

**INSTITUT SUPERIEUR DE REEDUCATION PSYCHOMOTRICE**

**LA VOIX EN PSYCHOMOTRICITE :  
OUTIL DE LA RELATION THERAPEUTIQUE**

*MEMOIRE PRESENTE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE PSYCHOMOTRICIEN*

*SESSION 2009*

**Référent mémoire**

**Marie Claire PREVOST, psychomotricienne**

**Présenté par**

**Guillaume BARRE**

# REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Marie Claire PREVOST et Céline WUILLOT pour le suivi et l'intérêt qu'elles ont porté à mon travail.

Un grand merci aussi aux psychomotriciennes Pascale POIRIER et Sophie HIERONIMUS, pour leurs conseils avisés.

Merci à toutes ces voix qui m'ont donné les mots...

# TABLE DES MATIERES

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>partie théorique</b>	<b>3</b>
<b>1 Ancrage corporel de la voix</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Le mécanisme phonatoire</b>	<b>3</b>
1.1.1 L'appareil respiratoire	3
1.1.2 L'appareil vibratoire	3
1.1.3 Des cavités de résonances	3
<b>1.2 La pulsion de la voix : métapsychologie</b>	<b>5</b>
1.2.1 Source :	5
1.2.2 Poussée :	6
1.2.3 But :	6
1.2.4 Objet :	6
<b>1.3 Les interactions précoces</b>	<b>6</b>
1.3.1 La voix de la mère in utero	6
1.3.2 La voix du père in utero	8
1.3.3 Les premières vocalisations du bébé	8
1.3.4 Le « baby talk »	9
1.3.5 La conduction aérienne du son	10
<b>2 La voix du patient : révélatrice d'un certain état de celui-ci</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Caractéristiques de la voix</b>	<b>11</b>
2.1.1 Evolution de la voix selon les âges	11
2.1.2 Deux types de bébés	11
2.1.3 Caractéristiques physiques/acoustiques de la voix	12

2.1.4	Les registres de voix.....	14
<b>2.2</b>	<b>Ebauche d'une image (sonore) de soi grâce au « stade vocal ».....</b>	<b>14</b>
2.2.1	Le stade de la « voix de la Mère ».....	15
2.2.2	Le « stade vocal » .....	17
<b>2.3</b>	<b>Autres conséquences sur le plan psychique du stade vocal.....</b>	<b>18</b>
2.3.1	Communication émotionnelle et castration vocale.....	18
2.3.2	Le devenir de la pulsion vocale... un certain plaisir vocal.....	19
2.3.3	Voix et espace transitionnel .....	20
<b>3</b>	<b>La voix du thérapeute : ses caractéristiques et ses fonctions _____</b>	<b>21</b>
<b>3.1</b>	<b>Quelle(s) voix pour le thérapeute ? .....</b>	<b>21</b>
3.1.1	L'importance de poser sa voix .....	21
3.1.2	Bien écouter pour bien trouver sa voix .....	22
<b>3.2</b>	<b>La voix « professionnelle » du psychomotricien... un certain « pouvoir vocal »</b>	<b>24</b>
3.2.1	Les intonations vocales.....	24
3.2.2	Profil acoustique de différentes émotions .....	25
3.2.3	La voix du psychomotricien comme enveloppe sonore .....	26
<b>3.3</b>	<b>Le couple thérapeutique : voix d'homme et voix de femme .....</b>	<b>29</b>
3.3.1	Caractéristiques des voix masculine et féminine.....	29
3.3.2	Avantages et complémentarité du couple thérapeutique .....	30
	<b>Partie clinique _____</b>	<b>31</b>
<b>1</b>	<b>L' institution _____</b>	<b>31</b>
<b>2</b>	<b>Groupe « Corps et Langage » _____</b>	<b>33</b>
2.1	Composition du groupe .....	33

2.2	Déroulement de la prise en charge .....	35
<b>3</b>	<b>Etude de cas : Benoît</b> .....	<b>38</b>
3.1	Présentation.....	38
3.2	Anamnèse .....	38
3.3	Bilans et prises en charges.....	39
3.4	Examen psychomoteur .....	39
3.5	Projet thérapeutique .....	41
3.6	Déroulement de la prise en charge .....	42
3.7	Conclusion.....	46
	<b>Discussion</b> .....	<b>47</b>
<b>1</b>	<b>Les caractéristiques de la voix de Benoît : son style vocal</b> .....	<b>47</b>
1.1	Les signes paralinguistiques.....	47
1.2	Type de voix selon le contexte et tonus d'attitude associé .....	48
1.2.1	Le « rugissement du lion » ou « crachat » :.....	48
1.2.2	Voix « saccadée » : .....	49
1.2.3	Voix « plaquée » :.....	50
1.2.4	Voix « chantée » :.....	51
1.2.5	Le silence : "non voix" :.....	52
<b>2</b>	<b>La voix des thérapeutes : des fonctions diverses.</b> .....	<b>54</b>
2.1	Voix contenante : .....	54
2.2	Voix « pare-excitatrice » : .....	56
2.3	Silence : la « non voix » des thérapeutes.....	58

2.4	La voix parlée : communiquer, solliciter, guider .....	60
<b>3</b>	<b>Interactions entre les voix du patient et les voix des thérapeutes pendant la séance</b> .....	<b>61</b>
3.1	L'espace sonore.....	61
3.2	Une écoute empathique préalable .....	61
3.3	Acquérir la connaissance de son propre style vocal... ..	62
3.4	Interactions dans le temps et l'espace de la séance .....	64
3.5	Difficultés rencontrées pendant ces interactions.....	68
	<b>Conclusion</b> .....	<b>71</b>
	<b>Bibliographie</b> .....	<b>72</b>

# INTRODUCTION

Si ce mémoire traite de la voix ou plutôt des voix, entre psychomotriciens et patients, il ne fait en revanche qu'effleurer la sémantique du langage. Je n'ai pas voulu l'aborder car les mots me semblent moins authentiques que le son (unique) d'une voix. Chaque voix évoque une personnalité, une sensibilité et une intimité à travers ses sonorités, que le langage ne peut retranscrire.

« La chose la plus importante du monde est justement celle qu'on ne peut pas dire ». Cette citation de V. JANKELEVITCH et S. BERLOWITZ (1978, p.247) m'a beaucoup plu, résonnant en moi comme si la voix pouvait exprimer des choses plus fortes que les mots. La variété infinie de sons de la voix ne serait elle pas plus à même d'extérioriser la complexité du monde dans lequel nous vivons ? Alors, la chose la plus importante du monde serait peut être celle qu'on ne peut pas dire mais celle qu'on peut entendre...grâce à la richesse des modes d'expressions vocales de tout un chacun. Aussi lorsque R. MONDOLINI affirme : « la voix est ce qui ressemble le plus à l'âme » (2001), il met en avant la faculté de la voix à traduire une individualité, bien plus qu'une parole.

Je pense que ma passion pour la musique m'a poussé à aborder cette notion spécifique de la voix. Le fait d'être musicien, d'expérimenter à partir du son, de jouer avec et de chercher à exprimer mes ressentis par celui-ci est sans doute à l'origine de ce travail. La voix est bien un outil, un instrument, que nous utilisons tous chaque jour, sans y réfléchir, elle semble automatisée, mais est en réalité un moyen d'exprimer la multitude d'états psychocorporels qui nous habitent.

La voix évolue au cours du temps, selon les événements de la journée et les expériences vécues de toute une vie. La voix s'incorpore dans le développement physique et psychique de l'individu, et traverse chacune de ces étapes pour porter à autrui un message, une émotion,... permettre un échange.

Mais où la voix prend elle corps ? Et pouvons nous identifier une émotion à travers une voix ? La voix n'est que trop peu analysée ou prise en compte au cours de séances de psychomotricité, alors qu'elle semble pourtant révéler des informations fondamentales, sur la façon dont le patient est présent dans son corps par exemple.

Elle peut également être un outil très efficace pour le psychomotricien, pour induire différents comportements chez son patient selon la subtilité de son utilisation. Néanmoins, comment le thérapeute doit il s'adresser à son patient ? Et comment sa voix peut elle agir sur celui-ci ?

Ce mémoire tentera donc de montrer la place réelle qu'occupe la voix en psychomotricité. Il mettra à jour l'ancrage de la voix dans le corps, et les différentes fonctions de la voix du patient et du psychomotricien. Une étude clinique d'un enfant de 6 ans viendra illustrer nos propos et débouchera sur une discussion dans laquelle nous analyserons plus précisément les voix mises en jeu dans cette relation thérapeutique.

# **PARTIE THEORIQUE**

## **1 ANCRAGE CORPOREL DE LA VOIX**

### **1.1 LE MECANISME PHONATOIRE**

Pour démontrer l'origine profondément corporelle de la voix, nous détaillerons tout d'abord brièvement l'appareil vocal, du point de vue physiologique et anatomique.

#### **1.1.1 L'APPAREIL RESPIRATOIRE**

Ainsi pour produire un son, il est nécessaire d'expirer l'air provenant des poumons. Le réservoir d'air des poumons, soumis au contrôle des muscles thoraciques et abdominaux, ainsi que la trachée, artère conduisant l'air aux cordes vocales, constituent cette « soufflerie ».

L'air passe donc par la trachée, traverse le larynx, la cavité du pharynx et sort par la bouche entre les dents et les lèvres ou par le nez si le voile du palais est abaissé.

C'est le cycle expiratoire qui permet la vocalisation, et il représente les 5/6<sup>ème</sup> du cycle respiratoire complet.

#### **1.1.2 L'APPAREIL VIBRATOIRE**

Une ouverture ou une fermeture temporaire du passage de cet air provoquera l'émission d'un bruit : une consonne. Grâce au passage de cet air expiré, les cordes vocales vont pouvoir émettre des bruits ou des sons (audibles). Les cordes vocales, organe passif, vibrent sous l'action de l'air, mais c'est le degré de tension musculaire de celles-ci qui va déterminer le son fondamental (les cordes vocales servent de lien entre les cartilages qui forment le larynx). Néanmoins, pour propager ces sons ou bruits, le larynx va vibrer : on appelle cela le phénomène de vibration périodique.

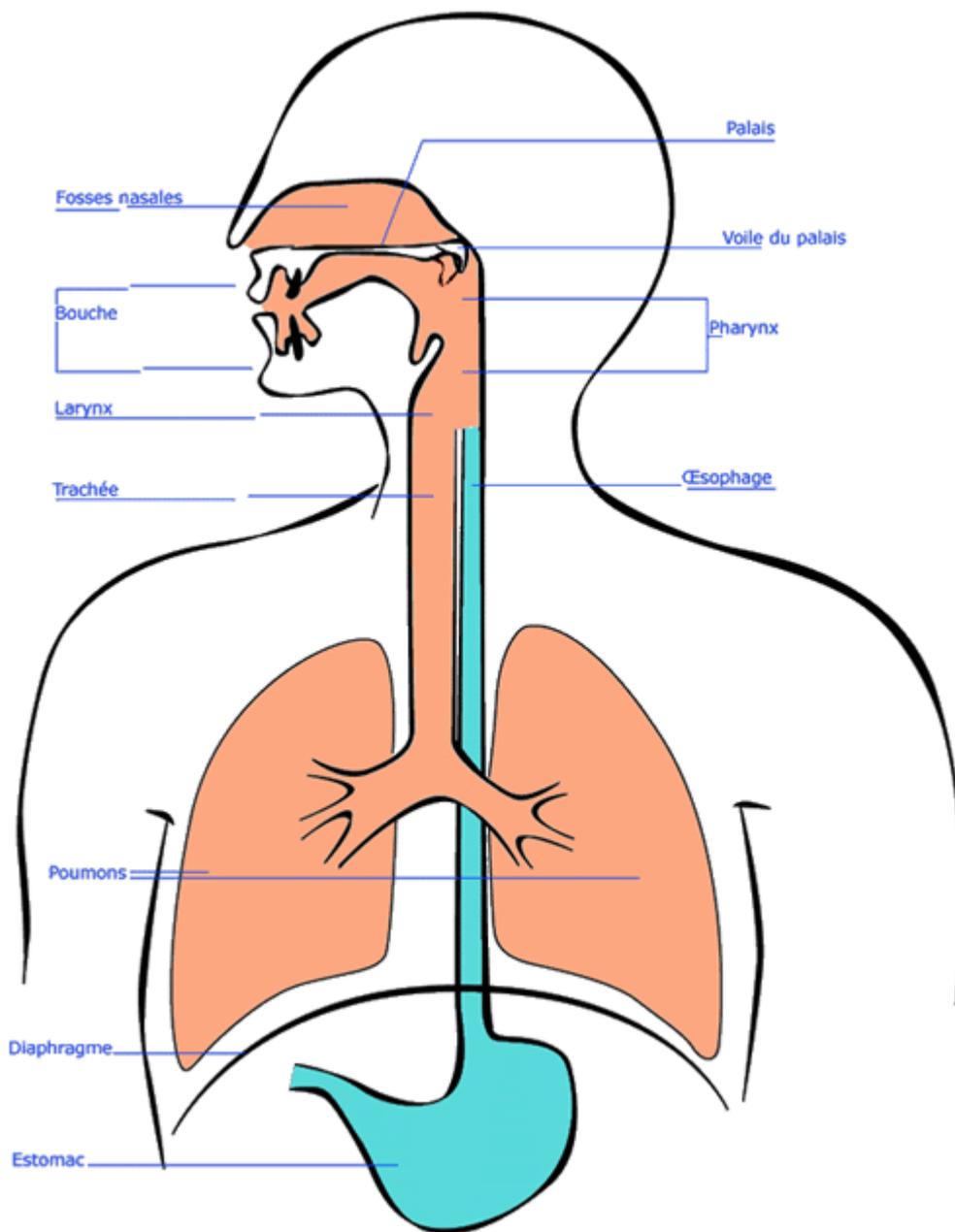
#### **1.1.3 DES CAVITES DE RESONANCES**

Avant d'arriver à l'air libre, le son peut donc se « propager » grâce à ce que l'on appelle des « résonateurs » : le pharynx et le voile du palais envoient l'air provenant du larynx jusque

dans les fosses nasales ou dans la cavité buccale. Aussi, la langue, en contact avec le palais et les dents, fait également office d'organe résonateur. Pour finir, les lèvres modifient la forme et volume du résonateur par leurs mouvements.

Ainsi le système phonatoire est conditionné par la mise en synergie de trois éléments fondamentaux qui sont : la « soufflerie », le « vibrateur » et les « résonateurs ».

Titre : Mécanisme phonatoire de l'être humain



## **1.2 LA PULSION DE LA VOIX : METAPSYCHOLOGIE**

Il existe différentes manières d'aborder le thème de la voix, et la métapsychologie, concept introduit par S. FREUD, en est un. Ainsi c'est à travers le champ psychanalytique que nous allons définir la notion de la voix.

Déjà en 1963, J. LACAN fait de la voix un objet pulsionnel (comme le regard). Il la place donc aux côtés des objets pulsionnels freudiens (le sein pour le stade oral et les fèces pour le stade anal). J. LACAN parle alors de « quatrième pulsion », tout aussi importante que les autres, allant jusqu'à affirmer qu'elle constituerait « l'expérience la plus proche de l'inconscient » (1966, p.96).

Pour lui, la voix est un support au désir de l'autre et s'inscrit dans un acte de langage. Cette pulsion qu'il qualifie d' « invocante », n'aborde pas la dimension vibratoire et cénesthésique de la voix, mais plutôt son aspect auditif. La voix prise dans le langage et dans la parole ne concernant pas notre sujet, nous laisserons de côté le point de vue lacanien qui s'y rattache.

G. ROSALOTO note quant à lui des correspondances avec la pulsion freudienne. Effectivement, la voix a une source : corporelle, organique, et d'excitation ; elle a une force ; un champ ; un but : de plaisir, en vue de réduire une tension (pour atteindre un récepteur, assurer une communication). Cet auteur en fait même la « plus grande puissance d'émanation du corps » (1974, p. 76).

A. DELBE abonde dans ce sens, il reprend ainsi les termes freudiens pour définir la pulsion vocale : source, poussée, but et objet :

### **1.2.1 SOURCE :**

Pour S. FREUD, la source de la pulsion s'entend comme le « processus somatique qui est localisé dans un organe ou une partie du corps et dont l'excitation est représentée dans la vie psychique par la pulsion » (1932, p. 72). Alors nous considérons l'appareil phonatoire comme source de la pulsion vocale. Mais les vibrations produites par le larynx engendrent un son qui va résonner dans tout le corps pour à la fin émettre la voix. C'est donc le corps dans sa globalité qui participe à cette pulsion ; A. DELBE considère l'ensemble du corps comme source de la pulsion vocale.

### **1.2.2 POUSSEE :**

« Par poussée d'une pulsion, on entend le facteur moteur de celle-ci, la somme de force ou la mesure d'exigence de travail qu'elle représente. Le caractère « poussant » est une propriété générale des pulsions, et même l'essence de celles-ci »(FREUD S.). L'excitation pulsionnelle va amener l'organisme et son système nerveux à des activités de plus en plus complexes.

### **1.2.3 BUT :**

Toute pulsion a pour but d'obtenir une satisfaction en supprimant l'état d'excitation à la source de la pulsion. La satisfaction éprouvée n'est autre qu'un « plaisir d'organe » (S. FREUD). Les organes phonatoires et le corps entier de l'enfant deviennent érogènes grâce à l'étayage de la mère (voix de la mère associée aux soins qu'elle apporte à son bébé).

### **1.2.4 OBJET :**

« L'objet de la pulsion est ce en quoi ou par quoi la pulsion peut atteindre son but. Il est ce qu'il y a de plus variable dans la pulsion, il ne lui est pas originairement lié ». (S. FREUD)

Plutôt que de dire que la voix est directement objet de la pulsion vocale, A. DELBE nous pousse à envisager « la voix de la Mère » comme réel premier objet de la pulsion.

La voix de la Mère et de son enfant se différencient à partir d'environ 6 mois, et c'est à ce moment là que l'enfant tentera de retrouver cette voix, notamment à travers divers objets substitutifs. La quête de l'objet vocal n'aura pas forcément un rapport direct avec le phénomène vocal proprement dit, à savoir qu'il pourra s'agir de musique, d'écriture, de pensée rationnelle (voix intériorisée).

## **1.3 LES INTERACTIONS PRECOCES**

### **1.3.1 LA VOIX DE LA MERE IN UTERO**

Pour aborder l'ancrage corporel de la voix, il ne faut pas se limiter aux premières vocalisations d'un bébé, car la « voix de la Mère » va avoir une influence majeure sur la voix de son bébé.

En effet, dès les premières semaines de sa vie, un bébé est déjà imprégné de sa culture (CASTAREDE M-F., 2005). Il commence à incorporer les règles conversationnelles spécifiques et implicites de sa communauté d'appartenance par exemple ; cela démontre que l'interaction mère-enfant est primordiale dans les tous premiers instants de sa vie.

Avant même de parler, l'enfant entend. Il se constitue dans un bain de sons, de vibrations et de paroles. C'est pourquoi il nous faut remonter dès avant la naissance, dans la vie intra-utérine, pour comprendre l'origine de la voix de l'enfant.

A partir de cinq mois et demi, le fœtus entend et répond par des réactions cardiaques et motrices et c'est la voix maternelle qui ressort le plus du bruit de fond intra utérin, causé par les activités cardiaques et digestives de la mère. C'est par transmission osseuse que la voix de la mère atteindra son enfant.

Seules les fréquences basses, inférieures à 300 hertz, puis à 1200 hertz, sont capables d'être perçues par le fœtus. La fréquence fondamentale de la voix de la mère atteint le fœtus, ce qui explique qu'après la naissance, cette voix sera reconnue parmi d'autres voix féminines étrangères, grâce aussi à la perception du rythme et de l'intonation. Le rythme et l'intonation, appelés prosodie, sont en effet les aspects dynamiques de la voix qui ne sont pas déformés. La prosodie joue un rôle fondamental dans la reconnaissance de la voix maternelle.

P. QUIGNARD (1996) emploie même le terme de « sonate maternelle », et confirme par là l'excellente transmission du chant et de la musique.

A la naissance, les nouveaux nés, qui ont été soumis à une stimulation musicale in utero, se calment en la réécoutant. La séquence au basson de Pierre et le loup de PROKOFIEV, qui se situe entièrement dans une bande de fréquence inférieure à 2000 hertz le démontre.

Aussi, M-L. AUCHER nous dit que « si la mère ajoute le chant à sa voix parlée, elle va provoquer des résonances beaucoup plus intenses, un impact physique neurologique puissant, et elle provoquera des messages sonores à l'ensemble du cerveau. C'est beaucoup plus équilibrant et complet pour l'enfant ».

### **1.3.2 LA VOIX DU PERE IN UTERO**

La voix du père est perçue in utero par le fœtus, et peut avoir ensuite des effets apaisants pour le nourrisson, mais la préférence de ce dernier va évidemment vers la voix de sa mère, avec laquelle il a eu un contact quasi permanent.

### **1.3.3 LES PREMIERES VOCALISATIONS DU BEBE**

Pour ce qui concerne les premières productions vocales du bébé, c'est le cri, manifestant inconfort et déplaisir, qui est manifesté à la naissance : « la mise au monde est mise en voix » (EIMAS, NORSE, 1976). Ce premier cri n'a pas de valeur intentionnelle, et deviendra demande d'amour et de reconnaissance grâce à la préoccupation maternelle.

P.H. WOLFF (1969) décrit quatre cris ou pleurs chez le nourrisson de moins de trois semaines : cris de faim, cris de colère, cris de douleur, cris de réponse à la frustration, qui sont de purs réflexes biologiques. Ces cris deviendront après trois semaines des cris d'appel (« pleurs truqués ») à la condition sine qua non que la mère réponde à ses cris. C'est parce qu'il y a réaction de l'environnement que les cris de l'enfant vont devenir des appels.

Au cours des premières semaines de vie, nous notons comme seules productions sonores chez le nourrisson les cris, les pleurs et les gazouillis (vers deux mois).

Le jasis se développe abondamment vers la huitième semaine. Le babillage arrive plus tard, aux alentours des 6-7 mois, avec le redoublement de sons consonantiques : baba, dada,..., qu'il prend plaisir à entendre. Et P.H. WOLFF remarque « une quantité significativement plus élevée de vocalisations quand le partenaire parle que lorsqu'il est silencieux » (1969, p.78).

Mais il ne va pas reproduire ces sons dans le sens d'un plaquage à proprement parlé. En effet, l'enfant tente à cet âge d'imiter les sons qu'il entend, par un processus d'« accommodation » active des structures sonores déjà à sa disposition.

L'enfant est donc actif dans ce processus, et ses émissions vocales sont pour lui de l'ordre du plaisir. Ces vocalisations sont effectivement des auto stimulations, qui lui provoquent sensations agréables, cénesthésiques ou kinesthésiques, au niveau du diaphragme, des poumons, du larynx, du pharynx, du palais, de la langue, des dents, des lèvres, par l'expulsion ou la rétention de la colonne d'air. L'enfant cherche à répéter ces sons sans autre chose que celle du plaisir corporel, d'organe. L'acquisition de la signification pré-linguistique (cris et babillage) permettra le passage à une signification infra-linguistique (celle des mimiques et des gestes).

Mais entre huit et onze mois, les vocalises s'estompent, car le babillage se structure dans la langue maternelle. Le bébé analyse davantage les émissions vocales, et se prépare à produire lui-même ses propres mots.

#### **1.3.4 LE « BABY TALK »**

Tout ceci est rendu possible grâce notamment à ce que l'on appelle le « baby talk »( WOLFF P.H., 1969).

Le « baby talk » est la langue du bébé, mais aussi le « parler bébé » que les adultes utilisent lorsqu'ils s'adressent à lui. Nous nous intéresserons à cette notion dans un but de décryptage du « baby talk » maternel plutôt que dans son rôle fondamental de l'acquisition du langage par l'enfant.

En effet, GARNICA (1977,p.63-68) a relevé six traits prosodiques dans le « baby talk » maternel :

- a) la mère parle avec un timbre de voix plus élevé qu'à l'ordinaire.
- b) le schéma intonatif de ses phrases comporte souvent une montée de la voix en fin d'émission, même quand il ne s'agit pas de phrases interrogatives.
- c) la courbe mélodique présente plus de variations que dans l'expression normale, avec parfois un aspect un peu chantant.
- d) des séquences chuchotées sont observées
- e) l'accentuation est amplifiée
- f) le rythme de la parole est ralenti

Aussi, les mères parlent comme si elles avaient une cavité vocale de même taille que leur bébé, c'est-à-dire avec une voix palatale (LAVIER J., 1980).

L'enfant, lorsqu'il reproduit les sons qu'il entend, incorpore les sonorités verbales ; il prend plaisir à jouer avec ses vocalisations et donne une première forme à son langage. Les sons prennent corps chez l'enfant, après toute les stimulations auxquelles il a participé.

Nous verrons dans la deuxième partie les conséquences au niveau psychique de ces interactions précoces mère-enfant.

### **1.3.5 LA CONDUCTION AERIENNE DU SON**

Avant que le système auditif ne soit complètement mature, vers 8 mois de gestation, il semblerait que certaines zones de la peau soient utiles à la fois pour le contrôle de la voix du bébé et pour la prise de conscience des vibrations qui se propagent par l'air.

Des capteurs très sensibles aux variations de pression seraient à l'origine de cette perception de l'espace sonore et de ce système de contrôle de la voix. Il s'agirait de corpuscules sensoriels que nous retrouverions principalement sur le visage, la face antérieure du thorax et de l'abdomen, la partie interne des bras et la région palmaire des mains, et enfin sur la partie interne des cuisses et des jambes ainsi que sur l'aire plantaire des pieds.

## **2 LA VOIX DU PATIENT : REVELATRICE D'UN CERTAIN ETAT DE CELUI-CI**

### **2.1 CARACTERISTIQUES DE LA VOIX**

La voix a ceci de spécifique qu'elle est produite par des organes qui n'ont pas pour fonction première la phonation. Ils servent en priorité à certaines fonctions biologiques vitales de l'organisme, mais leur action coordonnée va permettre l'émission de la voix.

#### **2.1.1 EVOLUTION DE LA VOIX SELON LES AGES**

Notre voix évolue sans cesse au cours du temps, au gré des situations, mais nous avons pourtant quelques données objectives sur son évolution. Nous savons en effet que les cordes vocales d'un garçon à la naissance mesurent environ 5,6 mm alors que celles d'une fille sont d'environ 4,5 mm. Autres certitudes, notre voix est la plus aiguë (la plus haute et la plus claire) pendant la période qui suit la naissance. Elle diminue durant les trois premières années, en raison de l'abaissement du larynx. A cette donnée physiologique, s'associe une raison psychologique, car l'enfant pendant cette période, modèle sa voix sur celle de son entourage.

Puis de sept ans à la puberté, la voix perd légèrement en hauteur et passe de 300 hertz à 250 hertz pour une fille, et de 270 hertz à 180 hertz pour un garçon. La puberté marque une chute importante de la hauteur, plus importante chez le garçon que chez la fille.

Ensuite, la voix redescend progressivement avec l'âge, d'où une voix plus grave et plus sombre chez l'homme ou la femme d'âge mûr comparé à celle d'un jeune adulte, et encore plus avec celle d'un adolescent post pubertaire. (La voix de la femme devient souvent plus grave après la période de la ménopause). Enfin au terme de l'existence, le manque de forces et de souffle rend la voix plus aiguë et cassée.

#### **2.1.2 DEUX TYPES DE BEBES**

B. de BOYSSON-BARDIES (1996) différencie deux types de bébés, qu'elle nomme bébés « référentiels » ou analytiques, et « expressifs » ou holistiques.

Les premiers vont s'intéresser principalement aux éléments phonétiques et à la structure des syllabes, donc à l'aspect dénominatif de la langue : les mots.

Les seconds ont quant à eux privilégié leur écoute aux contours d'intonation et aux rythmes, donc à l'expressivité sonore : la voix en elle-même.

Nous pouvons mettre en rapport cette classification avec le travail de A. DIDIER-WEILL (2005), qui dit que le chant de la mère transmet une « double vocation ».

Il affirme que la voix maternelle laisse entendre à son enfant d'une part la mélodie continue, métaphore du chant et de la musique, et que l'on retrouve à travers les voyelles ; et d'autre part, le rythme du langage et de ses articulations, présentes dans la scansion du discours à travers la discontinuité des consonnes.

### **2.1.3 CARACTERISTIQUES PHYSIQUES/ACOUSTIQUES DE LA VOIX**

La voix peut être analysée selon quatre paramètres qui sont la fréquence, l'intensité, le timbre et la durée. Nous allons donc détailler ces fondamentaux constituants de la voix.

- **La fréquence ou hauteur :**

Elle représente le nombre de variations par seconde ou hertz.

Dans la voix parlée, la hauteur tonale varie autour d'une fréquence moyenne, appelée « fondamental usuel de la parole ». Les différences individuelles sont importantes et dues notamment à des facteurs physiologiques, psychologiques, familiales et sociales. Cependant, en moyenne, un enfant aura une tonalité qui variera entre mi<sup>3</sup> et la<sup>3</sup>, une femme une tonalité entre sol<sup>2</sup> et ré<sup>3</sup>, alors qu'un homme une tonalité entre sol<sup>1</sup> et ré<sup>2</sup> (CORNUT G., 1989).

La fréquence du son laryngé change constamment dans la voix parlée, et prend le nom d'intonation. En effet, c'est grâce aux variations mélodiques de l'intonation que nous pouvons exprimer au mieux nos émotions.

La mélodie de la voix de notre patient peut donc être un élément qui nous renseigne sur l'état affectif de celui-ci.

- **L'intensité :**

Elle traduit l'amplitude de la variation de pression correspondant au son émis, et s'exprime en décibels.

L'intensité varie considérablement selon que la voix soit murmurée ou criée. Cependant, une « intensité moyenne usuelle » est repérable et correspond à la voix parlée. La voix remplit un espace, également appelé espace de projection vocale.

Elle varie selon les caractéristiques anatomo-physiologiques et psychologiques des individus. Ainsi une forte intensité dans la voix d'un patient pourra être le signe d'une capacité d'affirmation personnelle, tandis qu'une voix tenue indiquera plutôt une timidité voire une dépression.

Aussi dans la parole, l'intensité augmente sur certaines syllabes lorsque nous articulons et lorsque nous voulons appuyer un message que nous voulons transmettre à autrui.

- **Le timbre :**

« Le timbre de la voix tel qu'on l'analyse au sortir de la bouche est la résultante de la transformation et du modelage du son laryngé par les cavités de résonance. »

Le timbre est extrêmement difficile à analyser scientifiquement. Il est à associer très certainement à la personnalité profonde de la personne. Il est la conséquence des habitudes vocales, qui prennent leurs origines lors des tout premiers mois de la vie, et qui ne cessent de se forger tout au long de celle-ci.

Son évolution est donc constante, et dépendante de facteurs affectifs.

Cependant, le « timbre vocalique » se répartit en dix timbres fondamentaux, et permet d'identifier les voyelles quel que soit le locuteur ; il est révélateur de la façon dont sonne la voix.

- **La durée :**

Elle représente la notion temporelle des sons. La durée dépend de la régulation inspiration-expiration, qui contrôle notamment le tonus glottique. La voix n'existe pas sans durée du son...

#### **2.1.4 LES REGISTRES DE VOIX.**

Il est possible de décrire deux principaux types de registres de voix, en fonction de modes de vibration. Ainsi nous distinguons la « voix de poitrine », appelée également « mécanisme lourd », et la « voix de fausset » ou « mécanisme léger ». « La voix mixte » représente le mode vibratoire intermédiaire.

Le type vibratoire le plus grave est appelé le « strohbass », alors que celui le plus aigu prend le nom de « sifflet ».

La notion de registre vocal correspond bien à une réalité sur le plan physiologique, mais il est délicat de discriminer une « voix mixte », qui joue sur les deux registres de voix.

Il est intéressant de noter que des bébés, élevés essentiellement par leur père, ont des hauteurs de voix différentes de bébés élevés par leur mère (LIEBERMAN P., 1967). (Le babillage du bébé est donc autorégulé par l'audition).

#### **2.2 EBAUCHE D'UNE IMAGE (SONORE) DE SOI GRACE AU « STADE VOCAL »**

Nous abordons désormais dans cette sous partie, la notion de « stade vocal », étudiée par A. DELBE (1990), qui s'intéresse de plus près à la voix dans le développement psychique de l'enfant. Le stade vocal se situe « à cheval » sur les périodes des stades oral et anal.

Ce stade est à envisager comme un stade libidinal, c'est-à-dire comme « une étape du développement de l'enfant caractérisée par une organisation plus ou moins marquée, de la libido sous le primat d'une zone érogène et par la prédominance d'un mode de relation d'objet » (LAPLANCHE et PONTALIS, 1967, p. 454).

### 2.2.1 LE STADE DE LA « VOIX DE LA MÈRE »

Dès le moment où l'enfant reconnaît la voix de sa mère et la distingue des autres, c'est-à-dire dès les premiers jours de vie (et jusqu'à environ six mois), l'enfant perçoit sa voix comme celle d'un autre : sa mère. L'enfant ne sait donc se différencier de cette voix maternelle, servant de support identificatoire. En effet, l'enfant s'identifie à ces vocalisations qu'il « croit lui », parce qu'elles rendent présentes pour lui la voix « bonne » de sa mère. Le bain mélodique (la voix de la mère, ses chansons, la musique qu'elle lui fait écouter) sert comme le dit D. ANZIEU (1976) de « miroir sonore » pour l'enfant qui répondra par des cris (que la voix maternelle apaise en réponse), puis par des gazouillis et enfin par des jeux d'articulation phonématique.

Nous avons vu précédemment que l'enfant prenait plaisir à imiter le son de la voix de sa mère, par ses gazouillis et autres babillages. Par sa voix, il recrée donc la présence de l'objet partiel manquant qu'il est lui-même, et rétablit comme le dirait F. DOLTO sa « mêmeté d'être » (1977).

Pour D. VASSE (1974), il parvient à rétablir « imaginairement l'objet primordial manquant ». Comme la succion de son pouce qui lui fait halluciner le sein de la mère, l'enfant va par ses émissions vocales (non reconnues propres) halluciner la voix de sa mère.

C'est A. DELBE qui propose le terme de stade de « voix de la Mère », avec un M majuscule, pour « désigner cette mère archaïque, première, ensemble morcelé dans le temps et l'espace d'objets partiels auxquels s'identifie l'enfant, et la différencier de la « mère », objet total reconnu dans sa différence et sa permanence » (DELBE A., 1990, p.72).

Le jeune enfant s'identifie à partir de ses perceptions, isolées en autant de perceptions sensorielles (audition, olfaction, vision,...); ainsi la propre image de l'enfant à ce stade, constituée d'objets partiels introjectés, est l'image d'un corps en morceaux.

A. DELBE nous affirme que ce processus d'identification peut durer plus ou moins longtemps pour chaque individu, et que selon son vécu personnel, il peut y avoir des fixations à ce stade, qui s'exprimeront de différentes manières.

Ainsi le fantasme qui traduit la fixation à ce stade peut se formuler selon lui par : « cette voix, qui est l'autre (que j'aime), est la mienne, qui est moi » (DELBE A., 1990, p.72).

Nous retrouvons cette influence dans des comportements pathologiques comme non pathologiques. Voici quelques domaines illustrant nos propos :

- **La musique :**

Les caractéristiques rythmiques et mélodiques de la musique ont évidemment cette capacité à produire des sons qui peuvent faire penser à la voix maternelle. G. ROSALOTO écrit que « la voix maternelle est le premier modèle d'un plaisir auditif et que la musique trouve ses racines et sa nostalgie dans une atmosphère originelle » (G. ROSALOTO, 1974, p.76).

- **L'imitation des voix :**

Par l'imitation, il est possible de « devenir autre par la voix ». Cela prend un sens comique, alors que si la situation était réelle, elle serait angoissante.

La ventriloquerie a pour sa part été évoquée sous le nom de « schizophrénie vocale » (MOSES, 1988, p. 47).

- **L'identification aux « idoles de la chanson » :**

Ce phénomène concerne surtout les adolescents. Cette classe d'âge imite souvent les mimiques de leurs chanteurs préférés, font semblant de donner de la voix ou chantent vraiment par-dessus leurs paroles, etc... Les identifications massives et excessives sont à mettre du côté des conduites pathologiques.

- **La dysphonie de deuil :**

Un trouble vocal est provoqué suite à une rupture ou à la disparition d'un être cher.

- **Certaines situations d'isolement :**

Lorsqu'un sujet est resté de longues périodes sans parler, sa voix ou son cri le surprend et l'effraie. Cela arrive aux spéléologues, explorateurs ou prisonniers, ..., qui ne reconnaissent ainsi pas leur propre voix. Il leur est conseillé de parler seul, à haute voix, pour éviter alors cette expérience de désintégration.

### **2.2.2 LE « STADE VOCAL »**

Le « stade vocal » est la période qui suit le stade de la « voix de la Mère », et se situe aux alentours de six mois.

Au stade vocal, la voix devient un support essentiel de l'individualité de l'enfant. Car celui-ci, reconnaissant la voix de sa mère comme différente de la sienne, s'inscrit dans une maturation et une progression psychique.

Nous pouvons faire un parallèle entre cette notion de stade vocal et la position dépressive de l'enfant qu'a détaillée M. KLEIN. La « voix de la Mère » est effectivement perdue à jamais, elle devient voix de la mère, intégrée aux représentations de celle-ci comme objet total, et permanent, différente de lui. Son désir ne peut désormais investir que des objets substitutifs tels que la musique, sa voix propre, la voix maternelle, les voix idéalisées, etc...

Sur le plan du développement psychique, l'enfant va perdre alors la notion d'immédiateté du rapport aux choses ; une prise de distance, permettant de casser la relation fusionnelle sera possible.

L'enfant accède dès lors à la notion de son individualité dans un espace sonore. Cet espace sonore est considéré comme le premier espace psychique (avant les gestes et les mimiques). Il s'est en quelque sorte constitué dans cet espace, et s'est identifié à une forme dans tout un univers sonore (par les vibrations de l'air). Cela forge chez l'enfant une certaine « image », sonore et vibratoire de lui-même, « plus constituante que constituée », comme le dit J. LACAN à propos de l'image spéculaire (lors du stade du miroir)( 1966, p. 94).

Ce n'est pas pour autant que l'enfant cesse de vocaliser pour évoquer sa mère. Il cherche au mieux à reproduire la voix de celle-ci, dont l'évocation donne un grand plaisir à son babil.

En l'absence de la mère, la voix de l'enfant devient le « symbole » de la voix de sa mère, sur le mode d'une similitude et non plus d'une identité, d'où émergera ensuite une communication émotionnelle en sa présence.

La voix est donc « outil de communication », mais aussi largement un support identificatoire. Elle accède à son identité et son individualité, en se retrouvant marquée par cette séparation, ce renoncement à la « voix de la Mère ».

C'est au moment où l'enfant parvient à utiliser les mots, c'est-à-dire des signifiants de sa langue maternelle, que s'achèvera le stade vocal. La parole, dont l'acquisition est infiniment variable selon les enfants, mais que nous pouvons situer en moyenne vers deux ans, marque la fin de ce stade.

Nous pourrions alors, à travers le « style vocal » (FONAGY I., 1983, p. 19) du patient, être attentif à certains signes, qui marqueraient une résurgence de certains éléments évoquant des caractéristiques du stade vocal.

## **2.3 AUTRES CONSEQUENCES SUR LE PLAN PSYCHIQUE DU STADE VOCAL**

### **2.3.1 COMMUNICATION EMOTIONNELLE ET CASTRATION VOCALE**

La voix devient à la suite du stade vocal un moyen d'échange privilégié avec la mère, par son rythme, sa hauteur, son timbre, son intonation et son débit, qui vont traduire une gamme d'émotions très variées (colère, impatience, envie, plaisir, peur, malaise).

Ce jeu vocal se fait par combinaison de ces paramètres, que nous nommons signes paralinguistiques, opposables aux signifiants langagiers (les mots).

Il est vrai que par opposition au langage, une vocalisation ne peut que se répéter car elle est revêtu un caractère unique : chaque signe possède sa signification.

Pour autant, la communication émotionnelle n'exclut pas l'existence d'éléments préverbaux, comme par exemple l'alternance des rôles, qui anticipe le dialogue. Ainsi l'émotion tient une place prépondérante dans la voix, comme l'exprime M-F. CASTAREDE : « La voix, comme la musique, est le lieu où les affects se déploient hors du sens des mots et de la représentation » (1992, p. 45).

Dès lors que l'enfant accède à la parole, il se produit une « perte » de la voix. « En effet, pour accéder à la compréhension de la parole maternelle, l'enfant doit se dégager de sa fascination pour la voix de sa mère » (DELBE A., 1990, p. 12). A. DELBE parle alors de « castration vocale ». Cela représente la « soumission de la voix aux lois de la parole articulée, aux lois du langage ».

Contrairement à la communication émotionnelle, la castration vocale fait passer pour secondaire le corps de la voix. En effet, « gagner en voix », c'est perdre en langage (et inversement). Nous pouvons rappeler qu'avant même que l'enfant n'ait intégré le sens des mots de sa langue maternelle, le langage a modelé ses propres vocalisations, sans qu'il n'en sache rien, au point de lui faire perdre les phonèmes n'appartenant pas à sa langue maternelle ( BOWER T.G.R., p. 76).

La manière dont a été supporté le passage du stade de la « voix de la Mère » au stade vocal influera sans aucun doute sur la manière dont cette castration sera assumée.

### **2.3.2 LE DEVENIR DE LA PULSION VOCALE... UN CERTAIN PLAISIR VOCAL**

La pulsion vocale subit la castration (vocale), qui l'amène à l'emploi du langage et des mots, mais qui va surtout déterminer, pour ce qui nous concerne, le « style vocal » de la personne. C'est aussi de cette pulsion que provient le plaisir de dire, même pour ne rien dire et simplement donner de la voix. Ce plaisir vocal se retrouve dans le « langage égocentrique » des enfants (dont le langage n'est qu'un prétexte, sans visée communicative, sans nécessiter d'interlocuteur), ou les modulations vocales qui animent leurs jeux (dialogues entre jouets et personnages, bruitages, imitations, etc...).

Le plaisir du chant (et de la musique) est également une conséquence de ce que peut advenir la pulsion vocale. Nous englobons à travers cela le plaisir de chanter des comptines ou de réciter des poésies.

« Trouver une phrase musicale, c'est toujours la retrouver, c'est-à-dire la goûter dans cet incessant va et vient du désir et de la nostalgie, de la présence et de l'absence, de la perte et des retrouvailles, toutes ces oscillations se rapportant aux premières de la vie de l'enfant... » (CASTAREDE, 1989, p.92).

Voilà les principales voies prises par la castration satisfaisante des pulsions vocales, mais il se peut qu'elle n'ait pas lieu ; dans ce cas là, nous observerions une résistance à la parole. Elle se manifesterait par différents degrés de gravité, allant des troubles de l'articulation au mutisme, en passant par les bégaiements, les retards de parole et de langage...

### **2.3.3 VOIX ET ESPACE TRANSITIONNEL**

La voix a cette particularité de traverser l'espace et d'être impalpable. Nous ne pouvons tourner le dos à une voix sans l'empêcher de nous atteindre. La voix remplit donc un espace intermédiaire entre au moins deux personnes dans une relation.

C'est D.W. WINNICOTT (2002) qui a utilisé le terme d' « espace transitionnel » pour parler du lieu où s'expérimentait et s'aménageait la séparation entre l'enfant et sa mère. Nous avons bien vu précédemment que le passage du stade de la « voix de la Mère » au « stade vocal » assurait cette transition entre l'état de fusion et l'état de séparation de la mère et de son enfant.

Pour cela, il a été nécessaire que la mère facilite, autorise, investisse des jeux, des échanges entre elle et son enfant (« baby talk »). D.W. WINNICOTT donnait d'ailleurs au babil de l'enfant une valeur d'objet transitionnel. En effet, la restauration de l'objet perdu (« la voix de la Mère ») peut s'accomplir en particulier dans l'aire intermédiaire où se déploie la créativité. Tout ceci entraîne et permet l'acquisition de nouvelles aptitudes par l'enfant. L'ensemble de ces phénomènes transitionnels aboutira à l'âge adulte à « l'aire de l'expérience culturelle », si l'environnement, à savoir : la qualité, la précocité et le volume adéquat du bain sonore dans lequel il a été plongé enfant, l'a suffisamment bien préparé.

« La manipulation, que l'enfant peut faire à sa guise des « sons », et ce plaisir conjugué qu'il prend à les faire entendre facilitent grandement leur investissement transitionnel. La phonation est une décharge motrice qui permet l'expulsion (agressive) sonore et réactive des traces mnésiques liées aux mouvements libidinaux de l'allaitement et des soins maternels.» (GORI R. , 1977, p. 87).

### **3 LA VOIX DU THERAPEUTE : SES CARACTERISTIQUES ET SES FONCTIONS**

#### **3.1 QUELLE(S) VOIX POUR LE THERAPEUTE ?**

##### **3.1.1 L'IMPORTANCE DE POSER SA VOIX**

Quelle que soit la relation thérapeutique, le thérapeute n'a d'autre choix que de donner de la voix. Aussi en psychomotricité, la voix est un langage du corps : le psychomotricien est « corps en voix » parmi les autres voix avec lesquelles il communique.

Il doit élever sa voix ou jouer avec elle pour se faire entendre, mais comment le faire ? et comment la moduler, tout en restant soi-même ?

Bien évidemment, la voix du thérapeute reprend les mêmes caractéristiques que la voix du patient, si nous nous en tenons à son côté descriptif et donc acoustique. La fréquence, l'intensité, le timbre et la durée restent effectivement les propriétés de toutes voix. Bien sûr aussi, les différences physiologiques, psychologiques, familiales et sociales interindividuelles déterminent une infinité de voix.

Le thérapeute lui-même prend des voix différentes, sans s'en rendre compte, selon le moment et l'humeur. Mais ce que nous pouvons remarquer, c'est qu'au fur et à mesure qu'il prend ses marques dans sa propre élocution, sa voix se pose au cours de la séance. Nous constatons donc quelque chose comme une « habitude », voire un apprentissage, ou une prise de « confiance en soi » de celui qui parle. Le thérapeute, comme le patient, peut passer par cette phase d'accoutumance à sa propre voix.

Cependant cela ne se passe pas forcément toujours linéairement, et il se peut que la personne ne trouve pas les moyens de poser et placer sa voix. Ainsi pour reprendre les propos de M-F. CASTAREDE, « Plus une personnalité est unanime et harmonieuse dans ce qu'elle dit, plus sa voix traduira ce qu'elle souhaite exprimer ; si, au contraire, des conflits importants la traversent et la déchirent, elle sera le véhicule de ces distorsions intérieures »(1989, p. 220).

La stabilisation de sa voix et le fait de l'assumer en tant que propre « performance » verbale est donc une finalité à atteindre par le thérapeute pour se mettre, avec son patient, dans les meilleures dispositions thérapeutiques possibles. Le psychomotricien doit investir sa voix au même titre que son corps.

Et particulièrement, si le psychomotricien et ses patients effectuent un travail d'expression vocale, il sera prépondérant pour ceux-ci de tenir compte de leurs appuis corporels : pieds, plancher pelvien, côtes, dos et diaphragme, car ce sont eux qui soutiennent la colonne d'air. La respiration, à travers l'inspiration, l'expiration et les apnées, sera aussi primordiale, car elle fournit l'énergie nécessaire au son sous la forme d'un courant aérien. (L'apnée de fin de respiration est le moment où s'opère la régulation homéostatique, elle est donc particulièrement importante.)

Le psychomotricien doit aussi maîtriser le contexte social et environnemental dans lequel il se trouve. Son cadre de séance, ses modalités de prise en charge, et son lien avec l'équipe thérapeutique, sont autant d'éléments avec lesquels il doit être en accord ; il doit rester vigilant à tout cela, afin de moduler et adapter dans le temps si besoin est, ces paramètres, qui lui serviront à asseoir sa place et sa fonction, et par là même son corps et donc sa voix.

Mais nous devons rester conscient et attentif à notre propre style vocal. En effet, ce style vocal personnel est doublement masqué : par le message linguistique conscient qu'il véhicule d'une part, et par la présence permanente d'attitudes situationnelles d'autre part.

### **3.1.2 BIEN ECOUTER POUR BIEN TROUVER SA VOIX**

N'oublions pas que toute relation (thérapeutique) et donc tout échange se base sur une écoute de l'autre. Cet acte volontaire, actif, est primordial et dépasse le simple fonction physiologique d'entendre. Il implique un investissement, une capacité d'attention, qui doit permettre de discriminer avec fiabilité et justesse ce qui est de l'ordre :

- de son propre corps (sonore) : une écoute de soi
- du/des patient(s) : une écoute de l'autre
- des bruits extérieurs : une écoute de l'environnement

Dans ce domaine, A. TOMATIS a beaucoup étudié le domaine de l'audition notamment à travers l'écoute, l'oreille, la musique... et affirme à ce propos que : « toute dysharmonie de l'écoute entraîne une dysharmonie de l'insertion humaine » (2006, p.112) , à savoir une perturbation dans la relation à autrui.

Dans un autre registre, qui concerne la psychanalyse, mais qui peut se transposer à la psychomotricité, A. GREEN parle d'une « écoute musicale » (1994, p. 116). des patients, notamment avec ceux pour lesquels les affects ont été gelés, inactivés, inanimés, enfouis.

Comme l'intitule cette sous partie, ce travail d'écoute de soi même, de l'autre et de l'environnement) est primordial pour déceler l'impact de la voix sur le patient qui nous est confié. Aussi, une étude montre que chez des enfants forts anxieux, la qualité de décodage des émotions d'autres enfants diminue : ils confondent peur et colère (Mc LURE E. B. et NOWICKI J., 2001).

I. BARANDE nous confie ainsi : « Mélodies, séquences, ruptures se silhouetteront peu à peu, ne délivrant leur pleine signification qu'en fin de parcours, parfois à l'occasion de leur variations. Ces aspects ont une grande importance pour composer notre audition, nous muer en mélomanes de la prose parlée, informer notre sensibilité, instruire nos soupçons, nuancer nos certitudes... » (1976, p. 441).

La voix n'est effectivement jamais neutre, donc il est important pour le psychomotricien de repérer la réelle influence de celle-ci lors d'une séance. Lire la voix est une forme d'empathie, car cela permet d'accéder aux pensées et aux sentiments d'autrui. En outre, pour y parvenir, il est nécessaire de passer de la compréhension de son propre style d'expressivité au style de l'autre.

C'est ainsi que l'écoute va agir comme n'importe quel feed-back, pour permettre un ajustement des plus adaptés de la voix. Ajoutons que la voix, indissociable en réalité du signifiant des mots, est également entendue dans cette « écoute thérapeutique ». Nous allons donc voir en retour, comment la voix peut agir sur le patient et s'il est possible de caractériser certaines voix.

### **3.2 LA VOIX « PROFESSIONNELLE » DU PSYCHOMOTRICIEN... UN CERTAIN « POUVOIR VOCAL »**

#### **3.2.1 LES INTONATIONS VOCALES**

Nous avons vu précédemment que les variations mélodiques de l'intonation vocale étaient un réel moyen d'expression des émotions. I. BARANDE (1976) parle des intonations comme de véritables « mimiques, postures vocales d'une grande subtilité ». En poursuivant dans ce sens, nous savons qu'il est possible d'identifier et donc d'exprimer telle ou telle intention par l'intonation :

- une intonation musicale descendante désignera affirmation, résignation ou constatation.
- une intonation musicale montante correspondra au contentement, à la surprise ou l'exclamation.

Des expériences montrent que les performances motrices d'enfants impulsifs augmentent quand les instructions verbales sont énoncées à voix haute, même si elles ne sont pas reliées directement à la tâche elle-même. C'est le son de la voix, et plus précisément l'intonation donnée aux syllabes (« impulse » selon LURIA, neuropsychiatre russe élève de VYGOTSKY de 1961 à 1969) qui importe plutôt que l'aspect sémantique des phrases. Cependant, plus l'enfant grandit, plus il lui faudra développer un contrôle sémantique des systèmes cognitif et comportemental.

La « couverture vocale » (DUMAS C., 1977) est un exemple de technique utilisée en rééducation psychomotrice, qui consiste à couvrir l'enfant de paroles, sans arrêt, pendant qu'il est sur une activité (chez un enfant instable de quatre à six ans). Le psychomotricien jouera sur les données para verbales du langage : la variation de l'intonation (voix aigue avec les tout petits, plus grave avec les grands, dès qu'ils commencent à déborder de leur activité) et aussi vitesse d'élocution.

### 3.2.2 PROFIL ACOUSTIQUE DE DIFFERENTES EMOTIONS

Il est utile d'apporter certaines nuances dans nos propos, pour ne pas que le lecteur pense que des liens soient établis entre la voix et la personnalité d'un sujet. Il est préférable de parler de liens entre la voix et les émotions, tout en rappelant que de nombreux chercheurs ont essayé de deviner l'état psychologique de sujets d'après les inflexions de leur voix, et qu'ils ont tous échoué dans leurs tentatives.

Mais il est indéniable que certaines émotions sont plus facile à lire que d'autres, comme la colère (voix haute et rapide, mouvements mélodiques saccadés, respiration forcée, haletante) et le chagrin (voix lente, avec de nombreuses pauses et expiration longue et forcée).

A l'inverse, la peur peut prendre diverses formes d'intonation ; la voix n'est alors pas un outil suffisamment fiable à lui seul pour identifier cette émotion. De même que seule une hauteur élevée de voix peut être un signe de bonheur ou bien d'angoisse.

Profitons-en pour caractériser (avec une relative fiabilité) par leur qualité acoustique certaines émotions primaires :

- la joie : une voix haute.
- le mépris : une voix forte et lente.
- le stress : une voix haut perchée, forte et rapide.
- le dédain : une mélodie de voix régulière et descendante.

Le profil acoustique de la voix d'une personne dépressive se définit de manière assez fiable par une intensité faible, un débit ralenti avec augmentation du nombre et de la durée des pauses, une monotonie de la hauteur, un timbre pauvre. Des troubles de la réalisation articulatoire ont été également décrits avec une diminution de la précision des consonnes et une diminution de l'intelligibilité de la parole.

Les mouvements mélodiques de la voix, remplissant un espace sonore, prennent aussi le nom métaphorique de voix « caressante » ou « rugueuse », selon que l'analyse de la ligne mélodique soit lisse et ondulante dans le premier cas, ou composée de montées brusques suivies de descente abrupte dans le second.

La voix peut donc être le reflet de l'état cognitivo-affectif d'un sujet. Nous distinguerons alors deux types d'empreintes : celles liées aux états de courte durée telles que les émotions et les stratégies communicatives ; et celles liées aux humeurs, aux attitudes générales et à la personnalité propre, qui s'étendent sur une période plus longue.

Le psychomotricien peut donc jouer, par la connaissance de ces données, sur les caractéristiques acoustiques de sa propre voix, afin de marquer certaines expressions, et donc de faciliter une forme de communication dans la relation thérapeutique.

### **3.2.3 LA VOIX DU PSYCHOMOTRICIEN COMME ENVELOPPE SONORE**

En parlant des premières interactions mère-enfant, nous avons parlé d'un bain sonore dans lequel était plongé le bébé. Ce matériel acoustique servirait à l'élaboration des premières capacités mentales. Ce phénomène, associé à l'allaitement, est en effet à l'origine de la formation du Soi (et de l'ébauche du Moi) comme une enveloppe sonore. Cette enveloppe sonore se compose de sons émis par le bébé lui-même et par son environnement proche, mais aussi de silences ; soit des sons du « dehors » et du « dedans », qui semblent être une préfiguration du « Moi-peau » (ANZIEU D., 1994).

E. LECOURT (1987) envisage l'enveloppe sonore sous l'angle de deux faces : la face verbale et la face musicale. La première serait univocale, et tournée vers l'extérieur ; la deuxième (celle qui nous intéresse) tournée vers l'intérieur, tissée de voix (dans l'espace comme dans le temps), qui sonnent, vibrent et résonnent, est plurivocale. Elles s'avèrent cependant indissociables et complémentaires l'une de l'autre. Le Moi-peau structure, virtuelle à la naissance, s'actualise au cours de la relation entre le nourrisson et son environnement proche.

Des carences, surtout d'ordre affectif, lors de ces premières années de développement, peuvent atteindre les diverses fonctions du Moi-peau. L'enfant, pris en charge en psychomotricité, peut avoir des défaillances de cette fonction, mais il est intéressant de noter que la voix du psychomotricien sera utile pour restaurer certaines failles du côté psychique du patient. Notons les principales fonctions, et les possibles conséquences en cas de carence :

- **Maintenance (du psychisme)** : grâce au « holding » (façon dont la mère soutient le corps du bébé), et aux vocalises réciproques du nourrisson et de sa mère, s'effectue une intériorisation de ce « holding » maternel, sur lequel va se développer des capacités psychiques. Alors le Moi-peau, intériorisé, va avoir pour fonction de maintenir le psychisme en état de fonctionner. Cela prépare l'enfant à avoir une vie psychique à soi, où s'élaborent progressivement les premiers mécanismes de défense. Si la mère faillit à cette préoccupation maternelle primaire, l'enfant aura les plus grandes difficultés à envisager la « dé-fusion » psychique d'avec sa mère. Il n'aura pas de conscience de sa propre unité, l'intégration d'un Moi unifié sera nulle ou partielle.

En séance de psychomotricité, il peut s'avérer intéressant de jouer avec les sons, d'imiter les voix, de les varier, de retrouver un plaisir à vocaliser et à entendre, afin de réactualiser ces premiers échanges de l'enfant avec sa mère.

- **Contenance** : cette fonction est assurée principalement par le « handling » maternel (manière dont l'enfant est traité, manipulé, soigné). R. KAES (1994) distingue deux aspects de cette fonction. Le « contenant », stable, « s'offre en réceptacle passif au dépôt des sensations-images-affects du bébé, ainsi neutralisées et conservées. Le « conteneur » correspond à l'aspect actif, à la rêverie maternelle », qui rend possible la transformation de ces « sensations-images-affects » en représentations.

Deux formes d'angoisse peuvent survenir si carence de cette fonction il y a eu. La première est celle d'une excitation pulsionnelle diffuse, permanente, éparse, non localisable, non identifiable, non apaisable. L'enfant s'est construit sans « écorce », et fait de la douleur physique ou de l'angoisse psychique un substitut.

La seconde est celle d'avoir un intérieur qui se vide, du fait de la discontinuité de l'enveloppe. Le Moi-peau est dit « passoire », les pensées et les souvenirs sont alors difficilement conservés. L'agressivité sera le principal moyen d'affirmation de soi.

Alors, la voix du psychomotricien, par sa capacité à remplir l'espace sonore, peut agir sur ce Moi-peau trop « poreux », et aider à l'unifier.

- **Pare-excitation** : le Moi, comme la peau se constitue d'une structure en double feuillet. La mère sert de pare-excitation au bébé, jusqu'à ce que le Moi en croissance de celui-ci trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction. La voix sert également d'étayage, celle de la mère est la plus efficace par exemple pour apaiser son bébé lors des premiers mois, à condition que sa voix, porteuse de ses affects, puisse répondre aux émotions de son bébé.

Les pathologies engendrées seront de l'ordre de l'autisme, où le double feuillet n'est pas toujours ébauché, les fonctions du Moi-peau ne peuvent donc s'établir. Les autistes sont, pour certains très sensibles aux mélodies, et notamment à la musique classique. La psychomotricité peut envisager un travail autour de ce support, pour calmer les angoisses de ces sujets et les étayer avec qualité.

- **Individuation du Soi** : cette fonction apporte le sentiment d'être un être unique.

Nous avons vu dans une précédente partie que la voix tenait un rôle important de support identificatoire. La voix tient ici un rôle primordial, dans le sens où le jeu sur les intensités vocales peut permettre d'élever sa voix (pour se faire entendre), de la déployer et donc de s'affirmer.

- L'intersensorialité, le soutien de l'excitation sexuelle, la recharge libidinale et l'inscription des traces sensorielles sont les autres fonctions du Moi-peau, qui nous semblent avoir moins d'importance et de liens avec la voix.

### **3.3 LE COUPLE THERAPEUTIQUE : VOIX D'HOMME ET VOIX DE FEMME**

#### **3.3.1 CARACTERISTIQUES DES VOIX MASCULINE ET FEMININE**

La hauteur moyenne de la voix masculine est de 120 Hz, contre 225 Hz pour la voix féminine. C'est essentiellement pour des raisons physiologiques (puberté qui entraîne développement du larynx, épaissement et allongement des cordes vocales) que l'écart de voix entre les deux genres devient plus important après la puberté. Aussi, le larynx des garçons grossit d'un centimètre environ pour former la pomme d'Adam, tandis que les cordes vocales des filles ne s'allongent que de trois à quatre millimètres. La voix parlée des garçons peut descendre d'une octave, alors que celle des filles diminuera d'un tiers ou d'une demi-octave.

De manière générale, la voix des hommes et des femmes ne provient pas du même endroit. En ce qui concerne le chant, les femmes utilisent principalement une voix de « tête », et plus occasionnellement une voix de « poitrine » (qui correspond à une voix de « fausset » chez l'homme, du point de vue vibratoire). Le registre des voix d'homme est davantage une voix de « poitrine », alors que la voix de « fausset » masculine sera considérée comme une voix aigue.

Cette voix de « fausset » masculine peut être considérée comme ambiguë, car elle est une fixation de la voix mâle à un stade précédant la mue. Si le garçon reste fixé à sa mère au moment de la puberté (plutôt que de se tourner vers un objet féminin non incestueux), sa voix restera connotée d'infantilisme.

Par ailleurs, un phoniatre apprend à ses clients trans-sexuels à parler avec une voix de « tête », car la voix de « poitrine » des hommes produit un indésirable effet de « corne de brume ». Cela les aide à reproduire le son « plus léger » qui émane des cavités corporelles plus petites des femmes (partie supérieure de la boîte vocale) (DANIEL P.J. ,1982). Mais certains trans-sexuels préfèrent utiliser une voix de « fausset » pour mieux se faire passer pour une femme.

### 3.3.2 AVANTAGES ET COMPLEMENTARITE DU COUPLE THERAPEUTIQUE

Nous avons explicité dans les précédentes parties l'importance de la voix maternelle dans les premières années de développement de l'enfant, tant dans la communication émotionnelle que dans la construction psychique de l'enfant. Ainsi la voix, intimement reliée au corps, aborde le sujet dans sa globalité, tout comme le fait la psychomotricité. La voix, envisagée sous tous ces termes, agit comme un stimulus sur le patient, stimulus qu'il s'agit d'adapter au mieux pour faire évoluer ce même patient.

La complémentarité d'une voix masculine et d'une voix féminine s'avère donc bénéfique pour le patient, car source de richesse sur le plan purement acoustique.

Ensuite, sur un plan plus symbolique, « la voix maternelle porte la sonorité musicale continue, tendre et enchanteresse ». La voix féminine de la psychomotricienne peut alors être identifiée pour certains patients à cette voix maternelle, voix qui représente une forme de matérialisation du désir (celui des premiers temps, où la mère apporte tous les soins à son enfant).

Sur le même plan, la voix masculine du psychomotricien peut quant à elle prendre le rôle de « la voix du père » (père symbolique et non géniteur). Cette voix est extérieure à la relation duelle mère-enfant, et a justement pour fonction de s'y introduire en séparant et limitant la place de chacun. Cette voix, entendue par le patient, et associée à l'expérience de la séparation, sert alors à « introduire dans toute relation la dimension de distance, qui empêche toute symbiose et toute confusion.(...). La voix paternelle porteuse de la loi est la voix par laquelle se transmet et se constitue le surmoi. (...). La « voix du père » n'interdit pas le désir, elle en fixe le mode d'emploi sur la voie du temps et des objets qui se présentent à lui. » (KONOPCZINSKI G., 2005, p. 87). S. FREUD et J. LACAN ont également attribué à cette voix la fonction de surmoi acoustique.

« C'est la voix de l'institution, de l'autorité, de la culture, de l'éducation » (ABECASSIS J., 2005, p. 81) dimensions qui ne sont cependant pas exclues de la voix de la mère !

# **PARTIE CLINIQUE**

## **1 L' INSTITUTION**

Le stage dans lequel j'ai mené ce travail sur la voix s'est déroulé dans un CMP, Centre Médico Psychologique. Il se compose de plusieurs antennes, et celle dans laquelle j'ai été accueilli avait lieu dans des locaux d'une des Mairies d'arrondissement de Paris.

La salle dans laquelle nous effectuons nos séances est peu adaptée aux activités motrices. Un très grand bureau occupe le centre de la pièce, la divisant en deux parties inégales. Pour des raisons institutionnelles, ce bureau servant également aux consultations d'adultes, il a été difficile d'y apporter des modifications.

De plus, les enfants ont tendance à s'y réfugier, s'y cacher, ou s'y faufiler en rampant pour accéder aux placards contenant divers jeux. Nous utilisons néanmoins cet espace lors de « parcours », ou lorsque les enfants jouent à imiter certains animaux, comme le serpent.

Le matériel est limité, mais tout de même suffisant. D'un côté du grand bureau se trouvent deux grands placards remplis de jeux variés ; cela constitue plus un passage qu'un réel espace de jeu. De l'autre côté, l'espace permet de se regrouper, se déplacer ou apporter des aménagements, nous y passons l'essentiel de la séance.

Dans le prolongement du bureau, situé contre un mur, se trouve une banquette, où nous nous retrouvons en fin de séance pour lire une histoire ; elle peut éventuellement servir dans des jeux ou des temps calmes.

Ce qui manque le plus à cette salle sont des tapis ou des matelas. Le linoléum de la salle n'est pas très agréable ni confortable pour se déplacer ou agir directement sur le sol. Deux petits tapis de sol et des coussins nous permettent d'investir tout de même cet espace. Il est important de privilégier un espace permettant d'expérimenter des déplacements variés au sol

(parcours, évolutions au sol) et d'explorer l'espace vertical, notamment pour des enfants de cet âge (4-5 ans).

Le CMP accueille des enfants aux problématiques diverses. On trouve ainsi majoritairement des enfants avec des troubles du comportement, du langage, du développement, des apprentissages, au retard psychomoteur global. Le CMP reçoit aussi des enfants aux pathologies plus lourdes, comme des dysharmonies du développement (psychose, autisme). Ce centre est souvent le premier interlocuteur des familles avant une orientation vers une structure adaptée.

## **2 GROUPE « CORPS ET LANGAGE »**

### **2.1 COMPOSITION DU GROUPE**

- **L'équipe thérapeutique**

Elle se compose d'une psychomotricienne, d'une orthophoniste et d'un stagiaire en psychomotricité. Au sein de ce groupe, chacun des thérapeutes agit librement et ne se cantonne pas à un rôle précis. Bien évidemment, les psychomotriciens interviennent davantage sur le domaine moteur et corporel, et l'orthophoniste sur le domaine vocal mais il arrive fréquemment que nous mêlions voix et motricité, avec une participation collective des trois thérapeutes avec les enfants du groupe.

La « petite histoire », lue avant de terminer la séance et de se séparer, constitue le seul moment, invariable, où l'orthophoniste et seulement elle, choisit un livre et le lit aux enfants, en leur montrant les illustrations associées. Pendant ce temps calme, les psychomotriciens se placent avec les enfants, sur la banquette, et tout le monde rentre alors dans une écoute attentive de l'histoire comptée par la voix de l'orthophoniste.

- **les patients**

Ce groupe s'adresse à des enfants au retard global, sur un fond d'immaturité affective. Les enfants ont rencontré avec leur parents un médecin consultant et des bilans psychomoteurs et orthophoniques ont été proposés. Ces trois enfants présentent des troubles où le corps reste au premier plan des investissements. Ils n'ont pu accéder aux relations objectales de la première relation, qui n'a pu être contenante pour quelque raison que ce soit.

Ce groupe thérapeutique est un groupe fermé de trois enfants, scolarisés exclusivement en classe de maternelle. Le plus jeune des trois est Eric, qui a 4 ans et 5 mois tandis que les deux autres enfants, Valère et Benoît sont plus âgés d'un an. Il prendra donc fin pour les deux enfants les plus âgés, mais pourra être poursuivi pour Eric le plus jeune des trois.

Eric a intégré le groupe seulement à partir du mois d'octobre, alors que Valère et Benoît participaient déjà à ce groupe l'an dernier.

Eric est un petit garçon tonique et plutôt costaud, volontaire, et cherchant souvent le rapport de force. C'est un garçon dont on dit qu'il n'écoute rien, qu'il est agité. Il montre une certaine intolérance à la frustration, qui le pousse parfois dans de grandes colères. Eric a une bonne compréhension mais parle très peu, et avec un trouble de la prononciation. Ainsi il déforme les mots, qui deviennent alors incompréhensibles. Il ne contrôle pas toujours ses mouvements dans le jeu, et y dépense beaucoup d'énergie. Pourtant il peut être câlin et affectueux quand il veut. Les parents d'Eric sont séparés depuis sa grossesse ; Eric vit avec sa mère et n'a vu son père que deux ou trois fois.

Valère est un petit garçon également assez robuste, plus grand par la taille qu'Eric (qui a un an de moins que lui). Il s'exprime peu ou à voix basse, et peut se montrer régressé ou donner place davantage à son agressivité. Valère, d'origine portugaise, vit avec sa mère, et voit peu son père, qui travaille loin de Paris, ne revenant qu'un week end sur deux. Malgré son manque d'expression verbale, il est capable de prendre certaines initiatives et de proposer au groupe des idées de jeu. C'est l'enfant le moins agité, corporellement, du groupe.

La cohésion entre ces trois enfants a mis un certain temps avant de se mettre en place, car ce sont des enfants au fort caractère. Mais au fil des semaines, chacun a trouvé une place au sein du groupe, en tenant plus ou moins compte des autres. Ces enfants nous montrent par leur investissement qu'ils prennent plaisir à venir en séance.

Nous étudierons le cas de Benoît, avec davantage de précision, plus tard dans cette partie.

- **les mères**

L'accueil des mères (ou des accompagnateurs) prend une place importante dans notre travail. En effet, nous notons pour chacun des enfants une absence prépondérante du père : la mère d'Eric vit seule avec son enfant, séparée de son compagnon dès sa naissance ; le père de Valère ne revient que toutes les deux semaines ; la mère de Benoît s'est remariée depuis peu, et a toujours bloqué les rencontres entre son ex mari et son fils.

Ce sont souvent les mères des enfants qui les accompagnent, et nous accordons une écoute attentive à celles-ci lors de l'accueil, ainsi qu'à la fin de la séance. Cela nous permet d'échanger sur leur état de santé (physique et psychologique), sur celui de leur enfant, ainsi que sur la vie scolaire et extra scolaire de ceux-ci.

Une relative entente se crée entre elles. Elles se sentent progressivement plus impliquées dans leur rôle de parent. Elles semblent de plus en plus investir leur place et celle de leur enfant. Cette oreille et cette parole (disponibilité) que nous leur proposons paraît les aider et les rassurer, surtout dans les moments où nous les voyons se décourager.

Bien évidemment, nous ne nous substituons pas aux psychologues et médecins consultants du service à travers ces échanges. Lorsque nous constatons de réelles difficultés chez l'enfant et/ou chez un parent, nous proposons à ce dernier un rendez vous. Simplement, ce court moment passé avec ces mères nous permet de mieux comprendre les éventuels changements de comportement ou d'attitude des enfants, qui évoluent, notamment Benoît, dans des environnements peu stables et propices aux excitations et débordements, car angoissants pour eux.

## **2.2 DEROULEMENT DE LA PRISE EN CHARGE**

- **Règles du groupe**

Ce groupe « corps et langage » se réunit tous les vendredi matins de 9h30 à 11h. Nous insistons sur le respect de certaines règles primordiales essentielles au bon fonctionnement du groupe qui en fixent le cadre : l'engagement d'une présence régulière et le respect des horaires, la non mise en danger de soi même et des autres, le respect de l'autre et du matériel mis à leur disposition.

Ces règles apportent des limites et permettent de contenir l'excitation et les éventuels débordements des enfants. L'équipe thérapeutique est garante de ce cadre, créant les conditions propices à l'expression de chacun, et l'accueillant dans des activités motrices mettant en jeu des expériences sensorielles, sur lesquelles nous mettons des mots, évoquant notre ressenti, nos commentaires sans interprétations, et ouvrant sur l'expression verbale, qu'elle soit régressive ou non.

- **Organisation de la séance**

Chaque séance débute par un accueil des enfants et de leur accompagnateur (souvent leur mère). Ce temps est bref, mais important pour elles comme pour nous. Elles se sentent écoutées et comprises, ce qui entraîne leur plus grande implication dans l'accompagnement et la compréhension des difficultés de leur enfant, apportant plus de stabilité et de sécurité à leur enfant. L'absence des « pères » crée il est vrai un déséquilibre à la fois pour l'enfant, mais aussi pour la mère. Au fil des séances, nous voyons une évolution positive dans l'attitude des mères, qui se livrent plus facilement dans leurs espoirs et leurs difficultés, et peuvent lâcher davantage leur enfant en s'appuyant sur nous.

Dans la salle, les enfants s'installent sur des coussins placés sur le sol, en cercle. Nous les incitons à prendre la parole, à parler d'eux même, de leur état actuel, d'un événement qui les a marqué durant la semaine écoulée... Nous donnons la parole à chacun, en insistant sur le respect de l'écoute des uns et des autres. Ce temps de parole n'est pas toujours bien respecté, car il leur est difficile de maintenir une stabilité motrice et une concentration pendant plusieurs minutes d'affilée. C'est un temps essentiel de prise de contact, de prise de conscience de l'appartenance au groupe, rassurant pour eux. En effet, pour Eric notamment, ce moment a été bénéfique, car il avait besoin d'un temps d'approche progressive pour s'intégrer au groupe.

Après ce temps d'accueil, nous passons à un temps de jeu, qui dure approximativement une heure. Ces jeux sont choisis ensemble, patients et thérapeutes, sur les propositions des uns et des autres, et avec l'accord de chacun. Nous n'hésitons effectivement pas à élaborer et créer des jeux à partir des idées des enfants, qui abordent les notions de rythme, d'espace, de construction, d'imaginaire, où le corps est très souvent mis en jeu. En commentant, verbalisant les actions, nous amenons les enfants à utiliser le langage pour s'exprimer ou échanger entre eux.

Les chansons ou comptines reprises ou non par les enfants, les étayent souvent dans leur jeu.

Quelques objets médiateurs sont à notre disposition comme des balles, des quilles, des jeux comportant des cibles, des jeux de construction,... Les balles, cerceaux et tapis de sol sont les principaux matériels que nous utilisons dans nos séances.

Pour terminer la séance, nous avons instauré un rituel : l'histoire.

Assis sur la banquette, les enfants écoutent l'histoire lue par l'orthophoniste. Elle se place face à eux, en leur montrant les images et illustrations du livre. Elle insiste sur les intonations du texte et use de mimiques, pour rendre l'histoire encore plus vivante.

Les psychomotriciens s'installent autour des enfants sur la banquette. Ce moment rassemble le groupe ; il est important car il signifie aussi aux enfants que la séance se termine bientôt. Ainsi il apporte un repère temporel, et prépare à la séparation.

Les enfants apprécient ce moment, et se plongent facilement dans l'univers imaginaire de l'histoire. Ils peuvent participer en tournant les pages du livre ou en touchant certaines de ses illustrations mobiles, chacun leur tour, puis commenter l'histoire.

Une fois l'histoire racontée, il est temps de se dire au revoir. Chacun salue les autres en le nommant dans la salle avant d'ouvrir la porte, et nous rappelons notre rendez vous pour la semaine suivante. Cela clôt ce moment privilégié qu'ils ont eu et pu partager avec les autres enfants et les thérapeutes. Derrière la porte, nous attendent les mères des enfants, avec lesquelles nous prenons parfois un temps pour un dernier échange.

### **3 ETUDE DE CAS : BENOIT**

#### **3.1 PRESENTATION**

Benoît est un petit garçon brun d'origine marocaine, à l'air sérieux avec ses lunettes. Il est en grande section de maternelle, mais son élocution est plus proche de celle d'un bébé que d'un garçon de 6 ans. Benoît a des problèmes d'attention, qui l'empêchent de suivre le rythme imposé en classe, et se retrouve isolé pendant les récréations du fait de son comportement.

#### **3.2 ANAMNESE**

Benoît est né à terme après une grossesse « normale ». Des troubles alimentaires se sont cependant déclarés relativement tôt au cours de son développement. Sa mère a consulté au CMP à cette époque et a rencontré une psychothérapeute. Les troubles se sont amoindris, et la mère a préféré par la suite arrêter la prise en charge.

Le père de Benoît a quitté le foyer au moment de la grossesse de sa femme. Celle-ci a cru bon pour Benoît de lui cacher son existence pendant plusieurs années. Benoît connaît maintenant l'existence de son père, mais les rencontres entre le père et son fils sont épisodiques. Benoît demande pourtant à le rencontrer mais sa mère est encore dans le conflit et refuse toute démarche dans ce sens.

Elle s'est remariée, depuis peu, avec un homme qui a lui-même des enfants d'un précédent mariage. Cependant, l'actuel mari, dont les enfants sont beaucoup plus âgés que Benoît (entre 20 et 30 ans), ne semble pas très favorable pour s'impliquer dans cette nouvelle « triade » que forment Benoît - sa mère - son beau-père. Le mariage des nouveaux époux a même longtemps été caché à Benoît, pour qui les figures paternelles sont peu présentes.

Il manque d'un environnement stable, et il transite entre le logement de ses grands parents et celui de son beau-père. Il vit très mal les situations qui le séparent de sa mère, à laquelle il est très « collé », angoissé dès qu'elle s'absente. Celle-ci semble attachée à son enfant, et prête à lui accorder une place réelle dans son nouveau foyer, mais son discours est parfois ambigu et contradictoire.

Ce sont les difficultés scolaires de Benoît qui l'ont amené à consulter au CMP. En effet, ses problèmes à l'écoute et à la transcription, l'empêchent de suivre le rythme de l'enseignement proposé. Il ne peut suivre les consignes et ne participe donc que partiellement aux activités qui lui sont proposées.

### **3.3 BILANS ET PRISES EN CHARGES**

- **En psychothérapie**

Benoît a repris une psychothérapie depuis environ 5 mois, avec la psychothérapeute qui l'avait rencontré à sa première venue au CMP. Il fait preuve d'un bon investissement en séance, avec des thèmes répétitifs d'une séance sur l'autre. Il se montre comme très régressé, et dans un collage avec sa mère. Elle l'accompagne régulièrement, en arrivant très souvent en retard.

### **3.4 EXAMEN PSYCHOMOTEUR**

Ce bilan a été réalisé quand Benoît avait 5 ans, par la psychomotricienne du service. Après une première séance où il s'est montré très régressé, il a pu par la suite participer et suivre certaines consignes.

- **Motricité globale :**

Benoît montre des capacités en ce qui concerne la coordination globale dynamique, où il peut sauter sur un pied, mais ses mouvements sont peu fluides. Il fait preuve de maladresse par moments, et ses gestes sont peu harmonieux. Il manque d'inhibition dans le contrôle du geste, et se montre peu à l'aise dans l'imitation de certains mouvements.

- **Schéma corporel :**

Le dessin du bonhomme réalisé par Benoît est équivalent à celui d'un enfant de 4 ans.

- **Rythme :**

L'épreuve de reproduction de structures rythmiques de Mira Stambak est effectuée avec succès. Le niveau de Benoît est même supérieur à celui d'un enfant de son âge.

- **Graphisme :**

La préhension de Benoît n'est pas stabilisée, et l'empêche de réaliser des tracés nets. Il réussit cependant à recopier le carré, mais reste en deçà de son âge pour cette fonction psychomotrice.

- **Langage :**

La première séance de bilan, Benoît est couché sur le divan, pouce dans la bouche, avec un langage très régressé.

A la seconde, il est capable de prendre la parole facilement pour énoncer son discours. Son débit est important, mais son vocabulaire et son imaginaire paraissent riches. En début de séance, il s'exprime en hachant beaucoup ses syllabes, ce qui donne un rythme très saccadé à ses phrases. Ensuite, son langage se fluidifie, et le ton qu'il emploie s'en trouve plus « posé ».

Il peut également exprimer son refus, mais il est plus fréquent qu'il passe par le corps, la fuite ou les cris pour marquer son opposition. Il peut néanmoins mettre des mots sur ses émotions de manière assez claire.

- **Relation avec la psychomotricienne :**

Benoît cherche toujours la maîtrise de la situation. Il lui arrive par conséquent de passer à travers certaines consignes comme si de rien n'était. Il prend peu en compte l'autre, sauf lorsqu'il peut en retirer un plaisir immédiat. Il peut aussi avoir une attitude régressive en remettant son pouce dans sa bouche, ou en jouant avec son doudou.

### **Conclusion :**

Benoît se montre performant dans les épreuves de rythme, il peut s'exprimer sur ses ressentis. Benoît est un garçon intelligent, qui affiche un bon niveau de compréhension, malgré ses difficultés d'écoute. Il possède de bonnes capacités motrices globales dynamiques, mais manque encore d'aisance corporelle. Son impulsivité l'empêche d'obtenir un contrôle optimal du geste, c'est pourquoi c'est un enfant qui montre une certaine maladresse. Il se comporte souvent de manière régressée, dû à son immaturité affective. Il centre son environnement autour de lui (et de ses désirs) ce qui entraîne des problèmes de disponibilité, d'écoute et de concentration.

### **3.5 PROJET THERAPEUTIQUE**

Benoît présente une insécurité intérieure, et reste très dépendant de sa mère. Il tente de se rassurer en testant les limites, attaquant le cadre, et en cherchant activement la satisfaction immédiate.

Nous nous efforcerons donc de maintenir les règles de conduite et de jeu à l'intérieur du groupe, afin de le « contenir ». Maintenu dans un environnement stable, Benoît pourra ainsi exprimer ses ressentis, au vu de ses bonnes capacités d'expression orale. Il devrait également pouvoir mieux réguler son activité motrice.

Le contrôle du geste, sera travaillé en associant des jeux autour du rythme et du schéma corporel. Les capacités rythmiques devraient être utiles pour l'inciter à participer et proposer des jeux (phrases rythmiques chantées, parlées, chuchotées,...) tout en mobilisant le corps. L'espace au sol sera investi pour que le corps connaisse une totale liberté de mouvement.

Il s'agira pour Benoît de se créer son propre espace interne, et de le différencier de l'espace externe. En faisant jouer ensemble les enfants, nous tenterons de clarifier l'espace interne de chacun. Ainsi une prise en compte de l'espace externe (et des autres) sera possible. Alors, Benoît sera capable d'identifications à d'autres objets, et notamment à des figures paternelles, qui sont défailantes chez lui.

Aussi à travers des jeux de groupe (corporels et réflexifs) , Benoît pourra consolider son enveloppe corporelle, afin de contenir ses angoisses, en s'éprouvant physiquement et psychiquement dans un climat chaleureux et ferme.

### **3.6 DEROULEMENT DE LA PRISE EN CHARGE**

La prise en charge de Benoît dure depuis sept mois maintenant. Les premiers mois de prise en charge ont été difficiles, car il a connu pendant cette période des modifications importantes dans son environnement familial. En effet, sa mère s'est remariée, cachant en partie cet événement à son fils. Benoît a alors passé plusieurs semaines entre la maison de ses grands parents et celle de sa mère, avant de déménager de manière définitive chez son beau père. On peut également penser que sa mère était moins disponible pour son enfant, sans que cela ne lui soit signifié verbalement.

Nous avons alors observé un comportement extrêmement instable chez Benoît, qui a longtemps mis à mal le cadre de séance que nous avons fixé.

Il monopolise en effet la parole pendant le temps de l'accueil et semble se considérer seul, sans prendre en compte les autres. Il n'obéit qu'à ses propres impulsions, se levant quand tout le groupe est assis, allant fouiller dans les placards alors que nous avons mis en place une activité, etc...

Nous observons alors que dès que Benoît n'est plus au centre des préoccupations du groupe, il s'en extrait ou alors tente de reprendre cette place privilégiée au détriment des autres. Il va par exemple couper la parole des autres en pleine conversation, parler très fort, sortir des balles, se lever...

Benoît est à cette époque un véritable « moulin à parole ». Il ira jusqu'à affirmer lors d'une séance : « le groupe c'est moi ! ».

Il s'accapare ainsi parole et objets, pour renforcer son sentiment d'existence, parfois de manière impulsive ; il est nécessaire pour l'équipe thérapeutique d'être très vigilante, pendant toute la séance, et de le canaliser pour éviter d'éventuels débordements dangereux pour lui ou pour un autre.

Très agité dans son corps, il lui est difficile de ne pas bouger pendant plusieurs secondes d'affilée. Pour cette raison, après ce temps d'accueil, difficile à respecter, nous abordons alors des jeux mettant le corps en action. Nous utilisons les tapis de sol pour nous déplacer de manières variées ainsi que pour bouger notre corps plus aisément dans l'espace au sol. A travers des jeux de retournement, des mobilisations, des déplacements, nous remarquons toujours le manque de fluidité dans les mouvements de Benoît. Il vivait un corps peu harmonieux, difficile à contrôler.

Nous avons aussi introduit des jeux de rythme, en tapant des mains et des pieds, ensemble ou séparément. Benoît était souvent l'initiateur des ces jeux, et y prenait un certain plaisir, mais l'écoute ou le respect des consignes se révélait presque toujours impossible.

Pendant toute cette première partie de l'année, Benoît a donc occupé une place omniprésente dans le groupe, une place où il s'est imposé sans s'en rendre compte consciemment, et dont il n'a toléré être dérogé. En effet, Benoît était sujet à de grandes intolérances à la frustration, capable de violents refus ou de longues bouderies.

Au bout d'un trimestre de prise en charge, et au vu du peu d'évolution de comportement chez Benoît, nous décidons de consolider et de raffermir le cadre mis en place.

Les trop fréquentes « attaques » de ce cadre par Benoît nous ont amené à intervenir plus fermement pour canaliser les comportements moteurs des enfants durant la séance. Nous avons voulu éviter un trop grand « éclatement » de ces enfants, qui se révélaient incapables de jouer ensemble à partir d'une proposition de l'un d'entre eux, avec l'aide des adultes. En proposant davantage les situations de jeu, et en ne laissant pas s'installer les moments d'excitation dans le groupe, nous avons établi de nouvelles règles à l'intérieur du groupe, pour davantage contenir leurs angoisses, qui se manifestaient par une grande agitation motrice.

Cette intervention a eu un effet positif sur le comportement de Benoît et des autres enfants du groupe. Le fait d'avoir dit aux enfants que nous envisagions de ne peut être pas poursuivre ce travail en groupe au vu des difficultés que nous rencontrions a sans doute été entendu par les enfants. Car dès cette séance, et lors des séances qui suivirent, le comportement des enfants s'est modifié, avec plus d'attention pour les consignes, plus d'écoute des uns et des autres.

Concernant Benoît, nous avons constaté une plus grande capacité d'écoute, ainsi qu'une agitation motrice moins débordante. Pour autant, Benoît se livrait toujours largement lors des séances, s'exprimant beaucoup sur ses ressentis, sur ses pensées.

Le jeu en groupe s'avérait toujours compliqué à mettre en place, car demandant toujours un grand soutien de la part des adultes, tout en maintenant une certaine distance avec lui. Le dosage de cet étayage permettait de contenir son agitation, qui demeurait cependant moins déstructurante pour le groupe qu'auparavant.

Cette période correspondait également avec l'installation définitive de Benoît chez son beau père. Et malgré le peu de motivation de celui-ci à accueillir Benoît pour qu'il vive sous son toit avec sa mère, il a semblé progressivement changer un peu d'avis. Cette plus grande stabilité dans son environnement familial a dû être importante pour l'équilibre psycho affectif de Benoît. Il éprouvait encore de grandes difficultés à surmonter les séparations, notamment celles que constituaient les vacances. Les séances de rentrée de vacances nous montraient que les progrès constatés n'étaient pas encore stabilisés.

Puis Benoît nous est apparu toujours aussi expansif dans sa quête de « toute puissance » et d'affirmation de soi, mais avec une mine plus triste. Nous nous sommes posé la question d'une possible dépression de sa part.

Il faut ajouter à ce propos que Benoît vit très mal le fait de ne pas avoir la possibilité de voir son père et le fait que son père ne demande jamais à le voir (d'autant que Benoît sait que sa demi sœur voit son père).

C'est en fait la mère de Benoît, qui empêche cette rencontre entre le fils et son père. Elle semble encore très marquée par le conflit qu'elle a entretenue avec son ex mari et éprouve envers lui beaucoup d'hostilité. Cette interdiction maternelle plonge Benoît dans un sentiment d'incompréhension, ainsi que dans un sentiment de culpabilité par rapport à cette séparation.

En séance, son agitation avait l'air d'être moins cohérente et moins basée sur une recherche propre de plaisir. Benoît est alors submergé par sa fantasmatisation, avec des propos parfois totalement incohérents et des intonations de voix calquées. Son rythme de voix pouvait être aussi quelquefois très machinal.

Tout ce que Benoît nous livrait démontrait et démontre encore aujourd'hui son peu de capacité de refoulement. Sa voix s'échappait d'ailleurs parfois de manière presque pulsionnelle.

Nous avons compris ces signes, comme une angoisse qui se rapporterait aux conflits liés à la séparation. Benoît et sa mère vivent encore une relation à deux très privilégiée, malgré des attitudes ambivalentes chez celle-ci.

D'ailleurs certains des comportements de Benoît pourraient évoquer de véritables identifications adhésives (E. BICK), processus qui sont sensés « éviter la souffrance psychique née de l'intolérable perception d'une séparation d'avec l'objet ».

De même, Benoît fait évocation de sa mère en des termes forts comme par exemple sa volonté de se marier avec elle, ou bien en évoquant tout heureux le temps où il était dans son ventre.

Bien sûr, Benoît semble être encore en plein complexe oedipien, à une période où il est très proche de sa mère, mais où les figures paternelles sont finalement peu présentes. L'ambivalence de celle-ci, ne semble pas en mesure d'apporter la sécurité intérieure dont nécessite Benoît.

Sur le plan de la relation, Benoît montre encore aujourd'hui un collage intense sur un des deux enfants du groupe (Eric). Il vient le toucher, s'appuyer sur lui, rechercher son contact physiquement aussi bien dès l'accueil que dans un jeu ou le temps de l'histoire en fin de séance.

Ce besoin chez Benoît d'imiter l'autre, et de se coller physiquement à lui semble révéler une enveloppe psychique « poreuse », dans le sens où elle ne paraît pas totalement unifiée. Benoît ne semble pas avoir d'espace interne, et déborde sur celui des autres. Cette indifférenciation des espaces (psychique et physique) démontre que le Moi de cet enfant n'est pas encore suffisamment construit et sûr. Il ne peut se suffire à lui-même pour l'instant.

Benoît prend un certain plaisir à rechercher ce contact physique. Nous l'observons alors rire, mais aussi adopter un comportement assez régressif.

Dans les jeux de construction notamment, Benoît veut agir par lui-même, mais arrive difficilement à s'organiser seul (sans un adulte) pour bâtir quelque chose ; ses tentatives de

collaboration avec les autres enfants se soldent par des échecs, car il ne peut supporter la succession des moments d'action et d'attente, et il finit par détruire la construction commencée.

Cependant, nous avons noté des progrès dans son attitude générale. Benoît est plus calme, son agitation est moins débordante, et son attention envers les autres, et les consignes est plus importante. Il peut s'allonger sur la banquette de la salle, et rester immobile pendant un temps calme, à partir d'un récit imaginaire.

Dernièrement, nous avons pu également observer Benoît éprouver un sentiment de culpabilité lorsque après avoir détruit la construction d'un autre enfant, nous l'avons rappelé à l'ordre. Il a alors pris conscience de son acte, et a observé un long silence, avant de timidement essayer de la réparer. Benoît semble donc abandonner petit à petit son attitude « toute puissante », qui l'empêche de poser ses pensées.

Ces progrès de comportement semblent aussi se ressentir dans son école, où Benoît, avec le soutien de l'institutrice, écoute davantage et s'investit plus dans son travail. La mère de Benoît, passée par des moments de découragements, accepte de reconsidérer les difficultés de son fils dans le lien, et commence à se remettre en question.

### **3.7 CONCLUSION**

Benoît est omniprésent dans ce groupe, par son agitation motrice et son fort débit d'élocution orale. Après un début de prise en charge sans évolution, nous avons réfléchi pour adapter un nouveau cadre à ce groupe d'enfants.

Benoît a tiré profit de ces nouvelles règles, qui ont certainement pu davantage contenir ses angoisses. Benoît, après quelques semaines de déprime, retrouve désormais le sourire ainsi qu'une écoute plus importante de chacun. Toutefois les progrès de Benoît sont minimes et à consolider car relativement fragiles. Son contexte familial a besoin de stabilité, car il a connu de nombreux revirements ; et l'absence de son père qu'il évoque fréquemment reste très prégnante.

# DISCUSSION

## 1 LES CARACTERISTIQUES DE LA VOIX DE BENOÎT : SON STYLE VOCAL

### 1.1 LES SIGNES PARALINGUISTIQUES

Nous remarquons d'emblée que la voix de Benoît occupe une place importante dans le groupe. C'est un enfant qui prend beaucoup la parole, et qui se fait entendre par l'intensité de sa voix. Benoît est souvent le premier à prendre la parole pendant le temps d'accueil, il monopolise ce temps, et n'écoute pas forcément celui qui prendra sa suite. Ainsi il lui arrive fréquemment de couper des conversations en cours auxquelles il ne participe pas, et tenter d'imposer son discours.

Voici d'une manière générale l'utilisation de la voix de Benoît pendant le temps de la séance, et la place que celle-ci prend dans l'espace, mais revenons sur certains de ses signes paralinguistiques.

En terme d'intensité, la voix de Benoît est très forte, passant au-dessus de celle des autres enfants, et paraît même être toujours un cran au dessus de celui qui parle (lorsque les enfants parlent en même temps). Elle traduit sans doute une volonté (ou un besoin) d'affirmation de soi, tellement grand qu'il est au détriment de la prise en compte de l'autre.

Le débit de sa voix est relativement limité par des temps de reprise de respiration fréquents. Benoît a tendance à reprendre de courtes inspirations avant de sortir des sons de sa bouche à l'expiration, ce qui lui donne un côté saccadé, et un rythme assez « haché ». Cette respiration rapide altère ainsi le tempo de sa parole.

La fréquence de la voix de Benoît est difficile à définir : elle n'est ni grave ni aiguë. Par contre, il varie aisément les intonations de ses phrases, dans une recherche d'expression.

Il est également délicat de définir le timbre de voix de Benoît, si ce n'est que nous remarquons un léger érailement dans sa voix.

Benoît s'exprime en regardant les personnes en face, en levant la tête ; il semble utiliser un registre de voix de tête, et forcer sa respiration.

## **1.2 TYPE DE VOIX SELON LE CONTEXTE ET TONUS D'ATTITUDE ASSOCIE**

Nous venons de définir le profil général de la voix de Benoît, mais bien évidemment, elle varie selon son état d'esprit et selon les événements. Ainsi avons nous pu répertorier plusieurs types de voix caractéristiques employées par Benoît au cours de nos séances dans le groupe « corps et langage » que nous citerons ci-dessous.

### **1.2.1 LE « RUGISSEMENT DU LION » OU « CRACHAT » :**

Benoît fait beaucoup référence au lion, et notamment au « Roi Lion », que ce soit dans ce groupe ou en psychothérapie individuelle. Il aime prendre ce rôle, et pousser ses rugissements dans la salle. Il prend généralement une position à quatre pattes, imitant l'animal en question, et relève la tête pour pousser ce râlement, avec un grand plaisir. Il nous arrive fréquemment dans le groupe de mimer des animaux, et Benoît choisit invariablement le lion. Il monte souvent aussi sur la banquette de la salle, symbolisant son « rocher », pour mieux y observer la « savane ». Il occupe alors presque une position de protecteur des autres animaux. Par contre, il ne supporte aucune concurrence, et doit absolument occuper seul le rôle de « roi des animaux ».

Ce son sorti de sa bouche, semble révéler une certaine régression archaïque, et symboliser sa volonté de toute puissance. Et ce plaisir à vocaliser fait également penser aux premières expériences vocales de l'enfant (en présence ou absence de sa mère). Ce « rugissement » représente un support identificatoire, celui de l'animal le plus fort, le plus puissant, celui qui rassure et protège, exactement comme un père l'est pour son enfant. Benoît, certainement inquiet d'être délogé d'une place privilégiée auprès de sa mère (celle-ci reprenant une vie de couple officiellement), affirme une puissance phallique en s'identifiant à une figure paternelle toute puissante.

### 1.2.2 VOIX « SACCADEE » :

Nous avons défini de manière générale la voix de Benoît en notant cette caractéristique dans le débit de la voix de l'enfant. Cependant nous avons tenu à détailler ce type de voix, qui est davantage marqué à certains moments et sans doute révélateur d'un état.

Ainsi la voix de Benoît dans ces situations observe un rythme machinal, sans réelle intonation. Ce rythme peut être aussi perturbé par ses respirations brèves, alors ses phrases deviennent de plus en plus hachées, peu fluides. Nous retrouvons ce type de voix le plus souvent lorsque Benoît s'exprime en début de séance, lors de « l'accueil ». Benoît est alors assis sur un coussin au sol, et fait partie du cercle composé par les trois thérapeutes et les deux autres enfants. Il lui est en outre difficile de tenir sa place, immobile, et c'est lorsqu'il est davantage dans l'action que sa voix paraît plus authentique.

Cette voix « saccadée » peut faire penser à une voix de tout petit par moments.

Nous constatons chez Benoît le besoin d'agir, avec une grande difficulté à rester à sa place pendant le temps de parole. Parallèlement, sa respiration peu profonde, et même plutôt « tendue », aurait plutôt à voir avec une émotion d'angoisse, de conflit. Ces affects seraient donc comme inscrits directement dans son corps, la motricité ainsi évacuée serait une tentative de décharge de l'angoisse éprouvée et qui ne peut se relier à une représentation. A ce stade, c'est la pulsion motrice qui prime, et la symbolisation est impossible à réaliser. Benoît ne semble pas capable d'élaborer durablement ses propres pensées ; c'est corporellement qu'il communique avec nous.

Cette attitude chez Benoît dans les premiers instants de la séance, est peut être le signe d'une certaine angoisse à retrouver le groupe. C'est aussi le moment qui suit la séparation d'avec sa mère ; même si cette séparation s'effectue sans problème dans la salle d'attente, son effet peut se manifester par cette émotion débordante, qui entraîne une tension musculaire, altérant le rythme de sa respiration et le tempo de sa parole pendant ce temps d'« accueil ». Ce comportement semble diminuer graduellement durant la séance. Cela traduit peut être sa progressive prise de confiance et sa meilleure assise psychocorporelle.

### 1.2.3 VOIX « PLAQUEE » :

Depuis quelques séances, nous observons que Benoît répète de temps à autre une phrase, qu'il semble avoir entendue quelque part. Cette phrase : « je me FOUS des deux ! », est exprimée avec une voix que nous n'avions jamais entendue auparavant. Le jour où Benoît a dit cette phrase, il l'a répétée deux fois de suite, exactement de la même manière, employant les mêmes signes paralinguistiques. Surpris par la soudaineté de cette phrase dans son discours, nous l'interrogeons sur l'origine de tout ceci, et il nous apprend que cette phrase serait tirée du film « Rabbi Jacob ».

Benoît répète cette phrase d'une voix aiguë, qui semble résonner dans sa gorge, appuyant son intonation sur le mot « fous », et terminant sa phrase par une mélodie descendante. Il termine sa phrase, expiration forcée, qui l'oblige à reprendre une grande inspiration dans la foulée. A cet instant, Benoît n'est pas relâché dans son corps, il ne tient pas une attitude fixe, ses appuis ne sont pas stables. Nous nous rendons compte que dans cette situation, Benoît imite la voix de Louis de Funès. Il scande cette phrase relativement fort, sans nous regarder, même quand il fait parti du groupe (enfants et thérapeutes). Cette phrase étonne toujours l'équipe thérapeutique : sa voix est « transformée », presque celle d'un autre, et elle survient à des moments inattendus. Elle s'est manifestée deux fois en deux séances, et semble t il pendant des temps où Benoît apparaissait comme régressé.

De plus, cette phrase ne paraît avoir aucun lien ni sens avec ce que nous faisons au moment où elle est lâchée. Benoît mentionne qu'il se fait traiter de « fou » dans son école et peut être fait il un lien entre les deux sonorités du mot « fou » ? Alors plaque t il cette phrase, tirée du film, lorsqu'il se sent considéré lui-même comme fou ?

Obligé de s'appuyer sur des choses qu'il entend, et qu'il répète, mais qui ne font pas sens pour lui, Benoît ne montre pas de sentiment d'existence propre. Benoît agit physiquement (collage fréquents avec Eric) et vocalement de manière directe, sans distance ; il nous montre à quel point il ne s'est pas constitué d'espace transitionnel, et reste centré sur lui-même.

Ces deux types de collage semblent apporter la preuve d'un défaut de structuration à la fois corporel et psychique, et sa voix (presque imitée) traduit sans doute sa peur de perdre son attachement, et de se retrouver seul, alors qu'il est toujours dans l'in-«capacité à jouer seul» (D.W. WINNICOTT). Son insécurité interne marquante renvoie à un besoin d'attachement fort, qui l'empêche d'inscrire sa pensée dans la continuité. Cette voix étonnante nous interrogeait vraiment quand il l'a lâchée les premières fois : d'où venait elle ? Était-ce une identification adhésive ? Nous pouvons désormais penser avec une certaine assurance que la fragilité narcissique de Benoît lui empêche d'élaborer des identifications de ce type, et que son ancrage affectif fragile ne lui autorise que parcimonieusement des identifications, et plus majoritairement des introjections.

#### **1.2.4 VOIX « CHANTEE » :**

Il arrive souvent que Benoît se mette à chanter durant la séance. Il prend plaisir à chanter des chansons, à diverses occasions.

Ainsi Benoît reprend-il des chansons tirées des dessins animés « Kirikou » ou « Le roi lion » (qui sont des bébés égarés !), lorsqu'il paraît rassuré, détendu et très étayé. Il est alors très calme, beaucoup moins agité corporellement, et peut s'asseoir ou s'allonger plusieurs minutes. Ces moments Benoît sont rares ; il est toujours surprenant de le voir adopter ces attitudes de calme à chaque fois qu'il se met à utiliser sa voix « chantée ».

Allongé sur la banquette, il lui est même arrivé plusieurs fois de sucer son pouce tout en chantant une chanson. Il se met sur le ventre et sa tête est tournée sur un côté ; il regarde alors vers le groupe, placé légèrement en retrait.

C'est comme ci Benoît avait besoin d'occuper une place rassurante pour lui (la banquette représente aussi le « rocher » qu'occupe le « Roi lion »). Et cet endroit semble aussi être légèrement à l'écart du groupe, comme s'il était encore difficile pour lui d'appartenir au groupe en tant qu'un parmi les autres, sans distinction aucune. Peut-être n'a-t-il pas suffisamment de sécurité intérieure pour assumer sa place au sein du groupe, et que, se sentant « menacé » dans son intégrité narcissique, il ne peut se « poser » qu'en marge du groupe, et non en son sein.

Benoît s'est mis à chanter lors d'une séance où je l'ai aidé à construire une maison. Les autres enfants construisaient ensemble une même habitation, mais Benoît a commencé seul la construction de sa maison. Ses grandes difficultés m'ont amené à étayer largement son projet. Puis après avoir posé quelques bases, Benoît, allongé sur le ventre, au sol, s'est mis à chanter pendant une trentaine de secondes.

Il était détendu, soucieux de bien faire, et j'étais toujours à côté de lui, dans un souci d'entraide. L'étayage était important et a été très contenant pour lui ; et contrairement à sa position sur la banquette, Benoît était ici actif, dans un processus de construction pendant qu'il chantonnait. Il reprenait une chanson de dessin animé, d'une voix modérée et mélodieuse, où les sons étaient liés, harmonieusement.

Cette maison, équivalent de la construction de son propre « habitacle-corps », a constitué un moment auto-érotique et apaisant, un véritable moment de ressourcement narcissique.

Avant de pouvoir partager un espace avec d'autres, il doit passer par une consolidation de son espace intérieur, à savoir ici la construction d'un « chez soi ». La chanson lui permet de réguler son tonus autrement, d'éviter d'avoir recours à une hypertension pour se sentir exister en lui. Etant soutenu, contenu et reconnu pendant ce temps, il a pu accéder à cet état de détente. Le chantonnement est venu comme une reprise vocale de mes paroles, semblables à un maternage.

### **1.2.5 LE SILENCE : "NON VOIX" :**

Le silence fait en effet partie du choix (volontaire ou non) d'une non utilisation de la voix. Les moments de silence sont plutôt rares avec Benoît ; celui-ci prend tellement souvent la parole que les brefs moments de silence sont repérés facilement et même recherchés par l'équipe thérapeutique.

Benoît observe des moments de silence lorsque nous lui chantons des comptines à voix basse. Il écoute d'abord en silence, le regard porté vers le "chanteur", puis va de lui même s'allonger sur la banquette, légèrement en retrait des autres enfants.

C'est un comportement que nous avons pu noter à plusieurs reprises. Très souvent, Benoît accompagne son silence d'un pouce qu'il suce calmement dans sa bouche, et allongé sur le ventre, il ferme parfois les yeux. Benoît est alors contenu par l'enveloppe sonore du chant, et peut se laisser aller, relâcher toute tension, et apprécier totalement ce moment où la voix d'un thérapeute le tient. Benoît peut rester ainsi plusieurs minutes, avant de reprendre son comportement habituel. Il ne réclame jamais ces instants, mais est toujours très réactif à ces comptines ou chants, qui le bercent littéralement et le renvoient certainement à sa toute première enfance.

Benoît, qui généralement est un véritable "moulin à paroles", ne doit pas supporter le vide laissé par le silence. Ce silence doit être angoissant pour lui, et nous pensons qu'il lui est insupportable de laisser s'installer des phases de "vide sonore", dans lesquelles il tombe lui aussi, perdant ainsi sa place. Cependant, ce besoin s'estompe quand la voix chantée vient le porter et lui signifier qu'il existe vraiment, qu'il occupe une place à part entière.

Nous avons pu observer le silence de Benoît dans un autre contexte. En effet, Benoît s'est montré silencieux et immobile à d'autres très rares occasions. Nous avons très fortement haussé le ton à quelques reprises afin de faire respecter notre cadre de séance, et ainsi pointé du doigt certains comportements anormaux des enfants. Ces fermes remontrances ont alors eu pour effet le silence et l'immobilité de Benoît. Malgré son sentiment de "toute puissance", Benoît a semble-t-il éprouvé de la culpabilité lors de ces situations et craint le retournement contre lui de ses propres désirs de tout dominer, la crainte de se faire envahir par sa logorrhée. Dans ce silence, a dû émerger une pensée, ou une certaine mentalisation de sa faute, et la reconnaissance de celle-ci. Car l'attitude de Benoît immédiatement après était beaucoup moins impulsive, dans une démarche de réparation.

## **2 LA VOIX DES THERAPEUTES : DES FONCTIONS DIVERSES.**

Nous sommes donc dans l'équipe thérapeutique deux femmes et un homme. Nous avons tous trois des voix plutôt mélodieuses et au timbre doux, la voix des femmes atteignant des fréquences un peu plus élevées que la mienne. Nos voix sont donc plutôt contenant et étayant pour les enfants. Aussi l'orthophoniste (Céline) présente au sein du groupe n'hésite-t-elle pas à prendre l'initiative de chanter comptines ou chansons pendant la séance, selon les circonstances. Tout cela, combiné au fait qu'une histoire est également lue par Céline, fait que les voix des thérapeutes sont très présentes durant toute la séance. Les intonations y sont aussi par conséquent très variées, en voici différentes illustrations.

### **2.1 VOIX CONTENANTE :**

Bien évidemment, il n'existe pas UNE voix contenant, que nous pourrions appliquer à chaque instant nécessaire de nos prises en charge. Mais nous pouvons tirer tout de même quelques généralités objectives sur les voix que nous avons utilisées et qui ont eu un effet contenant et enveloppant sur nos patients.

Ainsi la voix chantée de Céline a sans doute été la voix la plus caractéristique correspondant à cette fonction. Nous définirions cette voix comme mélodieuse, douce et relativement aigue. L'intensité de cette voix est assez basse, mais c'est surtout le maintien de cette intensité à un même niveau, qui fait que la voix reste douce et qu'elle ne choque pas l'oreille.

C'est aussi une voix où les voyelles sont « tirées », c'est-à-dire chantées de manière continues, et où les consonnes sont peu appuyées (dans le temps et l'intensité). L'articulation des sons tient donc un rôle important, car elle peut amplifier le côté chantant des voyelles et à l'inverse renforcer le son plus « dur » des consonnes.

Malgré la faible intensité du son, mais grâce aux nuances des articulations et des intonations, la voix de Céline remplit un espace sonore et participe à l'enveloppement psychique des enfants. La voix leur rappelle ici le « holding » maternel, qui les rassure et donc maintient leur psychisme en état de fonctionner. Pour Benoît particulièrement, ce chant est la possibilité d'envisager, dans un climat de sérénité, l'expérience d'avoir une vie psychique à lui.

La voix chantée a eu davantage d'impact sur Benoît qu'une voix parlée de relaxation passive, pourtant également douce, étayante et à priori à valeur contenante. Les quelques expériences de relaxation en position allongé n'ont en effet pas été très concluantes avec lui, certainement en raison de la différence de l'occupation de l'espace sonore entre ces deux types de voix.

C'est ce qui nous permet aussi de comprendre qu'une grande quantité de paroles de notre part, associée à un débit rapide de nos voix, laissant peu de place aux silences, avait pour effet de maintenir Benoît calme et capable d'attention pour autant.

Ainsi les différentes formes d'utilisation de nos voix ont permis de contenir cet enfant, peu importe le langage utilisé, mais simplement en agissant sur le paramètre de l'impact de l'enveloppe sonore sur lui.

L'histoire de fin de séance, également lue par Céline, a pour effet de « rassembler » les enfants, autant sur le plan réel que sur le plan symbolique. Cependant, nous apportons une nuance à cette fonction de la voix, car ce sont l'aspect langagier de la voix, ainsi que les images du livre, qui ont-elles aussi un « pouvoir » contenant. En effet, les images véhiculent une symbolique et participent à une évasion dans l'imaginaire, amplifiée par le sens réel de l'histoire qui leur est contée.

Toutefois, la voix (hors langage) reste un outil, complémentaire à cet aspect visuel, et il ne faudrait pas négliger l'impact des intonations variées de Céline, ainsi que de ses différentes mimiques (mouvement de bouche, des yeux, et de la face en général) sans lesquelles ce moment n'atteindrait pas toutes ces dimensions. Tout le groupe vit cet instant dans un espace limité (contenant), où nous sommes physiquement ensemble, mais où chacun vit l'histoire à sa manière, construisant sa pensée, en partie à partir des caractéristiques vocales du thérapeute.

Ces moments sont les plus représentatifs par rapport à la fonction de contenance, mais nous utilisons aussi chacun et chacune notre voix de manière contenante également tout au long de la séance, en fonction des diverses interactions avec les enfants. Nous y reviendrons d'ailleurs plus tard.

## **2.2 VOIX « PARE-EXCITATRICE » :**

Cette voix, comme la précédente, est une voix qui permet d'agir sur l'autre à distance. Mais à l'inverse de la première voix décrite, celle-ci est sensée marquer aux enfants des limites, afin de les protéger de leurs éventuels débordements.

C'est une voix qui percute, qui saisit, qui limite, ou qui stoppe l'autre, sans que celui-ci ne puisse l'esquiver. Il aura beau se détourner physiquement d'elle ou s'en éloigner, il ne pourra échapper à cette voix, qui résonnera à ses oreilles.

Ainsi notre voix « pare-excitatrice » est une voix généralement d'intensité élevée, dont la phrase est courte, exclamative, et se terminant par une intonation musicale plus forte et plus aigüe. C'est donc une voix puissante, qui peut parfois être criée, pour tenter d'avoir plus d'impact sur la personne (ce n'est pas toujours le cas).

Ajoutons également que d'un point de vue rythmique, autant l'utilisation des voyelles assure une continuité musicale généralement favorable à un enveloppement sonore, autant les consonnes marquent une discontinuité signifiante, propre à une séparation des espaces. Cette discontinuité tient son origine du jeu du flux pulsionnel selon A. DIDIER-WEILL. La voix permet ainsi d'éviter le contact avec le corps de l'enfant, et de maintenir une distance, qui évitera un éventuel passage à l'acte, ou éventuel regain d'excitation chez lui.

Avec les enfants du groupe, nous avons employé cette voix à plusieurs reprises et notamment lorsqu'il a fallu rétablir les règles de fonctionnement du groupe. Le respect du cadre, des consignes, de l'écoute des autres, a été rendu possible après ces remontrances faites essentiellement grâce au ton de notre voix. Dans ce cas précis, nous avons utilisé des voix plus graves que nos voix habituelles, et nos attitudes étaient très toniques. Nous nous sommes levés, ou redressés rapidement, nous nous sommes placés de façon à être tournés face à eux, ou tout du moins à pouvoir les regarder sévèrement, pour marquer notre désapprobation, et donc lier haussement de voix et attitude autoritaire.

Pour un enfant comme Benoît, qui est peu confronté aux figures paternelles, et dont l'attitude maternelle est ambivalente, ce type de voix, associée à ces attitudes, sont bénéfiques pour sa structuration psychique. Cela marque en effet une autorité, grâce à des voix (masculines et féminines) aux fonctions paternelles. Nos voix agissent alors en véritable « surmoi acoustique », comme l'affirment S. FREUD et J. LACAN.

Ces voix « pare-excitatrices » ont pour fonction de limiter ou stopper les angoisses de Benoît en particulier, ce qui se traduit par une diminution passagère de son agitation débordante. Par nos voix, nous essayons de protéger cet enfant dans les situations vécues en tant que telle, mais aussi en vue de son développement psychique en cours, et donc dans une vision également à plus long terme.

Aussi V.I. DOUGLAS, utilise une technique de rééducation psychomotrice auprès d'enfants impulsifs, qu'il nomme le « stop, look and listen », et que nous employons aussi par moments sans le savoir. Cette technique consiste à stopper l'activité non adaptée d'un enfant en utilisant un mot court (comme « stop »), ou le prénom de l'enfant, afin de réorienter son attention sur des tâches plus pertinentes. L'injonction doit être suffisamment courte, percutante, pour senser recadrer l'attention de l'enfant.

Ces injonctions sont en effet fréquentes dans nos séances, et c'est souvent la qualité de l'intonation qui aura un effet immédiat sur l'enfant plus que le sens du mot utilisé.

N'oublions pas bien sûr aussi l'importance de la posture du thérapeute, qui dans ces situations doit être concordante avec le message qu'il veut envoyer. Une injonction brève et forte comme par exemple « stop ! », « ho ! », « non ! », ou « ça suffit ! », s'accompagne d'une augmentation de la tension musculaire dans le corps, et favorise la transmission de ce sur quoi nous voulons insister. Ainsi pendant les séances, il m'est arrivé de passer d'une position assis en tailleur à une position genoux dressés en un instant, ou à me relever en un « éclair » pour me mettre debout et réagir efficacement aux débordements des enfants.

### 2.3 SILENCE : LA « NON VOIX » DES THERAPEUTES

Comme pour le patient, le thérapeute peut délibérément (ou non) ne pas utiliser sa voix pendant des temps de la séance. Mais ces silences portent-ils tous la même signification ?

Nous pouvons déjà répertorier un premier type de silence, celui qui suit les injonctions dont nous venons de parler. En effet, au vu des phrases courtes employées, celles-ci sont obligatoirement suivies de moments de silence. Dans ces cas là, le silence marque une séparation, un vide, qui permet de renforcer ce qui a été dit précédemment. C'est aussi un temps laissé à l'enfant pour qu'il réfléchisse plus profondément à ce qu'il vient de faire ou dire. Lorsque ce silence est respecté par l'enfant, c'est toute la salle qui est « envahie » par cette absence de son, et la valeur de cette « non voix » prend alors tout son sens. Comme je l'ai préalablement décrit en partie clinique, nous avons connu cette situation avec Benoît et les autres enfants du groupe. Un silence peu habituel s'était installé, et a eu des effets impressionnants sur tous les enfants du groupe lors de cette fin de séance et sur les séances qui suivirent. Pour ainsi dire, ce silence avait été entendu par nos patients, puisqu'il les avait fait réfléchir sur leurs actes et leurs discours.

D'un point de vue acoustique, nous remarquons aussi une grande différence d'intensité entre la voix forte et la « voix mutée », dans un temps très bref ; cela montre aussi l'extrême rupture que peut constituer le silence. D'ailleurs, en tant que thérapeute, il est difficile dans ces moments là d'évacuer la tension musculaire qui est montée en nous ; cela se traduit par des blocages respiratoires ou musculaires involontaires. C'est comme si tout notre corps marquait ce silence...

Mais notre silence en tant que thérapeute n'est pas toujours le signe d'un désaccord de notre part. Au contraire, le silence peut signifier une approbation ou un laisser faire. Dans ces situations, la voix apparaît comme inutile, et pourrait parasiter le bon fonctionnement mis en place sur le moment.

A quelques rares occasions, où nous avons entamé une activité avec les enfants, nous avons pu laissé ceux-ci jouer entre eux. Notre présence était indispensable, pour leur assurer une disponibilité psychique et corporelle, mais les enfants prenaient plaisir à jouer ensemble, de manière plus ou moins structuré. Nous (thérapeutes) nous sommes alors regardés, et rapprochés discrètement tous les trois, afin de laisser libre aux enfants leur espace de jeu, et d'observer en silence jusqu'à quel point ils seraient capables de jouer ensemble sans notre participation.

Le silence nous a alors permis de nous dégager de la situation même, et de mieux pouvoir observer les enfants, leur interaction, et surtout leur plaisir à jouer, à rire (d'un rire « vrai »). Ce silence marquait la confiance qui habitait les enfants à cet instant, et qui leur permettait de jouer sans se préoccuper de nous. Nous pouvions alors prendre un précieux recul sur la situation, tant pour analyser avec une vision plus large que pour relâcher notre état de tension corporel.

Notre silence a alors laissé place à la formation d'un jeu et surtout d'un espace transitionnel.

Le silence observé par les thérapeutes lors des moments de relaxation est d'une autre nature. Il est mis en place pour laisser le patient se centrer sur ses propres ressentis. De plus, il prend sa place dans un cadre précis, où la voix du thérapeute est déjà douce et contenant, et où le patient ne doit pas intervenir oralement. La relaxation n'a pas été investie par les enfants du groupe ; nous pouvons le comprendre pour Benoît, qui vit mal ces moments de silence et d'immobilité physique. Pour lui, le silence était alors vécu comme menaçant ou angoissant, et ne pouvait respecter ce vide sonore, qu'il finissait par rompre lui-même au bout de quelques secondes. Sa problématique nous fait bien comprendre que ce silence lui fait revivre des moments de séparation, qu'il ne peut supporter pour le moment.

A ce propos, il est intéressant de prendre en compte cette citation d'E. LECOURT (1987, p.211) : « l'intégration combinée du son et du silence, réalisée par les codes verbal et musical, constitue une protection généralement efficace contre leurs dimensions traumatique (intrusion-trou-rupture pour le son ; trou-rupture-béance pour le silence) et persécutive ».

## **2.4 LA VOIX PARLEE : COMMUNIQUER, SOLLICITER, GUIDER**

Evidemment, une grande partie des séances de psychomotricité met aussi en jeu la voix dans son aspect communicationnel. De nombreux dialogues ou conversations à plusieurs ont lieu, et notre voix sert alors à établir un échange avec l'autre, et favorise ainsi la socialisation. Le sens des mots prend ici une valeur supérieure aux caractéristiques vocales, mais notre voix incite l'autre à prendre lui aussi la parole et donc à impliquer sa voix et son corps.

La variation des intonations données à notre voix vont être primordiales pour que notre patient s'implique aussi dans la relation. Les tournures exclamatives, avec une hauteur de voix plus aigüe que notre voix naturelle vont signifier nos encouragements et nos sollicitations. Encore une fois, notre attitude corporelle sera complémentaire, car nous serons plus convaincants en nous penchant, nous tournant, ou même en nous rapprochant de notre interlocuteur. Et nous le serons encore davantage si nous insistons sur certaines syllabes de nos phrases.

La voix du thérapeute a donc un grand rôle à jouer dans la qualité de la relation thérapeutique qui va se jouer avec son ou ses patients. C'est par sa voix qu'il va instaurer un climat rassurant (ou non), et que le(s) patient(s) va se sentir en confiance (ou non). Ainsi grâce à l'« outil » voix, le psychomotricien peut apporter à son patient le désir de communiquer, sur le plan vocal ou sur le plan moteur.

La voix du thérapeute est enfin un guide important pour son patient. Nous devons pouvoir en effet infirmer ou confirmer la bonne attitude du patient.

L'intonation choisie, ainsi que le choix du placement des silences, doit donner suffisamment d'informations au patient pour qu'il prenne la décision qui s'impose. L'aspect sémantique du langage n'est pas forcément très important pour guider son patient dans une activité. Un simple son comme un petit gémissement bouche fermée peut signifier à l'enfant qu'il peut continuer car il agit convenablement, ou bien qu'il est préférable qu'il modifie son comportement. Ce sont aussi les mimiques du thérapeute qui donneront les indices complémentaires à la compréhension de l'enfant.

### **3 INTERACTIONS ENTRE LES VOIX DU PATIENT ET LES VOIX DES THERAPEUTES PENDANT LA SEANCE**

#### **3.1 L'ESPACE SONORE**

Intéressons nous désormais plus spécifiquement au temps de la séance, pendant laquelle chacun va utiliser sa voix ou plutôt ses voix, en réponse ou non à d'autres voix.

Dans ce temps de séance, et dans cet espace clos de la salle, les voix « sortent », « se projettent », se « perdent », « montent », « descendent », « se crispent »,...elles occupent bien un espace sonore à part entière.

Cet espace est intermédiaire entre plusieurs corps, comme nous l'avons déjà vu, car notre propre voix nous échappe et ne nous appartient plus, mais elle n'appartient pas davantage à notre interlocuteur. Alors comment l'enfant investit-il cet espace au fur et à mesure de la séance ; et comment la voix du thérapeute prend elle sa place parmi tous ces échanges vocaux ?

Bref, comment ces interactions vocales évoluent elles dans le temps de la séance, et peut on agir efficacement sur le comportement d'un enfant grâce à une prise en compte de cet espace sonore ?

Nous allons revenir sur ces aspects à travers le cas de Benoît, mais juste avant de l'aborder, un élément nous semble prépondérant à étudier...

#### **3.2 UNE ECOUTE EMPATHIQUE PREALABLE**

Lors de la séance, nous percevons les différents types de voix précédemment décrites chez Benoît. C'est grâce à une écoute préalable de sa voix, associée à une lecture de son langage corporel, que nous comprenons davantage Benoît dans l'interaction de la séance. Cette écoute attentive favorise chez nous, thérapeutes, l'utilisation d'une voix adaptée au comportement de l'enfant.

Lire la voix de l'autre est donc une forme d'empathie, et permet de s'accorder aux pensées et aux sentiments d'autrui. L'écoute des enfants est un phénomène actif, les thérapeutes doivent repérer finement les caractéristiques vocales des enfants pour en dégager ensuite une identité vocale. Celle-ci révèle pour chacun un certain état psycho affectif.

Nous employons alors en guise de réponse une voix que l'on pourrait qualifier elle-même d'empathique. Nous tentons de comprendre l'état d'esprit dans lequel se trouve l'enfant, pour mieux lui répondre, par une voix adaptée.

Mais l'analyse de l'écoute peut devenir délicate lorsqu'il faut dissocier langage et style vocal. Ecouter la voix de nos patients ne doit pas nous empêcher de rester attentif au sens de leurs paroles.

Par ailleurs, une prise de distance est également nécessaire afin de conserver un espace psychique à soi et de répondre de manière thérapeutique à cette voix. Il ne faudrait pas se plonger dans le même état psycho affectif que son patient, et oublier d'agir sur le ou les symptômes qui le touchent.( Il n'est pas toujours facile, dans l'interaction, de garder cette distance thérapeutique ; notre voix peut se trouver influencée par notre patient et perdre sa fonction thérapeutique.)

Dans le sens inverse de la relation thérapeutique, il est important aussi de faire écouter le patient, ou de lui apprendre à écouter, pour que la voix du thérapeute ou d'un de ses pairs ait plus d'impact sur lui. L'écoute de chacun est un élément à part entière du cadre de la séance, qui participe également à la séparation des espaces psychiques. Un enfant qui n'écoute pas éprouvera de grandes difficultés à se décentrer de lui-même par exemple. Le thérapeute est alors souvent obligé de répéter ce qu'il dit pour que son patient l'entende, ce qui est le cas pour Benoît.

### **3.3 ACQUERIR LA CONNAISSANCE DE SON PROPRE STYLE VOCAL...**

Rappelons premièrement que pour bien lire la voix de son patient, il est nécessaire de maîtriser au préalable la compréhension de son propre style d'expressivité.

Pour cela, il est nécessaire de se connaître physiquement et psychiquement. Notre voix tire son origine de nos caractéristiques anatomo physiologiques, mais aussi de notre posture et de notre état psycho affectif.

D'un point de vue personnel, il est important de prendre en compte ces données, desquelles vont découler la qualité de notre relation avec nos patients. En effet, il est indispensable de noter à quel point la parole a besoin de s'arrimer dans un registre affectif et dans un ancrage corporel pour que notre voix en tant que thérapeute « touche », « enveloppe », « saisisse », ...

Mais jusqu'où avons-nous le contrôle de notre propre voix ? Cette voix qui s'échappe au dehors de nous n'est elle pas parfois en décalage avec ce que nous vivons à l'intérieur de nous même ? N'est il pas insupportable d'entendre sa voix lors d'un enregistrement audiophonique ?

Il existe certes un décalage entre ce que nous percevons de notre voix grâce à notre boucle audio phonique, et ce que nous donnons socialement à entendre. Pour autant, nous pouvons constater l'efficacité de notre voix lors de l'interaction avec le patient. Les intonations que nous portons dans nos voix sont plus ou moins « naturelles », et nous constatons dans la plupart des cas que l'efficacité de notre voix a un lien direct avec la concordance de notre vécu émotionnel et de notre attitude corporelle.

J'ai personnellement la sensation de savoir quand ma voix est bien « posée », « naturelle », « sûre », et je pense que cette sensation correspond aux moments d'extrême concordance et cohérence entre ce qui se passe dans ma tête et dans mon corps. Cette voix authentique résonne plus fortement à l'oreille des patients et permet plus d'interaction avec lui et plus de compréhension de sa part. Tout cela s'effectue de manière très naturelle, quelquefois de façon plus forcée, mais la réaction du patient ne trompe généralement pas et renvoie directement à son interlocuteur la qualité de son intervention. Ainsi une discordance entre une voix et une émotion ou une attitude corporelle entraînera généralement une incompréhension du patient ou une indifférence de sa part.

Ainsi pour revenir à Benoît, nous pouvons concevoir que cet enfant ait du mal à structurer sa pensée et ses représentations au vu de certaines discordances ou discontinuités observées chez sa mère. Cette mère est d'humeur inégale selon les semaines.

Nous l'observons à l'expressivité de sa voix, et à ses mimiques faciales, qui varient beaucoup d'une semaine sur l'autre. Enormément de non-dits hantent cette relation mère-enfant, laissant Benoît dans une incompréhension et un désarroi par rapport à certains événements.

Aussi Benoît est baigné dans un environnement où trois langues se superposent : l'anglais, le marocain et le français : Benoît passe quelques séjours au Maroc chez ses grands parents ; ayant vécu aux Etats-Unis, sa mère (marocaine) s'adresse quelquefois en anglais à son enfant à la fin des séances. Sachant que ces trois langues ont des prosodies très différentes, nous pouvons penser que cela déstabilise Benoît et renforce son instabilité psychique.

Tous ces comportements (vocaux) maternels ambigus ne facilitent pas un sentiment de continuité d'existence chez Benoît. C'est pourquoi, nous avons tenté toute l'année de rassurer Benoît sur ce sentiment angoissant, par une présence corporelle de tous les instants, par une écoute très attentive de ses attentes, envies, angoisses,..., par une voix « empathique », tant par notre style vocal que par le contenu de nos phrases. Notre but est de mettre encore davantage de sens entre notre voix, notre corps et nos émotions, semaines après semaines, mais également pendant tout le temps de la séance.

### **3.4 INTERACTIONS DANS LE TEMPS ET L'ESPACE DE LA SEANCE**

- **Omniprésence de la voix de Benoît**

Dans le cas de Benoît, nous avons constaté que cet enfant remplit énormément l'espace sonore, en parlant ou chantant seul, et en recouvrant la voix des autres lorsqu'il n'est pas seul à vocaliser. Dans ce dernier cas, il augmente l'intensité de sa voix, par peur de ne pas être entendu, de ne pas exister. En agissant de la sorte, Benoît laisse peu de place aux autres enfants. Il se lance dans de longs monologues, et ne recherche pas forcément les échanges avec ses pairs. En retour, nos voix de thérapeutes accompagnent, mais aussi stoppent les prises de parole de Benoît, afin de solliciter celles des autres enfants.

Ainsi Benoît se porte volontaire à chaque fois que nous donnons la parole à quelqu'un ou lorsque nous proposons une activité. Nous réagissons alors à son désir de différentes manières, qui vont impliquer différentes réactions chez lui.

Si nous l'autorisons à prendre la parole en premier, lors de l'accueil par exemple, il la saisit avec plaisir et profite de celle-ci pendant un long moment. Il s'arrête alors de lui-même, ou nous le coupons pour faire intervenir d'autres enfants. Cela est plus ou moins bien accepté par Benoît.

Si nous donnons la parole à quelqu'un d'autre que Benoît au premier temps de l'accueil, nous constatons une frustration montante chez cet enfant. Elle se traduit par une agitation motrice (il sort du cercle où se trouvent les enfants assis sur un coussin), et/ou par une prise de parole intempestive, et une écoute très partielle de celui qui parle.

Malgré nos tentatives de recadrage, ou de réassurance par nos voix tantôt « pare-excitatrices », tantôt « contenant », Benoît n'accepte que rarement de rester calme et de se taire, donc nous avons apporté un autre élément susceptible de soutenir nos voix. Nous avons introduit un bâton de parole, pour que celui qui ait cet objet entre les mains et seulement lui soit autorisé à parler. Une fois utilisé, il doit être replacé au centre du cercle pour qu'un autre enfant puisse s'en emparer.

Nous avons donc matérialisé les prises de parole successives pour que les voix de chacun soient respectées, dans un temps et un espace donné. Cet apport symbolique permet une écoute plus sereine de chacun, et une prise de parole moins désordonnée. L'espace sonore, auparavant rempli par une plus ou moins grande accumulation de voix, et réparti dans toute la salle, s'est alors structuré par l'alternance des voix des enfants et le rétrécissement de l'espace sonore.

- **Progression de sa voix sur l'année et sur une séance**

Hormis le fait que la voix de Benoît soit très présente durant le temps de la séance, celle-ci connaît des évolutions et progressions tant sur l'année de prise en charge que sur la séance en elle-même.

Nous pouvons généraliser en effet en disant que la voix de Benoît a tendance à se « poser » au fil de la séance.

En début d'année, Benoît arrivait en séance peu agité, sa voix était fortement « saccadée », peu intense, et ne couvrait pas tout l'espace sonore. Benoît, semblait alors adopter un comportement plutôt régressé au moment de se confronter à ses pairs (au nombre de deux, sachant qu'Eric n'a intégré le groupe qu'en octobre), et aux trois adultes thérapeutes. Son corps et sa voix exprimaient sans doute une certaine appréhension, liée à celle de quitter sa mère. Mais ce premier affect de crainte ou de peur, qui limitait Benoît dans son lâcher prise corporel et vocal, s'estompait progressivement au fil de la séance. Grâce à nos voix contenantes, Benoît semblait gagner en confiance, libérant sa voix tant en intensité qu'en débit, et déchargeant progressivement dans son corps une agitation motrice.

Plus tard dans l'année, c'est d'emblée que Benoît apparaissait agité et « bavard ». Et ce n'est qu'à certaines occasions que sa voix « régressait », proche de l'élocution d'un bébé. C'est par un remplissage de l'espace sonore, par son débit de voix important que Benoît s'est semblé rassuré. Nos voix « pare excitatrices » n'ont pas toujours permis d'arrêter sa parole, et de calmer son agitation ; par contre, les comptines étaient très efficaces, car elles remplissaient elles aussi tout l'espace sonore, enveloppant Benoît par ce bain de sons.

D'une manière générale, en tant que thérapeutes, nous prenons la parole à tour de rôle pour nous adresser aux enfants. Nous évitons de parler en même temps qu'un de nos collègues, pour éviter de parasiter la communication dans le groupe. Nos trois voix occupent alternativement l'espace, et suivent souvent une même cohérence, un même fil : elles forment une alliance thérapeutique dont le but est d'agir sur le patient.

Par exemple, lors d'une remise à l'ordre, il peut nous arriver tous trois d'élever l'intensité de notre voix, les uns après les autres. Nous exprimons à une, deux ou trois voix notre message, mais avec une unité de style vocal, et une unité d'attitude corporelle : le tonus de nos trois corps est renforcé.

Les comptines permettent à l'inverse de reprendre tous ensemble d'une même voix une mélodie, et de renforcer les effets bénéfiques de cette voix contenante. La variété de nos intonations, de nos timbres et de nos fréquences participent à créer UNE voix (polyphonique), dont les effets sont amplifiés.

Nos voix occupent donc un espace et un temps spécifique dans la séance pour que chacun bénéficie au travers d'elles d'une prise en compte de soi même, et permette un échange entre ceux qui constituent ce groupe.

Aussi pour favoriser quelque fois la relation avec le patient, je n'hésite pas à imiter sa voix, ou reprendre sa phrase mais de manière interrogative. Ces réponses données aux enfants les interpellent et les renvoient aussi à leur propre voix, à leur propre comportement. Il est intéressant de faire écho à son patient pour lui permettre de prendre conscience de sa façon de parler, d'agir et de réfléchir.

Nos voix, notre présence, ont peut être aidé Benoît à avoir moins peur de perdre son attachement vis-à-vis de sa mère au fur et à mesure des séances. Cependant, à travers son avidité de paroles, cet enfant nous montre encore à quel point il manque de sécurité intérieure.

Dans une séance en particulier, une analyse fine de ces interactions nous a permis de décrire l'évolution de la voix de Benoît :

Alors que Céline entonnait doucement une comptine aux enfants, Benoît était parti s'allonger sur la banquette. Il reprenait calmement, sans trop articuler cette comptine. Il variait ses intonations d'une voix mélodieuse, ce qui produisait un chant global harmonieux. Puis progressivement, Benoît a commencé à augmenter l'intensité de sa voix, à articuler de plus en plus, et à se tonifier dans son corps. Toujours allongé, il relevait plusieurs fois la tête, et mobilisait de plus en plus ses membres. Son débit devint de plus en plus rapide, puis il arrêta de chanter et se mit à parler d'une voix forte balançant une phrase dénuée de sens. Il semblait vouloir à cet instant donner de la voix pour se faire entendre, remplir l'espace sonore à lui tout seul pour reprendre une place privilégiée, qu'il avait sans doute sentie menacée.

Il utilisa ensuite sa voix « crachée » à quelques reprises, puis reprit le chant mais de plus en plus fort. Céline stoppa petit à petit son chant, alors que Benoît continua, en criant et rechantant fort, affichant son besoin d'affirmation de soi et son insécurité intérieure. Il se releva alors, pour nous signifier qu'il voulait arrêter ce moment calme, et répéta : « je suis le roi lion ! ». Nous reprîmes alors la parole, pour échanger quelques mots sur ce moment, et passer ensuite à un autre jeu.

Nous voyons à travers cet exemple la richesse des voix déployées par cet enfant, et la multitude d'informations qu'elles nous révèlent. Elles illustrent sa fragilité narcissique, et le besoin de répondre rapidement et de manière adaptée à ses divers appels. Cela n'est pas toujours évident...

### **3.5 DIFFICULTES RENCONTREES PENDANT CES INTERACTIONS**

En effet, une séance met en jeu un nombre très important d'interactions entre patients et thérapeutes, et il est très difficile d'avoir le temps d'analyser tous les paramètres mis en jeu à chaque instant. Il nous manque parfois un certain recul pour effectuer ce travail. Certaines choses nous échappent pendant la séance, à la fois dans le contrôle de notre propre voix, mais aussi dans la compréhension et l'analyse de la voix d'autrui.

C'est dans l'après coup qu'il est possible de comprendre certains « comportements vocaux », comme nous le faisons pour la lecture du corps de notre patient. Les réunions « post-groupe », entre thérapeutes, contribuent grandement à décrypter, interroger, et se questionner afin de mieux comprendre les réactions des enfants. Nous faisons des liens, de manière personnelle mais aussi collective, car il est très difficile de comprendre de premier abord pourquoi et comment un enfant investit sa voix.

Nos questions et nos doutes sur « les voix » de Benoît nous ont par moments inquiété, et mis mal à l'aise, mais c'est en échangeant que les idées et réflexions ont pu émerger.

Ce moment de réflexion à trois nous donne aussi du temps pour réfléchir à nos propres émissions vocales, plus ou moins contrôlées en fonction de ce que nous a renvoyé le(s) patient(s). Les autres thérapeutes peuvent être d'utiles observateurs et retourner des informations objectives et subjectives sur les voix de chacun d'entre nous. Ces réflexions exprimées à haute voix aident à élaborer, et à effectuer un travail autocritique et de remise en cause sur son attitude thérapeutique générale.

Il est vrai que les discours incohérents de Benoît pendant la séance m'ont parfois déstabilisé, et rendu sans voix. Le sentiment d'impuissance ou d'incompréhension domine par moments, et il est très difficile de savoir quoi renvoyer à son patient. Accueillir avec sa voix (ou sa « non voix ») les moments de régression des enfants, être à leur écoute pour qu'ils soient entendus n'est pas toujours chose facile.

Dans ces cas là, faut il se taire et attendre que son patient redevienne cohérent ? Faut il verbaliser son incompréhension ? Faut il arrêter le discours incohérent de l'enfant ? brutalement ? calmement ? Faut il faire comme si de rien n'était ? Faut il improviser et rebondir d'une manière ou d'une autre sur ce qui vient d'être dit ?

Je pense qu'il n'existe pas une réponse appropriée à ce type de problème, car la réponse dépend grandement du contexte dans lequel se passe l'action.

L'espace et le temps sont des critères à prendre en compte, au même titre que le nombre de personnes impliquées dans la relation et la prise en compte de leur état de forme physique et psycho affectif. L'analyse fine et globale de tous ces critères entraîne une réponse adaptée de notre part.

C'est peut être à nous thérapeutes d'être vigilant pour contrôler à minima ces éléments, pour ne pas que la relation thérapeutique ne nous échappe.

Toujours est il que l'interaction de la séance nous apporte sans cesse des surprises et des événements que nous ne pouvons contrôler ; le maître mot de tout bon psychomotricien est bien de s'adapter à toute situation. La voix, prise en compte à travers la globalité de la personne, ne se démarque pas de ce travail que doit effectuer le psychomotricien ; elle est bien omniprésente durant la séance, mais reflète à chaque instant un comportement, une identité vocale que nous devons relier à une attitude corporelle.

De manière personnelle, je me suis posé la question de savoir si ma voix était adaptée aux situations vécues. J' ai eu la sensation d'utiliser principalement une voix aux qualités étayantes. J'ai eu l'impression à certains moments donnés que je n'arrivais pas utiliser ma voix dans un registre marquant davantage l'autorité et l'ordre. J'avais l'impression de « forcer » ma voix pour montrer les limites à ne pas dépasser, et d'être légèrement hésitant dans ma posture. Je crois que le fait de ne pas apprécier les conflits me perturbait quelque peu, ainsi que le fait d'assumer le rôle symbolique d'homme (et d'autorité). Ce sont des questions qui m'ont traversé l'esprit sur mes différents lieux de stage, et qui m'ont fait évoluer sur ce sujet je pense. J'ai pu avoir des retours objectifs et subjectifs de mes maîtres de stage à ce propos qui m'ont rassuré, et aidé à mieux me comprendre, ainsi je pense avoir gagné davantage d'assurance dans ce domaine.

Même si certaines situations thérapeutiques sont plus difficiles que d'autres, j'ai l'impression de mieux « tenir » mon corps et ma voix dans une même direction, et d'être ainsi plus authentique à la fois dans des registres de voix contenant et des registres plus limitants ou séparants.

Il est nécessaire aussi de s'autoriser parfois à lâcher sa voix, malgré l'appréhension. J'ai pour exemple le chant ou les comptines, reprises à plusieurs voix. Il faut alors assumer de « sortir » sa voix, même si elle nous renvoie une image sonore de nous peu narcissisante ! Il en va de même pour certains jeux vocaux, qui demandent une improvisation ou expérimentation à partir de la voix. Il m'est arrivé d'expérimenter des voix très bizarres, provenant de différents endroits de mon corps, ou associées à des mimiques de visages improbables, pour tenter de faire sortir l'enfant de son mutisme ou de son comportement à sens unique. Par ma voix « inhabituelle », je choque quelque peu l'enfant, et le renvoie à d'autres pensées ou à une interrogation qui peut être le point de départ d'une nouvelle interaction. Pour oser moduler ma voix de cette façon, il a fallu que je m'engage entièrement dans la relation, sans crainte du regard des patients et des thérapeutes. J'ai donc mis aux yeux des autres une voix, une sensibilité, car je m'en sentais capable, mais je n'aurais pas pu l'exprimer dès le début des prises en charges.

# CONCLUSION

Ainsi nous avons pu mettre en évidence à travers ce travail la grande place qu'occupait la voix dans la relation thérapeutique. Une analyse fine des caractéristiques vocales des patients et des thérapeutes nous ont permis de dégager certaines fonctions inhérentes à ces voix. Nous avons essayé autant que possible de décrire ces expressions vocales avec l'attitude corporelle qui leur était associée. Nous nous sommes alors rendus compte de l'intrication très forte de ces deux paramètres, et de la nécessité de les analyser sans jamais les dissocier. En cela, notre travail sur la voix a justifié son intérêt psychomoteur.

Nous avons démontré à quel point la voix pouvait être un réel outil thérapeutique qui aurait sa place parmi ceux déjà utilisés en psychomotricité. Le psychomotricien peut placer la voix au centre de son travail thérapeutique : dans l'observation de son patient, dans son utilisation personnelle, voire en tant que médiation.

La voix, riche d'affects, porte la relation en agissant sur l'autre. Le psychomotricien, par sa voix, peut avoir un réel impact sur son patient, notamment sur son corps. Pour cela, il doit néanmoins développer des capacités d'écoute de son patient tout en restant présent corporellement, afin de s'accorder à lui. Le psychomotricien peut ainsi entendre son patient, dont la voix résonne en lui de façon psycho-affective et psycho-corporelle. La communication thérapeutique s'en trouve améliorée si le psychomotricien a acquis une connaissance suffisante de ses propres modalités d'expression et de celles de son patient.

Pour autant, les nombreuses interactions vocales qui émergent lors d'une séance, demandent parfois du temps pour être analysé finement. Notre propre voix échappe aussi quelquefois à notre contrôle, malgré nous, et peut affecter la qualité de la relation thérapeutique.

La voix peut aussi être envisagée comme une médiation à part entière, comme dans le chant ou le théâtre. Dans ces cas là, la voix est transformée, sublimée, pour atteindre un but spécifique. La recherche de jeu vocal et de créativité sera prépondérante, pour atteindre dans un premier temps un plaisir sensorimoteur et ensuite une véritable performance vocale.

# BIBLIOGRAPHIE

ABECASSIS, J. (2005), *La voix du père*, Paris PUF.

ANZIEU, D. (1994), *Le moi peau*, Dunod, 1994.

ANZIEU, D. (1976), *L'enveloppe sonore du Soi*, NRP, n°13.

BARANDE, I. (1976), *Le contre-transfert est informé par la vocalisation*, Revue française de Psychanalyse, tome XL.

BOWER, T. G. R. (1995), *Le développement psychologique de la première enfance*.

Bruxelles, Mardaga.

CASTAREDE, M-F. (2005), *Métapsychologie de la voix*, La voix, Champ psychosomatique, Corps et psyché, L'esprit du temps

CASTAREDE, M-F et KONOPCZINSKI G. (2005), *Au commencement était la voix*, La vie de l'enfant, Eres.

CASTAREDE, M-F. (1989), *La voix et ses sortilèges*, Les belles lettres.

DANIEL, P. J. (1982), *Voice change surgery in the transsexual*, Head and neck surgery.

DARBY, J. K., SIMMONS, N., BERGER, P. A. (1984), *Speech and voice parameters of depression : a pilot study*, Journal of Communication Disorders, 17.

DE BOYSSON-BARDIES, B. (1996), *Comment la parole vient aux enfants*, Odile Jacob, Paris.

DELBE, A. (1990 mars), *Pratique des mots* n° 70.

DELBE, A. (1990 juin), *La pulsion vocale*, Pratique des mots, n° 71.

DUMAS, C. (1996), *Utilisation du langage dans la réduction de l'impulsivité : présentation d'un cas clinique*, Evolutions psychomotrices, volume 8, n° 33.

FONAGY, I. (1983), *La vive voix*, Payot.

FREUD, S. (1932), *Nouvelles conférences*.

GARNICA, O.K. (1977), *Some prosodiques and paralinguistic features speech to young children*, in SNOW C.E. et FERGUSON C.A., *Talking children*, Cambridge University Press.

GORI, R. (1977), *Entre cri et langage : l'acte de parole*, Psychanalyse et Langage, Dunod.

GREEN, A. (1994), *Un psychanalyste engagé*, Paris Camann-Lévy.

JANKELEVITCH, V. & BERLOWITZ, S. (1978), *Quelque part l'inachevé*.

LACAN, J. (1966), *Ecrits*, Le seuil.

LAPLANCHE et PONTALIS (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, P.U.F.

LAVER, J. (1980), *The phonetic description of voice quality*, Cambridge University Press.

LECOURT, E. (1987), *Les enveloppes psychiques, l'enveloppe musicale*, collection inconscient et culture, Dunod Bordas.

LIEBERMAN, P. (1967), *Intonation, perception and language*, Cambridge, Mit Press.

McLURE, E. B. et NOWICKI, J. (2001), *Association between social anxiety and nonverbal processing skill in preadolescent boys and girls*, *Journal of nonverbal behavior*, vol. 25, n° 1.

MEICHENBAUM, D.H. (1977), *Cognitive Behavior modification : an integrative approach*, New York : Plenum.

MONDOLONI, R. (2001), *L'aube du temps qui vient*.

MOSES, cf. PFAUWADEL M-C, (1988), *Respirer, parler, chanter...*, Le hameau.

PROKOFIEV (1936), *Pierre et le loup : conte musical*.

QUIGNARD, P. (1996), *La Haine de la musique*, Paris Calmann-Lévy.

ROSALOTO, G. (1974), *La voix : entre corps et langage*, *Revue Française de Psychanalyse*.

TOMATIS, A. (2006), *L'oreille et la voix*, Editions Robert LAFFONT.

VASSE, D. (1974), *L'Ombilic et la voix*, Le seuil.

WOLFF, P.H. (1969), *The natural history of crying and other vocalisations in early infancy*, in B.M. FOSS, *Determinants of infant behaviour*, vol.4, Londres, Methuen.

## **Résumé :**

La voix émerge de notre corps. Elle porte en elle nos affects, nos états d'âme, notre individualité. Dans une approche psychomotrice, corrélée à la lecture du corps, la voix peut devenir un réel outil de compréhension du patient et de la relation thérapeutique. Elle peut être également pour le thérapeute un instrument (dont il doit apprendre à jouer) pour atteindre son patient psychocorporellement.

## **Mots clés :**

- Voix
- Identité vocale
- Affects
- Relation thérapeutique
- Style vocal
- Ecoute

## **Summary :**

The voice comes from our body. It carries our inner affects, sensibilities, and our individuality. In the context of psychomotricity combined with body observation, the voice can be a tangible tool to understand the patient and the therapeutic relation. The voice can also be a tool for the therapist (he would need to learn how to use) to reach his patient's psychocorporal aspect.

## **Key words :**

- Voice
- Vocal identity
- Affects
- Therapeutic relation
- Vocal style
- Listening.