organisation fonctionnelle du système nerveux en construction (Dageville et al., 2011). Cette proximité physique entre la mère et l'enfant faciliterait le déploiement des compétences du bébé. Celui-ci dans un premier temps se focaliserait sur le sein pour ensuite se diriger vers le visage, sous l'effet de la voix de la mère.

La voix maternelle plus particulièrement pourrait donc permettre au bébé de retrouver des repères connus. Ce passage se ferait plus facilement, mais faut-il pour cela que les conditions de sa naissance ne lui soient pas défavorables.

La vulnérabilité du bébé prématuré

La situation de prématurité place le bébé en grande fragilité, d'une part parce qu'il n'est pas suffisamment mature, d'autre part parce que son environnement hospitalier, est un

environnement particulier dont les stimulations sensorielles peuvent lui être délétères. A cela se surajoute la séparation précoce d'avec la mère.

Les études EPIPAGE auxquelles se réfèrent Kuhn et al en 2011 soulignent les impacts potentiellement nocifs de l'environnement hospitalier. En effet, ces études ont démontré les effets nocifs des facteurs environnementaux et notamment des stimulations sensorielles inadaptées pour les nouveaux nés prématurés. Les sons dans les unités de soins postnatals sont « *imprédictibles, intenses et majoritairement de fréquence élevée, continus et sans repos nocturnes* »(Kuhn et al., 2011). Les auteurs citent notamment des études qui démontreraient à long terme l'impact de l'exposition excessive au bruit et des perturbations sur l'acquisition du langage, les processus d'attachement, les processus d'attention et de concentration. Il y a donc un « *défi de concilier [...] des impératifs de sécurité et de soins (incontournables mais potentiellement source de stress ou de douleur)* » et « *d'adapter l'environnement hospitalier à leurs capacités et attentes sensorielles pour préserver leur homéostasie* » (Kuhn et al., 2011,p. s98). Certaines recherches visent à trouver des solutions qui permettraient d'agir en prévention dans ce cadre des services de néonatalogie. Parmi celles-ci, celle qui confirme l'impact positif de la « *voix humaine et du cocooning* » chez les nouveaux nés prématurés (Alexandre et al., 2013)

Passée cette première grande étape de la naissance et des tous premiers jours, le bébé va poursuivre son développement psychomoteur en s'inscrivant dans la relation à l'autre. De grandes transformations auront lieu, et plusieurs grandes étapes marqueront son développement. Nous retiendrons en particulier : une première grande phase au cours de laquelle le bébé accède à une position de sujet, séparé de l'état de fusion première, l'intégration de l'axe corporel, la verticalisation et le développement de la marche parce qu'elles ouvrent la voie à de nouvelles perspectives, et l'accès au langage.

Lors de toutes ces étapes, la voix joue un rôle important : dans les premiers mois de vie parce qu'elle enveloppe et contient le bébé et lui permet d'accéder à une position de sujet en relation, puis dans l'intégration de l'axe corporel qui constitue un socle pour sa structuration psychique et corporelle dans le temps et l'espace et parce que la voix est reliée à la posture ; enfin dans l'acquisition du langage car la voix en est le préalable. Tout cela pourra se dérouler dans des conditions d'une aire transitionnelle qui laisse de l'espace à l'enfant, afin qu'il accède à la possibilité d'entrer en relation à l'autre.

2.2 Du bébé à l'enfant qui accède au langage

2.2.1 Le moi corporel : du sentiment d'être au sentiment d'exister

Lorsque le bébé vit dans un environnement favorable, il pourra se développer dans de bonnes conditions et de façon harmonieuse. Se sentir exister, comme un être différent de l'autre et devenir « sujet de soi-même » nécessite qu'il puisse, s'individuer, sortir de l'état fusionnel premier, se sentir contenu et sécurisé, se sentir « entier ». C'est sur la base de ses premières expériences corporelles que son psychisme va se construire. Le monde sonore et plus particulièrement la voix participent à ce bon développement.

Moi peau et enveloppe sonore et sentiment de contenance

C'est « *l'écart intersubjectif* » qui donnera à l'enfant le sentiment d'être un individu à part entière, séparé et non fusionné, ouvrant la possibilité de considérer un autre à qui il pourra s'adresser. C'est la « *maturation des enveloppes* » et des liens primitifs qui mène de l'être à l'existence (Missonnier & Golse, 2021). Les auteurs distinguent plusieurs étapes dans la constitution des enveloppes : « *l'enveloppe cutanée, l'enveloppe corporelle puis l'enveloppe psychique* » (Missonnier & Golse, 2021, p. 340).

Les concepts de « *handling* » et de « *holding* » (Winnicott), se rapportent aux idées de contenance et de limite (dedans/dehors). Ils rendent compte de la préoccupation maternelle primaire qui permet au bébé de se sentir contenu, en sécurité.

C'est le « moi-peau », qu'Anzieu a théorisé, qui enveloppe et forme la barrière dedans/dehors : Castarède reprend la citation d'Anzieu concernant l'enveloppe sonore : « *Je voudrais mettre en évidence l'existence, plus précoce encore, d'un miroir sonore, ou d'une peau auditivophonique, et sa fonction dans l'acquisition par l'appareil psychique de la capacité de signifier et puis de symboliser* » (Anzieu, 1985, p. 160).

Le moi s'esquisse sur l'introjection des sensations. Il lui rattache plusieurs fonctions : « *Une fonction d'enveloppe contenant et unifiante du Soi, une fonction de barrière protectrice du psychisme, une fonction de filtre des échanges et d'inscription des premières traces.* » (Castarède, 2001, pp. 20-21). Pour Edith Lecourt qui a basé ses travaux sur ceux d'Anzieu, « *le bain sonore est un élément fondamental pour introduire le nourrisson dans l'univers humain.* » (2008, p.97). Il contient, amène de la continuité, inaugure l'activité relationnelle et « *établit les fondements du Moi.* » (Espasandín, 2008). Cela est d'autant plus important que « *Toute*

perception de sons a une composante vibratoire éprouvée par voie cutanée » (Maiello, 2010, p. 105). Donc de façon symbolique ou réelle, le son participe à la création de l'enveloppe corporelle.

La voix introduit avant le toucher les notions de limites, d'intérieur et d'extérieur. C'est l'environnement sonore dans lequel se trouve le bébé qui l'enveloppe et le contient. « Le Soi, qui précède le Moi » s'enveloppe de sonore, notamment au cours des moments de l'allaitement et des portages du bébé. « Ce bain sonore est le prototype du Moi-peau et sa double position : vers le dedans et le dehors. En effet, les sons proviennent à la fois de l'extérieur, mais également du bébé, par ses vocalises. Ce bain sonore fera défaut à l'enfant sourd, et nous verrons que celui-ci, ne pouvant pas s'entendre lui-même ne vocalisera plus. (Espasandín, 2008).

Le stade vocal

Dans une perspective psycho-dynamique, la voix a une grande importance dans le développement psycho-affectif. Lacan a parlé de la « *pulsion invocante* » et de « *l'objet voix* » Rosolato, parlera ensuite de la voix comme pulsion : « *Elle est la plus grande puissance d'émanation du corps* » et se situe entre corps et langage. (Castarède, 2007, pp.8-9).

Alain Delbe approfondira ensuite cette conceptualisation de cette « *pulsion vocale* », définie par une source, une poussée, un but, un objet. Au-delà de ces premiers mois, le bébé accède au « *stade vocal* ». Il commence vers six mois, lorsque le bébé passe d'un cri « *reflexe* » à une voix qu'il s'approprie par ses vocalises. Sa voix n'est plus qu'une expérience proprioceptive et sensitive, elle devient le moyen d'interpeller sa mère ou son donneur de soins (castarède, 2001, p 23). Le *stade vocal* advient avant le *stade du miroir*. Il se termine avec l'apparition du langage, vers deux ans. Selon ces cadres théoriques, la phonation aurait donc une composante pulsionnelle, située à mi-chemin entre le stade oral et anal dans la théorie freudienne (Castarède, 2007, p.10).

Le « théâtre de la bouche »

Comme je l'ai énoncé précédemment, à la naissance le bébé éprouve par sa bouche les différences et la discontinuité : il passe du milieu liquide au milieu aérien. Cette bouche continue d'avoir une grande importance pour le bébé des premiers mois et au cours de ses premières années de développement. Elle forme un socle pour l'étayage de son psychisme. Et la voix, en traversant cette partie du corps forme l'interface entre le dedans et le dehors. Il ne

s'agit pas seulement d'un endroit de passage mais d'un véritable « théâtre » (Meltzer, 1986) dans lequel se joue une pièce importante ; la « *substance sonore* » telle que Haag la nomme (Golse, 2005) emplit la cavité buccale, elle vient donc combler ce manque.

L'oralité et le sonore, par la distance et l'écart qu'ils créent, sont donc à la source des premières relations d'objet prototypiques (Ferveur, 2020). Lorsque le bébé va vocaliser et porter sa voix au dehors, il expérimentera la perte. Pour Geneviève Haag, la vision permet un éprouvé comodal : lorsque le bébé vocalise, il « *perd* » le sonore qui s'échappe vers le dehors mais sa vision lui permet de récupérer ce qui est « parti ».

Pour Bullinger également, la zone orale est d'une grande importance au cours de la période sensorimotrice. Elle rassemble les deux hémicorps droite/gauche (prothèse de rassemblement.) (Bullinger, 2004).

La construction de l'axe : vers la verticalisation

Après la première grande étape de la constitution de la « *première peau* » et la « *récupération des enveloppes* », cette deuxième étape de rassemblement permettra de réduire ce que Geneviève Haag nomme le « *clivage vertical* ». Dans une troisième étape le bébé en viendra à réduire le « *clivage horizontal* », et faire la liaison avec les membres inférieurs. L'intégration de l'axe corporel permet une verticalisation et un accès à la marche. Le bébé devra pour cela passer par une succession d'étapes qui vont lui permettre de construire sa verticalisation (de la position allongée aux retournements, se soulever, se mettre à quatre pattes, se redresser, se mettre à genoux, se tenir debout). Cette verticalisation est en rapport avec le développement et l'intégration d'un axe corporel qui doit être solide et qui servira de base et de fondement pour le développement de l'espace, l'orientation spatiale. A partir de cet axe se construiront les espaces droite/gauche, puis devant/derrière lorsqu'il accèdera aux torsions, aux retournements, aux mouvements spiralés.

Il existe un rapport entre la voix et la posture. Dans la mesure où la posture est reliée à la verticalisation, le développement et l'intégration de l'axe nous intéresse pour l'étude de la voix. Selon Nathalie Pichon, nous pourrions retrouver des difficultés liées à l'intégration de l'axe dans la manière « d'être en voix » de certains patients. Dans le clivage horizontal du corps (Haag), il y aurait une séparation (sur le plan de l'image du corps), qui ne permet pas la liaison entre le haut et le bas. La phonation étant reliée à la respiration, celle-ci, coupée ou segmentée par ce clivage horizontal du corps, se traduirait par une voix qui ne peut s'appuyer sur un enracinement des pieds au sol ou une mobilisation du bassin permettant une bonne verticalité.

La voix « *perchée* » de son patient serait donc « *tirée par le haut* », sans possibilité de s'enraciner sur le diaphragme qui est pourtant essentiel dans la respiration. Une voix médium signerait une certaine appropriation d'un corps relié et homogène. La voix « *peut se déployer quand l'enfant n'est ni agrippé en haut (tensions au niveau de la ceinture scapulaire) ni déversé en bas (lâchage complet du tonus)* » (Pichon, 2018, p.197)

Mais l'axe n'est pas seulement le tuteur qui permet de tenir debout au sens propre du terme. Il devient la base du sentiment de soi. Le rassemblement des différentes parties du corps par l'axe étaye le « *sentiment de continuité de vivre* ». (Robert-Ouvray, 2020). D'une manière symbolique aussi, l'axe bien intégré et ses mouvements dans les trois plans de l'espace qu'il permet, assure la base de sécurité sur laquelle se construit le psychisme de l'individu. Pour Suzanne Robert Ouvray, l'enroulement sur son axe est fondamental. C'est cet enroulement qui permet le retour sur, soi, base du narcissisme et de la sécurité corporelle et psychique. Cela suppose un ancrage solide dans le sol, ainsi que la perception de son corps comme un contenant.

La respiration participe à cette perception des volumes et de cette intériorité. Il existe des situations dans lesquelles celle-ci ne joue plus son rôle premier. Dans le « *Tonus pneumatique* » (Bullinger, 2006, p. 133), par exemple, la respiration en se bloquant, vient soutenir de façon pathologique cet axe mal intégré. Il ne permet pas par la respiration les échanges entre dedans et dehors. Nous avons vu dans une première partie le rôle du diaphragme, muscle principal de la respiration qui s'insère sur la charpente osseuse et l'axe vertébral et permet le souffle phonatoire et la production vocale. Les dysfonctionnements de la respiration et de la mobilisation du diaphragme affectent donc la voix.

C'est donc par le diaphragme que nous pouvons relier la respiration, la verticalité et le sentiment de soi qui s'appuie sur la perception de ce moi corporel. L'axe et la verticalité rassemblent le moi autour du centre qui devient une base de sécurité psychocorporelle pour que l'ouverture relationnelle vers le dehors puisse se faire. (Robert-Ouvray, 2020).

2.2.2 Du moi corporel aux relations intersubjectives

La théorie piagétienne nous apprend que le psychisme de l'individu s'enracine dans les premières expériences sensorimotrices. Nous venons d'étudier les premières étapes de la constitution d'un moi corporel unifié. De ce premier ancrage corporel le bébé s'ouvrira au monde relationnel plus largement. Nous savons d'autre part que pour que ce moi corporel se

constitue, pour que le bébé se développe dans de bonnes conditions, il ne peut le faire seul. Entre la mère et l'enfant, il y a des échanges bidirectionnels : la mère écoute, transforme et porte la voix. Le bébé vocalise, perçoit et intériorise la voix de l'autre, perçoit sa voix et l'apprivoise. Au sujet de l'utilisation de sa voix, le bébé va passer par plusieurs étapes : être entendu, puis entendre, enfin se faire entendre. Du premier cri réflexe traduisant ses premiers éprouvés sensoriels, il va peu à peu percevoir la voix de l'autre puis cet autre va devenir un autre susceptible de recevoir sa voix (Vivès, 2013).

Expériences précoces de l'altérité

Dans le prolongement des travaux de F. Tustin, d'E. Bick et de D. Meltzer, G. Haag a travaillé sur les « *des boucles de retours* ». Le bébé accompagne ses vocalisations par des gestes et retrouve le « *fond de rebondissement* » inhérent aux va-et-vient relationnels entre le bébé et sa mère. Le bébé accompagne le langage de sa mère par ses mouvements de mains. Il démontrerait par cela qu'il a « *ressenti qu'on peut envoyer à un autre, différent de soi, quelque chose de soi-même (un message ou surtout une émotion) et que ce matériel psychique ou protopsychique va ensuite trouver chez l'autre un fond à partir duquel il va pouvoir faire retour à l'envoyeur* » (Golse 2005, p. 124)

A ce stade, il se reconnaît dans la voix de sa mère. Il va peu à peu s'inscrire dans une vie relationnelle, dans les échanges avec son environnement, en modulant et faisant usage de sa propre voix pour appeler, interpeller, exprimer ses besoins.

Le bébé n'est pas encore en capacité de mentaliser ses propres affects. Il a besoin de l'autre. « *Les travaux sur l'affect-mirroring montrent que le bébé a besoin que son partenaire donne une forme à son propre vécu émotionnel pour qu'il puisse lui-même le reconnaître et l'intérioriser (Gergely, 1998).* » (Prat, 2013, p.32)

Le miroir de soi

La voix et le sonore, participent à renvoyer au bébé cette image de lui, constitutive du self. Nous pouvons retrouver l'existence d'un miroir sonore du soi avant le miroir (stade de 12 à 14 mois). Selon Lacan, le « je » émerge du stade du miroir. Winnicott qui a repris cette thèse, décrit le rôle de la mère et de la famille comme miroir pour le développement de l'enfant. Lorsque le bébé regarde sa mère, : il voit les yeux de sa mère et il voit sa mère qui le regarde. André Green va encore plus loin : il se voit dans les yeux de sa mère et dans la manière dont elle le regarde. Pour que le bébé puisse se voir dans le miroir que lui offre sa mère, celle-ci ne

doit pas être encombrée par ses propres affects, se rendre disponible psychiquement pour être dans cette préoccupation maternelle primaire.

Le miroir sonore précède le miroir visuel. Le bain mélodique (la voix de la mère, ses chansons, la musique qu'elle fait écouter) met à sa disposition un premier miroir sonore dont il use d'abord par ses cris (que la voix maternelle apaise en réponse). Il va ensuite intérioriser cela pour renforcer son soi et développer son « moi » (Espasandín, 2008). Les miroirs sonores et visuels ne seront structurants pour le Soi puis pour le Moi que si la mère exprime à son enfant quelque chose d'elle et de lui. Les vocalisations réciproques créent un espace transitionnel où se développe la santé psychique de l'enfant, prémises de ce que Winnicott appelle un « *individu sain* ».

Ainsi, lorsque la mère s'adresse à son bébé avec toute son intentionnalité, ses affects, elle ne fait pas que communiquer avec lui, elle lui offre l'occasion de se construire lui-même, en lui renvoyant une image sonore de lui-même.

Le miroir pathogène, surdité

D. Anzieu remarque des « *miroirs sonores pathogènes* » dans lesquels la voix est marquée par la discordance, la brusquerie, l'impersonnalité. Le bain sonore n'est plus enveloppant ; il devient désagréable (en termes de Moi-peau, il serait dit rugueux).

Il a remarqué des particularités de la voix de certaines mères : « *voix monocorde (mal rythmée), métallique (sans mélodie), rauque (avec prédominance des graves, ce qui favorise chez l'écouter la confusion des sons et le sentiment d'une intrusion par ceux-ci* » (Castarède, 2001, p. 175) . Une telle voix perturberait la constitution du soi et créerait des désordres. Le bébé qui perçoit la voix de sa mère se construit à partir de ses échanges.

J'ai décrit dans une première partie une situation clinique dans laquelle j'ai été confrontée à une voix étrange et robotique (cf. partie 1.1.1, p6). Peut-être est-ce « *bain sonore rugueux* » (que nomme Anzieu) qui a provoqué une certaine sensation de malaise. Sachant maintenant cette importance de la voix dans la construction du « soi », peut-être ai-je également perçu de façon inconsciente ce risque que cela pouvait induire dans les premiers liens.

L'enfant sourd ne peut pas baigner ni s'envelopper de la voix de sa mère. Il aura donc recours au miroir visuel, au toucher pour se développer. N'ayant pas les moyens physiologiques d'entendre sa propre voix, au-delà de six mois, il ne vocalisera plus, il n'y aura plus de babillage.

Tout son développement psychomoteur s'en trouvera affecté. De la même manière, la mère devra passer par d'autres moyens pour entrer en relation avec son enfant.

L'enjeu consistera alors à soutenir le développement des enfants qui ne peuvent avoir recours à ce miroir sonore du soi pour se construire. Mais « *le bain sonore ne suffit pas pour assurer l'élaboration d'une enveloppe musico-verbale. Celle-ci n'est possible que par une mentalisation du vécu sonore, étayé sur les expériences tactiles et visuelles.* » (Espasandín, 2008, p. 99)

Pour que ces échanges puissent se faire, il faut que la mère puisse s'accorder à son enfant, qu'elle soit en mesure de décrypter pour lui ses affects et répondre à ses besoins.

La Préoccupation maternelle primaire

Selon la théorie de l'attachement évoquée plus haut, l'enfant sera dépendant de sa figure d'attachement qui va offrir une base sécurisée pour son futur développement et le conduira à explorer son environnement et s'engager dans la relation en se sentant sécurisé. C'est la mère qui va instaurer la compréhension mutuelle nécessaire au bébé en se préoccupant de lui dans ses premiers mois. S'il y a discordance, incohérence, silence trop frustrant, la compréhension mutuelle ne peut s'instaurer. Il faut donc une identification maternelle à l'enfant au niveau de son vécu corporel.

Au départ un réflexe, le premier cri du bébé va devenir, grâce à la préoccupation maternelle, une demande d'amour et de reconnaissance. Au fur et à mesure des interactions par la voix, une différenciation va se faire : entre les sons agréables et désagréables. Les sentiments vont s'exprimer de part et d'autre. Les échanges mère/enfants et l'attachement s'entremêlent donc dans les premiers mois de vie. Il s'agit donc de co-crée une partition musicale à deux voix : celle de la mère et celle de l'enfant.

Premières productions vocales du côté du bébé

La voix du bébé constitue un appel. Les premiers pleurs des bébés sont avant tout reliés aux réflexes biologiques et comportent des caractéristiques communes selon les besoins et états physiologiques : les pleurs de faim, de douleur ou de colère ne comportent pas les mêmes caractéristiques. Cette différenciation des productions vocalisées du bébé est d'une grande utilité puisque ces réflexes biologiques vont notamment lui permettre d'interpeller sa mère. Celle-ci est d'ailleurs capable de reconnaître ces pleurs dès le deuxième jour. Elle serait de même capable d'identifier leur nourrisson parmi d'autres, car selon l'auteur, dans ces pleurs se

trouvent « *des indices personnels que l'enfant va garder toute sa vie* » (Konopczynski, 2005, p.35). En retour, le bébé se montre capable de percevoir la présence ou l'absence d'autrui (Konopczynski, 2005). Selon ces mêmes études, le bébé saurait dès le 8-9 -ème mois adapter sa voix aux circonstances : le babillage ne serait pas le même selon la situation : en étant seul ou en présence de l'autre. S'il est capable d'explorer des tessitures plus extrêmes que celles des adultes, il sait aussi adapter la hauteur de sa voix aux partenaires. Les premières productions vocales spontanées deviennent donc au fil du développement de plus en plus construites et vont renforcer les premiers liens.

La voix de la mère au service de l'accordage

L'accordage vocal semble spécifique aux êtres humains. Il y a un synchronisme interactionnel : la voix et le volume de la mère coïncident avec les mouvements du bébé. Ce genre d'accordage, affirme Stern, a notamment pour rôle d'aider le bébé à comprendre que ses sentiments intérieurs peuvent être partagés avec d'autres. Les parents contiennent les expériences psychiques de l'enfant.

Il ne s'agit plus seulement de moi » mais de « nous ». La musicalité spécifique de la voix de la mère est fondamentale pour cet accordage : « *Les enfants, d'après Stern, reconnaissent ces dissonances et ces messages mélangés car ils sont capables de déchiffrer le ton de la voix. Si les gradations de sentiments s'expriment aussi par l'expression faciale et le geste, la voix est le canal privilégié qui permet à un parent de faire savoir à son enfant à quel point il s'implique dans son état, à quel point il l'a remarqué et le reconnaît* ». (Karpf, 2008, p. 137)

Fernald et Papousek ont défini le « *motherese* » en 1989. Ils identifient un langage spécifique de la mère dans les échanges avec son bébé. Ce « *Baby talk* » a les caractéristiques suivantes : un timbre plus élevé, une syntaxe plus simple, une adaptation aux mimiques et vocalises, un schéma intonatif ainsi que des activités vocales en écho qui créent de l'amusement entre la mère et l'enfant (Michel, 2014, p. 12).

La prosodie au service de l'accordage affectif

La prosodie comporte les caractéristiques de rythme, de mélodie et d'intensité de la voix. Des premiers babillages aux relations avec la mère, la voix va jouer un rôle fondamental dans la qualité des premières interactions

Le bébé est dès la naissance sensible aux aspects paralinguistiques qu'il va développer au fil des premiers mois : dès 5 mois, il peut reconnaître une voix de désapprobation d'une voix

d'approbation ; trois mois plus tard, il pourrait réguler son comportement selon l'expressivité émotionnelle de la voix. A ce stade, c'est la qualité de la voix qui est la plus importante. Prat précise que c'est cet accordage mélodique et rythmique qui constitue la base des échanges parent-nourrisson. Cette « *musicalité communicative* » (Trevarthen & Gratier, 2005) est centrale dans l'établissement des premiers liens.

Les premiers échanges vont ensuite se transformer pour devenir des « proto-conversations » (présentes dès deux mois selon Trevarthen). Il n'y a alors pas de production de signifiants verbaux à ce stade mais du sens porté par la prosodie. Ces proto conversations auraient le pouvoir de renforcer les liens en favorisant le partage des émotions.

La prosodie permet un partage des émotions qui va favoriser l'accordage affectif entre la mère et le bébé.

Les nouveaux nés ont une connaissance très précoce des notions de temps et de rythmes (Karpf, 2008). Ils l'ont tout d'abord vécu et perçu (rythme cardiaque, rythme respiratoire de la mère). Selon Prat (2013), le rythme est le facteur essentiel dans l'accordage affectif décrit par Stern, dans la mesure où il permet l'organisation temporelle des interactions. Le dialogue peut s'établir dans une « *correspondance rythmique vocale* », des gestes et expressions faciales. Lorsque par exemple elle répond aux vocalises en offrant au bébé une réponse expressive avec son visage, ou avec du mouvement, dans une séquence temporelle identique. C'est le rythme qui permettrait la liaison entre la voix et les autres modalités sensorielles et réponses corporelles. Le rythme par sa régularité permet d'anticiper, de vivre très tôt dans notre enfance l'absence et la discontinuité de manière sécurisée. Il accompagne l'enfant tout au long de son développement. C'est une forme de langage non verbal qui communique le degré de proximité et de réciprocité qui est attendu dans la relation. Au cours de ce stade préverbal, le rythme établit la communication et crée la connexion émotionnelle entre la mère et l'enfant. Il est le fondement de l'empathie.

Condon et Louis Sander ont découvert une relation extraordinairement étroite, indétectable à vitesse normale, entre les mouvements des bébés et le discours des adultes. Cette synchronisation ne portait pas sur quelques mots, mais sur une séquence entière de 125 mots. Condon et Sander ont baptisé « *synchronisme interactionnel* » ce phénomène qu'ils pensent « inconscient, et non délibéré. » (Karpf, 2008, p. 130). Cet accordage du rythme vocal entre la mère et l'enfant prédit un attachement sécurisé ultérieur. Le manque de cohérence et de prévisibilité serait corrélé à un style d'attachement insécure. Les enfants les plus sécurisés acceptent la flexibilité et à la variation.

Des ateliers contes et comptines ont lieu dans le cadre de soins en pédopsychiatrie au centre hospitalier de Cadillac. Les professionnels connaissent les propriétés thérapeutiques du rythme que transmettent les comptines : « *par son tempo tout simple la comptine fait écho aux nombreux rythmes auxquels obéissent les fonctions vitales et les besoins du corps... au niveau archaïque, la comptine, c'est du rythme, et le rythme, c'est la vie.* »⁵

L'importance du silence pour créer l'espace transitionnel

Lorsque le bébé puis l'enfant peut intérioriser la voix de l'autre, il peut apprivoiser l'absence. Il dispose d'un « *instrument magique contre la détresse* » (Veuriot & Veuriot, 2005, p. 154), le bébé fait parler l'autre dans sa propre voix. Ainsi, il apprivoise l'absence, il ne recherche plus à combler le manque. Comme nous l'avons évoqué dans les théories de l'attachement, la sécurité affective est primordiale pour que l'enfant puisse explorer le monde. Lorsque son style d'attachement est insécure (anxieux, ambivalent, ou désorganisé), il éprouve des difficultés à entrer en relation.

Pour les enfants ayant des troubles de l'attachement, c'est cet espace transitionnel qui est défaillant. Le silence crée de la transitionnalité à condition qu'il ne soit pas comblé ou synonyme de manque. Il laisse de la place. C'est de cette place dont l'enfant a besoin pour se structurer dans sa relation aux autres. Le silence ne crée pas du vide mais de la discontinuité, nécessaire à l'intersubjectivité et l'altérité. « *La place du silence doit être tolérée et respectée, parce que c'est la place d'où émerge l'altérité. Elle doit être respectée dans ma relation à l'autre et par l'autre dans sa relation à moi.* » (Espasandín, 2008, p. 102).

⁵ *Propos retranscrits par les professionnels du centre hospitalier de Cadillac à l'occasion de la conférence intitulée « contes et comptines ».*

La projection vocale nous fait réfléchir à la question de la limite entre le dedans et le dehors, le contrôle de la voix par les boucles audio phonatoires nous renvoie à la problématique du proche et du lointain. Cette projection du sonore et de la voix au dehors vers un autre dessine et modèle l'espace physique, dans le même temps, la voix et le son participent à créer cet espace transitionnel tel que théorisé par D.W. Winnicott. Peut-être pourrions attribuer à la logorrhée, ce pouvoir de combler le vide, le manque ou réduire la distance difficile à vivre dans les troubles de l'attachement.

La musicalité de la voix contient et sécurise

La voix chantée est très présente auprès des tout petits. Dans les berceuses, puis les comptines. La berceuse atténue l'angoisse de séparation du côté de l'enfant comme de la mère. Elle forme le « *trait d'union* » qui sépare mais relie, par la proximité, les bercements (Espasandín, 2008, p. 95). La berceuse tisse du lien.

Les comptines utilisées lors d'ateliers en pédopsychiatrie par exemple servent de liant et participent à « *l'enveloppe peau* » et la « *contenance groupale* » dans les actions thérapeutiques auprès de jeunes enfants en difficulté. Elles ont aussi pour fonction pare excitatrice et protectrice⁶. Elles participent à la mise en groupe et le partage commun, par les rituels, elles assurent la stabilité, les routines sécurisantes.

⁶*Propos retranscrits par les professionnels du centre hospitalier de Cadillac à l'occasion de la conférence intitulée « contes et comptines ».*

Le rôle du tiers

Cette préoccupation maternelle primaire, cet attachement sont fondamentaux pour le développement du bébé. La relation mère enfant ne doit toutefois pas être fermée sur elle-même. Luis Alvarez et Bernard Golse montrent comment la personnalité état limite peut être pathologique et avoir des impacts négatifs sur le développement du bébé. Dans une relation d'objet de type anaclitique, il n'y a pas de place au tiers. Or celui-ci « élargit » la relation. Cette présence peut parfois ne pas être effective (au sens de la présence physique), mais le père doit être présent dans la psyché de la mère. Elle ouvre la relation mère enfant sur l'extérieur et permet cet écart intersubjectif premier qui sort le bébé de la fusion primaire. Il introduit peut-être du « différent » dans la continuité des soins quotidiens.

Nous avons appris que le fœtus est équipé sensoriellement pour percevoir les voix en fin de gestation. Il pourrait donc percevoir la voix du père, comme différente de celle de sa mère. Il entend non seulement mais aussi écoute (Maiello, 2010). Il écoute et sent la voix de sa mère de l'intérieur et de l'extérieur. Il y a donc cette différence-là : la voix du père n'est perçue que comme provenant de l'extérieur.

2.2.3 L'accès au langage

C'est d'abord dans la voix que s'inscrit le « *protolangage* ». Dès 9 mois le bébé possède les différentes intonations du langage (Golse, 2005). La voix est donc essentielle au cours des premiers mois de vie : elle va porter ce que les mots signifiants ne peuvent encore porter. La significativité du lexique prendra ensuite plus d'importance que les éléments paralinguistiques vers trois ans. La prégnance de la voix sera décroissante à mesure que le langage se développe pour retrouver une valeur importante entre sept et dix ans.

Le langage serait constitué d'un contenu et d'un contenant : le « contenu verbal » composé des éléments de l'énoncé (phonèmes, monèmes, syllabes...). Le contenant « *renvoie aux règles de l'énonciation et à la musique du langage, celle-ci constituée par la prosodie, le timbre, le ton, l'intensité de la voix, le rythme, les silences, le débit* » (Golse, 2005, p.119). C'est à cette musique du langage et des sons que le bébé serait le plus sensible, et c'est selon Bernard Golse ce qui lui permettrait d'entrer dans le langage.

La mère inscrit donc son enfant dans le langage, par le rythme créé par les vides du silence, elle introduit son enfant dans les règles du langage et du dialogue (Espasandín, 2008)

La voix de la mère, reflète la façon dont elle investit son bébé. Le développement du langage ne peut *pas* « être conçu en dehors de la dynamique des interactions précoces et notamment des interactions fantasmatiques, dynamique dont les représentations mentales de l'enfant dans la psyché des parents constituent, on le sait désormais, le maillon opérationnel. » (Golse, 2005, p.121). On distingue plusieurs types d'interactions : comportementales, affectives ou fantasmatiques. Cette capacité qu'auront les parents et plus particulièrement la mère d'investir son enfant dans ce dernier type d'interactions pourraient donc influencer son entrée dans le langage.

La voix perd son statut : « grandir c'est un peu devenir sourd »

Les bébés sont particulièrement doués pour lire les voix au cours des premiers mois de leur vie. Avant que l'œil et le langage ne prennent toute la place dans leur façon d'appréhender le monde, ils se fient beaucoup plus aux voix qu'aux visages. Ils sont notamment capables de repérer la voix de leur mère bien avant de reconnaître son visage.

Jusqu'à l'entrée en crèche ou à l'école cette préférence pour la voix persiste, et s'inverse ensuite : à 4 ans, ils alternent déjà les modes visuel et auditif. À l'âge adulte, nous nous fions beaucoup plus à nos yeux qu'à nos oreilles.

2.2.4 Lorsque la voix ne remplit plus ses fonctions.

Du côté de la mère

La dépression, l'anhédonie et l'humeur triste, en affectant la capacité de la mère à coordonner son comportement vocal à celui de son nourrisson, pourrait réduire le synchronisme interactionnel et altérer la préoccupation maternelle primaire.

La dépression affecte également la hauteur de la voix ; une voix non modulée, affirme-t-on, est moins efficace pour stimuler l'attention d'un enfant et faciliter l'apprentissage

Le bébé, selon Bernard Golse, la voix maternelle se déploierait comme un maillon central du développement de l'enfant et de son accès au langage verbal. Le bébé entrerait donc dans le langage particulièrement grâce au langage de sa mère auquel il est sensible. Il a besoin non pas de savoir mais de « ressentir » et « éprouver » que le langage de l'autre « le touche et l'affecte, et que celle-ci [la mère] est affectée et touchée en retour par ses premières émissions vocales à lui. » (Golse, 2005, p.119).

De ce fait, lorsqu'une quelconque pathologie intervient, et si elle entraîne des conséquences sur cette musicalité du langage parlé, elle peut avoir selon lui des conséquences sur l'accès au langage. Il souligne par exemple l'impact possible des dépressions maternelles qui « *affectent parfois profondément les qualités de la voix et de la musique du langage de la mère* ». Il précise « *si la voix de la mère ne fait rien au bébé, et si les émissions vocales du bébé ne font rien à sa mère, trop absorbée dans son mouvement dépressif (ou dans tel autre mouvement psychopathologique), alors, du point de vue du bébé : « à quoi bon parler ? »* (Golse, 2005, p 119).

Du côté de l'enfant

L'enfant ne pourra accéder à la troisième étape de l'utilisation de sa voix (se faire entendre) que s'il a acquis la conviction qu'un autre pourra l'entendre. Lorsque les interactions ne sont pas de bonne qualité, que les réponses ne sont pas adaptées, lorsque les donneurs de soins ne peuvent s'accorder ou n'ont pas pu répondre aux besoins de l'enfant qui a en premier lieu utilisé sa voix comme un appel. Celui-ci pourrait ne plus utiliser sa voix.

Également, nous avons vu que les enveloppes sont les premières étapes de la construction du moi corporel. Le bébé, au cours de son développement doit se sentir contenu. Son moi peau est à l'interface du dedans et du dehors. Lorsque les enveloppes sont trop « poreuses », et que les limites dedans/dehors sont trop floues, l'enfant peut peut-être vivre les vocalisations comme une perte que les « boucles de retour » ou l'absence de ce « fond de rebondissement » ne lui permettent pas de « rattraper ».

Également, lorsqu'il reste figé dans des étapes archaïques, quand les vocalisations ne sont que des expériences sensorielles tactiles auditives ou proprioceptives, sa voix ne peut pas avoir cette fonction de l'inscrire dans la relation, elle n'est pas reliée non plus à ce sentiment d'être dont parlent Bernard Golse et Sylvain Missonier.

Avec l'entrée dans le langage, la voix passe en arrière-plan. La voix accompagnera toujours l'enfant (sa propre voix, ainsi que celle de l'adulte). Elle reprendra une place importante au moment de l'adolescence, période si particulière marquée par les remaniements identitaires et les changements corporels.

2.3 La voix et le sentiment d'identité : de l'adolescence à la vie adulte

Une autre grande étape dans le développement de l'individu : la période de l'adolescence. L'entrée dans la puberté (avec les transformations corporelles ainsi que les remaniements identitaires que cela engendre) constitue une période sensible et de fragilité. Notre voix évolue, avec notre identité et réciproquement, les évolutions et changements corporels, cognitifs, les bouleversements psycho affectifs affectent notre façon « d'être en voix ». Apprivoiser sa voix dans cette période de vulnérabilité peut participer à la construction identitaire. Le passage de l'adolescence vers l'âge adulte pourrait remettre l'importance de la voix au premier plan. Puis lorsque la personnalité se fixe, la voix peut devenir le signe d'une pathologie. Enfin, au dernier chapitre de notre vie, il ne reste parfois plus que la voix.

2.3.1 Narcissisme sentiment de soi et identité

Narcissisme, self et sentiment de soi

Il est défini comme « *l'amour porté à l'image de soi-même* » (Laplanche et al., 2007, p. 261). Dans la théorie Freudienne, on distingue le narcissisme primaire, étape à laquelle l'enfant investit la libido sur soi-même, puis le narcissisme secondaire, retournement sur le moi de la libido, retirée de ses investissements objectaux.

Pour Winnicott, la « *mère suffisamment bonne* » se préoccupe de son bébé dans les premiers mois et lui fournit ce miroir du soi. C'est sur cette image que la mère lui renvoie ce qui va ensuite s'édifier ce sentiment d'être et exister. Dans le « self », se confondent le je et le moi. Si le « moi » s'adresse au monde extérieur, le « je » est une expérience intime intérieure.

Trois fonctions sont essentielles dans cette préoccupation maternelle primaire : le « *handling* » : manipulations physiques qui permettent au bébé de se constituer une intériorité, des limites corporelles ; le « *holding* » : capacité à porter physiquement et psychiquement son enfant ; et la fonction « *d'object presenting* ». Cette dernière fonction a pour but de présenter au bon moment à l'enfant ce dont il a besoin.

La façon dont l'enfant aura été porté (au sens du « *holding* et du *handling*, comme Winnicott le définit), regardé et investi contribuera à développer chez l'individu un narcissisme sain. L'enfant pourra se prendre lui-même comme objet d'amour.

Dans un autre cadre théorique, nous pourrions dire que l'estime que le sujet se porte à soi-même se rapproche de cette idée de narcissisme.

La voix porte les traces du « self », de l'image que le sujet de lui-même. Je fais l'hypothèse que la façon dont quelqu'un pourra plus tard aimer ou non sa voix, l'utiliser, la porter est reliée à ce narcissisme. Des fragilités pourraient donc se révéler dans la façon dont le sujet investit sa propre voix.

Identité

Le dictionnaire Larousse donne la définition suivante : « *Caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité* »

L'identité se construit dans les interactions sociales. L'identité a plusieurs facettes, on distingue l'identité personnelle, l'identité professionnelle, collective, reliée au sentiment d'appartenance à un groupe. En psychologie sociale, l'identité personnelle désigne un « *processus psychologique de représentation, de soi qui se traduit par le sentiment d'exister dans une continuité en tant qu'être singulier et d'être reconnu comme tel par autrui.* »⁷.

C'est l'identité personnelle qui rend l'individu singulier. L'identité est en principe stable et assure le sentiment de continuité du soi. La voix, subjective porte donc des éléments de l'identité personnelle.

La voix renvoie une image de nous-même à celui qui l'écoute. Dans le même temps, nous nous percevons au travers de la voix. Nous nous faisons une idée très rapide du caractère d'un individu de façon plus ou moins consciente. La musicalité de la voix traduit nos états affectifs, et comme nous l'avons étudié en première partie : elle traduit notre intentionnalité. Prendre la parole et porter sa voix est un acte qui place l'individu dans une position vulnérable. La voix porte notre subjectivité. Pour se défendre de cette situation inconfortable, nous pouvons avoir recours à des mécanismes défensifs. Parler vite, se mettre en mouvement, sont des moyens qui nous aident à faire diversion et détournent l'attention. En situation sociale, nous donnons à

⁷ theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2009.jumageldinov_a&part=165817

voir une partie de notre identité dans le même temps que nous la donnons à entendre. Ce sont donc l'image et le son, qui traduisent notre identité subjective (Golse 2005).

Il y a des situations qui créent des décalages. C'est le cas par exemple lorsque nous devons écouter notre propre voix. La voix que nous produisons et entendons sur l'appareil qui enregistre nous est inconnue ou au moins perçue comme étrangère à nous même. *Ecouter sa voix enregistrée est « épreuve d'altération transitoire de notre identité »* (Ferveur & Attigui, 2007). Cela s'explique par le fait que nous percevons notre voix à la fois de l'intérieur (par la conduction osseuse et via la boucle audio phonatoire. Il existe des différences entre la voix produite, la voix que nous percevons. Ecouter notre voix sur un enregistrement nous renvoie donc une image de nous-même dont nous n'avons pas conscience. Notre voix peut donc nous paraître étrangère et venir nous questionner sur le sentiment d'identité : « j'ai vraiment cette voix-là ? » ou autrement dit : est-ce bien comme cela que l'on est perçu par l'autre ?

Nous sommes à la fois locuteurs et auditeurs de notre propre voix. Pour Anne Karpf. « *Une partie du trouble ressenti quand on entend sa propre voix vient de l'échec ou de l'incomplétude de la présentation d'aspects de nous-mêmes que nous n'avons pas l'intention consciente d'exprimer et que nous entendons à présent dans l'enregistrement* » (2008, p38)

En cas de fragilité narcissique, cette expérience pourrait induire des jugements négatifs, de l'auto dévalorisation ou atteindre l'estime de soi.

La voix ne se projette pas, elle s'étire

Selon un célèbre adage Italien, « *la voce non si spinge, si tira* » (la voix ne se pousse pas, elle se tire). Nous sommes les seuls à connaître notre propre voix de l'intérieur, porter la voix au dehors ne devrait pas être une perte ou une projection (au sens d'expulser au dehors), mais plutôt un déploiement : d'un ancrage corporel relié à soi, vers un extérieur.

La période de l'adolescence représente une étape au cours de laquelle peuvent survenir des difficultés. D'abord, les changements physiologiques transforment la voix. Ensuite, l'enfant qui entre en période pubertaire doit affronter de nombreux changements, renégocier ses liens à l'autre.

2.3.2 Remaniements de la voix à l'adolescence

Si le sentiment de soi est porté par la possibilité de se reconnaître soi, dans le temps, La période de l'adolescence peut donc devenir une période sensible pour l'identité personnelle. Les bouleversements auxquels l'adolescent, est confronté s'expriment au travers de la voix. Que l'on puisse l'entendre ou qu'elle soit absente. La voix exprime les conflits, difficultés sous-jacentes, elle porte les signes des changements hormonaux. Elle pourrait traduire ou donner des indices sur la façon qu'il ou elle a d'habiter son corps, de le vivre.

La voix silencieuse

Jean Yves le Fourn distingue trois types de silences pubertaires :

Un premier type de silence venant recouvrir l'indicible ou le refoulé, l'être sans voix. Ici il s'agit de la « *voix du corps, voix du pulsionnel* » Dans ce premier cas l'adolescent qui se sent submergé par ses sensations corporelles pubertaires devient silencieux. Il se retrouverait confronté à l' « *impossibilité de parler de ce vide qu'il éprouve, comme la marque du deuil de son enfance et de son passage à l'adolescence* » (Le Fourn,2013, p.61)

Un deuxième type : le silence des « *choses dissimulées* » ou « *voix sans voie* » ou l'adolescent, parce qu'il choisit de se taire gagne en liberté. C'est le « *sans-voix volontaire* ». Ici, « Le silence réflexif l'autorise à parler et de recouvrir son « *vide* » de voix audibles pour la pensée, afin de lui permettre que ses mots soient revêtus et habités de sens. Avant d'émettre par la voix ces mots, ils ont besoin d'être silencieusement pensés, cette fameuse « *voix intérieure* ». (Le Fourn, 2013, p. 61). Dans d'autre cas, Certains silences sont des « silences ordinaires », timides, pudiques qui visent à ne pas révéler de choses trop personnelles. Enfin un troisième type de silence : inhérent à la prise de distance des adolescents avec leurs parents. Dans ce dernier cas, il réserve sa voix « pour les autres ».

Une nouvelle palette vocale

Le corps changeant devient bruyant, par l'usage qu'il fera de sa voix, l'adolescent exprime cette métamorphose sur le plan physique autant que psychique au travers de la mue. « *Les conflits identitaires et œdipiens qui se rejouent à l'adolescence se reflètent dans l'acceptation ou non de cette voix en devenir* ». (Ferveur, 2015, p. 42).

L'entrée dans la puberté pousse l'adolescent vers la génitalité. En refusant cette mue, il peut exprimer son désir de se raccrocher à son enfance et refuser de s'avancer vers cette nouvelle étape qui fera de lui un jeune adulte. Parfois, l'adolescent se mure dans le silence, voire un

mutisme. Le silence fait taire cette voix révélatrice de ses conflits intérieurs et de ses identifications. (Ferveur, 2015). Pourtant la mue n'est pas une perte, elle enrichit la voix. « *La voix est psycho-sexuelle [...] Avec la nouvelle gamme de sons, la voix de l'adolescent fait entendre ce combat furieux pour la nouvelle voix qui s'initie et montre le chemin que doit accomplir l'adolescent pour accompagner psychiquement la génitalisation de son corps* » (Ferveur, 2015, p. 45).

La voix accompagne l'individu donc tout au long de son développement psychomoteur depuis sa conception jusqu'à l'âge adulte. Au départ, sa voix est un moyen reflexe qui exprime ses éprouvés corporels. Peu à peu, le bébé s'approprie sa propre voix, il s'en sert pour entrer en relation avec autrui. Dans le même temps, il développe sa subjectivité et ce sentiment d'exister pour l'autre. C'est sur une base corporelle que le psychisme se développe, c'est aussi sur une base corporelle que la voix se déploie. Elle s'enracine dans la posture, « percute » l'enveloppe corporelle puis se déploie au travers de la respiration et du diaphragme. Enfin, elle s'entend et se perçoit au dehors. C'est sa rencontre avec l'autre qui fait de la voix l'ingrédient clé de la relation. Ainsi, en étudiant la façon que le sujet a d'être en voix et d'habiter son corps, ou de se vivre corporellement, nous pouvons retrouver la trace d'éventuelles difficultés que peuvent éprouver les individus à être en relation. Lorsque le langage est là, la voix passerait en arrière-plan. Je défends ici l'idée que la voix est psychomotrice, qu'elle peut être le ciment qui fait tenir corps et psychisme, et que parce qu'elle forme une passerelle entre le dedans et le dehors, qu'elle véhicule notre intériorité, notre façon d'« être en corps » elle a sa place dans la pratique clinique psychomotrice.

Dans le cadre du travail en psychomotricité, et que ce soit dans le cadre d'une relation thérapeutique, d'un travail rééducatif, de prévention ou d'éducation, plusieurs voix s'entremêlent. J'ai travaillé tout au long de cette année avec la conscience que la voix est plus qu'un outil : elle porte notre subjectivité et elle porte la subjectivité du patient. Faire de la voix mon sujet d'étude m'a permis de m'engager dans ma formation professionnelle : écouter ma propre voix, la travailler, m'a aidé à développer ce qu'Olivier Moyano appelle « *l'implication corporelle* » (Albaret et al., 2018). Ecouter la voix des patients, enfants, parents, familles m'a fourni de précieuses informations. Je me suis appuyée sur elle lors des bilans, évaluations et observations. C'est ce que je vais m'attacher à démontrer dans cette prochaine partie.

3 UNE TROISIEME DIMENSION : VALORISER LA VOIX DANS SA PRATIQUE

La voix porte et est portée par notre intériorité. Prendre en compte la voix dans le cadre d'une relation de soins a eu un double intérêt : celui de pouvoir travailler sur l'engagement corporel et la qualité de présence, celui de pouvoir percevoir et mettre à jour des difficultés chez certains patients qui ont pu se manifester et s'extérioriser par la voix.

Dans le cadre de la clinique en pédopsychiatrie, cette prise en compte a pu révéler de fragilités narcissiques (peu d'expressivité, de l'inhibition...) ou de difficultés pour d'autres à entrer en relation (à travers l'utilisation de la voix à la musicalité perturbée ou alors dans l'absence totale de la voix).

J'envisage de faire dans cette troisième partie une synthèse selon plusieurs axes : la voie perçue chez le patient et la voix qui soigne. Dans quelles conditions peuvent-elles être prises en considération et se déployer ? Comment est-il possible de créer cette « partition à deux voix à des fins thérapeutiques ?

3.1 Utiliser la voix dans un cadre thérapeutique

Dans le cadre thérapeutique le lien passe par la voix. Pour toutes les raisons évoquées auparavant : Celle-ci aura toute son importance dans l'établissement de cette relation au début et au cours du suivi.

3.1.1 Aspects transférentiels de la relation

Les effets cathartiques de la voix

Porter la voix au dehors n'est pas chose simple, peut-être cela le devient encore plus dans un cadre thérapeutique ou des problématiques sous-jacentes peuvent rendre cela difficile. On ne parle pas de la même manière dans le cadre d'une relation thérapeutique. Si l'échange et l'acte vocal comporte un risque (Le Huche et Allali, 2012), peut-être ce risque se double-t-il d'un autre risque : celui d'inscrire la voix dans un contexte de vulnérabilité pour la personne qui consulte.

Dans un discours parlé, les mots, le langage, restent contrôlables. Cela est en revanche plus difficile pour la voix qui transmet parfois quelque chose dont nous pouvons ne pas avoir conscience. Notre voix porte notre personnalité et est peu retouchable. (Trevarthen & Gratier, 2005)

Elle peut également intervenir à des niveaux plus inconscients, notamment dans le cadre d'une relation thérapeutique, dans laquelle se jouent des mécanismes transférentiels/contre - transférentiels.

Voix et aspects transférentiels

Le transfert « désigne en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique » (Laplanche et al., 2007, p. 492). Pour certains il peut faire obstacle à la remémoration du matériel refoulé, pour d'autres, il est un moteur de la cure psychanalytique. Le contre-transfert, serait « l'ensemble de réactions inconscientes [...] au transfert de celui-ci » (Laplanche et al., 2007, p. 103). Certains considèrent que ce concept a très largement dépassé ce cadre théorique psychodynamique et qu'il se retrouve dans toute relation humaine.

La voix forte qui gronde, la voix douce qui apaise et calme, celle qui est habitée, celle qui prend toute la place, la voix nasillarde ou la voix grave, toutes ces manifestations vocales pourront participer à cette dynamique transférentielle. Prendre en compte ce paramètre et ces caractéristiques de la voix lorsque nous entrons en relation, c'est se poser la question de ce que cela peut générer comme affects, positifs ou négatifs. Elle pourra tantôt favoriser une relation de transfert positive, tantôt provoquer un contre transfert négatif. J'ai évoqué la sensation de malaise, ce « bain sonore rugueux » qu'a créé la voix dysarthrique de madame R (cf. première partie p 6). J'ai évoqué en deuxième partie ce que ce type de voix pouvait avoir comme effet dans les relations mère/enfant. Outre la dissonance que cela peut créer (par absence de prosodie), elle pourrait également provoquer un contre transfert négatif et mettre à distance la personne qui reçoit cette voix étrange.

Parfois certaines voix nous détournent de la relation ou nous ramènent à des niveaux inconscients.

Les identifications sont repérables dans la voix

Geneviève et Jean Pierre Veuriot (« au commencement était la voix », 2005) ont étudié la voix dans le cadre de la psychanalyse. Celle-ci, grâce à l'immobilisation du corps porte ce que l'immobilité du corps ne porte plus. Elle peut selon eux devenir un indice concernant les identifications inconscientes : « *La voix peut s'entendre comme un symptôme qui permet à la fois de représenter et de méconnaître, mais elle peut aussi, dans son rapport aux affects, être un élément repérable des identifications inconscientes, et/ou des introjections* » (Veuriot & Veuriot, 2005, p. 155). Les auteurs donnent à titre d'exemple la voix de la personne qui change de tonalité selon les personnes avec lesquelles elle entre en relation, la voix de l'enfant insécure dans l'adulte en difficulté, la voix de la mère qui apaise et sécurise.

Derrière la voix

Dans son article « *quelles voix s'expriment au 119* » Béatrice Pinter nous dit que « *la voix indique ce que ne dit pas la personne* ». Elle porte donc des informations parfois inaccessibles au sujet lui-même. Freud parlait de « retour du refoulé », désirs enfouis, pulsions et traumatismes qui trouvent le moyen de resurgir dans les rêves, les symptômes ou les lapsus. Le refoulé peut aussi faire son retour dans la voix. (Karpf, 2008). Ainsi, se risquer à parler et utiliser sa voix, c'est prendre le risque de dire ce que nous ne voulons pas, de dévoiler à autrui une part de soi de façon consciente ou inconsciente. D'après cette lecture psychodynamique des pathologies de la phonation, l'inhibition, le mutisme pourraient être conçus comme des moyens de défense pour éviter ce retour du refoulé. Cette défense pourrait même s'inscrire dans le corps.

En effet, nous avons vu que la voix était ancrée dans le corps, dépendante de la posture et de la sollicitation des muscles, de la charpente osseuse et de la mécanique ventilatoire. L'intentionnalité du sujet, les différents types de voix, selon s'il s'agit d'une voix d'insistance utilisée dans l'urgence, d'une voix simple utilisée pour soi ou d'une voix implicatrice avec l'intention d'agir sur autrui auront des manifestations corporelles différentes. On ne recrutera pas les mêmes chaînes musculaires, les mouvements du rachis seront différents.

Par conséquent, nous pourrions faire l'hypothèse, toujours dans cette perspective psychodynamique, qu'une retenue, un forçage vocal, pourrait être relié à cette volonté plus ou moins inconsciente, de maintenir ce que l'on ne veut pas dire hors de la conscience ; de même qu'à l'inverse, un travail de conscience corporelle pourrait ramener à la conscience ces éléments refoulés. Peut-être pourrait-elle révéler aussi ce que les mots ne disent pas.

3.1.2 Relation, distance et alliance thérapeutique

Nous travaillons avec notre voix au cours des séances de psychomotricité. Mais selon les circonstances, il peut arriver que l'alliance thérapeutique soit fragilisée. Dans ce cas, la voix, même à distance pourra venir remobiliser, soutenir, même à distance. En 2020 par exemple, de nombreuses prises en charges ont été interrompues brusquement par les mesures de confinement. Les professionnels de santé ont dû trouver les moyens de préserver les soins même à distance. Dans ce contexte, les appels téléphoniques ont été d'une grande importance. Au cours de l'une des prises en charges auxquelles j'ai pris part durant mon stage cette année, j'ai pu constater l'importance de ce lien à distance sans présence physique.

Marina

Marina et sa mère ont manqué plusieurs consultations. De nombreuses difficultés dans leur histoire de vie rendent le lien à l'autre difficile. Il faut pouvoir trouver avec Marina la juste distance : ni trop près pour que la relation ne soit pas perçue menaçante, ni trop loin pour que l'alliance thérapeutique tienne. Pour l'instant, la séparation est encore difficile à établir : le sentiment d'insécurité plane... Un cadre contenant et sécurisant pour Marina et sa mère a été réfléchi puis un dispositif a été mis en place de telle sorte que cela permette de contenir et travailler les séparations. L'alliance thérapeutique semble précaire et fragile. Il y a des absences qui marquent le non-investissement dans certaines prises en charges ou laissent penser qu'il n'y a pas de réelle demande. Ce n'est pas mon impression ce jour-là. A l'occasion de ce rendez-vous manqué, nous avons passé un appel téléphonique. Madame M. explique et justifie son absence. J'ai le sentiment que seul le lien par téléphone était possible. Je me suis questionnée sur ce lien à distance, sur ce qu'il pouvait représenter, sur les bénéfices que l'on pouvait retirer de ce coup de fil, ou les éventuels impacts délétères de ces absences à répétition : est-ce un test ? un besoin de mise à distance ? suffit-il d'être présent physiquement pour être présent dans la relation ? Pouvoir parler ce jour-là au téléphone aura mis au premier plan l'importance de la voix dans le maintien du lien.

Mobiliser ou remobiliser par la voix : trouver la juste distance

La communication à distance avec ce filtre que représente le téléphone permet cette mise à distance que la présence rend parfois impossible. Répondre au téléphone c'est tout de même être en lien mais sans la présence physique, sans le regard.

Le « coup de fil » volontairement adressé peut être un outil permettant de maintenir ce lien sans la proximité physique qui peut être vécue par certains patients comme menaçante. D'autre part, appeler peut venir montrer l'intérêt que l'autre porte à l'absent.

Béatrice Pinter, engagée comme intervenante en analyse des pratiques professionnelle auprès des écoutants du « 119 » a montré à quel point la voix est importante, lors d'un appel téléphonique et plus particulièrement dans ce contexte où la voix est une « *source de soutien pour celui qui est en danger* » (Pinter, 2013, p.66) [...] « *La voix peut être prise comme la seule trace de l'existence de celui qui est à l'autre bout du fil* ». (Pinter, 2013, p.71)

L'absence de la personne rend ces caractéristiques vocales encore plus essentielles, puisque ce sont elles qui vont influencer la relation, transmettre le message. Ce peut être aussi un risque : celui inhérent aux éventuelles mauvaises interprétations de ces caractéristiques vocales, chacun se fera une image de l'autre à l'autre bout du fil en fonction de ce qu'il aura entendu : le verbe et les caractéristiques vocales, les émotions et affects qu'il aura pu interpréter, filtrer.

Je fais l'hypothèse que malgré l'absence, cette présence par la voix à l'occasion de ce coup de fil téléphonique avec la mère de Marina a pu aider à maintenir un lien fragile inhérent à une problématique d'attachement et de séparation. Les théories de l'attachement ont démontré que dans un type d'attachement insécure, l'évitement peut permettre de se protéger. S'engager dans une relation, c'est prendre le risque d'être abandonné. C'est pour cela que la personne dont le système d'attachement est anxieux-évitant peut avoir besoin de s'éloigner.

La proximité dans la relation peut aussi faire « courir le risque » pour d'autres de ne plus avoir d'espace pour soi. De cette manière, le téléphone, servirait à maintenir et matérialiser ce lien, à distance, par la voix, ni trop près ni trop loin, à retrouver dans la voix de l'autre cette chaleur humaine, du réconfort. Nous percevons peut-être même plus encore cette musicalité de la voix, son caractère émotionnel puisqu' en étant débarrassé du regard, il ne reste que l'oreille pour l'entendre.

Parler pour être entendu

Nous avons tous besoin de nous sentir entendus, peut être encore plus en cas de difficultés : être écouté plus qu'entendu. En se rendant présent dans la relation thérapeutique, en étant attentif à la création de cette alliance, une première étape pourrait être franchie : celle qui permet au patient de se sentir écouté par le professionnel du soin. Par sa qualité de présence qu'il pourra montrer et faisant preuve de ses capacités d'écoute au sens propre et au sens figuré

(sa disponibilité et ses aptitudes à « entendre » ce qui est dit ou non), il pourra entretenir cette relation thérapeutique.

Il ne suffit donc pas d'être présent physiquement pour être présent. De même être loin ne signifie pas être absent (au sens figuré du terme). Il ne suffira pas non plus de parler pour être entendu, et nous pouvons écouter ce qui peut « se dire » dans le silence.

Groupe thérapeutique : être présent dans le silence

C'est à l'occasion d'un entretien avec sa mère que je rencontre Damien pour la première fois. La psychomotricienne les rencontre en amont d'une prise en charge de groupe qui doit démarrer dans peu de temps. J'occupe à ce moment-là une place d'observatrice, au bureau. Damien est posé, à l'écoute de ce qui peut se dire au cours de l'entretien. On lui explique les objectifs de cette prise en charge, le cadre, ce que cela peut lui apporter. Il ne répondra à aucune des questions posées ce jour-là. Nous comprenons à ses hochements de tête qu'il est d'accord mais ne souhaite pas parler. Dans sa posture et ses gestes, il me semble pourtant bien présent. Malgré l'absence de sa voix et un pas timide lors de son arrivée, je devine dans ses yeux et derrière son masque un sourire et de la curiosité. Je m'amuse à deviner ce qu'il veut bien dire sans un son. J'ai la sensation que ses yeux prennent la place de sa voix. Il regarde ce qu'il y a autour de lui et notamment la table sur laquelle il y a des feutres qu'il fixe depuis quelques minutes. Il finit par les attraper et saisir la feuille devant lui. Il repartira sans un mot ce jour-là.

Quelques jours plus tard, j'assiste à sa première séance de groupe. Il reste quasi mutique mais ne fuit pas du regard ce qui me laisse sentir sa présence qui même si elle ne s'exprime pas par la voix, montre « qu'il est là ». Après un bref temps d'accueil et de présentation, l'un des enfants se saisit d'un feutre pour écrire son prénom sur le tableau blanc. Les trois autres garçons feront de même pour écrire leur prénom et leur âge.

L'agitation monte crescendo au sein du groupe, Damien reste toujours silencieux. La fin de séance est proche. Discrètement, il s'écarte pour écrire un « en revoir » sur le tableau blanc. Alors que je suis assise dans un coin de la salle, il lance un regard vers le tableau. Je ne remarque pas tout de suite son message. D'un bref coup d'œil, il me regarde et finira par prononcer un au revoir, en me montrant le tableau pour que je comprenne que c'est lui qui avait écrit

Ecouter les silences

Ce qui m'a le plus interpellé lors de ma rencontre avec Damien dans le cadre du groupe thérapeutique, c'est la qualité de présence qui émanait de lui. Jusque-là, j'avais toujours envisagé la présence reliée à la parole, et l'absence à l'absence de parole et de voix. Or j'ai découvert que l'on peut être présent sans porter la voix, que l'on peut parler d'une voix audible et ne pas être présent. Qu'elle soit entendue ou non, implicitement elle peut dire quelque chose de quelqu'un, de sa façon d'être au monde et de sa relation aux autres et à l'environnement.

La participation active de Damien à la séance de groupe ne m'a pas donné l'impression d'une timidité. Il m'a semblé que dans ce cas, c'est vraiment par la voix et son absence que sa

problématique se révélait. J'ai donc fait plusieurs hypothèses : la première étant que le silence du jeune garçon préadolescent pouvait représenter une sorte de liberté qu'il s'octroyait, de choisir à qui et dans quelles circonstances il pouvait parler, porter sa voix au dehors. De ce fait, jouer à garder sa voix pour lui pouvait être une forme de liberté gagnée ou retrouvée, et lui conférer un certain pouvoir dont il se jouait en présence des adultes.

Au cours de ce suivi, j'ai perçu cette importance de la voix et de ce qu'elle peut représenter pour le psychomotricien qui ne peut la percevoir chez le jeune adolescent. L'adolescence me semble être la période à laquelle la voix représente le mieux la problématique de l'image du corps. Elle vient signifier et mettre en avant les éventuelles difficultés inhérentes à l'identité, bousculée par des changements corporels et psychiques.

3.1.3 L'engagement corporel du psychomotricien

Le décret d'actes fixe les règles et délimite le champ d'action du professionnel de santé. Les recommandations homogénéisent les pratiques. Mais la voix et son utilisation restent dans le domaine du privé et de l'intime. C'est au psychomotricien qu'il revient de faire usage de la façon qu'il juge la mieux appropriée selon les situations, le contexte ou la population concernée. Si l'on considère la voix comme une production sonorisée sous tendue par sa respiration comme je l'ai exposé auparavant, la voix est aussi bien plus que cela. Elle pourrait représenter pour le professionnel une chance d'assumer et d'exprimer sa singularité tant sur le plan personnel que professionnel elle aurait donc un rôle à jouer dans l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique.

Articuler son identité subjective et son identité professionnelle : le cadre

Une première difficulté pour le psychomotricien dans son exercice professionnel : celle de travailler avec et par le corps, d'engager sa subjectivité et sa corporalité.

Il faut donc distinguer l'identité subjective et l'identité professionnelle : il n'y a pas deux corps mais un seul, dans des situations et contextes différents : l'un dans un cadre thérapeutique, l'autre dans un cadre privé personnel.

Tant qu'on considère le corps d'un point de vue global on ne peut donc pas dire que l'usage du verbe et de la parole soit désincarné et que l'engagement corporel soit réservé au seul psychomotricien. Cependant, le psychomotricien travaille avec cet engagement du corps dans la relation, cela fait partie de ses spécificités et de ses champs de compétences fixés par décret. L'exercice n'est pas simple, il s'agit pour lui de faire preuve d'un savoir être, de pouvoir être garant de ce cadre thérapeutique, de délimiter son champ d'action qui s'inscrit dans ce cadre

implicite créé par la demande de soin et de l'expliciter et le délimiter par la formulation des règles qui en découlent. Il devra donc être attentif à sa posture professionnelle et son engagement corporel et savoir les différencier du cadre privé.

La voix comporte cette particularité d'appartenir à la fois à la sphère privée et professionnelle. S'il est toujours possible de contrôler, maîtriser ses mouvements, son positionnement, sa façon d'entrer en contact, cela me semble beaucoup plus difficile et délicat pour la voix, pour les raisons évoquées précédemment (elle porte notre subjectivité, elle transmet nos affects et émotions). La contrôler pourrait atténuer sa spontanéité. Il paraît évident de se rendre compte qu'on ne s'adresse pas à un enfant comme on s'adresserait à un adulte ou une personne âgée, nous n'utiliserions pas les mêmes mots, le même langage. Nous adaptons aussi notre prosodie, le volume, le débit.

Sommes-nous pour autant conscients de notre voix de son rythme et de sa musicalité, de ces effets lors des séances de psychomotricité dans les jeux libres, dans des moments hors bilan ou évaluations ou lorsque l'on reste focalisé sur tout autre chose ? Est-il toujours possible en situation de la réguler ? La voix que nous utilisons dans la vie quotidienne peut-elle être la même que celle que nous utilisons lors d'un premier entretien, lorsqu'un patient se met à pleurer ? Ou qu'un enfant n'a qu'une envie : celle de jeter tout ce qui se trouve à sa portée dans la salle de psychomotricité ? Comment est-il possible de maîtriser la voix sans la rendre artificielle et en préserver son authenticité ?

L'identité professionnelle du psychomotricien, l'engagement corporel par la voix

Les pompiers, les gendarmes ou autre corps de métiers portant l'uniforme sont facilement identifiables. Quiconque est concerné par la peur du gendarme sait bien à quel point la seule vue d'un képi peut provoquer chez lui une soudaine activation de son système neurovégétatif, signe que l'uniforme désigne la personne dans sa fonction sans que l'on ait besoin de se poser la question. À l'exception des lieux d'exercices ou institutions où l'on doit porter la blouse comme à l'hôpital par exemple, le psychomotricien ne peut compter que sur son propre corps pour entrer en relation et être identifié dans sa fonction. Et lorsqu'il la porte, le vêtement professionnel participe à montrer son appartenance au « groupe » de professionnels de santé mais il ne lui permet pas de se distinguer dans la spécificité de son métier lorsque ni la forme ni la couleur du vêtement ne peuvent apporter cette distinction. Parfois, la salle de psychomotricité pourra l'aider à poser le contexte mais lorsqu'il intervient sur différents lieux

de vie ou à domicile, cela devient plus difficile. Il lui faudra donc composer avec cela : savoir où il se situe vis-à-vis de son propre corps en situation professionnelle.

Ma formation pratique m'a aidée à ce travail de prise de conscience de cet engagement corporel. La formation « corporelle » dans laquelle je me suis engagée a provoqué un certain nombre de réaménagements. Il est parfois difficile de s'éloigner des pratiques sportives plus classiques qui nous poussent à utiliser notre corps comme une machine de performance. Mais m'engager activement dans cette formation pratique m'a permis d'accéder à un niveau de conscience corporelle qui m'a permis de mettre du sens sur ce « dialogue tonique et émotionnel », concept auparavant abstrait. Le travail sur la proprioception m'a permis de mieux m'ajuster en relation avec les patients.

Les outils du travail corporel

De la même manière que l'on ferait avec un piano : pouvoir explorer toutes les touches de la plus grave à la plus aiguë, les utiliser de façon la plus différenciée possible, afin de pouvoir jouer un morceau composé d'une grande variété de sons, nous pourrions considérer le travail corporel comme moyen de la mettre au service de la voix. De même manière le danseur travaille son corps de telle sorte qu'il pourra l'utiliser à son plein potentiel. Dans ce cas de notre pratique professionnelle, le travail corporel apporte cette conscience et cette éducation somatique nous permet d'une part de gagner en liberté de mouvement, en aisance, d'autre part de comprendre et percevoir ce qui peut constituer une contrainte ou une restriction, d'en prendre conscience chez soi et chez l'autre lorsque nous en prenons soin.

L'idée de travailler son engagement corporel est presque acquise pour ce qui concerne l'utilisation du corps instrument en mouvement. Cela est moins naturel ou automatique en ce qui concerne la voix. Nous pouvons avoir conscience des effets de notre voix, de la nécessité de la poser et la moduler (le rythme, le débit). La préparer, un peu à la manière de l'acteur ou du musicien qui s'échauffe avant sa performance n'est pas systématique.

Pourtant, avoir conscience de l'utilisation de sa voix ancrée et reliée à la respiration dans le cadre thérapeutique peut être une aide précieuse. D'abord parce qu'en la travaillant il pourra en jouer, la moduler, la travailler, l'économiser et ne pas la forcer. Ensuite parce qu'en en prenant conscience, de ses limites, de son impact, elle peut nous permettre de percevoir nos propres états internes et les mettre en perspective avec ce qui se joue dans la séance. Il serait difficile d'imaginer se focaliser sur sa voix en permanence lors des séances sans risquer de s'absenter

de ce qui se joue au présent. Néanmoins il serait toujours possible de s'y préparer en amont et de pouvoir en garder une trace au même titre qu'on garde trace de nos observations cliniques en prenant des notes. Cela demanderait un entraînement mais également de pouvoir prendre contact avec soi.

Au cours de mes stages, j'ai eu l'opportunité de me former sur la pratique des bilans psychomoteurs. C'est au cours de ces bilans que j'ai pu travailler mon implication corporelle par la voix.

Aussi, prendre en compte la voix des enfants rencontrés lors des consultations m'a permis d'accéder à des informations qualitatives sur leurs difficultés relationnelles

3.2 La pratique du bilan psychomoteur

3.2.1 La voix comme outil d'évaluation

Qu'est-ce qu'un bilan : objectifs poursuivis

Catherine Potel énonce qu'il y a deux façons de percevoir un bilan psychomoteur : comme « *une objectivation et une quantification des réponses psychomotrices, au moyen de tests dont les grilles de résultats sont de plus en plus finement codifiées et chiffrées* » ou comme « *méthode d'observation, au moyen de consignes, de situations, de tests, qui permettent aussi d'évaluer les difficultés d'un patient et de donner des repères pour un travail ultérieur.* » ou « *les conclusions sont tirées à partir d'une synthèse des résultats obtenus et croisés avec les comportements observés, pour rendre compte d'une vision globale de la personnalité du sujet, en envisageant le symptôme non plus seulement dans sa valeur négative, mais aussi dans sa valeur significative d'un fonctionnement singulier.* » (Potel Baranes, 2019, p. 237)

C'est dans cette deuxième perspective que la voix écoutée peut être considérée comme un outil. Se placer dans cette optique, d'utiliser la voix comme indice, c'est avoir conscience que la voix peut en dire beaucoup sur le fonctionnement de la personne. Sa prise en compte chez le patient pourrait même apporter un certain relief à ce qui aura pu être objectivé par les différents test et autres épreuves qui quantifient et objectivent les éventuels retards de développement. Ainsi, elle peut fournir des informations qualitatives non négligeables. Serge Ionescu a toujours « *été attentif, sensible [...] aux indices diagnostiques fournis par la voix tout comme à l'utilisation de la voix comme outil thérapeutique ou comme source d'indices*

d'évolution en thérapie. » (Ionescu, 2005, p. 231). Pour Prat, c'est un « *outil clinique de premier plan* » car c'est par ce média que circulent les informations émotionnelles. (Prat, 2013, p. 36) La voix révèle ce monde intérieur qu'il serait difficile de cacher. Partant de ce constat, une hypothèse : l'inhibition de la voix ou le silence pourraient-ils traduire ce « risque » que représente le fait de porter sa voix et cette volonté de ne rien laisser transparaître de notre intériorité ? Se pourrait-il que des enveloppes fragiles et un « moi peau » défaillant se révèle dans l'impossibilité du patient à porter sa voix au dehors ?

Porter l'attention sur les manifestations vocales a pu ramener des éléments cliniques et apporter des éléments de compréhension qualitativement différents de ceux obtenus par les épreuves de bilan par exemple. Cela a notamment permis d'élaborer des hypothèses explicatives quant à la dynamique psychomotrice de certains enfants.

Comment peut-on prendre en considération la voix dans le bilan psychomoteur ?

Dans une perspective psychomotrice, étudier la voix ne pourrait pas se résumer à une simple analyse du spectre, du rythme ou de la musicalité en termes techniques.

Il est possible de percevoir des postures qui révèlent des tempéraments, une personnalité ou un état psychique transitoire, une dynamique (d'ouverture ou de fermeture par exemple) dans notre manière de marcher, de nous tenir. Il est possible de se rendre compte des états affectifs de quelqu'un dans une poignée de mains, dans sa façon d'entrer dans la salle et de quitter la salle d'attente. En revanche il serait inapproprié de fournir des explications hâtives en d'en faire des vérités qui ne relèveraient que de notre perception qui reste subjective. Il serait autant inapproprié d'en faire un « décodage ».

Nous ne pouvons donc affirmer avec certitude que la voix correspond à tel ou tel état, que cela équivaut à tel ou tel problème. Ainsi, à l'exception des troubles neurologiques qui ont un impact sur le langage articulé et qui est un signe clinique quasi évident, ces éléments vocaux ne peuvent peut-être pas être identifiés comme la cause d'une potentielle pathologie à coup sûr. Ils pourraient en revanche : marquer la possibilité que la personne peut avoir ou non de s'engager dans la relation, fournir des informations sur son fonctionnement et ses capacités d'élaboration : inhibition, agitation. Néanmoins, parce que certaines voix dans leur dynamique marquent l'intentionnalité du sujet d'agir ou non sur autrui, son besoin d'insister ou d'appeler à l'aide, il est possible d'étayer des observations cliniques sur des éléments objectivables.

Ces éléments objectifs peuvent se retrouver dans la posture et la mécanique vocale notamment dans les mouvements de certains segments de la colonne vertébrale.

Aucune épreuve du bilan psychomoteur ne permet d'objectiver l'étude plus spécifique de la voix ni d'en faire une évaluation précise. En revanche, elle s'inscrit et s'ancre dans le corps, elle est produite par une mécanique musculaire ventilatoire et respiratoire impliquant le tonus et la posture qui sont des domaines explorés en psychomotricité. Elle peut traduire au moins en partie ce qui peut se jouer et être d'une aide précieuse dans la pratique du bilan psychomoteur.

3.2.2 Elle nous donne des indices sur les troubles ou pathologies

Le bilan psychomoteur de Maxime

Je rencontre Maxime à l'occasion d'un bilan psychomoteur réalisé en consultation de pédopsychiatrie. Il est adressé par la psychologue scolaire de l'école qui cherche à l'aider à surmonter des difficultés relationnelles et une agitation qui parasite les apprentissages. Au cours de ce bilan, je n'ai relevé aucun signe d'impulsivité ou d'agitation bruyante. Il fait preuve d'une bonne attention lorsque nous lui expliquons les consignes. En apparence, Maxime semble très à l'aise. Il ne laisse pour le moment rien transparaître d'une quelconque fragilité. C'est au cours de l'évaluation du tonus que je commencerais à percevoir son insécurité dans la relation à l'autre et notamment dans le toucher puisque les mobilisations passives ont démontré un tonus de fond très rigide. Le décalage entre ce que M. donne à voir extérieurement et ce qu'il semble vivre et éprouver intérieurement semble être grand. Me concentrer sur l'étude de sa voix m'a aidé à accéder à une nouvelle compréhension. Dans l'étude des liens entre posture et voix, reprenant ce qu'il a pu dire et surtout comment, j'ai fait l'hypothèse que M. était figé dans un fonctionnement projectif, et que sa voix lui permettait d'expulser au dehors toute son intériorité mais sans aucune valeur expressive. Il m'a semblé que lorsqu'il parlait, il perdait le contact avec lui-même. J'ai également fait l'hypothèse que projeter sa voix lui permettait de s'envelopper d'un bain sonore sécurisant.

La voix ne se projette pas au sens où on le ferait avec un objet mais se produit dans et par le corps avec une certaine implication, une conviction plus ou moins perceptible par autrui. Cette énergie de conviction, l'intentionnalité de la personne engagée dans une acte vocal pourrait même se retrouver et se mesurer dans la posture et les états toniques au moment de l'acte vocal. (Le Huche & Allali, 2012).

Dans le cas de Maxime c'est bien cette projection qui m'a interpellée. Il a accompagné toutes les épreuves de bilan de commentaires qui ont laissé transparaître une apparente volonté de dialoguer. Sans aucun recul, tous ces mots et ces phrases prononcées auraient pu être le signe d'une aisance dans sa relation à l'adulte.

L'étude plus fine de la posture et du regard de l'enfant ont apporté un éclairage différent. On distingue différents types de voix selon l'intentionnalité du sujet : la voix implicatrice signifierait l'intention d'agir sur autrui alors que la voix simple serait une voix pour nous même qui ne dépendrait pas de la présence de l'autre. Une voix d'appel ou d'insistance serait visible corporellement par des mouvements du rachis et notamment de flexion du haut de la colonne vertébrale. Dans ce cas, aucun élément ni mouvement de la posture ne m'ont permis de percevoir son intention d'entrer en relation avec nous. Cette absence de modification de sa posture, et la prise en considération de sa voix m'ont amenée à me focaliser sur sa façon de se tenir debout, son axe, sa verticalité. Cela m'a donné des indices sur son tonus que j'ai perçu comme non ajusté. A ce moment, je n'ai appuyé mes interprétations que sur ces signes extérieurement visibles, sans passer par le toucher.

J'ai fait l'hypothèse que cette parole projetée à l'extérieur, pouvait révéler sa dynamique psychomotrice et communiquer des informations sur la qualité de relation à l'autre. Albert Ciccone énonce que la parole « *peut construire des pensées, transmettre des pensées ; elle peut tout aussi bien n'être qu'un acte visant à évacuer des non-pensées, à se débarrasser d'un embarras* » (Girardier, 2016).

La première hypothèse que j'ai faite concernant Maxime, était que projeter sa voix à l'extérieur pouvait démontrer une certaine incapacité à maintenir un dialogue interne, des pensées « pour lui », comme un fonctionnement projectif extériorisé ou une sorte d'incapacité à contenir sa pensée. Une autre hypothèse : celle que ces phrases « toutes faites » étaient plutôt des phrases entendues, plaquées à la situation. Il a pu notamment dire « *je suis nul en écriture* », « *quand ça va vite j'ai du mal à me concentrer* ». Dans cette hypothèse, ces commentaires serviraient plutôt à se décrire « de l'extérieur » plutôt qu'à dire qui il est. Le « je » utilisé ici ne témoignerait pas de son expressivité réelle. Je n'ai pas perçu d'affects dans sa voix. Seuls les mots ont traduit quelque chose de négatif. Il n'a rien exprimé corporellement. Sa voix était sans rapport avec l'émotion exprimée (du point de vue de sa musicalité) et le corps n'a rien montré non plus.

Une autre hypothèse : celle que le son extériorisé par sa voix pourrait venir combler le vide, l'envelopper de ce bain sonore qui pourrait lui apporter de la sécurité. Peut-être le silence induit par l'observation et la situation de bilan a été anxiogène. En intervenant, verbalement peut-être a-t-il pu combler ce vide ?

La Voix dans la symptomatologie autistique

Tina a quatre ans. Elle est adressée en pédopsychiatrie par la PMI. C'est l'enseignante qui a perçu ses difficultés de cette enfant qui semble avoir un retard de langage, elle ne comprend pas les consignes, au point qu'il est difficile de l'évaluer dans ses apprentissages. Lorsque nous l'accueillons à l'occasion de la première séance de bilan, elle dessine dans la salle d'attente. Nous lui disons bonjour. Elle ne semble pas réagir. Après plusieurs répétitions de notre invitation à entrer dans la salle, Tina finit par laisser son dessin et venir avec nous. Nous tentons d'entrer en communication avec Tina. Elle répète nos phrases de façon quasi systématique. Sa voix est haute et toujours la même. Au fur et à mesure de la séance, les écholalies seront plus ou moins présentes et fluctuantes. Nous avons le sentiment qu'elle utilise les objets et différents jeux mis à disposition de façon très fonctionnelle, il n'y a pas de jeu de faire semblant. Tout dans son comportement exprime de la rigidité : dans sa motricité qui n'est pas fluide et « robotique », dans ses répétitions écholaliques qui traduisent une absence dans la relation à l'autre. Au cours d'une deuxième séance, alors que nous sortons la pâte à modeler, son regard change brièvement de qualité, et sa voix laisse transparaître une expressivité fragile, certes mais qui la rend quelques instants présente. Puis ce bref moment s'est estompé et son comportement redevient rigide et marqué par une expressivité de la voix très pauvre.

Les enfants aux symptomatologies autistiques présentent des caractéristiques vocales particulières qui peuvent s'expliquer par une sensorialité particulière du fait de cette pathologie. Ils peuvent être « *doublement embarrassés dans l'utilisation et la production de leur voix, parce qu'ils peuvent être occupés à utiliser l'organe phonatoire à des fins sensorielles et proprioceptives, pour s'autostimuler* » (Tessarech, 2013, p.95). Lorsqu'ils peuvent avoir accès au langage verbal, il y a très souvent une « *dichotomie quasiment systématique entre le verbal et les informations apportées par la voix* » (Tessarech, 2013b, p. 97), une intonation qui ne correspond pas à ce qui est dit ou qui est absente, ou à l'inverse une intonation tellement prédominante qu'elle a pour effet de parasiter le message verbal.

Nathalie Pichon souligne ce qui peut se percevoir dans la voix concernant les problématiques des patients et les éventuels clivages : « *L'examen psychomoteur de « l'être en voix » du sujet nous donne un aperçu de son image du corps et, en particulier, des clivages qui y résident et de l'état des enveloppes psychocorporelles. Cette écoute est d'autant plus importante lorsque le langage ou la voix sont entravés par des mécanismes autistiques mais aussi par d'autres fonctionnements vocaux pathologiques tels que le mutisme non autistique* » (Pichon, 2018, p. 202-203).

Dans le cas de Tina, c'est à travers la musicalité de la voix que nous avons pu nous faire une idée de la qualité de présence à l'autre. Lors des brefs moments où sa prosodie a changé, les écholalies ont disparu son regard était différent. Dans d'autres moments, elle a fait preuve d'une rigidité qui a démontré des jeux très fonctionnels, avec peu de faire semblant, une absence de symbolisme. Ses paroles ont été écholaliques, très « plaquées ».

Porter attention à la musicalité de notre voix pourrait donc apporter une flexibilité, du mouvement : « là où la rigidité et la fixité tendent à geler le langage [...]. Sans pour autant brusquer les défenses et risquer de déborder le patient. Il doit trouver, dans le jeu de sa musique vocale, les modulations qui permettent, au moment opportun, de contenir, d'individuer, de soutenir, d'animer et de limiter ». (Pichon, 2018, p. 203)

Psychopathologie et voix

Selon Marie France Castarède, la pathologie mentale pourrait s'exprimer au travers des désordres de la voix, parce qu'elle véhicule l'expression profonde de la personne (Castarède, 2017). Parmi les critères du DSM qui caractérisent les pathologies psychiatriques, certaines sont directement liées à la voix, comme l'aprosodie. D'autres signes comme l'anhédonie, l'amimie, peuvent également lui être reliés. Écouter le discours d'un patient, en même temps qu'écouter sa voix pourrait peut-être permettre de relever des informations qualitativement différentes, venant compléter et mettre en relief ce que l'on peut d'ordinaire remarquer au travers des comportements observables. L'intensité de l'humeur triste de la personne qui traverse un épisode dépressif, le manque d'expressivité dans la voix de la personne souffrant de troubles schizophréniques, la dissonance, le rythme ou le débit verbal de la personne ayant des troubles de l'humeur, l'inhibition, l'impulsivité présentes dans certains troubles, sont des éléments que seule une écoute attentive peut déceler.

Au-delà des mots, la voix du psychomotricien amène ce que l'écrit ne retranscrit pas.

L'expression populaire dit : « Les paroles s'envolent et les écrits restent ». C'est justement parce l'écrit, et chacun des mots utilisés peuvent avoir un impact que la voix peut devenir essentielle. Il peut être difficile de se rendre compte des effets que peuvent avoir certaines formules. Les terminologies, le vocabulaire utilisé dans des bilans et synthèses écrites peuvent avoir un effet sidérant, notamment à l'annonce d'un diagnostic. Dans ce cadre-là le rôle de la voix est important. Elle viendrait apporter une modulation, ce que l'écrit ne peut pas faire. Si les mots peuvent rester, pouvoir doubler par la voix la transmission d'une information

déjà écrite pourrait peut-être nuancer, insister et accompagner la transmission de ces informations par un regard contenant, réassurant qui peut faire du lien.

Percevoir ce qui peut se dire en retour peut également communiquer des informations sur la façon dont le message écrit aura été perçu : dans les éventuels silences, dans les indices émotionnels portés par la voix, peut être pourrait-on par ce biais soigner l'alliance thérapeutique.

3.3 La relation psychomotrice : créer une partition à plusieurs voix

3.3.2 Soutenir les liens parents-enfants par la voix

Nous avons appris dans une précédente partie que la voix servait le développement psychomoteur de l'individu et quelle place elle tenait au sein des interactions précoces. Nous savons que la voix permet au bébé puis à l'enfant d'entrer dans l'intersubjectivité, d'être en relation avec l'autre et nous savons toute l'importance que cela peut avoir pour son bon développement. J'ai eu l'opportunité de rencontrer des parents et familles fragilisées par la naissance prématurée de leurs enfants. J'ai choisi de rapporter deux de ces rencontres avec des parents et leurs bébés au cours desquelles la voix a été très importante dans le travail de soutien à la parentalité.

Soins « à quatre mains »

J'ai rencontré Monsieur et madame L en service de néonatalogie. Ils sont parents d'un bébé prématuré de 29 semaines. Encore très marqués par cette naissance extraordinaire à laquelle ils ne s'attendaient pas, ils peinent à trouver leur place. Ils sont très présents auprès de leur bébé mais les appareils permettant de contrôler la fréquence cardiaque et respiratoire, ainsi que le berceau encombré complique le contact avec leur bébé. Le « peau à peau » est proposé très souvent, mais jusque-là, ils ne peuvent qu'alterner et se partager le temps et l'espace restreint pour approcher et toucher leur bébé. Nous profitons donc d'un soin pour leur offrir la possibilité de tenir leur enfant à « quatre mains ». Le manque de tonus et les postures imposées par les soins immobilisent souvent les bébés prématurés dans une posture « grenouille », à plat dos, nécessaire pour certains soins mais potentiellement délétère pour le développement psychomoteur. De nombreuses études ont démontré que travailler en prévention pour mobiliser les bébés et les installer dans des postures plus adaptées était bénéfique pour leur développement ultérieur. On leur proposera donc dans le cadre des soins psychomoteurs de douces mobilisations, se rapprochant de ce qu'il aurait dû vivre in utero et un toucher

contenant. Pour cette première intervention, madame et monsieur tentent timidement de le tenir, l'appareil se met à sonner, monsieur est rapidement diverti par tout ce qui se passe autour. Ce soin sera proposé à plusieurs reprises. Au fil des interventions et grâce au soutien de la professionnelle, j'observerai une qualité de présence complètement différente. Alors que les premiers contacts ont souvent généré la hausse de la fréquence cardiaque ou des désaturations d'oxygène, plus les parents ont réussi à se poser, plus leur voix se sont révélées authentiques, plus la crainte d'être observés par les professionnels s'est estompée et moins les appareils ont sonné.

Il est difficile de dire ce qui aura permis que les constantes se stabilisent : est-ce la voix ? le tonus des parents était-il mieux ajusté ? Tout cela me paraît difficilement objectivable. Reste cependant cette impression d'accordage et d'ajustement qui s'est retrouvé dans la stabilisation de la fréquence cardiaque et respiratoire presque simultanément.

Alors que dans les premiers temps, les soins se faisaient en silence ou dans les seuls bruits des appareils médicaux, petit à petit, les voix des parents se sont fait entendre, et petit à petit le nouveau-né arrivé trop tôt a pu profiter de ces soins psychomoteurs précoces. Au travers du contact et de la voix, c'est la qualité de présence des parents qui s'est affirmée.

Tout le travail a consisté ici non pas à prodiguer des conseils ou à dire ce qu'il fallait faire en donnant des outils, mais à créer les conditions favorisant leur investissement. Les soins psychomoteurs ont consisté à soutenir ces parents pour qu'ils s'investissent, prennent confiance et accèdent à la possibilité de se sentir compétents malgré ce que la situation de prématurité avait pu induire. Ce soutien est passé par nos voix que nous avons posées, par nécessité. Le soin psychomoteur s'est fait au travers de la présence physique, par le contact, le toucher mais aussi par la création de cette enveloppe sonore calmante et stabilisante. Les voix sont venues contraster l'environnement bruyant des appareils médicaux. Indirectement, en nous adressant aux parents, nous avons pu intervenir aussi auprès des enfants et participer à soigner les premières interactions précaires entre les parents et leur nouveau-né.

Quand la voix ne sort plus

Je rencontre pour la première fois les parents de jeunes jumeaux prématurés nés il y a quelques jours. Ils ne semblent plus savoir où donner de la tête. Sur le tableau ils ont pris soin de noter leur jour de présence à communiquer aux soignants, ils peinent à trouver des solutions pour faire garder l'ainée. Dès notre arrivée je suis frappée par leur visage et le regard accrocheur qu'ils nous adressent. Ils parlent à n'en plus finir, se coupent mutuellement la

parole, reprennent ce que disent l'un et l'autre. J'assiste à cette première prise de contact entre le couple de jeunes parents et la professionnelle.

Nous apprenons que c'est à la suite d'une visite mensuelle de contrôle que l'accouchement s'est déclenché de façon inopinée. Ils expliquent que tout s'est déroulé très vite, qu'ils ne s'y attendaient pas et que « rien n'est pareil ». Les garçons se portent bien, ils ont compris qu'ils étaient fragiles mais se réjouissent qu'ils soient stabilisés et peu dépendants des aides techniques, ce qui leur permet de faire quelques soins et les toucher. Les regards qu'ils adressent me donnent à la fois l'impression de suivre une balle lors d'une partie de ping pong : vifs, et « papillonnants », leurs yeux lorsqu'ils se posent vers nous ne me donne pas d'autre choix que d'être là. Ils ont vraisemblablement besoin de nous raconter comment cela s'est passé, s'accrochent à nos yeux. Ils racontent combien ils ont été surpris que tout aille si vite et combien le décalage est grand entre ce qu'ils s'attendaient à vivre et ce qui s'est déroulé « pour de vrai ». La surprise était grande, ils ne peuvent s'empêcher et s'excuseraient presque de comparer ces deux jumeaux à leur grande sœur aînée et au vécu de sa naissance il y a cinq ans. Ils disent éprouver un sentiment étrange de décalage, la prématurité, la césarienne que la mère nomme « opération » : « finalement on n'était pas préparés à cela ».

Deuxième visite cette fois-ci l'atmosphère est bien différente. Le regard de la mère a changé. Nous apprenons quelques jours auparavant que les garçons peinent à reprendre du poids, qu'ils sont faibles et se remettent avec difficulté de leur arrivée impromptue. Ils ne geignent pas, se font discrets et n'ont selon les soignants « pas encore donné de la voix », ils sont plutôt « faibles mais ne vont pas si mal ». La mère des garçons montre de plus en plus de réticences à ce que les soignants entrent dans la chambre. Elle semble mal à l'aise à notre présence, elle a les yeux rivés sur le monitoring, sursaute à la moindre alerte des appareils mesurant les constantes des bébés. Elle nous parle peu et à voix basse. Les regards surpris ont disparu, il me semble voir de la détresse et de la frustration dans leur regard. C'est au moment du change, elle s'adresse à l'un de ces garçons, le plus faible des deux en prononçant d'une voix à peine audible : « allez s'il te plaît ouvre les yeux maintenant, je n'ai pas vu tes yeux ». La professionnelle explique à cette mère que s'il ne peut pas la voir, il peut la sentir et la reconnaître grâce à sa voix qu'il connaît déjà puisqu'il l'a entendue in utero. Elle perd soudainement sa voix, semble stupéfaite elle-même de ne pas pouvoir sortir un seul son. Il n'y a pas de larmes, peu d'expression faciales juste l'impression d'un arrêt sur image. Au fil de nos visites, la logorrhée du premier jour s'est tarie.

Lors d'une dernière visite, nous lui proposerons un suivi pour le développement, nous lui indiquons les personnes ressources sur qui elle peut compter à l'hôpital, elle nous indiquera qu'elle avait déjà un suivi avec une personne en qui elle a confiance, que pour elle c'était préférable et nous fait comprendre qu'il serait inutile d'insister. A plusieurs reprises, nous croiserons cette mère dans les couloirs, sans un mot, la tête baissée, le souffle coupé, le pas rapide et le regard méfiant.

Face à la réaction de cette mère et à sa difficulté à porter sa voix. Je me suis questionnée. Cette naissance aurait-elle pu constituer un trauma pour elle au point de la sidérer et ne plus lui permettre de « sortir sa voix » ? Je me suis demandé si le fait qu'elle ne puisse parler pouvait

être relié aux conditions de naissance. La non-préparation, la rapidité avec laquelle les enfants ont dû naître et l'accouchement par césarienne auraient-ils pu fragiliser la mère au point de ne plus lui permettre de sortir aucun son ? Elle a pu dire qu'elle était marquée par cette accouchement par césarienne qui l'avait rendue passive.

« Un traumatisme peut couper le circuit du processus vocal et bouleverser la frontière entre dedans et dehors. La production de sons est un acte de confiance : il faut ouvrir son corps pour permettre l'inspiration et l'expiration de l'air. Pour une personne traumatisée, ces ouvertures sont trop risquées. Psychothérapeutes et phoniatries travaillent souvent la « voix écrasée » pour résoudre les problèmes psychologiques et les traumatismes psychiques les plus profonds » (Karpf, 2008, p. 216). J'ai fait l'hypothèse que cela avait pu l'atteindre dans son image du corps, dans sa façon d'habiter subjectivement sa voix. Forcer la voix, la pousser à parler pourrait même la fragiliser encore plus.

Bydlowski parle de la « *transparence psychique* » et de la vulnérabilité des mères au cours de la grossesse. Dans cette expérience, la maturation psychique de la grossesse a été brusquement interrompue. Les parents ont été tous les deux confrontés plus tôt que prévu à la rencontre avec deux enfants réels. La mère a pu être fragilisée par cette naissance à laquelle elle n'a pas été préparée. D'autre part, les parents n'ont pas pu entendre la voix de leurs bébés. Leur faiblesse générale et leur état de fatigue ne leur permettait pas non plus d'ouvrir les yeux. Ni les voix des enfants et de leurs parents, ni les regards n'ont pu se croiser. Les liens seront peut-être plus difficiles à tisser.

Pour cela le soin psychomoteur peut venir en soutien : en permettant aux parents de passer par du toucher et pallier l'absence de regard de leurs nouveaux nés encore trop faibles pour ouvrir les yeux. En offrant de la contenance à la mère, en trouvant des moyens pour qu'elle se sente reconnue, compétente, peut-être en venant mettre des mots sur ce qui se passe, alors qu'elle ne pouvait pas le faire.

Vignette : Contenir et sécuriser lien regard et voix

Madame N. a rdv avec Simon à l'occasion de son suivi postnatal. Simon est un grand prématuré, il a défié tous les pronostics. Son faible poids de naissance le destinait à un avenir plus qu'incertain, avec de grands risques de troubles consécutifs à cette arrivée beaucoup trop précoce : une assistance respiratoire, des grandes difficultés sur le plan digestif... Il a un mois d'âge corrigé ce jour de la consultation. Il semble en bonne santé, sa prise de poids montre qu'il profite de l'alimentation, son développement psychomoteur est bon. Il ne présente pas de retard. Son état de santé rassure les professionnels de santé, épatés par ce rétablissement assez

spectaculaire. En revanche, sa mère est très affaiblie, complètement affaissée. Elle s'appuie sur la table de consultation et tient à bout de bras son bébé. Il doit avoir un vaccin. Nous expliquons à la mère qu'elle peut s'asseoir. Code rouge ce jour-là, tous les soignants, sont débordés. Nous tentons d'expliquer à cette mère qu'il y aura un peu de retard avec beaucoup de difficultés puisqu'elle ne parle pas le français ni le comprend. Elle semble complètement sidérée et il est impossible d'avoir un feedback. Il n'y a aucune expression émotionnelle sur son visage, ses yeux sont fixes, elle s'effondre corporellement mais peut être aussi sur le plan psychique. Son histoire de vie est marquée par les traumatismes, la fuite de son pays d'origine... Je ne sens rien d'autre que son état de fatigue. Alors que la psychomotricienne part chercher quelqu'un de disponible, je me retrouve quelques instants face à elle. Impuissante, je tente de combler le vide et de lui parler mais rien n'a l'air de fonctionner. Elle tient son bébé du bout des doigts, sur la table de consultation et je vois qu'elle tombe littéralement de sommeil. Je décide donc de me rapprocher de la table, paniquée à l'idée qu'elle le fasse tomber. Elle semble tellement vulnérable qu'il me semblait à ce moment inadapté de la tenir ou établir un contact physique ni avec elle, ni avec son bébé. Je me contente donc de prendre une grande respiration et de fredonner un air (le même que celui que l'on peut faire dans un moment de gêne, lorsque le vide et le silence nous incommodent). A ma grande surprise, elle réouvre les yeux, et m'adresse un regard d'une qualité complètement différente. Elle me semble beaucoup plus posée. Peut-être la petite musique improvisée l'a apaisée.

J'ai tiré une conviction de cette expérience : celle qu'il y a des situations dans lesquelles les mots et le langage ne peuvent rien. Il m'a fallu trouver une façon d'être qui ce jour-là puisse apporter du réconfort, un soutien dont il y avait besoin. J'ai dû me positionner de façon à me rendre disponible.

Alors que la voix peut par moment ne pas sortir, je me suis rendu compte qu'elle pouvait être un moyen d'externalisation, d'expression d'une tension interne.

En tant que projection, et afin qu'elle ne reste pas une décharge motrice simple, s'ancrer à sa respiration et réguler cette production vocale permettrait d'en réduire ses potentiels effets délétères (voix inquiétante, angoissante).

Il ne serait très probablement pas toujours possible d'intervenir consciemment en permanence sur cette régulation. Toutefois, lorsque le contact ne peut pas s'établir par le toucher, peut-être nous restera-t-il toujours la voix, ce bain sonore qui peut apporter de la réassurance.

Nathalie Pichon a souligné cette importance des ajustements vocaux par la voix. Pour elle, la fonction tonique a un rôle organisateur qui s'exprime au travers du rythme, de l'intensité et de l'intonation de la voix (Pichon, 2018). Elle peut notamment jouer différents rôles qui vont participer à créer et maintenir le cadre. La grosse voix ferme et sèche vient parfois « gronder et limiter ». Elle peut être un outil de « pare-excitation ». A d'autres moments, parce qu'elle est

utilisée en conscience, elle peut être modulée et filtrée pour ne laisser que certains sons. Elle participe au processus d'individuation en renvoyant cette « image sonore du soi » et participer à l'émergence de cette identité subjective. Elle peut également renvoyer une « *sonorité détoxifiée à l'enfant [...] Une voix chantante vivifie, érige et fait tenir [...] Une voix douce vient calmer, apaiser et entourer. C'est un vrai bain sonore* ».

Il est toutefois nécessaire qu'elle s'inscrive dans un rythme que les silences en alternance avec la voix viendront créer. « *Elle doit aussi par moments se taire et, dans le silence, donner une pause et laisser place à la parole de l'autre. Aussi entravée soit-elle.* » (Pichon, 2018, p.201). C'est par cet usage de la voix prenant en compte la présence de l'autre, s'ajustant, se modulant et s'accordant, qu'elle pourra offrir au patient la possibilité de se percevoir comme sujet dans la relation à l'autre, digne d'être écouté, capable de s'exprimer.

Bernard Golse souligne que dans cette période précoce de la première enfance, le travail avec la voix et la modalité auditive est très pertinente : les nouveaux nés et jeunes enfants sont très sensibles à la voix. Puis son importance décroît de plus en plus (2005).

J'ai réalisé mon stage long de dernière année en pédopsychiatrie, au sein d'un Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents.

Parce que c'était pour moi un point faible, j'ai travaillé mon « implication corporelle » et ai tenté d'utiliser ma voix en conscience comme un moyen d'entrer en relation.

A l'occasion de ce stage, j'ai rencontré des enfants pour lesquels la proximité physique, le rapport problématique au corps en relation était particulièrement saillant. Cette conscience de ce que la voix peut représenter à la fois pour le patient et pour le professionnel aura été très bénéfique, elle m'a aidé à me rapprocher au plus près de la problématique des enfants, elle a pu participer à créer un cadre contenant et m'a permis de m'engager activement et dans la relation thérapeutique.

3.3.3 Maxime

Je rencontre Maxime en consultation de pédopsychiatrie. Un bilan psychologique est en cours avec la psychologue scolaire, laquelle rapporte qu'il se montrerait très hermétique, et plus généralement avec les adultes qui ressentent à son contact une sorte de sentiment d'étrangeté difficile à expliquer. Maxime est scolarisé en classe de CE2.

J'apprends que Maxime et sa famille ont une histoire de vie marquée par l'exil, le déracinement, les séparations et de nombreux déménagements. Ils doivent vivre aujourd'hui dans un logement très exigu pour quatre personnes dont un bébé né durant le confinement.

Je rencontrerai Maxime à six reprises : un entretien, quatre séances de bilan ainsi qu'une séance pour la restitution du bilan à ses parents.

Maxime est assis près de sa mère lors du premier entretien. Il est attentif à ce qu'elle dit de lui et intervient à plusieurs reprises lorsqu'il n'est pas d'accord. Il ne peut toutefois pas donner son avis lorsqu'on lui demande ce qu'il aime, il dit tout et rien, « j'aime ou j'aime pas ».

Il semble plutôt à l'aise, seules quelques expressions faciales pourraient traduire une petite gêne en présence des trois adultes ce jour-là. Son regard est adressé et ajusté, ni fuyant ni figé. L'anamnèse rapporte une grossesse compliquée. Nous notons que les interactions précoces ont été difficiles.

Plusieurs choses me sautent aux yeux rapidement. Tout d'abord la posture de Maxime qui se tient en position assise très cambrée. D'emblée je perçois une hypertonie au niveau du tronc. Sa posture m'évoque tout de suite quelque chose de très figé, un peu comme s'il était resté bloqué dans la posture du nouveau-né qui se tend en arrière lorsqu'il pleure. Ensuite je suis assez stupéfaite de la capacité qu'il peut avoir à remarquer des détails et petits objets. Il a pu par exemple à l'autre bout de la pièce remarquer une minuscule punaise. Il a non seulement un balayage visuel très efficace mais aussi est capable de discriminer cette toute petite punaise au milieu des centaines de traces de peintures achevées sur le tableau.

Le bilan montrera un narcissisme très fragile avec une pauvre image du corps et très peu d'expressivité sur le plan symbolique. Son dessin du bonhomme représente un petit personnage au buste figé, dont les membres sont reliés au corps mais « enfermés » par des encerclements qu'il dit être des vêtements. Les mains et pieds sont d'ailleurs enfermés par cet encerclement. Il ne dira rien sur ce bonhomme qu'il dessine très rapidement, sans aucun autre commentaire. Les différentes fonctions psychomotrices ont été évaluées, il a des fragilités sur le plan de l'écriture, ainsi que pour les coordinations motrices fines. En revanche, il a un excellent équilibre statique, les coordinations motrices générales sont plutôt bonnes. Maxime « donne le change » et parle beaucoup. Il commente toutes les épreuves du bilan, montre qu'il a compris et peut même par moment anticiper la question. Mais aucune agitation ne vient l'empêcher, il se montre très conformiste, fait preuve d'une bonne attention lorsque nous lui expliquons les consignes. En apparence, Maxime semble très à l'aise. Il ne laisse pour le moment rien transparaître d'une quelconque fragilité.

C'est sa façon « d'être en voix » qui m'ont mis sur la piste de difficultés relationnelles. Sa voix a révélé sa dynamique psychomotrice.

Le bilan psychomoteur que j'ai pu réaliser pour Maxime traduit une hypervigilance, un tonus de fond non ajusté. Des difficultés concernant l'expressivité. Son axe ne lui permet pas un regroupement ou un retour sur soi, Il y a peu de trace de son narcissisme, et reste figé dans une hypertonie défensive. Il se met à distance de l'autre. L'hypertonicité dans laquelle il se trouve peut évoquer une fragilité de l'enveloppe psychique, une insécurité interne que son tonus vient contenir. Ce « moi peau » probablement fragile, cette absence de contenance qui a pu le placer dans une rigidité corporelle archaïque qui le contient ne lui permet manifestement pas aujourd'hui d'être corporellement ajusté dans sa relation à l'autre. Il semble utiliser son corps plus qu'il ne l'habite. Si le refuge dans une verticalité et une axialité le « tient », cet axe semble trop rigide pour lui permettre d'accéder à ce retour sur soi, au regroupement qu'il ramène l'individu à un recentrement sécurisé. Dans ce qu'il a donné à voir au cours des séances de bilan, j'ai noté une image du corps pauvre. Il y a peu de trace de son narcissisme. Il parle beaucoup mais cette façon qu'il a de parler semble plutôt relié à ce besoin qu'il peut avoir d'une part d'extérioriser, de mettre au dehors ce qu'il ne peut contenir intérieurement, d'autre part de combler par la voix ce vide, en s'enveloppant de ce bain sonore qui vient masquer le silence. Sa voix ne semble pas porter sa subjectivité, ni exprimer les émotions qu'il connaît plus qu'il ne les vit ou les éprouve.

Parmi les pistes et axes de la prise en charge envisagés, il y a un travail autour de la voix : la mienne qui devra être ajustée, contenante et enveloppante, celle de Maxime, traduisant sa problématique et ses fragilités. Il s'agira alors de créer du lien par la voix, de tenter de favoriser un sentiment de sécurité qui doit lui permettre de ne plus craindre la relation à l'autre.

Travailler avec la modalité auditive

Un premier axe dans le soin pourrait être de retrouver un sentiment de sécurité par la création d'un « bain sonore » enveloppant.

Maxime a montré au cours du bilan psychomoteur une appétence pour tout ce qui pouvait être relié à la modalité auditive. Cette appétence a notamment permis à l'enfant de « lâcher » quelque peu cette posture et son attitude d'hypervigilance. Son regard maîtrisant a changé de qualité lorsqu'il a pu appréhender son environnement en utilisant des modalités sensorielles et notamment lorsqu'il a dû faire preuve d'attention auditive au cours du bilan. Il a relevé la musicalité des structures rythmiques entendues et qu'il a comparé à de la musique et qu'il a appréciée. Il a également dit aimer les livres, ce que nous avons également pu observer au cours

des séances, il a pu se saisir de ceux qu'il y avait à disposition dans la salle d'attente puis en salle de psychomotricité.

Utiliser la lecture à voix haute pourrait être une piste intéressante. Dans l'hypothèse où les phrases qu'il a pu prononcer seraient plutôt reliées à un besoin de s'envelopper par du sonore, lui raconter des histoires en faisant intervenir le livre comme objet médiateur lui permettrait de passer par cette modalité sensorielle auditive, et de travailler sur l'imaginaire. Lui faire la lecture d'une voix travaillée et en conscience pourrait lui être agréable et bénéfique, pour le rythme, les émotions que la voix peut porter. La relation médiatisée par un livre peut détourner le regard et être plus rassurante. Ce moyen permettrait également de travailler les émotions, en jouant avec la musicalité de la voix, accentuant la prosodie, accompagnée des expressions faciales, en y mettant des mots.

Une autre piste envisagée : utiliser la musique, reproduire des rythmes (avec des instruments d'abord ou son corps ensuite) et vocaliser.

Les vocalises et sons pour les sensations proprioceptives procurées et pour toutes les raisons qu'on a pu évoquer (cf. Partie 2, p.30 à 39) pourraient favoriser une meilleure appréhension des limites, du dedans et du dehors. Les vibrations que cela génère, peuvent permettre la perception de cette intériorité. D'autre part la qualité de la voix étant étroitement reliée à la boucle audio phonatoire, ce travail permettrait de le relier à lui-même en prêtant attention aux sons qu'il peut lui-même produire. Dans ce cadre, ce travail ne viserait pas de simples stimulations sensorielles mais seraient « transformées », pour devenir un moyen par lequel Maxime pourrait retrouver des vécus corporels archaïques lui permettant de retrouver une sécurité interne dont il manque aujourd'hui.

Permettre l'émergence de son expressivité : le travail de la respiration.

Nathalie Pichon précise lorsqu'elle parle de la voix dans le cadre des séances de psychomotricité que *“La voix trouve son essence dans le souffle qui, dans le jeu du fonctionnement musculaire et de la posture du corps, doit trouver un équilibre pour donner à l'émission vocale un support stable mais non rigide.”* (Pichon, 2018, p. 196)

Parce que la respiration émerge du dedans et s'extériorise au dehors, elle peut être un moyen de travailler sur l'enveloppe contenant. La prise de conscience des mécanismes qui rendent possible cette respiration, permettent de la maîtriser, la moduler, pourrait être un moyen de retrouver une certaine capacité à ne plus expulser au dehors ou ne plus se rigidifier dans une

carapace tonique mais tenter de filtrer par l'enveloppe, contenir sans enfermer, exprimer sans « se vider » de son intériorité.

Le travail du souffle et de la respiration peut également être intéressant dans le cas de Maxime pour la verticalité et l'axialité rigide dans laquelle il se trouve. Son dessin du bonhomme évoque un schéma corporel où les différentes parties reliées à la colonne vertébrale ne sont pas dissociées mais forment un bloc massif indifférencié.

L'image du corps est pauvre, peut être fixée dans cette rigidité du buste et du torse qui ne lui permet pas de se recentrer et le maintien dans un fonctionnement projectif. La respiration, en mobilisant le centre, en le reliant à cette relation entre intériorité/extériorité pourrait l'aider à retrouver cette base de sécurité à vivre et habiter son corps plus qu'à l'utiliser.

Le travail de la respiration par un moyen ludique et accessible à son âge (par exemple à l'aide de ballons de baudruche), lui permettrait de percevoir le mouvement de cette partie du corps. Les mouvements de la charpente osseuse tels que nous avons pu les exposer de façon technique dans une première partie, seraient ici utilisés comme un moyen de retrouver une solidité mais flexible, en mouvement. Enfin la perception de la respiration, par la perception des volumes que cela peut induire (du fait des mouvements de la cage thoracique) pourrait favoriser la perception de cette intériorité. Faut-il pour cela que les différents exercices proposés ne renforcent pas ce sentiment d'insécurité et son hypervigilance.

Espace transitionnel, absence/présence

J'ai pu observer que Maxime avait pu investir la relation à l'adulte différemment en présence de sa mère. J'ai fait l'hypothèse que sa présence et sa voix avaient pu lui apporter cette sécurité. S'il ne m'a pas semblé au premier abord qu'il pouvait y avoir un trouble de l'attachement ou une anxiété de séparation, la façon qu'il a eu à plusieurs reprises de s'échapper vite de la salle m'a laissé entrevoir une certaine appréhension. Il a été très conformiste, a répondu à toutes mes demandes, je n'ai pas tout de suite perçu cette crainte. C'est dans l'exploration du tonus que j'ai pu me rendre compte de ce que son corps pouvait manifester d'un état affectif insécure extérieurement non visible. Le dialogue tonique a mis à jour ce que la voix n'a pas pu dire.

Il a toujours été très intéressé par les séances de psychomotricité. Mais j'ai pu percevoir que dans la relation à l'autre et notamment dans le toucher et l'engagement corporel, il pouvait se placer dans une position défensive, signe d'un probable sentiment d'insécurité.

Ainsi, travailler avec la voix peut participer à la création d'un espace transitionnel sécurisé, dans lequel il pourrait trouver la possibilité d'explorer, d'être présent sans avoir recours à des mécanismes défensifs qui le coupent de la relation à l'autre.

Être en relation par la voix, jouer avec dans l'espace physique peut à la fois permettre d'être présent à juste distance et lui donner de l'espace au sens symbolique : un espace transitionnel dans la relation.

« *L'espace sonore créé par les échanges vocaux du thérapeute et du patient constituent un espace transitionnel où le patient peut expérimenter la transposition de son vécu psychique interne sur la réalité du monde extérieur* » (Michel, 2014, p. 42). Dans cet espace contenu, le cadre délimitera la scène sur laquelle viendront se rejouer les problématiques du patient. La voix, pour la qualité de présence qu'elle peut apporter favoriserait cette transitionnalité. En se positionnant de façon ni trop éloignée, synonyme d'absence ou d'abandon, ni trop proche car la proximité serait perçue comme menaçante. Il faudra accompagner le silence pour que cela ne soit pas vécu comme un abandon mais comme la possibilité d'un retour sur soi. Travailler ces alternances sonore/silence, pourrait être un moyen de travailler les séparations.

La psychomotricité et le travail corporel a amené cette spécificité dans ma pratique : la conscience de ce qu'est une voix ancrée corporellement, de la congruence nécessaire entre le dialogue corporel et la musicalité de la parole, pour que la voix rassurante et enveloppante ait des propriétés thérapeutiques.

3.3.4 Mathilde

Premières rencontres

Mathilde est âgée de presque 10ans. Ses parents sont séparés. Mathilde vit chez sa mère avec son frère de trois ans son aîné. Elle a été adressée il y a trois ans en pédopsychiatrie à la suite de violences intrafamiliales (auxquelles elle a été exposée). La situation s'est aggravée, un signalement a été fait auprès du juge des enfants. Celui-ci a pris une mesure éducative pour la famille. L'intervention d'un éducateur a été judiciairisée. La famille reçoit donc une « Aide Educative en Milieu Ouvert » (AEMO), qui consiste en un suivi à domicile régulier. Mathilde présente une anxiété de performance, un trouble émotionnel de l'enfance. Ses difficultés sont plutôt internalisées. Elle présente des traits obsessionnels et une volonté de maîtrise. Elle a bénéficié de soins psychomoteurs au sein d'un groupe thérapeutique qui a pu lui permettre de travailler sur ses ressentis. Compte tenu de ses difficultés à s'exprimer, à se centrer sur ses sensations corporelles, il y a une indication de poursuite d'un suivi en psychomotricité mais

cette fois ci en individuel. Les objectifs sont de lui proposer des expériences sensori-motrices pour qu'elle puisse retrouver le lien entre ses sensations et ses émotions, qu'elle apprenne à les moduler. Je la rencontre à l'occasion de la poursuite de son suivi auquel je participe. Après un premier entretien en présence de ses parents au cours duquel nous lui avons expliqué le cadre et les objectifs des séances, nous commençons la prise en charge. Nous verrons Mathilde tous les quinze jours Elle souffre de Troubles du Comportement Alimentaire et présente un retard au niveau staturo-pondéral. Elle souffre également de dysmorphophobie et ne semble pas prendre la mesure de son état de santé, elle se trouve grosse, malgré son très faible poids. Au cours de nos premières séances, je constate ses difficultés sur le plan relationnel. Son regard est peu flexible elle semble éprouver des difficultés à s'adresser aux deux adultes présents. Elle s'adresse préférentiellement à l'une puis à l'autre et donne l'impression d'oublier la présence de l'autre à qui elle ne s'adresse pas. Lorsqu'elle s'adresse à l'une d'entre nous, elle semble ne pas pouvoir faire exister un tiers, mais lorsque le regard du tiers se détourne, elle part à sa recherche. Seules les relations duelles semblent être possibles à ce stade. Je dois « jauger » et ajuster mon positionnement dans l'espace et ajuster mon regard : ni trop fuyant, ni trop présent. Mathilde pourra dire qu'elle préfère garder son masque, que « c'est mieux de le garder ». Il y a peu d'expressions faciales. Elle s'exprime d'une voix frêle à peine audible au début, puis s'exprime un peu plus sur ce qu'elle aime et ce qui lui plaît. Elle dit que lorsqu'elle se chahaille avec son frère : « ce n'est pas moi qui dis des gros mots, ils sortent tous seuls de ma bouche ».

Les mains de Mathilde sont couvertes d'eczéma, elle tente d'ailleurs de les masquer dans ses manches lorsqu'elle est assise au bureau. Elle a besoin de temps pour se mettre à parler puis s'ouvre peu à peu, parle avec sa petite voix « haut perchée ». Nous la voyons une première fois en présence de ses deux parents qui sont séparés. A cette occasion nous recueillons des informations, puis lui expliquons le cadre de nos séances. Dans un premier temps, je me suis positionnée comme observatrice. Petit à petit j'ai pu m'investir dans sa prise en charge. J'ai pu faire des propositions à Mathilde. J'ai tenté d'utiliser ma voix en conscience et ai essayé avec l'aide de la psychomotricienne présente également de créer des conditions qui permettent de rencontrer sa voix à elle.

Synthèse des grandes étapes de la prise en charge

Plusieurs objectifs guident la prise en charge de Mathilde : la restauration d'un sentiment de sécurité interne, la contenance, la reprise de contact avec ses sensations corporelles et l'image du corps. Les différents éléments que nous avons pu relever et observer lors de nos premières séances nous indiquent que Mathilde est fragilisée sur le plan narcissique et sur le plan de l'image du corps. Elle a fait plusieurs fois référence à la propreté/saleté, le dégoût.

Mathilde entre dans la préadolescence. Les transformations corporelles du corps qui se sexualise et les remaniements identitaires que cela engendre la rendent encore plus vulnérable. Elle semble coupée de ses sensations corporelles. Sa voix est aigue, comme tirée par le haut.

Elle fait également beaucoup de références par rapport au poids et évite son regard dans le miroir. Les limites dedans dehors floues.

Prendre conscience de ses besoins et formuler une demande est difficile pour Mathilde qui se trouve coincée dans une situation paradoxale dans laquelle la fusion avec sa mère l'empêche de grandir, tandis que dans le même temps elle se trouve en position d'adulte lorsqu'elle est prise à témoin des conflits parentaux. La fonction maternelle « d'objet presenting » est défaillante. Cette fonction maternelle dont parle Winnicott, qui consiste à présenter au bébé et formuler ses besoins tout en lui donnant l'illusion que c'est lui qui le crée, pose les bases de son sentiment d'être. Ici, tout semble se passer comme si l'extérieur étant trop insécurisant, ainsi, ce repli, s'il ramène de la sécurité pour la mère qui tente de protéger sa fille, ne permet pas à Mathilde de se construire dans une position subjective. Cette problématique se retrouve dans la façon qu'elle a de ne pas s'approprier sa voix en situation duelle. Elle parle et s'adresse à l'une de nous deux, mais de façon très fonctionnelle. Seules les situations où le tiers est accepté lui permet de porter la voix au dehors, portant sa subjectivité et son narcissisme. Mathilde ne peut donc formuler de demande pour elle-même. Nous jouerons donc ce rôle, jusqu'à temps qu'elle puisse au moins dans ce cadre accéder à cette possibilité de transformation. Nous avons attaché de l'importance à rester attentive à ses besoins primaires et fondamentaux, nous lui avons par exemple apporté de l'eau et avons veillé à le lui demander lorsqu'elle n'a pas pu le faire.

Nous apportons au cours de ces séances une vigilance particulière au respect de sa pudeur (par moment le simple fait de retirer ses chaussures la gêne), nous avons veillé également au cadre, à systématiquement frapper à la porte avant de rentrer (lorsque l'une de nous s'absente une minute pour aller chercher un tapis)

Elle a pu formuler à plusieurs reprises que les mots sortaient tous seuls de sa bouche. Ne pas laisser sortir les mots de sa bouche, ni sa voix est peut-être à rapprocher d'une certaine difficulté à contenir psychiquement une pulsionnalité qui se réveille à la période de l'adolescence, et d'un « moi peau » abîmé par les violences. L'hyper-contrôle et la maîtrise dont elle fait preuve, la rigidité, la tonicité, la performance et la suractivation par des activités de décharge viennent peut-être contenir ou au contraire expulser ce qu'elle ne peut pas contenir au dedans. Elle semble avoir « blindé » son enveloppe : par moment même un verre d'eau ne passe pas. L'eczéma sur les mains qu'elle gratte de façon compulsive et tente de cacher est peut-être le signe de cette fragilité. A plusieurs reprises, je l'ai observée se gratter les mains sous notre regard. Peut-être a-t-elle senti notre regard comme trop intrusif.

Le larynx est un sphincter, par sa fermeture il assure ses trois fonctions : déglutition, phonation, respiration (cf. Première partie, p.11). Il y a donc trois niveaux de fermeture, de modulation possible de la voix : la gorge, la bouche, le ventre. Chez Mathilde, beaucoup de choses se jouent sur l'oralité. Pour reprendre l'expression utilisée (cf. première partie p.14), le « robinet de la parole » réduit le débit, il est même presque fermé.

Je me suis demandé si son sentiment d'être protégée par moment derrière son masque ne pouvait pas être un moyen de contenir physiquement ce qui pouvait « s'échapper » comme les gros mots qui fusent et qu'elle dit ne pas pouvoir retenir. Ouvrir la bouche (en parlant, respirant ou buvant) pourrait venir la fragiliser. La voix est à l'interface de l'intérieur et de l'extérieur. Des auteurs ont souligné cette crainte à propos de l'enveloppe corporelle et de la bouche, perçue comme une zone de fragilité lorsqu'il y a pu avoir traumatisme (cf. p80).

Pour cela le travail autour de la voix semble intéressant : sa voix porte ses difficultés mais elle peut, avec du soutien devenir un moyen d'intégrer une enveloppe corporelle contenante, tournée à la fois vers l'intérieur et l'extérieur.

Aussi, parmi les fragilités de Mathilde, il y a celle de l'image du corps. Pouvoir laisser une trace (dessin, écriture) est encore difficile pour elle. Ses fragilités narcissiques semblent se retrouver au travers de ses difficultés à laisser dans ses productions une trace d'elle-même.

Dans les séances auxquelles j'ai pu prendre part, certaines ont mis en avant l'importance du travail de la voix du côté de Mathilde et de notre côté. En voici quelques récits ci-après.

Le « tonneau »

Lors de cette séance, Mathilde s'empare du tonneau. C'est un objet roulant, ouvert de chaque côté que l'on peut utiliser de différentes manières : en montant dessus, en y cachant des objets, en le faisant rouler... Elle joue avec et expérimente différentes façons de se placer dedans, avec des balles. Elle fait la « machine à laver ». Les sensations vestibulaires semblent lui procurer beaucoup de plaisir. Vers la fin de la séance elle restera dans le tonneau, cachée. Elle se rend compte qu'elle peut parler dedans, que sa voix résonne contre les parois. Elle se mettra ensuite à parler, à jouer de sa voix, nous lui répondons : « c'est drôle, la voix rebondit ! ». Nous profitons de ces quelques instants pour jouer avec elle, indirectement, en nous parlant entre nous : « oh, dis donc, tu as entendu ? – oui, c'est marrant, ça fait une drôle de voix de parler à l'intérieur... ».

Dans le tonneau, sa voix a pu être contenue, alors que la voix peut se perdre lorsqu'elle s'extériorise, lorsqu'elle a rencontré le tonneau, elle a pu « rebondir » et peut être atténuer un éventuel sentiment de perte que la production vocale pourrait induire. C'est une fois cachée

dans ce tonneau qu'elle a pu pour la première fois porter sa voix haut et fort. Nous avons alors saisi l'occasion pour nous adresser à elle sans regard. Cela semble l'avoir aidée ce jour-là à trouver de l'assurance, d'une part car il n'y avait plus de regards dirigés vers elle, d'autre part car elle a pu jouer avec sa voix, juste pour elle avec comme seul objectif ce jeu d'écho. Ce tonneau est un outil sur lequel je me suis appuyée qui lui a permis de parler et porter sa voix sans la crainte qu'elle passe au dehors et s'échappe. La résonance, l'écho créé pourrait jouer ce « fond de rebondissement et cette « boucle de retour » dont parle Geneviève Haag. Dans ce tonneau, en s'adressant à nous, elle a tout de même gardé sa voix pour elle.

Le « piquet »

Ce jour-là nous préparons les modules pour préparer un parcours avec Mathilde. Elle semble gênée à l'idée d'enlever ses chaussures. Elle expérimente des roulades, en avant, en arrière, nous fait participer. Elle finira par faire des « piquets » et nous explique comment faire. Lorsqu'elle joue sur les modules, tête en bas, son pull se baisse et laisse apparaître une partie de son dos. Nous lui suggérons de coincer son tee-shirt, passer sa main dans le pantalon la répugne : « ah mais c'est dégoûtant ! »

Mathilde passera la plus grande partie de sa séance à faire, et refaire des dizaines de fois sa figure de façon compulsive, en tentant de rester la plus droite possible. Il me semble retrouver là encore cette volonté de maîtrise, de propreté, elle cherche la perfection. Sa voix a été très peu présente, à l'exception des moments où elle a pu exprimer son agacement de ne pas maîtriser sa chute et de ce commentaire au sujet de son t-shirt. Ce « c'est dégoûtant ! » a fusé comme les gros mots qu'elle dit ne pas pouvoir maîtriser par moment. A cette étape, sa voix porte le strict minimum. Ce sont nos voix à nous, qui ont accompagné ce qu'elle a pu faire, en explicitant, commentant et mettant à jour ce que nous pouvions voir et en jouant ce rôle de miroir. Avec un peu d'humour, en exagérant les commentaires de façon presque caricaturale, nous avons tenté de ramener de la modulation, de la souplesse, la musicalité que nous ne pouvions retrouver dans sa voix.

Alors qu'au cours de ces séances elle est restée sur des jeux de maîtrise, de performance, de chronomètre à battre, elle a peu à peu ouvert des choses au cours des séances suivantes. De plus en plus, elle a pu accepter la présence et l'intervention d'une personne tierce.

Le panneau

Au cours de cette séance, Mathilde parle de sa chambre et d'un panneau qu'elle a accroché sur sa porte. Sur ce panneau, il y a écrit « interdit d'entrer » mais celui-ci ne lui servirait pas à grand-chose puisque son frère rentrerait quand même. Elle autorise sa mère à entrer. Au cours de cette séance, nous lui reparlerons de la pudeur, de son besoin de pouvoir trouver refuge dans sa chambre. Lorsqu'on lui reparle de la fois où elle avait dit ne pas aimer que l'on voie son dos, elle ne semble pas s'en souvenir. Elle se lèvera ensuite, puis se dirigera vers les placards, en testera les ouvertures et fermetures, les clés puis ouvrira les placards pour y choisir un jeu.

Au cours de cette séance, nos voix sont venues reposer un cadre, contenir et appuyer des mots importants à entendre. Cette assurance dans la voix a permis de contourner la stratégie d'évitement que Mathilde a pu adopter. Même si elle a pu verbaliser ne pas se souvenir des discussions précédentes au cours desquelles elle parlait de dégoût, elle a finalement pu acquiescer. La conviction, l'insistance et l'intentionnalité que nous avons pu transmettre dans nos voix et regards ont capté son attention. L'intonation, le rythme percutant a transmis ce caractère important et appuyé le message qui semble être passé.

Le portage dans le « rebozo »⁸

Nous avons convenu la fois précédente de proposer à Mathilde des temps de relaxation. Je lui propose ce jour-là une séance avec un tissu « rebozo »⁹ D'ordinaire, celui-ci s'utilise s'utilise pour du portage (écharpe, avec des jeunes mères et leur bébé.). J'en fais un usage détourné et lui montre comment on peut l'utiliser : debout en se laissant bercer ou au sol. Le tissu à l'avantage de permettre un toucher médiatisé qui m'a paru très adapté pour Mathilde.

⁸ Tissu au tissage ajouré qui le rend très solide, utilisé dans le cadre de soins auprès de femmes enceinte ou en post-partum. J'en ai fait ici un usage détourné.

Elle s'est mise debout, je me mets face à elle et lui explique que le tissu la tient. Elle se laisse tout d'un coup porter, ce qui m'oblige à la contenir pour qu'elle ne perde pas l'équilibre ni ne tombe. Je tente de l'envelopper de ma voix et lui parler dans le même temps, en lui indiquant comment elle peut arriver à se laisser porter : en ancrant ses pieds dans le sol. Elle demande à retrouver quelque chose qu'elle avait déjà fait lors de séances de groupe : le jeu du hamac. Nous lui proposons ensuite pour terminer un portage à quatre mains : elle s'autorise à fermer les yeux et se laisse porter, expérimentant ainsi des sensations vestibulaires qu'elle affectionne.

Lorsque Mathilde perd volontairement l'équilibre en se déposant dans le tissu et se laissant tomber, j'ai la sensation qu'elle met à l'épreuve ma capacité à la contenir. Par un ancrage et une présence adaptée, j'ai pu m'ajuster et lui ai permis d'expérimenter une situation de portage sécurisante. J'ai redoublé la contenance physique et le portage avec un portage au sens symbolique, par la voix. Intuitivement, ma voix s'est ajustée à mon tonus et j'ai pu m'adapter à ses mouvements, la suivre, la ramener sur son axe. Voix posée, regard et ancrage, tout a participé au à ce portage, à cette fonction contenante sécurisante. Cette conscience de ma façon de ma propre voix m'y a aidé. Prendre contact avec mes propres sensations corporelles m'a permis de m'ajuster dans ce dialogue tonique et émotionnel. Peut-être a-t-elle à ce moment précis testé ma capacité à être un « tiers » fiable.

A partir de ce moment, il y a eu un tournant dans la prise en charge. Mathilde a de plus en plus accepté la présence d'un autre dans la relation. Elle a pu accepter à ce moment de quitter une relation duelle pour être prise en charge par nous deux. Dans cette séance, la relation au tiers et le jeu des places a été très présent. De son côté, ce manque d'ancrage au sol m'évoque son manque à être. Elle se fait toute petite, ne fait pas de bruit, ne laisse pas de traces. Nous lui expliquons de façon très technique comment elle peut se jouer de la gravité, comment elle peut gagner en stabilité (en élargissant sa base, son polygone de sustentation, en enracinant ses pieds dans le sol) Ainsi, le poids n'est ici plus un problème, il serait le moyen d'acquérir de la sécurité par la stabilité.

Le piano

Cette séance a été marquée par une certaine agitation. J'ai perçu cette agitation intérieure dans les dessins au tableau que Mathilde a pu faire, sans jamais les compléter, effaçant tout ce qui était selon elle est « raté ». Nous commençons par un temps où elle nous raconte ce qui s'est passé depuis la dernière séance. Ce jour-là, il lui est presque impossible de laisser une trace, ni dans les dessins, ni dans les mots. Le rythme de sa voix est tellement rapide que j'ai du mal à la suivre. Elle joue au piano au sol (sorte de tapis sur lequel elle peut produire de la musique avec ses pieds). Elle refusera qu'on enregistre son morceau, elle nous parlera aussi de la vidéo que sa mère a prise de son récital de piano. Au début, elle ne voulait pas la voir, puis a fini par se rendre compte que cela était plutôt pas mal. Tout y est ce jour-là : comme un condensé en accéléré de tout ce qui peut lui poser un problème comme ce qui peut la rassurer, elle ira même en fin de séance réclamer d'elle-même un verre d'eau.

Les séances de psychomotricité semblent être la seule opportunité pour Mathilde de pouvoir exprimer sa problématique. Dans la salle d'attente, assise sur une chaise auprès du médecin, dans toutes les situations de face à face lorsqu'elle doit parler, elle semble bloquée, gelée dans une position de passivité qui ne lui permet pas de s'exprimer.

La psychomotricité l'aide à sortir du figement, à retrouver un mouvement qui relance sa pensée, ses mouvements. Ces bénéfices se retrouvent dans la façon qu'elle a d'utiliser sa voix et d'aller à notre rencontre par ce moyen. Alors que sa voix transperce par moment les portes de la salle notamment lorsqu'elle prend du plaisir dans les activités que nous lui proposons, elle s'éteint lorsqu'elle s'immobilise et retourne en salle d'attente. Sa façon d'être en voix est complètement différente selon l'endroit où elle se trouve : contenue dans la salle, ou dehors.

Je soigne alors ma voix à moi, ma façon de l'accueillir dès le moment où je la regarde dans la salle d'attente, puis au cours de la séance et enfin jusqu'au départ.

Perspectives : réintroduire le jeu pour travailler le « je »

Au moment où j'écris, je vais avoir l'occasion de poursuivre encore quelques séances. Pour le moment, Mathilde ne choisit que des jeux qu'elle connaît et maîtrise (le piano, les modules de parcours). Nous naviguons avec elle, faisons des allers-retours entre des séances où elle s'ouvre et des retours en arrière marqués par l'agitation interne et le manque de sécurité. L'enjeu reste alors de faire de ces jeux qu'elle connaît des leviers mais d'y introduire petit à petit des transformations, de la souplesse.

Parmi les pistes possibles : travailler l'activité vibratoire et ses variations. Passer par une modalité différente, peut-être moins soumise au jugement (en passant l'écoute de sa voix et la boucle audio phonatoire à un second plan) pourrait lui apporter un bénéfice.

En mobilisant la charpente osseuse par la sollicitation de la voix (cf. première partie p.11) l'ancrage corporel de la voix en première partie) nous pourrions travailler sur l'image du corps renarcissisée. Retrouver son « sentiment de soi » par la mobilisation corporelle par la voix et lui faire expérimenter l'ancrage de sa voix. Ainsi, la voix ne se perd plus, elle se déploie depuis son ancrage interne vers l'extérieur, pas une projection mais plutôt un déploiement, une ouverture. Également, la respiration et le travail de la « soufflerie » (cf. mécanique ventilatoire, activité musculaire, pp. 11-13) peut avoir comme effet de lui faire ressentir les volumes, d'accéder à son intériorité, de travailler sur la régulation tonique.

L'objectif étant de tenir et contenir, en retrouvant une économie du corps. Tous cela pourra se faire par l'accompagnement du regard et d'un bain sonore sécurisant.

Utiliser le tableau pour « jouer » la triangulation

Le tableau blanc que Mathilde a très bien investi est un outil qui pourra venir médiatiser les relations et relancer la « circulation » des regards lorsque la présence du tiers est difficile. Le tableau rend les regards moins directs, il permet les effacements, favorise l'expressivité, c'est un outil de jeu : les mots, dessins, musique, inscription, peuvent laisser une trace mais l'effacement est toujours possible. Elle a pu y inscrire des mots, des notes de musique, des dessins. Lorsque Mathilde a pu utiliser ce tableau, j'ai remarqué qu'il lui était plus facile de parler. Elle a même pu se mettre à chanter les notes de musique, nous a parlé de ses morceaux de piano. La voix a circulé s'est transformée, était beaucoup plus juste, plus expressive, beaucoup plus reliée à sa subjectivité, à ses mouvements et sa posture.

Jouer la modulation

« Pour moi, jouer est une activité évidente qui doit apparaître aussi bien lors de l'analyse des adultes que lors de notre travail avec les enfants. Elle se manifeste, par exemple, par le choix des mots, les inflexions de la voix et surtout par le sens de l'humour », écrit Winnicott (Castarède, 2017, p. 97). Marie Michel (2014) a souligné ce jeu par la voix dont parle Winnicott et l'analogie possible entre le « frame » et « setting » et la modulation de la voix. Le « frame », élément invariable du cadre correspondrait au timbre de la voix, lui-même produit par caractéristiques anatomiques individuelles, tandis que le « setting », ensemble de règles variables qu'il faut définir et limiter, renverrait à la prosodie. En psychomotricité, nous devons

donc nous appuyer sur cet ancrage de la voix et de sa prosodie, tout en créant un espace sans parole, ou le silence aura lui aussi une place. Paroles et silences viendront donc rythmer la relation. Elle poursuit en expliquant la façon avec laquelle « *moduler sa voix va permettre au psychomotricien de faire écho aux manifestations du patient* » (p.39). Elle lui permettra donc d'offrir un espace sécurisé favorisant son expressivité.

Dans le travail avec Mathilde, nous jouons donc à apporter cette modulation par la voix, pour venir atténuer cette maîtrise dans laquelle elle s'enferme. Je me suis attachée à jouer, amplifier, les sons, me mettre à chanter lorsque j'ai perçu son plaisir à jouer des instruments de musique. Elle reste pour le moment dans une utilisation « fonctionnelle » de sa voix, du sonore qui la rassure et lui rappelle les sons du piano qu'elle connaît. La situation familiale est lourde, anxiogène. Au cours de nos séances, par mes jeux de voix que j'exagère, je tente de ramener de la légèreté, de la gaieté, et ainsi lui créer un espace de respiration dans lequel elle puisse se ressourcer, et retrouver une expressivité qu'elle perd ailleurs. Je m'appuie sur ce son du piano qu'elle affectionne, en tentant de reproduire ses notes et elle sort enfin sa voix, sans trop de poser de questions. Continuer le travail de la voix, y apporter du volume, de l'épaisseur, des variations en hauteur, en intensité, du rythme est un bon appui. Petit à petit, en cocréant et jouant une partition à plusieurs voix, elle peut retrouver dans une enveloppe sonore une contenance sécurisante, qui participe à une certaine restauration narcissique, et qui étaye sa construction identitaire encore trop fragile aujourd'hui.

Sur le plan relationnel, le bain sonore lui fournit une contenance qui lui manque aujourd'hui. La voix de la psychomotricienne joue ce rôle de cette fonction maternelle, ce miroir sonore du soi, ou encore cette « fonction alpha » en détoxifiant ces éprouvés, en donnant du sens à ce que Mathilde ne peut mentaliser et qui l'angoisse.

Conclusion

Il y a notre voix, celle de l'autre et nos voix se croisent, dans une spirale interactionnelle qui les relie. Nous avons compris que la voix ne peut pas être réduite à un aspect mécanique tant il y a d'autres aspects psychologiques intriqués et tant les organes qui permettent l'acte phonatoire sont interdépendants des aspects psychologiques. Pour cela, elle a toute sa place en psychomotricité. Les actes du psychomotricien ne concernent pas directement la voix mais un certain nombre de problématiques peuvent transparaître au travers d'elle. La voix est le fruit d'une construction, d'une appropriation. Son développement est ancré dans le social. Elle participe à la structuration psychocorporelle de l'individu, elle représente notre identité profonde. Elle est teintée par nos états émotionnels du moment, nos affects, est sensible aux variations psychiques ou corporelles.

Plaider pour une voix psychomotrice, c'est ne pas perdre de vue qu'elle s'enracine dans le corps, qu'elle est sentie et ressentie par de multiples modalités sensorielles et se trouve à l'interface entre l'intériorité et l'extériorité. En faire un objet médiateur de la relation aurait pour effet de la désincarner. J'envisage plutôt que de la considérer différemment : ne pas de tenter de la maîtriser comme un objet extérieur à soi ou extérieur à l'autre mais s'ouvrir à une sensibilité qui me permette d'en faire un usage pertinent dans le soin : en écoutant la voix du patient, en écoutant la mienne, en étant attentive à la rencontre de ces deux voix enracinées dans du corporel, reliées aux sensations.

Mes lieux de stage ont coloré cette étude avec un accent particulier sur la périnatalité. Une large partie a été consacrée aux liens mère-enfant et interactions précoces. Je garde à l'esprit que la voix n'est pas toute puissante, que même si elle joue un rôle crucial pour le développement et l'attachement du bébé, lorsqu'elle n'est pas là, ne peut pas être entendue ou perçue ou lorsque la dépression l'affecte, heureusement d'autres systèmes la supplée. Certains enfants n'ont pas entendu la voix de leur mère, ils se développent d'une autre manière. Tous les troubles psychomoteurs ne lui sont pas imputables. Le bébé a besoin d'une enveloppe sonore contenant, heureusement d'autres personnes peuvent apporter ce bain sonore. Également, si elle est importante dans les étapes précoces du développement du jeune enfant et au moment de l'adolescence, la voix nous accompagne jusqu'à la fin de notre vie. Son importance décline à mesure que l'enfant accède au langage. Qu'en est-il pour les personnes âgées atteintes de démence ou déclin cognitif qui font que le langage disparaît ? La voix retrouve-t-elle ce pouvoir de créer du lien sans les mots ?

Bibliographie

- Albaret, J.-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. De Boeck supérieur.
- Alexandre, C., De Jonckheere, J., Rakza, T., Mur, S., Carette, D., Logier, R., Jeanne, M., & Storme, L. (2013). Impact du cocooning et de la voix humaine sur le système nerveux autonome (SNA) de l'enfant grand prématuré. *Archives de Pédiatrie*, 20(9), 963-968. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2013.06.006>
- Ballouard, C. (2011). *L'aide-mémoire de psychomotricité : 25 notions clés* (2e édition entièrement revue et mise à jour.). Dunod.
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*. Éd. Érès.
- Bullinger, A. (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. *Contraste*, 25(2), 125-139.
- Cairn.info. (2022, janvier 12). *Le fœtus, un nouveau venu en psychologie*. <https://vimeo.com/665212141>
- Calais-Germain, B., & Germain, F. (2013). *Anatomie pour la voix : Comprendre et améliorer la dynamique de l'appareil vocal*. Éd. Désiris.
- Castarède, M.-F. (2001). L'enveloppe vocale. *Psychologie clinique et projective*, 7(1), 17. <https://doi.org/10.3917/pcp.007.0017>
- Castarède, M.-F. (2007). Métapsychologie de la voix. *Champ psychosomatique*, 48(4), 7-21.
- Castarède, M.-F. (2017). La voix et l'affect d'existence. *Revue française de psychosomatique*, 52(2), 95-110. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfps.052.0095>

Dageville, C., Casagrande, F., De Smet, S., & Boutté, P. (2011). Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Archives de Pédiatrie*, 18(9), 994-1000. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.06.007>

Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice—Légifrance. (s. d.). Consulté 17 avril 2022, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006066735/>

Espasandín, M. C. de. (2008). *L'importance du sonore et la notion d'enveloppe*. Érès. <https://www.cairn.info/la-berceuse--9782749209258-page-95.htm>

Felten, D. L., Shetty, A. N., Netter, F. H., & Kubis, N. (2011). *Atlas de neurosciences humaines de Netter* (2e éd). Elsevier-Masson.

Ferveur, C. (2020). Voix off : Transformations et appropriation de la voix à l'adolescence. *Le Carnet PSY*, 238(8), 40-49.

Garros, J. (2021). *Corporellement* (3e éd). Cepaduès éditions.

Girardier, N. (2016). *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences : Histoire, actualités et perspectives, pour une pensée en mouvement*. In press.

Golse, B. (2005). Les précurseurs corporels et comportementaux du langage verbal. In *Au commencement était la voix* (p. 117-127). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.konop.2005.01.0117>

Granier-Deferre, C., & Schaal, B. (2005). Aux sources fœtales des réponses sensorielles et émotionnelles du nouveau-né. *Spirale*, no 33(1), 21-40.

Green, A. (2005). Préface. La voix, l'affect et l'autre. In *Au commencement était la voix* (p. 7-26). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.konop.2005.01.0007>

Grollier, M. (2013). L'enfant autiste et le langage : Habiter sa voix. *Enfances & Psy*, 58(1), 102-113. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.058.0102>

- Ionescu, S. (2005). De la recherche sur la voix. In *Au commencement était la voix* (p. 231-235). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.konop.2005.01.0231>
- Karpf, A. (2008). *La voix*. Autrement. <https://doi.org/10.3917/autre.karpf.2008.01>
- Konopczynski, G. (2005). Les enjeux de la voix. In *Au commencement était la voix* (p. 33-50). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.konop.2005.01.0033>
- Kuhn, P., Zores, C., Astruc, D., Dufour, A., & Casper, Ch. (2011). Développement sensoriel des nouveau-nés grands prématurés et environnement physique hospitalier. *Archives de Pédiatrie*, 18, S92-S102. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(11\)71097-1](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(11)71097-1)
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B., & Lagache, D. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5e éd). Presses universitaires de France.
- Le Fourn, J.-Y. (2013). Le silence, à l'adolescence, a une voix. *Enfances & Psy*, 58(1), 60-63. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.058.0060>
- Le Huche, F., & Allali, A. (2012). *La voix : Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole*. https://nls.ldls.org.uk/welcome.html?ark:/81055/vdc_100052745258.0x000001
- Maiello, S. (2010). À l'aube de la vie psychique. Réflexions autour de l'objet sonore et de la dimension spatio-temporelle de la vie prénatale. In *Réminiscences* (p. 103-116). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.ain.2010.01.0103>
- Michel, M. (2014). *Écoutez... Le monde sonore : Support d'une construction identitaire*. 91.
- Missonnier Sylvain, Rousseau Pierre. (2017, mars 10). La naissance est elle un trauma ? *psynem*. https://www.psynem.org/Perinatalite/Personnes_pratiques_lieux/Naissance_trauma
- Missonnier, S., & Boige, N. (2003). Psychanalyse de la succion, clinique de la sucette. *Champ psychosomatique*, 29(1), 9. <https://doi.org/10.3917/cpsy.029.0009>

- Missonnier, S., & Golse, B. (2021). *Le fœtus-bébé au regard de la psychanalyse : Vers une métapsychologie périnatale*. PUF.
- Pichon, N. (2018). *Chapitre 12. Les enveloppes psychocorporelles à travers le prisme de la voix*. Dunod. <https://www.cairn.info/dix-neuf-situations-cliniques-en-psychomotricite--9782100772889-page-192.html>
- Pinter, B. (2013). Quelles voix s'expriment au 119 ? : Réflexions sur la voix à partir de ma pratique de superviseur des écoutants du 119. *Enfances & Psy*, 58(1), 64. <https://doi.org/10.3917/ep.058.0064>
- Potel Baranes, C. (2019). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/etre-psychomotricien--9782749264264.htm>
- Prat, R. (2013). Prendre une voix dans ses bras. *Enfances Psy*, N° 58(1), 29-39.
- Robert-Ouvray, S. B. (2020). *Psychomotricité du bébé : La construction des liens corps-esprit*. Desclée de Brouwer.
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Solal.
- Sémiologies des ataxies, des troubles de la marche et des dysarthries*. (2016, novembre 22). Collège des Enseignants de Neurologie. <https://www.cen-neurologie.fr/fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/syndrome-myogene-myopathique-0>
- Soulé, M. (2015). 4. *La vie du fœtus. Son étude pour comprendre la psychopathologie périnatale et les prémices de la psychosomatique*. Érès. https://www.cairn.info/feuilleter.php?ID_ARTICLE=ERES_MISSO_2015_01_0153
- Tessarech, S. (2013a). Deux voix, deux mesures : Ce que l'écrit ajoute ou retranche à la voix. *Enfances & Psy*, 58(1), 91. <https://doi.org/10.3917/ep.058.0091>

Tessarech, S. (2013b). Deux voix, deux mesures. *Enfances Psy*, 58(1), 91-101.

Trevarthen, C., & Gratier, M. (2005). Voix et musicalité : Nature, émotion, relations et culture. In *Au commencement était la voix* (p. 105-116). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.konop.2005.01.0105>

Veuriot, G., & Veuriot, J.-P. (2005). Différents aspects du rôle de la voix et de sa prise en compte dans le travail psychanalytique. In *Au commencement était la voix* (p. 153-155). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.konop.2005.01.0153>

Vivès, J.-M. (2013). Comment la voix vient-elle aux enfants ? *Enfances & Psy*, 58(1), 40-50. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.058.0040>

Annexes

1- Les organes de production de la voix

(Le Huche, Hallali, 2012, pp.11-20)

La « soufflerie » :

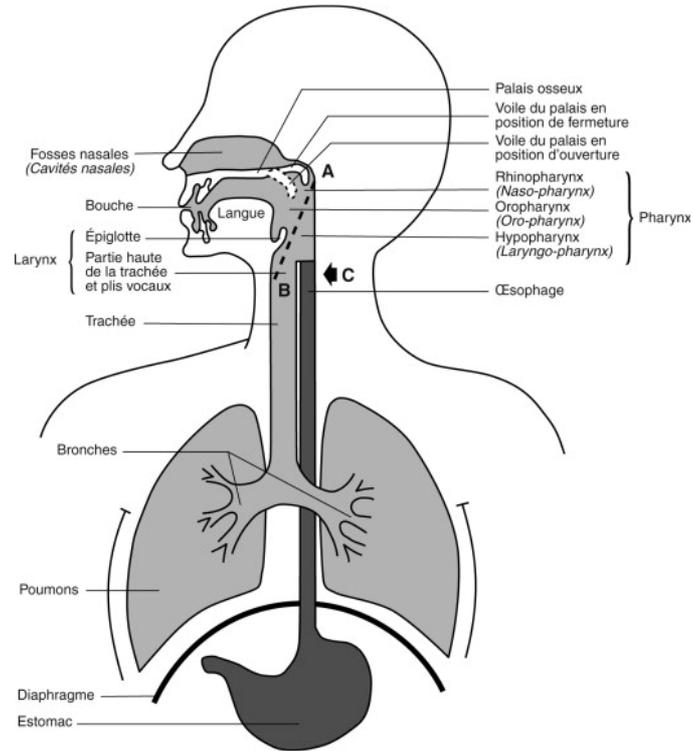


Fig. 2-1. Vue d'ensemble des organes de la voix et de la parole.

Les vibrateurs :

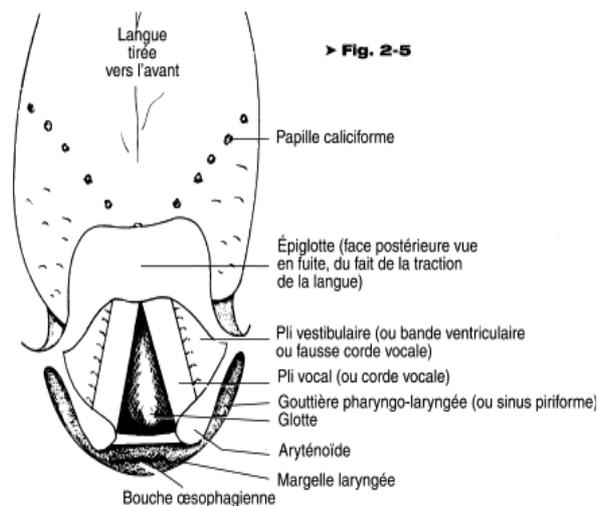


Fig. 2-5. Larynx vu d'en haut pendant la respiration.

Les résonateurs

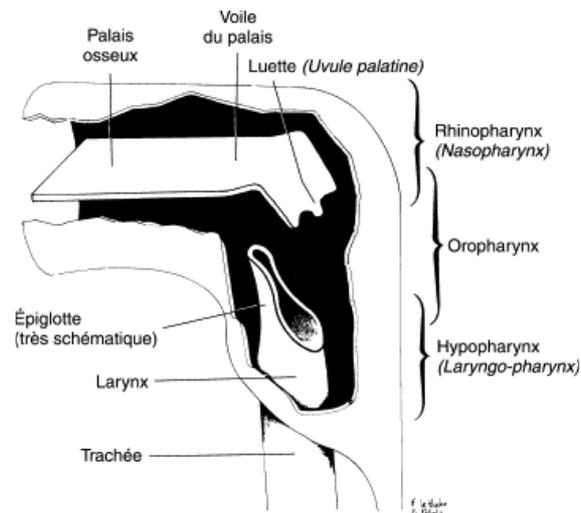
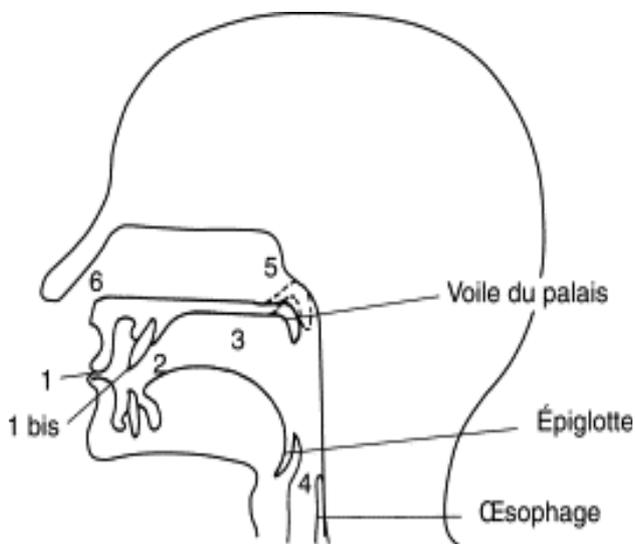


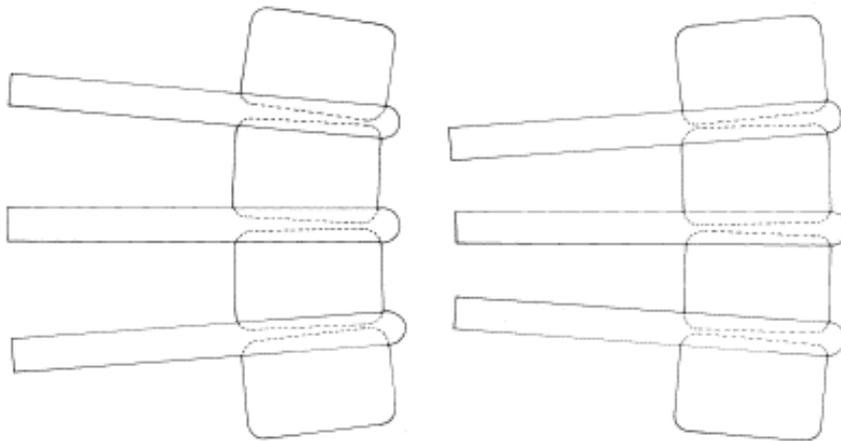
Fig. 2-7. Représentation schématique des trois étages du pharynx et des rapports de l'hypopharynx avec le larynx.

Les robinets de la parole



Légende : 1-Les deux lèvres 1 bis-Lèvre inférieure – incisives supérieures 2 -Pointe de la langue – gencives supérieures 3-Base de la langue – voile du palais 4-Plis vocaux 5-Voile du palais – plafond du pharynx 6-Narines.

Fig. 2-10. Les six robinets de la parole.



L'extension vertébrale provoque un écartement des côtes en éventail (effet inspiratoire).

La flexion provoque un resserrement vertical de l'extrémité antérieure des côtes (effet expiratoire).

Fig. 3-13. Fonction respiratoire du mouvement vertébral. Vue latérale gauche.

La dynamique respiratoire

- Le diaphragme : principal muscle inspiratoire

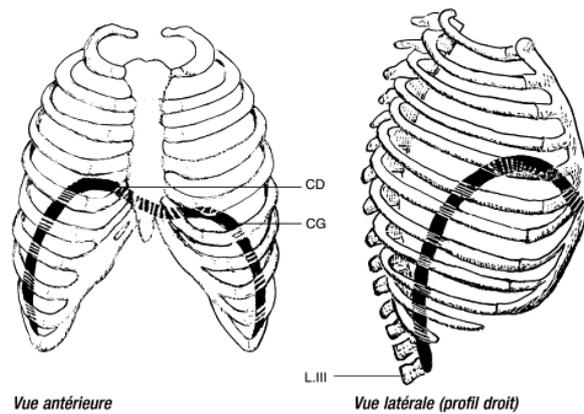


Fig. 3-24. Diaphragme. Projection sur le gril costal des coupoles diaphragmatiques.

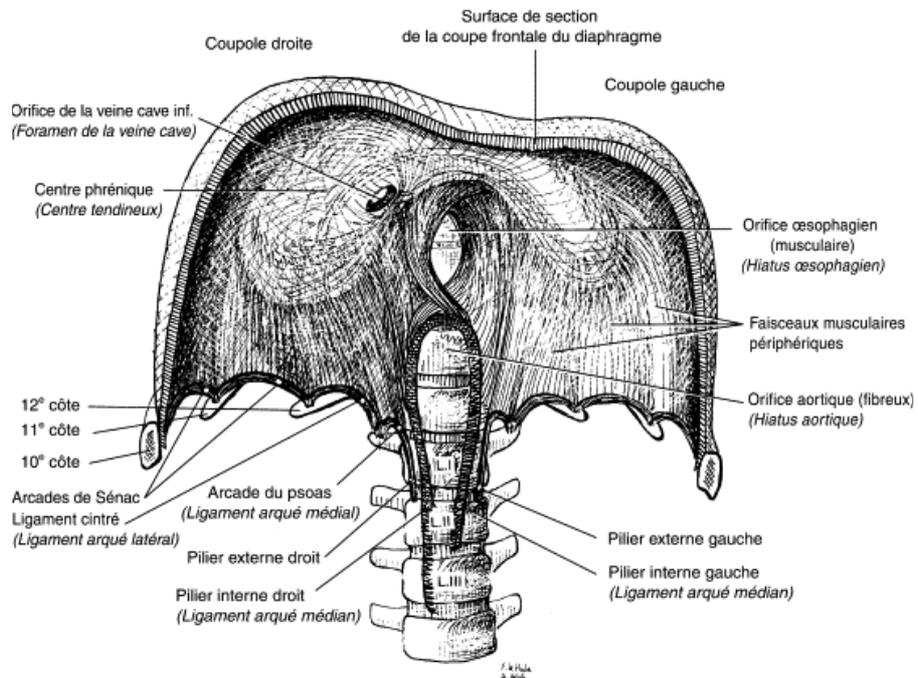


Fig. 3-26. Diaphragme. Insertions périphériques : partie vertébrale (*partie lombaire*) et partie costale postérieure.

- Muscles inspiratoires : scalènes, muscles sternocléidomastoïdiens

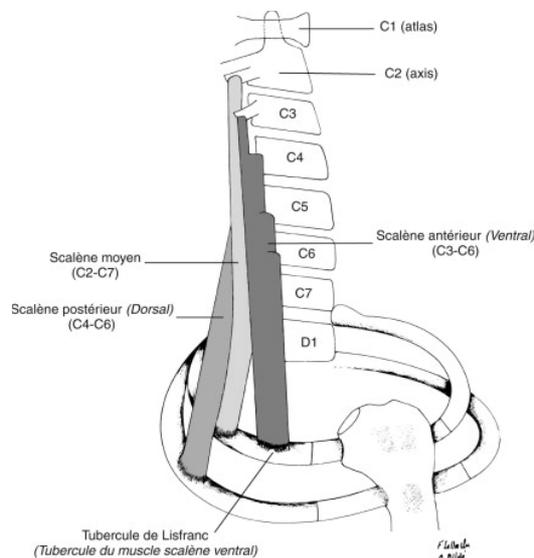


Fig. 3-16. Muscles scalènes (vue schématique de 3/4 antérieurs).

- Muscles inspiratoires accessoires :

Fig. 3-18. Muscles spinaux (d'après Grégoire et Oberlin)

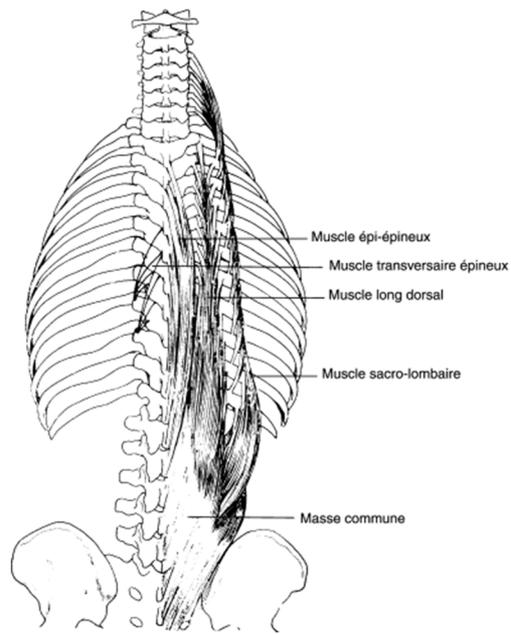


Fig. 3-18. Muscles spinaux (d'après Grégoire et Oberlin)

- Les muscles abdominaux : muscles expirateurs

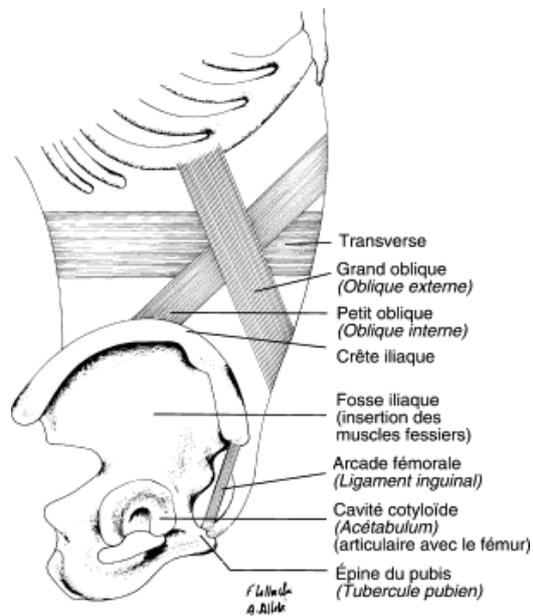
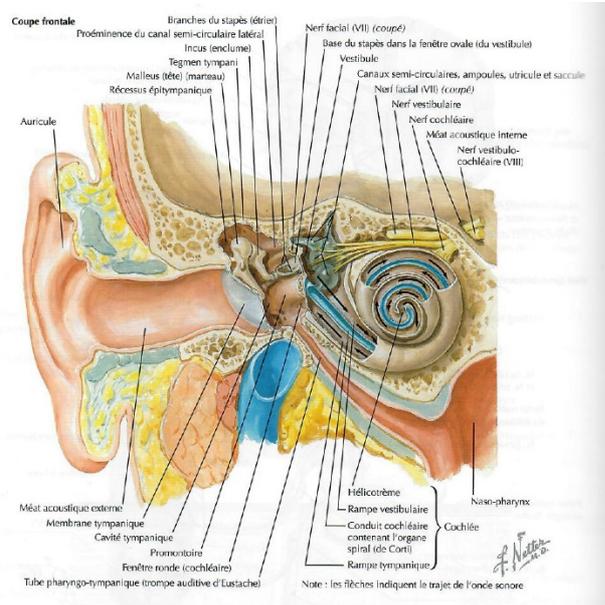


Fig. 3-30. Paroi latérale de l'abdomen : schéma de la sangle musculaire

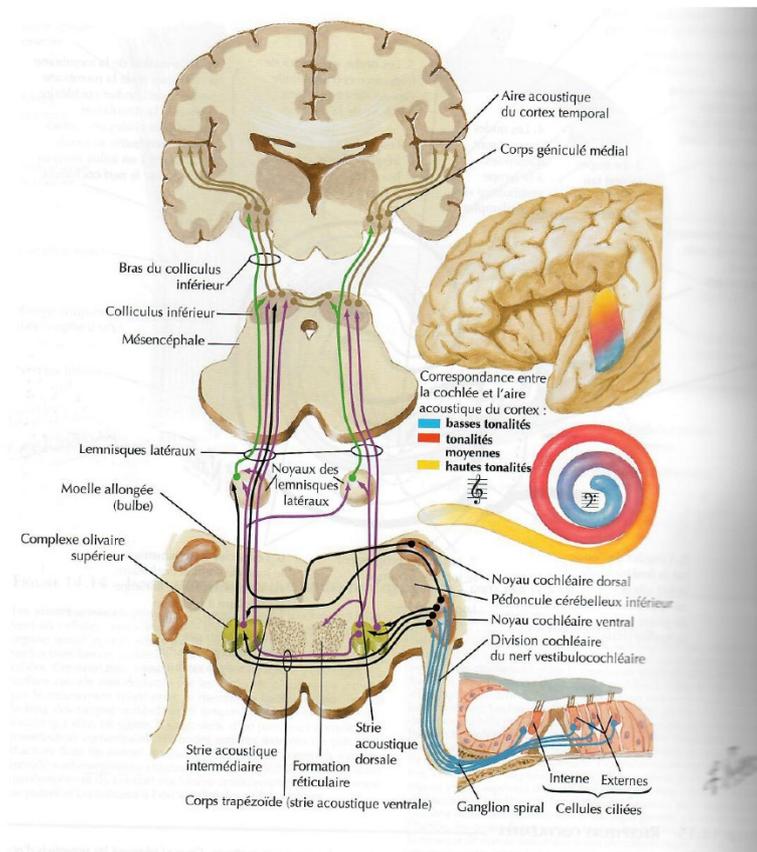
2- Physiologie auditive

(Felten et al., 2011)

Voix périphériques de la perception du son (p.336)



Voix nerveuses ascendantes (p.340)



3- Les niveaux d'énergie (la dynamique de la parole)

(Le Huche, Allali, 2012, pp. 171-185)

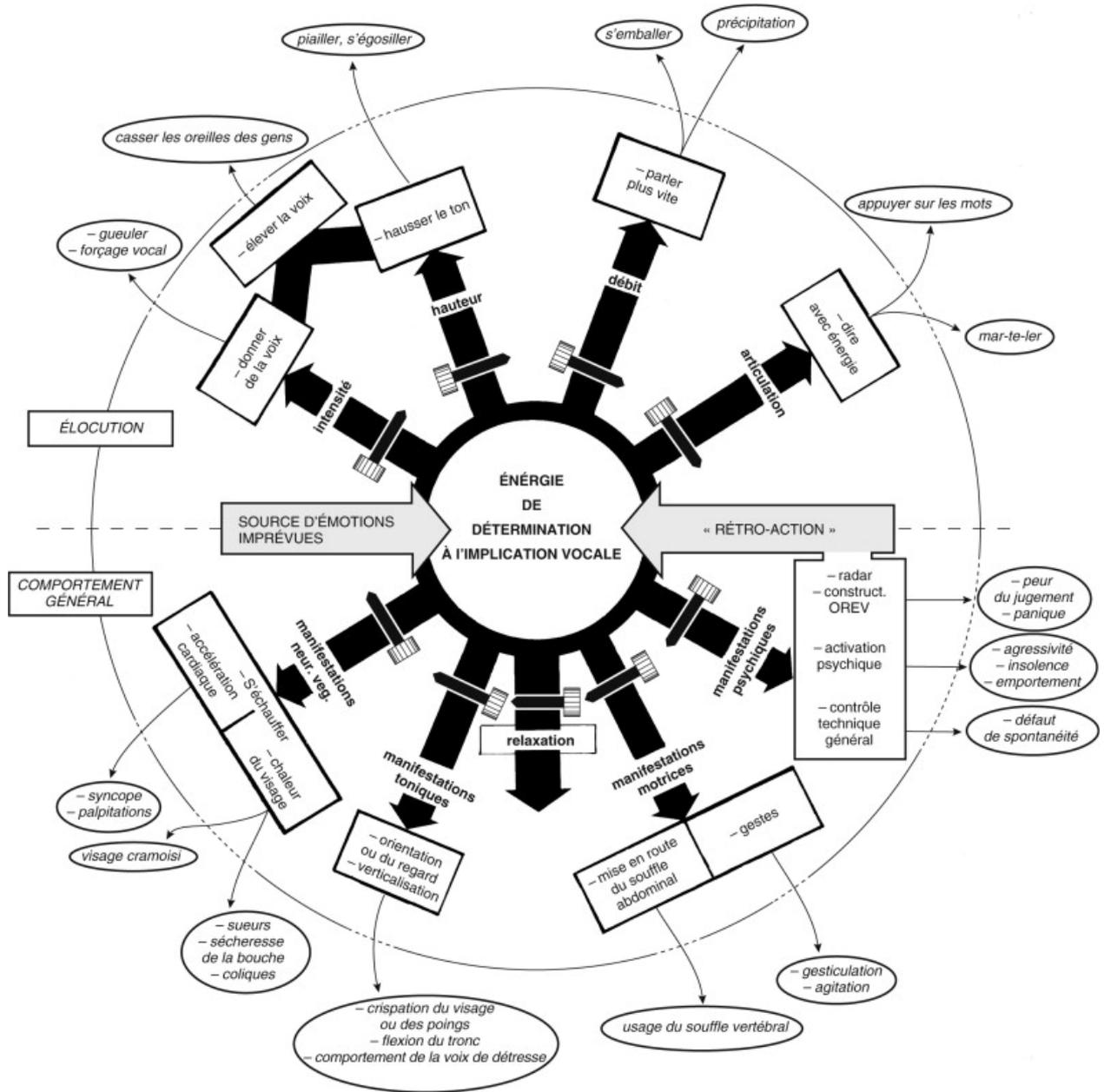


Fig. 8-1. Schéma de répartition de l'énergie de conviction ou de détermination à l'implication vocale.