

ACTES
des
1^{res} JOURNEES NATIONALES
D'AUDIO-PSYCHO-PHONOLOGIE
AMIENS - 1975

REVUE
INTERNATIONALE
D'AUDIO-
PSYCHO-PHONOLOGIE

AUDIO-PSYCHO-PHONOLOGY INTERNATIONAL REVIEW

7^{èmes} JOURNEES
NATIONALES
D'AUDIO-
PSYCHO-
PHONOLOGIE

AMIENS 1975

SOMMAIRE

LES 1ères JOURNEES NATIONALES D'AUDIO-PSYCHO-PHONOLOGIE	4
ALLOCUTION DE BIENVENUE par Monsieur SUIRE (Amiens)	6
OREILLE ELECTRONIQUE, PSYCHOTHERAPIE ET STRUCTURES, à propos de quelques observations par Monsieur le Docteur GARDEY (Pau)	9
"AVEUGLES ET SOURDS" - REFLEXIONS SUR LES VOIES SENSORIELLES VISUELLES ET AUDITIVES par Monsieur le Professeur MESKER (Hollande)	28
LA SURDITE PROFESSIONNELLE par Monsieur le Docteur MICHIELS (Belgique)	37
APPROCHES D'UNE PRISE EN CHARGE DES PHENOMENES EPILEPTIQUES PAR L'OREILLE ELECTRONIQUE par Monsieur le Docteur DERRIEN (Montpellier)	42
NOUVELLES INTERNATIONALES	55

REVUE INTERNATIONALE
D'AUDIO-PSYCHO-PHONOLOGIE

N° 8 - Novembre - Décembre 1975

PRESENTATION

Les premières JOURNEES NATIONALES D'AUDIO-PSYCHO-PHONOLOGIE se sont tenues à AMIENS les 30 MAI et 1er JUIN 1975 ; elles étaient organisées sous l'égide de l'ASSOCIATION INTERNATIONALE D'AUDIO-PSYCHO-PHONOLOGIE.

Près de deux cents participants, venus des différentes régions de France, ont suivi les travaux de ce Congrès. On notait à leurs côtés de nombreux représentants de pays européens : Belgique, Espagne, Hollande, Suisse.

Les Journées ont été présidées par Monsieur le Docteur A.A. TOMATIS, Président de l'Association Internationale d'Audio-Psycho-Phonologie, Président d'honneur de l'Association Française d'Audio-Psycho-Phonologie, à qui est revenu la charge d'ouvrir la séance plénière.

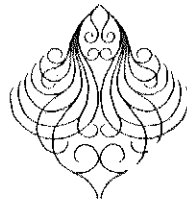
Les rapports présentés dans ces journées, et les débats qui s'ensuivirent, apportèrent aux congressistes des éléments de réflexion leur permettant de faire le point des acquisitions thérapeutiques et psychopédagogiques de l'Audio-Psycho-Phonologie, de l'évolution de cette discipline tant en France qu'à l'étranger et des recherches entreprises dans différentes directions.

Après l'allocution de bienvenue, faite par Monsieur P. SUIRE, Président de l'Association d'Aide Pédagogique d'Amiens, organisateur de ce Congrès, la séance plénière entendit successivement les communications

- du Docteur GARDEY, Neuro-psychiatre de Pau, sur l'Oreille Electronique et la psychothérapie;
- du Docteur MESKER, Neuro-psychiatre hollandais, sur les voies sensorielles visuelles et auditives;
- du Docteur DERRIEN, Psychiatre de Montpellier, sur "l'étude de l'action de l'Oreille Electronique sur les épilepsies;
- du Docteur MICHIELS, de Belgique, sur "La Surdité Professionnelle".

A l'issue de la première journée, et après une conférence de presse qui avait réuni des représentants de la presse locale et de la presse spécialisée ainsi que Radio-France et FR 3, les organisateurs tinrent à offrir aux participants un buffet richement garni, dans un des salons de l'Hôtel Novotel où se déroulaient ces Journées d'Etudes.

On peut dire que le succès de cette rencontre a répondu aux souhaits des organisateurs, exprimés par Monsieur Suire lors de son allocution de bienvenue, les participants ayant été unanimes à se féliciter d'être venus assister à une telle manifestation qui, première de cette ampleur en France, fera certainement date dans les annales de la science audio-psycho-phonologique.



ALLOCUTION DE BIENVENUE PAR M. SUIRE (Amiens)

Au nom de l'Association Internationale d'Audio-Psycho-Phonologie, je suis extrêmement heureux d'avoir ici l'occasion de souhaiter cordialement la bienvenue à tous les participants aux Journées Nationales d'Audio-Psycho-Phonologie.

C'est la première fois que nous nous retrouvons réunis dans le cadre de "Journées Nationales", organisation plus modeste que les précédents Congrès Internationaux, mais je pense que ces deux journées d'études seront aussi enrichissantes sur le plan des discussions.

Je crois pouvoir dire que, fidèles à nos traditions et au but que nous poursuivons, nous serions heureux que vous puissiez trouver, dans les études présentées et développées par nos rapporteurs, des éléments de documentation et d'information utiles à la réalisation des thérapies entreprises dans le cadre de vos activités professionnelles.

Les principaux objectifs sont d'arriver à une meilleure entente des différents points de vue sur les sujets traités dans la discussion, c'est-à-dire d'apprendre mutuellement sur les points sur lesquels nous sommes d'accord aussi bien que sur ceux sur lesquels nous avons des opinions différentes. En second lieu, de stimuler l'étude de la théorie et de la technique de notre science tant en France qu'à l'étranger.

Je suis heureux de constater que vous avez été très nombreux à répondre à l'invitation de Monsieur le Professeur Tomatis et le modeste organisateur que je suis s'en réjouit vivement.

La presque totalité des Centres Audio-Psycho-Phonologiques Français ont fait le déplacement d'Amiens ainsi que nos amis Belges, Espagnols, Hollandais et Suisses qui sont venus nombreux, marquant l'intérêt qu'ils portent aux travaux relevant de l'Audio-Psycho-Phonologie et l'attention qu'ils prêtent au resserrement des liens entre utilisateurs de l'Oreille Electronique.

Je tiens à les remercier tout particulièrement de leur présence à ces Journées Nationales. Mais permettez moi de faire une mention spéciale pour tous ceux qui, avec la plus grande gentillesse, ont accepté de faire une communication à ces Journées et principalement nos deux amis Hollandais et Belge qui ont accepté de faire leur communication en français, Monsieur le Professeur Mesker de Maastricht et le Docteur Spirig d'Anvers.

Comme vous le voyez, ces journées "Nationales" ont une portée "Internationale" ayant même des échos outre-atlantique puisque cet après-midi nous aurons le plaisir d'accueillir parmi les participants à nos travaux Madame le Docteur Locker qui est venue à cet effet tout spécialement de Caracas.



A la lecture du programme détaillé que vous avez reçu, vous avez pu constater la diversité et la densité des communications qui vont vous être présentées pendant ces deux jours.

Parmi celles-ci, vous me permettez de relever celle ayant trait à l'Interprétation du Test d'Ecoute que développera tout à l'heure le Professeur Tomatis.

Vous connaissez certainement tous, au moins une grande partie d'entre vous, l'anecdote du Président des Etats-Unis Calvin Coolidge, qui, revenant chez lui, fut interrogé par sa femme, de la manière suivante :

- D'où viens-tu ?
- Du Temple.
- Qui as-tu vu ?
- Le Pasteur.
- Qu'a fait le Pasteur ?
- Un sermon.
- Sur quoi portait le sermon ?
- Sur le Péché.
- Et qu'a dit le Pasteur du péché ?
- Il est contre.

Je crois que, si ce vénérable pasteur avait parlé du Test d'Ecoute, nul doute que le Président Coolidge aurait répondu à sa femme que le Pasteur était pour, mais au même titre que l'on répond être pour ou contre le beau temps.

Pour être pour, en ce qui concerne le Test d'Ecoute, je crois qu'il faut connaître exactement de quoi il s'agit et l'interprétation que l'on peut en donner. Je pense que vous serez particulièrement satisfaits comme moi-même que Monsieur le Professeur Tomatis ait été choisi pour développer ce Test d'Ecoute.

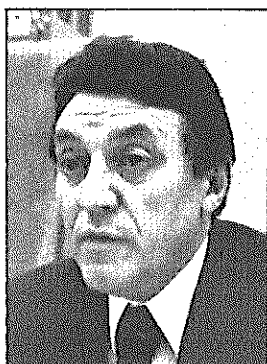
Ces journées se dérouleront, j'en suis certain, dans un climat d'amitié et de détente. Ici vous êtes dans une région qui conçoit le tourisme non pas comme une fin en soi, mais comme indispensable à une vie complète et équilibrée, sachant doser le sérieux, le travail et les loisirs.

Malgré la brièveté de votre séjour dans la capitale de la Picardie, je pense que vous ne repartirez pas d'Amiens sans une visite qui s'impose à sa Cathédrale, une des plus grandes cathédrales de France, qui l'emporte en triomphante clarté sur Notre-Dame de Paris, d'après Mabille de Poncheville. C'est une des plus pures et harmonieuses, une des plus vastes et des plus hautes cathédrales du monde, un joyau de l'art gothique.

Elle doit son unité de style à la rapidité de sa construction (1220-1280), enrichie d'une statuaire aussi remarquable que son architecture (Le Beau-Dieu, Saint-Firmin, Vierge Dorée, l'Ange pleureur). Entre autres richesses, l'intérieur contient deux gisants en bronze du XIII^{ème} siècle, et d'admirables stalles (près de 4.000 personnages) sculptées au début du XVI^{ème} siècle, oeuvre des "Huchers" Amiénois.

A tous je souhaite un séjour heureux et profitable et, pour conclure, s'il est possible de formuler un voeu au début de ces Journées d'Etudes, permettez-moi de souhaiter, après vous avoir félicité de votre présence, qu'à son issue, ce soit vous-mêmes qui vous félicitez d'être venus.

P. SUIRE



Président de l'Association d'Aide Pédagogique. — Administrateur du Centre du Langage d'Amiens. — Membre du conseil d'Administration de l'Association Internationale d'Audio-Psycho-Phonologie.

OREILLE ELECTRONIQUE PSYCHOTHERAPIE ET STRUCTURES à propos de quelques observations

par le Docteur GARDEY (Pau)

Il y a peu de temps que nous avons abordé l'Audio-Psycho-Phonologie. Malgré la brièveté de notre expérience, nous voulons aujourd'hui vous dire notre vécu, selon la terminologie actuelle. Je dis "nous", car j'associe à ma démarche et mon épouse qui a bien voulu me suivre, et les personnes de notre entourage qui partagent nos angoisses et nos joies dans le travail de chaque jour. Il n'est pas aisé d'aborder l'Audio-Psycho-Phonologie ou de se laisser aborder par elle. Cela exige un certain nombre de redéfinitions et très vraisemblablement d'abandons conceptuels difficiles car ils nous placent face à la nécessité du changement.

Notre démarche est psychothérapique et éducative. Nous allons tenter dans notre propos de montrer ce que nous avons pu recueillir au long de notre cheminement thérapeutique, lequel se déroule à trois niveaux : au sein d'un établissement médico-pédagogique, d'une maison recevant des enfants-cas-sociaux et de notre pratique libérale. Ces trois niveaux nous ont paru réaliser trois types de structure thérapeutique, spécifiques par certains de leurs aspects, identiques par certains autres.

Il nous a paru intéressant de noter l'impact réalisé par l'introduction de l'Audio-Psycho-Phonologie à ces trois niveaux et d'essayer de répondre aux questions qui dès lors se sont posées à nous.



Les observations dont nous allons vous faire part concernent des enfants, des adolescents et un adulte. Ce sont toutes des thérapies en cours et, la plupart du temps, nous avons demandé à la mère d'effectuer la même démarche thérapeutique.

Mylène est âgée de 6 ans lorsque nous l'examinons. Elle sourit, ses réponses sont spontanées. Elle écrit avec la main gauche. Sa voix est mal timbrée, elle inverse des syllabes pendant la parole. Les examens pratiqués mettent en évidence :

- un niveau intellectuel global mesuré au Wechsler de 79 (verbal 84, Performance 77);
- une organisation spatiotemporelle médiocre. Le sens droite gauche n'est pas établi. Il existe au cours de la parole des inversions et substitutions de sons,
- psychologiquement, on se demande comment est vécu le couple parental. Des questions relatives à la sexualité paraissent se poser dans l'esprit de l'enfant;
- l'E.E.C. montre une activité thétatemporo-pariétale bilatérale à prédominance droite.

Le père est âgé de 43 ans, le faciès est incontestablement éthylique. Selon ses dires "sa fille ne lui pose aucun problème". Il participe peu à l'entretien, se confinant dans une attitude quasi mutique. Il est chef-mécanicien dans une entreprise. La mère, âgée de 37 ans, est obèse. Elle nous signale que sa fille est la deuxième et qu'elle a eu des difficultés de prononciation au début du langage. Le frère est l'aîné de 4 ans. Il ne semble pas y avoir dans le couple de chaleur affective importante. Nous décidons la thérapie sous Oreille Electronique avec voix maternelle. Sur notre insistance renouvelée, la mère assiste aux séances et se met à l'écoute de musique filtrée, mais seulement aux environs de la 17ème séance.

Dès le début, un dialogue mère-fille s'installe sous l'aspect d'échanges de livres et de participation à un puzzle. Mylène dit : je suis la plus forte ... Des attitudes maternelles de rejet apparaissent ensuite : "si tous les enfants sont comme Mylène, vous devez être fatigué à la fin de la journée ... il n'y a aucun changement à la maison". Mylène a eu mal au ventre. Elle n'est pas venue à la séance suivante et, ensuite, le solex étant tombé en panne, la mère n'est pas venue. "J'ai écrit des chiffres avec la main droite avec maman sur le cahier du soir ..."

A la 13ème séance, l'enfant se rapproche de sa mère, monte sur ses genoux, dessine : "ne touche pas ça, ne tire pas, fais attention, ne fais pas de bruit !" "Mais c'est un spectacle", dit Mylène, attention, attention, regarde !" ... " Tu me passes les peintures, maman ? " - "Non, tu te les attrappes ... " Les jours qui suivent voient réapparaître les problèmes intestinaux.

L'observation est incomplète car il s'agit d'une thérapie en cours. Cependant nous pensons que les résistances maternelles s'expriment dans les tentatives de dévalorisation de l'enfant. La mère essaie de laisser la thérapeute; le solex tombé en panne, le moyen de communication disparaît ... Le père n'est introduit à aucun moment. Dès le premier entretien il semble d'ailleurs qu'il se soit exclu par son attitude semi-mutique. Nous poursuivons la thérapie.

Fabienne aussi est âgée de 6 ans. Lorsque nous la voyons, elle est accompagnée de sa mère seule. La soeur aînée, Véronique, a 3 ans de plus. Durant l'entretien, Fabienne suce son pouce droit, cache son visage de ses deux mains, puis se réfugie sur les genoux de sa mère. "A l'école, elle ne lit pas du tout... Avec moi... je la fais lire, ça va... quand elle me sent... ça va."

"A un an et demi, elle est tombée dans l'escalier; elle a eu la mâchoire déviée. Bébé, pour manger, ça a été un calvaire... et puis beaucoup d'angines, beaucoup d'otites, jusqu'à 2 ans à peu près... Elle n'a pas parlé très tôt... vers 3 ans."



La respiration se fait par la bouche, la déglutition paraît de type infantile, la voix est terne, mal timbrée, dans la parole spontanée, des sons manquent. Elle apprécie mal le temps... Le niveau intellectuel est de 95. La psychologue a noté des difficultés de mémorisation, une angoisse notable apparaît dans les dessins et dans le langage où tout est cassé, tronqué, coupé. A l'E.E.G., l'activité est mal structurée dans son ensemble et à l'hyperpnée, prend un aspect irritatif discret.

La mère assiste aux séances et accepte l'écoute de musique filtrée. "C'est moi qui ai rappelé à maman qu'elle vient aujourd'hui" annonce la fillette, et sa mère dit d'emblée : "cette musique je la connais, je ne vais pas écouter toute la bande... ça me crispe ...". En partant : "je ne viendrai pas jeudi prochain".

Aux séances suivantes, la maman demande la signification des arbres que Fabienne dessine chaque fois... Fabienne vient seule, une semaine plus tard. Elle est coiffée de telle sorte que les oreilles ne sont plus visibles. Sa mère revient : "mes amies ont été surprises lorsque je leur ai dit que je devais venir... qu'est-ce que c'est que ces choses-là... ça ne se fait pas... jusqu'à quand ça va durer ?". La réponse surprend et provoque la répartie : "Du courage, Denise!... L'afnée commence à être formée, ça m'a fait un coup ...".

A la séance suivante, Fabienne vient seule; elle porte des nattes. Et puis nous apprenons que la mère a présenté une otite après chacun de ses deux accouchements. "Fabienne doit faire de la danse classique, comme sa soeur. Elle n'a pas de muscle". Au cours de l'entretien, que nous pensons utile, la maman nous dit : "les rééducations m'énervent parce qu'elle n'est pas aussi gentille qu'avant. Avec sa soeur, elles se crispent le chignon; ça m'énerve, j'ai envie de les taper." Fabienne proteste devant les exigences de sa mère et nous dit : "maman n'aime pas qu'on écoute quand elle parle avec quelqu'un; moi je m'en vais, je n'écoute pas... Véro, oui elle écoute..." - La Mère : "c'est la manie de tous les enfants; il ne faut pas qu'ils écoutent quand ils ont quelque chose à faire; il ne faut pas qu'ils restent là sans rien faire; il faut faire quelque chose; je viens parce qu'il faut"... Elle n'a pas conscience que d'autres relations mère-enfant peuvent exister. La pression éducative est importante. Le père est évoqué : "mon mari ne peut pas venir"; elle l'introduit en ne l'introduisant pas.



Gérard est âgé de 22 ans, employé au Crédit Agricole, célibataire. Il est émotif : "j'explose pour un rien, mes membres se crispent, je me fatigue; la relax de Schultz, ça n'a rien donné". Son père est retraité de banque; sa mère ne travaille pas. Il est le dernier d'une fratrie de trois garçons; un de ses frères bégaié.

C'est à partir de 14 ans qu'il est devenu émotif avec un bégaiement intermittent. La relation avec le père semble se faire sur un mode d'opposition. Il serait souvent agressif avec sa mère. Les antécédents récents sont émaillés de crises de type spasmodique. Il y a huit jours, il a eu envie de vomir, a beaucoup tremblé pendant dix minutes; cela se déroule toujours sur le lieu de travail. Autrefois c'était la même chose, toujours en classe; au service militaire, il n'en a jamais présenté. Sa mère a eu des crises identiques au retour d'âge. Il a loué un studio mais il habite chez ses parents.

Le test d'écoute objective à gauche une courbe osseuse strictement horizontale. La C.A. est également horizontale de 750 à 4000 au-dessus de la précédente. La sélectivité est ouverte. A droite en C.O., pointe à 1000, encoche à 2000, en C.A. courbe ascendante jusqu'à 3000; sélectivité fermée jusqu'à 1500. Au test de Rorschach : nombre peu important de réponses, choc à la planche VI, indétermination des formes. Il n'y a pas de langage structuré. Les planches maternelles : une tête d'éléphant à la planche VII, choc à la IX.

La thérapie est acceptée. Au cours de la deuxième séance, la mère que l'on n'avait jamais vue, investit le lieu thérapeutique et demande si son fils en a pour longtemps. On apprend alors qu'elle a été choquée par le fait que son fils ait loué un studio. Gérard a quitté son studio et réintégré le domicile parental après la dernière crise.

Actuellement, la thérapie est sur une bonne voie. Les crises ont disparu, le travail est beaucoup plus facile, le sujet a réintégré son studio. Nous n'avons pas revu la mère.

□ □ □

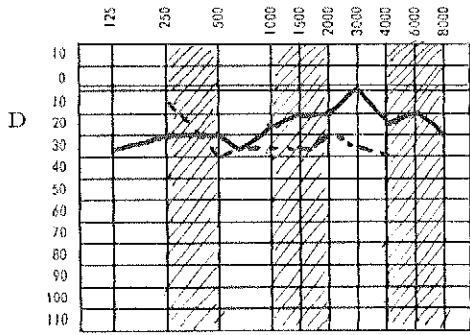
Philippe est âgé de 15 ans. La naissance a été difficile. Il y aurait eu un placenta praevia et une hémiparésie gauche à la naissance. Il a bégayé à 5 ans. Sa parole est lente. Il a des difficultés de mémoire, sa motricité est perturbée. Son Q.I. est de 106.

Il est pris en charge sous voix maternelle. Nous exigeons la présence de la mère et lui demandons de se mettre à l'écoute de musique filtrée le plus fréquemment possible. La relation mère-fils est de type nettement répressif : " la dernière leçon de techno n'était pas brillante, il le prend un peu à la décontracté... il ne m'obéit pas; j'ai dit à son père "prive-le de télévision"; bon; l'autre fois, je lui dis "monte dans ta chambre étudier ta leçon... peu après, je monte dans sa chambre, je lui demande ce qu'il fait : - je cherche un devoir pour vous le faire signer; je regarde : 3 sur 20 ... J'ai peur, si je les élève trop librement, qu'ils n'arrivent pas ... "

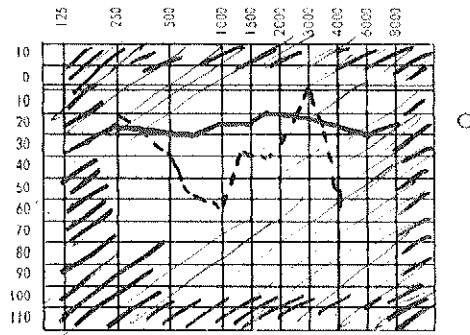
Au cours des thérapies, la mère ne supporte pas qu'une relation s'établisse entre son enfant et la thérapeute : "qu'est-ce qu'il dit, qu'est-ce qu'il fait ? ". L'oeil est inquisiteur et l'ouïe est bien au-delà du casque ... Le père est introduit dans la formule rituelle : "il faudra le dire à son père ". Il est impossible de retraduire les multiples situations vécues dans ce cas particulier... L'angoisse maternelle est à son paroxysme lorsque Philippe vient seul à bicyclette et lorsqu'il repart avant l'heure décidée par sa mère: "Il est parti... il ne m'a pas attendue... je sais que je suis comme ça; je ne peux pas le laisser, c'est plus fort que moi ... "

○ ○ ○

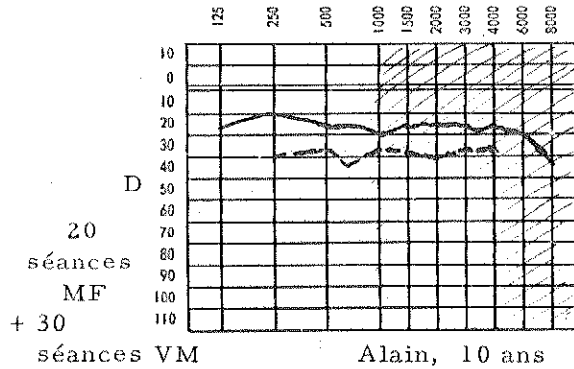
Avant traitement



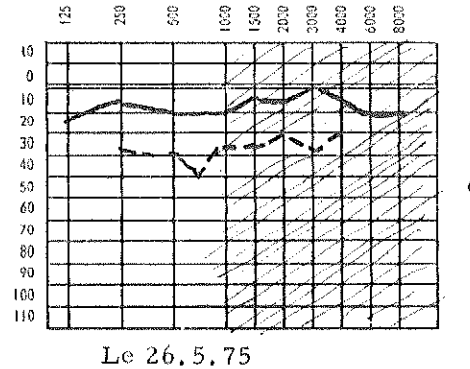
Alain 10 ans



Le 4.2.75

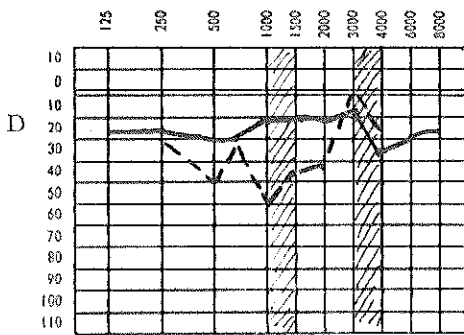


Alain, 10 ans

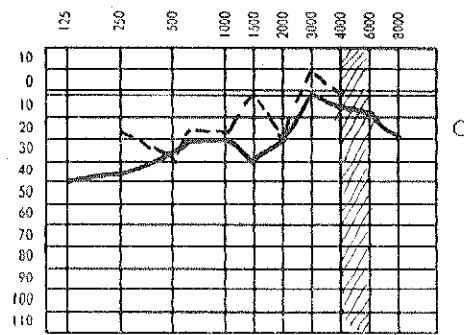


Le 26.5.75

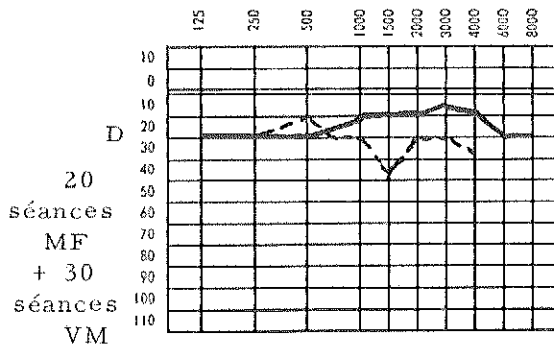
Avant traitement



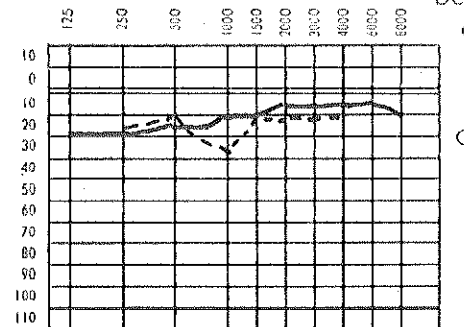
Marc 8 ans 1/2



Le 4.2.75



Marc 9 ans



Le 23.5.75



Jacques est âgé de 14 ans. Il présente des troubles d'articulation du langage : les "je, che, se" sont scotomisés, le débit verbal est rapide, haché, avec de courtes expirations et il évite soigneusement le regard. L'échec scolaire est sensible en français.

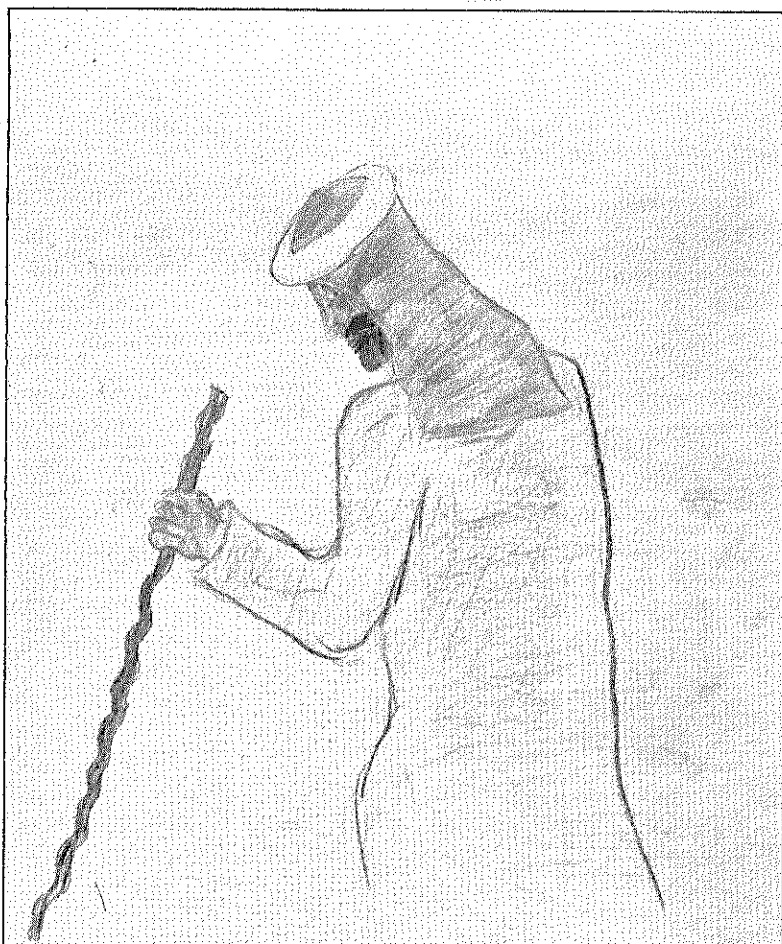
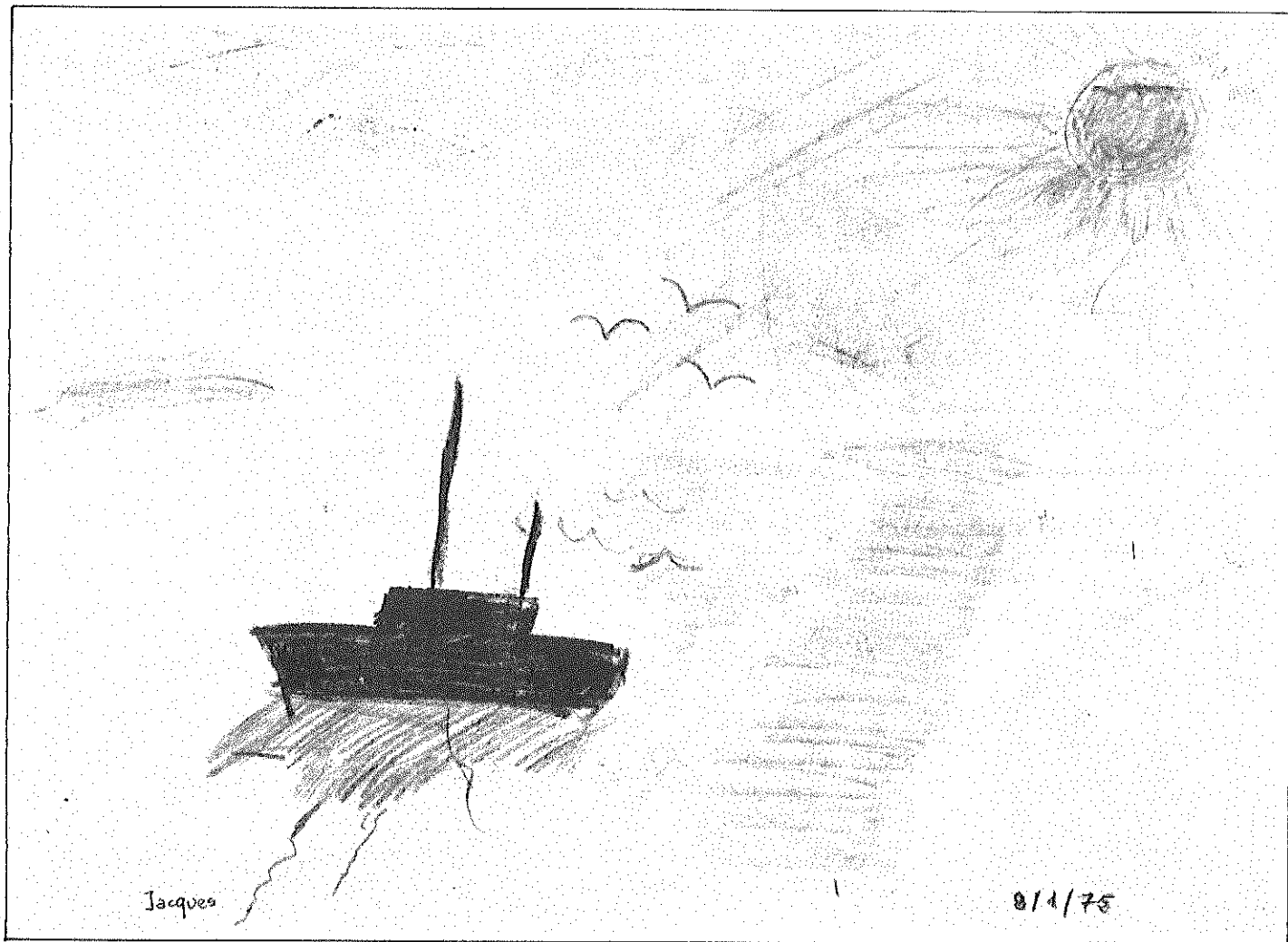
La thérapie est acceptée en voix maternelle et la mère participe. Les dix premières séances ont lieu sous musique filtrée. Nous sommes surpris, dès les premières séances, par les dessins produits, et l'émergence rapide de thèmes de mort prévalents, apparaissant en même temps que des productions de type cosmique ou stellaire, ainsi que le dessin d'un pèlerin, désigné comme tel par le sujet. Voici, dans les pages suivantes, le report de cette séquence de production.

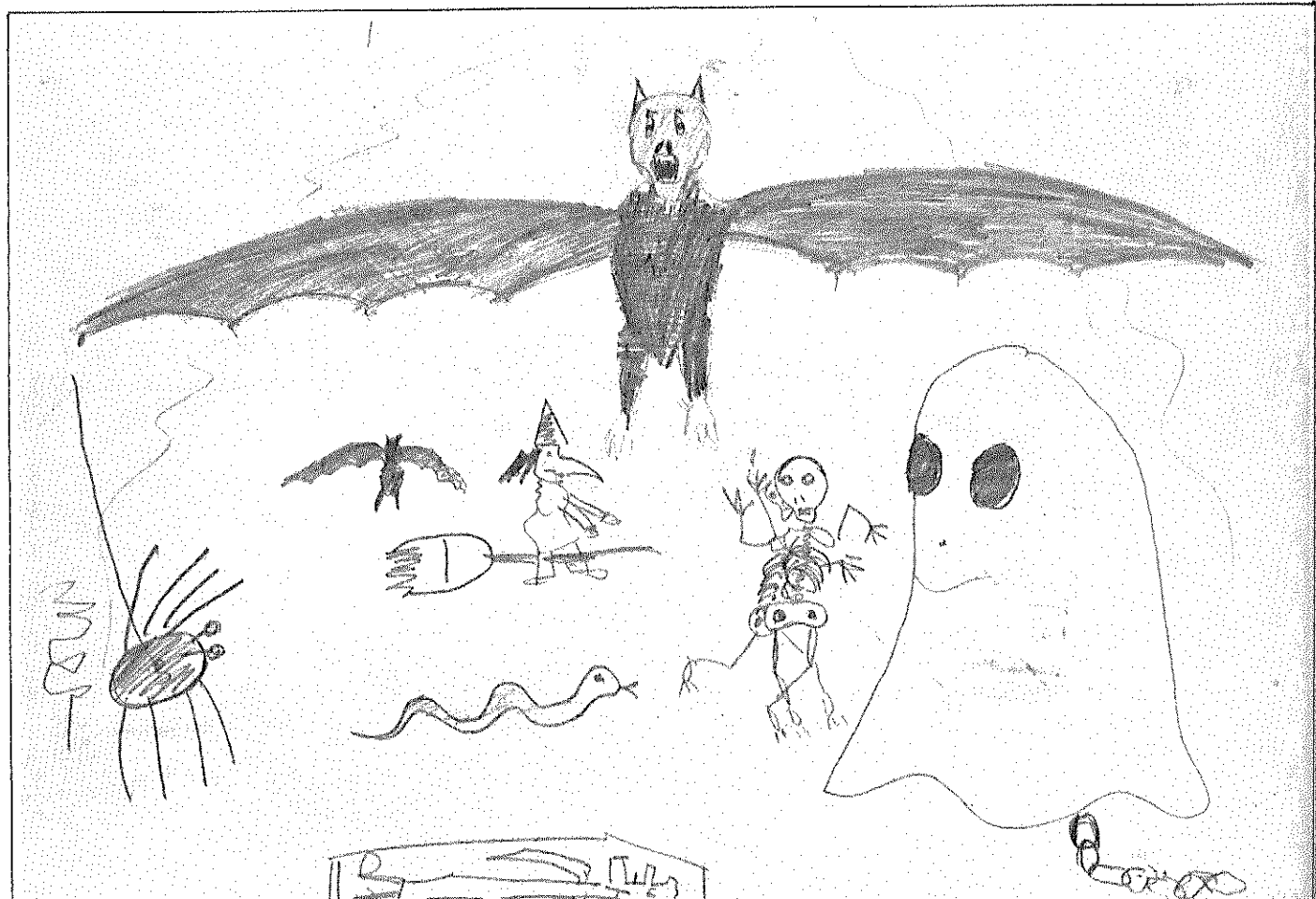
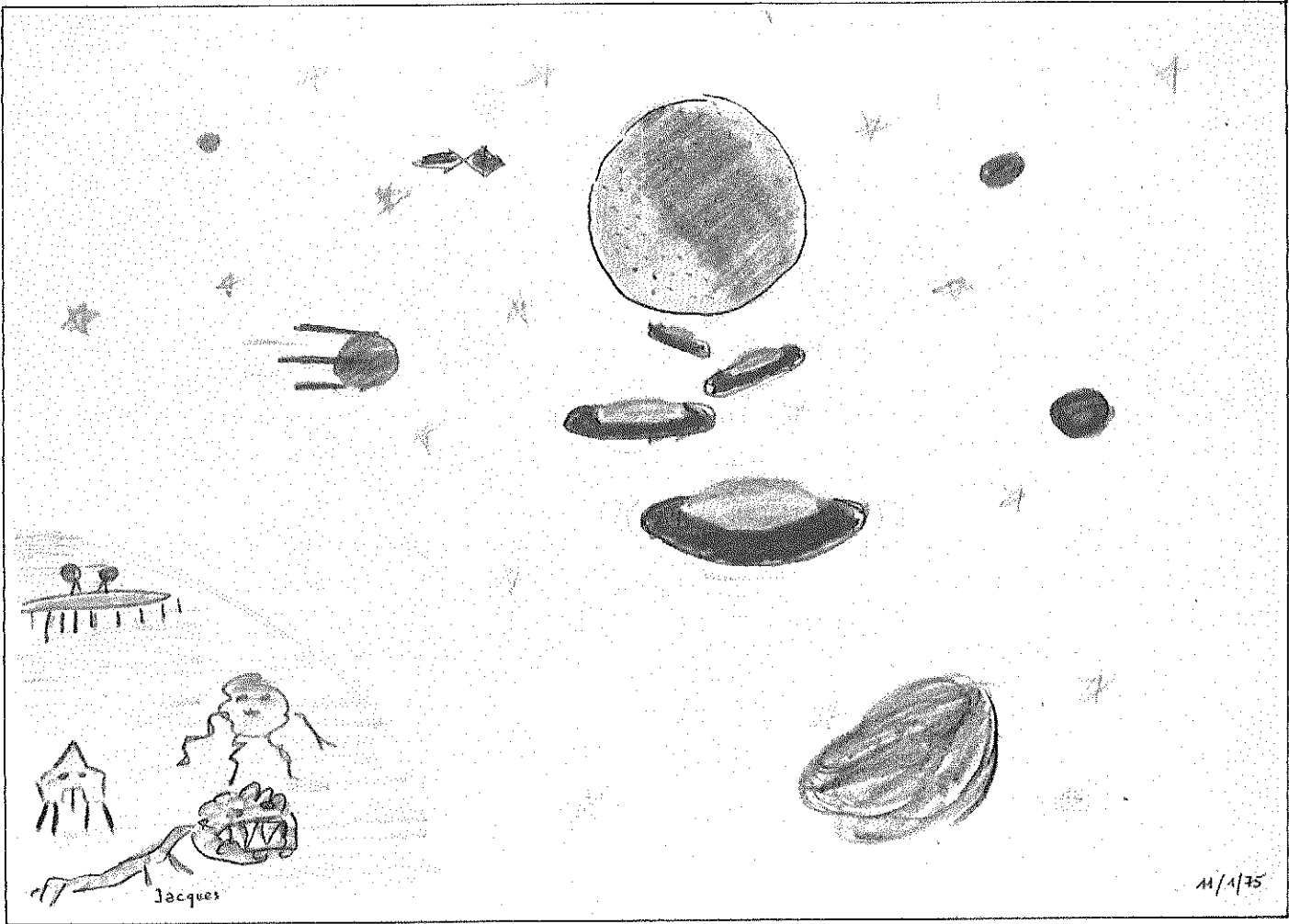
Nous avons essayé de comprendre. Peut-être les possibilités de s'exprimer ainsi ont-elles évité à cet adolescent de faire plus tard un épisode psychotique. C'est ce que nous suggérait le Professeur Tomatis lorsque nous lui en avons parlé. Dès ce moment en tout cas, nous avons accueilli la mère avec encore plus d'intérêt. Nous avons appris que son propre père était mort alors que Jacques était âgé de six mois : "il est tombé malade, j'étais enceinte de six mois les six premiers mois de la vie de Jacques, je me suis occupé de mon père... j'étais très culpabilisée, je me suis dit - "je sacrifie Jacques..." ... Ce n'est pas tout : en novembre dernier, j'ai eu le cancer. Ma gynécologue me l'a appris brutalement. Je n'ai rien dit à personne, j'ai tout gardé. J'ai reparlé à ce moment-là de papa... j'avais accepté mon cancer... Et puis, quelques jours après, j'ai appris que c'était une erreur du laboratoire. Je n'ai pas le cancer".



A partir des éléments que nous avons recueillis, nos réflexions ont pu s'orienter comme suit :

- 1) que devient la thérapie ou plutôt le modèle thérapeutique classique au sein de chacun des trois niveaux ou structures de traitement que nous avons évoqués ?
- 2) le fait de traiter la mère et l'enfant en même temps au sein de ces structures change-t-il la thérapie et, par conséquent, change-t-il le modèle ?





Nous avons évoqué trois niveaux de structures thérapeutiques. Le terme de structure nous convient dans la mesure où nous entendons ici l'ensemble des relations qui s'établissent entre les éléments d'un ensemble. Cette définition nous permet de souligner que ce qui compte, ce ne sont pas seulement des éléments isolés mais des éléments et les relations entre ces éléments. Ces dernières peuvent être mouvantes, changeantes et dynamiques, et c'est dans ce sens qu'elles nous préoccupent.

Il est difficile de soigner, partout où nous sommes, et notre travail est de prendre conscience des résistances. Considérons, en premier lieu, notre action dans un Etablissement Médico-pédagogique où l'acte est dit rééducatif. C'est dire que le modèle le plus courant est le modèle de la rééducation et nous avons le sentiment qu'au fond ce modèle est strictement pédagogique. L'équipe est certes multidisciplinaire, mais, administrativement parlant, elle obéit à un inconscient social type "éducation nationale".

Nous pensons pour notre part que, là où nous sommes, nous avons à dire ce que nous croyons que l'attitude scientifique est. Nous avons vocation thérapeutique et nous estimons que, sans nous en croire - heureusement - les tenants exclusifs, là où nous exerçons, nous devons le faire de telle sorte que l'action soit la plus efficace possible. Il y a longtemps que les thérapeutes savent qu'ils doivent se préoccuper des familles, et des mères en premier lieu. En pratique, cela soulève d'énormes difficultés, que l'apport de l'Audio-Psycho-Phonologie nous permet de résoudre. C'est chose faite en ce qui nous concerne.

Dans l'ensemble, l'action ainsi conçue a permis de :

- créer un autre langage;
- créer par conséquent avec les autres thérapeutes intéressés une relation plus scientifique, donc plus objective;
- amener ces derniers à plus de conscience de leurs projections;
- les rapprocher d'une réalité plus vécue et sentie que fantasmée à travers les théories;
- les rendre en somme plus thérapeutiques et ce n'est pas le moins important.

C'est chose primordiale que de pouvoir briser les isolants, de tisser des liens au-delà des conditionnements. Je crois que l'Audio-Psycho-Phonologie peut inclure toutes les démarches. Ici, dans cette première structure, il est certain que la présence mère-enfant dérange. Il est classique en effet de ne s'occuper que de l'enfant à l'instar des milieux scolaires et l'on rencontre, au plan des motivations profondes, certaines résistances. Elles vont de l'ignorance et l'indifférence la plus totale ou du "je ne suis pas concernée" au faire semblant ou à la compréhension strictement intellectuelle. Tout est "refus d'écoute" comme il est classique de le dire. Peu importe, le modèle change et c'est cela qui compte.

Réaliser une installation Audio-Psycho-Phonologique au sein d'une maison d'enfants caractériels et cas-sociaux pose des problèmes à la fois semblables et différents. Ici, l'équipe se veut pluridisciplinaire, mais dans un contexte plus restreint que précédemment.

Le pivot est éducatif et pédagogique, ces plans s'incluant mutuellement très largement. Ici encore, il fallait rendre l'action efficace et plus immédiatement que partout ailleurs. La possibilité d'utilisation quotidienne de l'installation pour les mêmes sujets a amené changement, apaisement, disparition de comportements agressifs et d'opposition, dans une proportion de cas importante. Je pense que, à ce niveau particulier, cela a changé les relations entre les éléments de l'équipe .

- L'éducateur paraît jouer un rôle d'observation plus objectif. Il semble apprendre à se déprojeter en participant largement à l'élaboration d'une philosophie d'action, car c'est je crois une philosophie d'action, éducative, thérapeutique et salvatrice - s'il est convenable toutefois d'associer ces trois termes, le dernier d'ailleurs paraissant suffire à lui seul.

- Les relations éducateur-éduqué changent dans la mesure où l'enfant peut retrouver le ou les substituts maternels qui lui permettront de mener à bien son évolution psychobiologique. Nous pouvons alors, de façon vécue, éclairer la psychologie dans la mesure où elle prendra comme objet le rétablissement d'une évolution normale. Et, pour ce faire, sachant à quel point la mère est importante, nous essayons de favoriser la création de substituts maternels qui se veulent en même temps thérapeutiques.

Hélène, dont voici un résumé de l'observation, va nous situer la spécificité de l'action et montrer les résistances.



Hélène est âgée de 10 ans et la dernière d'une fratrie de quatre dont un garçon. Les trois soeurs résident à la fondation; Antoinette est âgée de 17 ans, Pascale de 14 ans. Les parents sont divorcés depuis 1965. La mère est enfant naturelle aux antécédents de carence éducative importants. Le père de son côté est issu d'une famille riche en événements psycho-pathologiques.

L'aînée, Antoinette, se présente comme une déséquilibrée psychique. Elle a choisi la vie avec les gitans et la liberté sexuelle, comme sa grand-mère. Pascale paraît normalement adaptée. Hélène, que nous avons décidé d'aider par les thérapeutiques Audio-Psycho-Phonologiques, est gauchère, logorrhéique, angoissée et en échec scolaire. L'absence des parents et les efforts constants pour ne pas les dévaloriser imprègnent toutes ses relations, faites d'agressivité, d'opposition ou alors de gentillesse et d'amabilité.

Nous faisons parler Sr. Marcelle, qui l'a prise en charge sous musique filtrée, et qui nous dit :

- Septembre : Sous musique filtrée, Hélène reste allongée pendant les dix premières séances. Elle gardera toujours la même attitude, c'est-à-dire sucer son pouce et tourner une mèche de cheveux dans l'autre main. Dans son groupe, comportement opposant. Vient spontanément aux séances qui sont pour elle un moment privilégié. Comportement régressif dans le groupe, insatisfaite, agressive.

- Octobre : Hélène dessine beaucoup pendant les premières séances où elle est assise et parle continuellement toute seule en dessinant.

Aujourd'hui - Hélène en est à sa 20ème séance et se trouve toujours sous musique filtrée - elle a eu deux séances ainsi que Maria qui est dans le même groupe. Elles ont préparé, me disent-elles, une pièce pour jouer au dortoir le soir même. Titre de la pièce : " le bébé capricieux", en l'occurrence Hélène. Maria joue le rôle de la mère qui ne supporte plus ses enfants. Hélène est le tout petit qui tète son biberon, qui crie, pleure. Isabelle, qui n'est pas sous Oreille électronique, joue le rôle de la grande soeur lycéenne qui ne veut plus rester chez elle. Elle fugue en emmenant le petit ... revient chez elle... la mère les bat à en devenir malade, c'est alors au tour d'Isabelle et d'Hélène de battre leur mère qui est conduite à l'hôpital. A la fin de la pièce, les deux enfants lui font une piqûre et Maria salue alors tout le groupe (qui assistait à la pièce) en nous disant, triomphante : " elle est morte, fin ! " . Dans la nuit, Isabelle s'est réveillée en criant "je ne veux pas que ma mère meure". Nous avons précisé qu'elle n'était pas en traitement.

Hélène fait de la pâte à modeler : un enfant, une poire, un panier avec des oeufs, un gros champignon : "c'est une enfant abandonnée par sa mère, elle est morte la tête écrasée par un cheval; avant de mourir, elle est allée la déposer près des poubelles en lui laissant tout cela; heureusement que le champignon sait marcher, comme ça le petit sera sauvé! " ...

Hélène commence à faire des graphismes de sa main droite : " ce qui va être formidable, c'est que je saurai écrire des deux mains ".

- Novembre : En arrivant à sa séance, Hélène me raconte aussitôt la réflexion ironique d'une institutrice de son école : "va donc écouter ta musique, tu pourras mieux danser après" ... Hélène veut faire chaque fois des choses plus difficiles, des puzzles très grands comme en font les grandes. En fait, son esprit d'observation est rapide et excellent. Elle appelle alors Yolande, son éducatrice, pour lui montrer ce que maintenant elle sait faire. Elle est fatiguée et fatigable ces jours-ci, continue à mouiller son lit la nuit.

- Décembre : Test d'écoute : la sélectivité reste fermée. Progrès dans son travail scolaire, notamment dans ses études au retour des séances; elle a toujours beaucoup de créativité. Sélectivité fermée de 1000 à 125; Hélène a fait de gros progrès en lecture. Coupure des vacances de Noël.

- Janvier : Hélène parle peu de ses vacances de Noël; revient aux séances ravie et détendue. Nouveau test d'écoute : la sélectivité ne bouge pas. La maîtresse d'Hélène veut (et pour la première fois) la prendre sérieusement en charge. Orientation de plus en plus grande vers la main droite. L'on trouve chez Hélène plus d'efforts et de reprise personnelle. Coupure des vacances de Février .

- Février : Reprise des séances; entre temps, Hélène a volé des bonbons dans son groupe, elle vit du reste pas mal de phénomènes de rejet dans ce dernier. Reçoit une lettre du Professeur Tomatis, exulte de joie. A table, le soir, écrase sa banane dans son verre, s'en barbouille mains et figure et mange en lapant son verre. Aime beaucoup le grégorien qu'elle a baptisé "la musique des papes"; s'y est pourtant difficilement adaptée.

Hélène vient et me parle de la première communion préparée en classe. Elle veut la faire, veut aller à la messe : "je ne sais pas si Yolande voudra". Elle a reçu une robe de son père, veut lui répondre et par là, lui demander s'il veut bien la prendre pendant les vacances de Pâques. "Rale" pas mal pour faire ses exercices de la main droite et préfère toute autre activité. En arrivant aux séances, tout tourne ces temps-ci autour de la première communion ; elle sait qu'elle va la faire; parle toute seule, chante pendant les deux séances. A reçu un cadeau d'Antoinette, l'afnée : "je ne sais pas ce qui m'arrive, ces temps-ci, me dit-elle, mais tout le monde m'aime et pense à moi; je suis trop gâtée ". Me réclame un puzzle très difficile. Coupure des vacances de Pâques.

- Avril : Hélène est allée en famille d'accueil pendant les vacances, mais a vu son père et sa mère séparément une fois; est allée en vacances une semaine à Iraty avec un groupe. A été très rejetée d'une part par Bernadette, éducatrice du groupe et d'autre part par les autres filles. Gros problème ici entre les deux éducatrices du groupe : Yolande et Bernadette; l'une prend en charge Hélène, l'autre la rejette complètement. Yolande en est consciente.

Hélène arrive désespérée à sa séance : Antoinette, sa grande soeur, vient de quitter définitivement la maison et est venue le lui dire 5 minutes avant son départ; pour elle, c'est un nouveau rejet, un nouvel abandon. Tout va mal dans son groupe, on la supporte difficilement; pendant les séances, Hélène n'est ni plus ni moins "adorable" et resterait ici des heures entières; elle a baclé ce soir ses exercices de la main droite, très consciente du reste de ce qu'elle faisait.

Je mets ce soir des vocalises à Hélène qui commence à bredouiller n'importe quoi devant le micro. J'interviens trois fois pendant la séance... la fin sera très bien. Je demande à Hélène de dessiner; elle choisit un papier de fond rose et me demande des morceaux de papier de toutes couleurs dans lesquels elle fait des découpages assez grossiers : une maison, un arbre, un banc, un arc-en-ciel, un oiseau (ravissant), un nid... L'ensemble est gai. Elle termine en coloriant dans le coin droit le soleil, se dessine à côté de ce dernier qui lui dit bonjour. A gauche de la feuille, elle dessinera un oiseau se transformant en fleur. Tout est fait de la main gauche.

Les revendications affectives d'Hélène sont énormes et à la mesure de la carence. La mère vient la voir ou ne vient pas, offre des bonbons ou quelque autre cadeau. Hélène accepte ou refuse. Le père offre une robe et c'est ce jour là qu'elle s'adresse à son éducatrice de façon inhabituelle. Laissons la parole à cette dernière :

" Au repas du soir : Hélène m'apostrophe isolément en disant que je prends plus de riz que les autres. Elle me demande d'aller à la réunion préparatoire à sa communion. Je lui dis que je suis de service, que je ne peux pas y aller; elle répond : évidemment, toi, tu es toujours avec ton chéri."

" Petit déjeuner : Hélène se sert et sert deux camarades de telle façon qu'il ne reste plus assez de lait pour les autres. Je partage pour mettre fin à la dispute générale. - Midi : Hélène me dit que c'est sa maîtresse qui veut qu'elle fasse sa communion cette année.

"13 Mars : Hélène écrit une lettre à son père. Elle lui demande de la recevoir à Toulouse pour les vacances de Pâques. Elle dit que son frère Frédéric va à Toulouse. 14. Mars : La maîtresse d'Hélène pense qu'elle peut faire sa communion cette année à condition que sa mère s'en occupe. Je m'engage personnellement à m'en occuper. Je demande à Hélène d'aller à la messe. Elle me dit qu'elle veut se confesser et "manger l'hostie". - 18 Mars : Antoinette a acheté un blue-jean et un tee-shirt à Hélène. - 30 Mars : Visite du père dans la famille d'accueil où elle passe ses vacances de Pâques. - 6 Avril : Visite de la mère. - 8 Avril : Avant de partir en classe, Hélène veut aller à la poste envoyer la lettre qu'elle a écrite la veille en classe à son père.



" 10 Avril : Hélène veut un soutien-gorge. Je lui dis que ça va pousser, qu'elle en aura un. - 12 Avril : En rentrant de la messe Hélène me dit qu'elle a vu une dame très pauvre et qu'elle a prié pour elle. - 22 Avril : Lettre de sa mère qui dit qu'elle prendra Hélène et Pascale en juillet. Ce qui n'est pas possible puisque les vacances commenceront le 15 Août. Hélène est déçue; Pascale lui dit qu'elles iront chez leur père. "

Cette observation peut rendre compte de la lutte permanente, et de la nécessité dans laquelle nous nous trouvons ici de favoriser, dans la mesure des possibilités, toutes les actions cathartiques au sein de structures type "substitut maternel". Nous pouvons le faire grâce à la coopération constante d'une équipe consciente.



Au niveau de notre pratique libérale, nous avons pris les mêmes décisions en ce qui concerne les thérapies des enfants, et l'introduction de la mère a amené une dynamique différente dans l'environnement de l'acte thérapeutique même :

- Dans le lieu d'abord ; avec possibilité d'écoute et de parole à l'adresse d'un thérapeute non médecin
 - avec disparition partielle du salon où l'on attend
 - avec occupation spontanée de l'espace soignant, espace privilégié d'un moment où se refait une communication et où se re-tissent d'autres liens. Espace également où se défont concomitamment les liens anciens, souvent selon un mode expressif où la souffrance est acceptée.
- Dans le temps ensuite : - avec temps fort, comme l'on dit parfois, où la conscience grandit; - avec temps faible, où rien ne semble se passer mais où beaucoup se prépare. On dirait qu'il existe un lieu spécifiquement Audio.-Psycho-Phonologique créateur de moments conscients. C'est du moins ce que nous ressentons.

La dynamique de pensée qui anime le thérapeute lui-même change, cela est sûr. L'objectivation manifeste des distorsions relationnelles de la mère et de l'enfant obligent à prendre en considération des plans conflictuels qui adhèrent étroitement à l'histoire individuelle. Il n'y a plus, ou il y a moins place pour la fantasmagorie propre au thérapeute, qui voit, écoute et apprend chaque instant projeté d'une communication mère-enfant difficile. Le fardeau classique tombe et ce n'est pas sans angoisser...

Posons-nous une autre question : quel retentissement, à moyen ou long terme, une telle démarche Audio-Psycho-Phonologique peut-elle avoir sur l'évolution des concepts thérapeutiques ? S'il est permis d'avancer prudemment quelques hypothèses, nous pourrions dire que le linéaire fuit au profit du plus complexe ou que le nosologique disparaît au profit de la science des relations qui, seule, paraît devoir laisser surgir un acte thérapeutique plus véritable, se définissant alors dans une espèce de maïeutique.

Voilà donc les réponses que nous pouvons apporter à travers notre brève expérience à notre première question. Nous devons dire maintenant si le fait d'inclure la mère dans la thérapie change quelque chose.



Nous avons observé et constaté ce que souligne depuis longtemps le Professeur Tomatis : l'émergence de conduites agressives à l'égard de la mère. L'intérêt d'inclure cette dernière et de l'observer au niveau du lieu thérapeutique réside dans l'objectivation directe de ses comportements gestuels, mimiques et langagiers. Toute la sensorialité intervient et il est habituel maintenant pour nous de constater les comportements d'invertissement de cet espace thérapeutique. Il y aurait certainement beaucoup à analyser sur ce plan préalable, puisqu'il introduit à notre sens le dialogue corps-espace.

Les résistances de la mère s'engouffrent dans tous ces modes expressifs et, plan par plan, elles s'expriment. L'inhabituel du lieu objective l'énorme pression des conditionnements relationnels sociaux, l'angoisse maternelle surgit dès qu'elle n'est plus l'interlocuteur privilégié de son enfant, c'est-à-dire au fond, dès qu'elle est placée face à sa propre dynamique inconsciente. Nous croyons pouvoir dire, à la lumière de ce que nous avons recueilli, que tout est bon pour que l'enfant ne naisse pas à la communication : sont exprimés les sentiments de jalousie, d'envie à l'égard de la thérapeute, tout est parfois dénigrement... ou flatterie exagérée.

Les résistances ne résident pas uniquement à ce niveau. Nous entendons souvent exprimée l'impossibilité pour le père de venir. Il est décidé unilatéralement qu'il ne peut participer à la thérapie et là, souvent, la mère est péremptoire. Nous nous sommes demandés maintes fois comment et quand le père était introduit. Il s'agit plutôt, croyons-nous, de savoir comment il ne l'est pas. S'il vient, nous l'avons observé, c'est, pourrait-on dire, par effraction, sans demander l'aval de qui que ce soit, sans doute parce qu'il a quelque chose à dire de lui (ou de l'autre) à un moment donné, et il importe de savoir ce que signifie ce moment. Il n'est que d'observer alors le comportement mère-enfant, pour voir que les relations changent et que la communication naît. L'enfant gagne en quelque sorte à un moment donné le permis de parole et le plaisir de dire ...

Nous restons persuadés que inclure la mère dans le traitement, c'est lui faire découvrir qu'il existe d'autres relations avec son enfant, actuelles et à venir, et que c'est là l'évolution normale. Mais c'est également, dans la mesure de nos moyens, lui dire combien elle risque de demeurer prisonnière de son inconscient, combien et comment elle barre la route de l'harmonie à son enfant. La prise en charge de l'enfant seul mobilise les fantasmes d'agressivité à son égard et il est bon nombre de cas où le plaisir de vivre et de communiquer emporte l'adhésion de la famille. Encore que la grand-mère soit là, avec sa pesanteur sociologique ... et le risque est grand d'observer des améliorations partielles.

La présence maternelle amène, à notre avis, un dialogue direct où le fantasme agressif est offert et accepté, et où est accepté même le nouveau langage, celui d'une vérité profonde à l'adresse de l'inconscient maternel. Ce fantasme nous paraît très fréquemment emprunter le canal expressif de la mort, ou bien voilé par les courants culturels actuels, ou bien exprimé sans voile dans un langage direct intriqué à la réalité vécue. A ce moment du discours, plusieurs questions se posent à nous :

- De quelle mort s'agit-il ? - S'agit-il là de l'expression des pulsions de mort ? - acceptons-nous de laisser surgir la mort dans le contexte thérapeutique où nous vivons ?

Qui meurt, ou qui doit mourir chaque fois que nous sommes confrontés à ces thèmes de mort ? Il est sûr, et le Professeur Tomatis je crois en a le sentiment, que l'instauration d'un dialogue nouveau mère-enfant implique l'obligation pour cette dernière de mourir à son statut antérieur de mère d'un enfant inamovible, objet permanent de son désir névrotique. Il est sûr également que, si la mère ne réussit pas sa mort dans le sens où nous le disons, l'enfant agressera en lui les structures maternelles aliénantes.

Mais peut-être y a-t-il plus dans les cercueils en pâte à modeler; peut-être y a-t-il la répression définitive de ce que l'on peut appeler aujourd'hui le ressenti. Nous savons en effet que les besoins du tout petit enfant doivent être assouvis et que doit s'installer très précocément ce dialogue d'amour.

La non satisfaction des besoins primordiaux entraînera leur satisfaction névrotique, c'est-à-dire sur un plan symbolique. Autant dire qu'ils sont déguisés, isolés et source de tension. L'enfant survit à ce prix, c'est-à-dire se forge un moi irréel en lequel il finit par croire. Le fantasme de mort serait-il le revêcu de cette lutte, serait-il ce "voilà celui que vous avez empêché de s'exprimer" ou "voilà celui-là que je n'ai pas pu être". D'autres éléments surgissent alors et c'est l'inconscient maternel qu'il faut aborder. L'observation de Jacques nous y convie, et il est certain que bien souvent l'enfant dans son irréalité névrotique cristallise le désir oedipien maternel.

L'émergence de ces thèmes de mort nous amène encore à d'autres constats; au fur et à mesure de l'évolution de la thérapie dans le temps, les comportements compulsions du sujet s'amenuisent puis disparaissent. Alors que tout le monde était d'accord pour reconnaître que le mode de communication de l'enfant était compulsif, répétant inlassablement un même schéma, tout à coup il s'enrichit, devient agressif de façon évidente, se complexifie. La mère parallèlement prend conscience de ses propres compulsions. Et tout cela laisse émerger des fantasmes de mort. Ce sont sans doute les modes anciens de communication qui meurent, et si nous admettons que la thérapie Audio-Psychophonologique complexifie les relations en les dynamisant, nous admettrons que ce que nous recueillons est la vie.

Tout se passe comme s'il fallait que la mort soit dite, exprimée telle que nous l'observons pour que la vie puisse surgir. Sans doute s'agit-il d'un niveau de fusion des deux pulsions ou d'un chemin obligé entre Eros et Thanatos.

Nous croyons, pour notre part, que tout ce que l'enfant exprime dans ce domaine que nous évoquons doit être accepté comme naturel. Nous devons réaliser en nous-même un état de non-angoisse pour accueillir ces modes expressifs. Notre accueil conditionne la collaboration maternelle et nous permet, en définitive, de situer la mort dans un déroulement naturel, au-delà des conditionnements sociaux.

Nous voudrions vous dire, pour conclure notre propos, que, pour nous, le modèle thérapeutique auquel nous convie l'Audio-Psycho-Phonologie peut se concevoir, à partir des éléments observés, de la façon suivante :

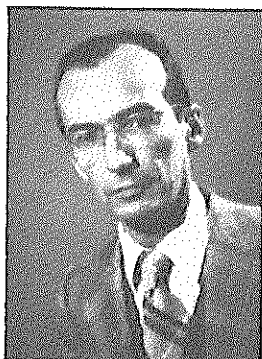
- Il existe, nous le savons tous, un préprogramme de l'évolution psycho-affective de l'enfant pour lequel nous devons avoir le plus grand respect, car il permet de laisser surgir la véritable communication, celle qui se fonde sur l'amour;

- Le processus de guérison est un processus d'abandon des vieilles structures relationnelles compulsives au profit de structures complexes et dynamiques, c'est-à-dire portant le changement en elles-mêmes. Ces dernières sont corrélatives de plus de conscience et plus informées, elles deviennent le support de plus de vie.

- Il nous semble utile de souligner, sur un plan méthodologique, que si le fait de percevoir la qualité de l'identification aux images parentales est important, encore plus importante est la perception de l'identification aux relations entre ces images. La thérapie parallèle de la mère et de l'enfant ouvre à une thérapie des relations et, parce que c'est véritablement aux relations et à la communication que l'on s'adresse, le chemin à parcourir et les écueils qui vont surgir peuvent être prévus.

Voilà notre démarche, celle que nous permet l'Audio-Psycho-Phonologie, et que nous tentons chaque jour, parfois dans le déplaisir dû aux difficultés, mais le plus souvent dans la joie et l'étonnement de voir l'autre renaître à la vie.

P. GARDEY



Docteur en Médecine. — Neuro-Psychiatre. — Ancien Assistant des Hôpitaux des Armées. — Professeur à l'I.E.R. en Psychomotricité du Béarn.

« AVEUGLES ET SOURDS » :
REFLEXIONS SUR LES VOIES SENSORIELLES,
VISUELLES ET AUDITIVES
par le Professeur MESKER (Hollande)

Un de vos proverbes nous dit : "Ce n'est que le provisoire qui dure".

Bien sûr, ce proverbe est un bon mot, une petite plaisanterie, mais il peut, dans certains cas, revêtir un sens beaucoup plus profond. Il peut nous aider à mieux comprendre un aspect assez inattendu de l'évolution des êtres vivants qui ont précédé l'Homo Sapiens, épithète attribué à notre espèce et souvent immérité.

La vision de Teilhard de Chardin, qui a interprété toute l'évolution des espèces comme étant un chemin parcouru destiné à atteindre la conscience humaine a pour conséquence de mener l'évolution vers un but. Donc, ce qui est provisoire sert à atteindre un but.

La cabane, comme la chaumière et la baraque ont pour but lointain la maison achevée et confortable. Souvenez-vous que la plupart des hommes ont vécu pendant des millénaires dans des cabanes, et des chaumières. J'ai dit "souvenez-vous", parce que nous sommes trop disposés à oublier notre histoire ou plutôt nos origines, surtout quand il s'agit d'une origine assez primitive.

Nos origines, ce sont les formes frustrées de la vie comme sont les algues, puis beaucoup plus tard les sauriens et enfin des êtres déjà anthropomorphiques comme les pithécantropes. Tous furent provisoires; et la durée de l'évolution "exemplifiée" dans une seule année ne laisserait, pour la durée de l'humanité, que quelques millièmes d'heure.

Ce n'est que le provisoire qui dure, mais encore plus : le provisoire se répète; le provisoire est imprimé dans son but, comme la chaumière et même la grotte des troglodytes est imprimée est imprimée dans la maison moderne. On peut y reconnaître les traits essentiels de la grotte et de la chaumière.

C'est ainsi que le foetus se développant dans la matrice humaine est la manifestation de tous les traits et de toutes les formations des espèces qui nous ont précédé dans leur succession naturelle. Par exemple, le ver est suivi par le poisson; les arcs branchiaux se forment alors pour être absorbés plus tard en vue de créer l'appareil qui nous donne la voix. Il faut donc s'attendre à trouver dans le corps humain les restes anatomiques et physiologiques de cette empreinte de nos origines - et cela surtout quant au système nerveux central.

Ce qui nous intéresse aujourd'hui, c'est l'écoute. C'est pourquoi je voudrais essayer de vous présenter une esquisse anatomique et physiologique du système acoustique en comparaison avec le système optique. Cette démarche nous fera mieux comprendre la diversité et les conséquences des empreintes de nos origines.

Enfin, j'aimerais vous entretenir quelques instants de la phénoménologie, après les considérations que nous aurons abordées sur l'écoute et la vue. Vous trouverez ci-joints deux dessins schématiques, l'un concernant le système acoustique (Figure 1) et l'autre le système optique (Figure 2). Permettez-moi de vous en faire remarquer les points saillants. (Schémas : pp. 30 et 31)



Première constatation : D'un seul coup d'oeil, on peut observer que les fibres nerveuses conduisant les impulsions acoustiques passent par plusieurs centres nerveux avant d'arriver au cortex cérébral, tandis que les impulsions de la vue, au contraire, ne passent que par un seul centre.

Seconde constatation : Les impulsions acoustiques entrent dans le système nerveux central au niveau Pontin, tandis que les impulsions sortant de la vue entrent dans ce système beaucoup plus haut.

C'est ici qu'il faut nous rappeler que les niveaux du système nerveux central traduisent le cours du développement de l'évolution des espèces aussi bien que le cours du développement du foetus, de sorte que les niveaux, se succédant de bas en haut, réfléchissent l'évolution depuis le stade le plus ancien jusqu'au stade le plus récent. On peut en conclure que l'écoute a commencé son développement beaucoup plus tôt que la vue.

Troisième constatation : Les fibres conduisant les impulsions acoustiques suivent des cours très différents. On peut y discerner les voies suivantes. Notons auparavant que toutes les fibres ont une synapse dans le Nucleus Cochléaire. Remarquons ensuite que l'organisation cyto-architectonique de l'organe de Corti, du ganglion spiral, du Nucleus Cochléaire, du Nucleus Olivaire supérieur partie latérale, et du Collicule inférieur (Tubercules quadrijumeaux postérieur) a un caractère tonotopique. La partie médiale du Nucleus Olivaire supérieur, nous le verrons plus tard, est une exception.

Cortex

Gyrus Temp.
Superior

Corp. Geniculatus
Medialis

Commissura

Colliculi Inferiores

Nuclei
dispers.
in Lemn.
Lat.

PONS
Varoli

II
I_B I_C
III

Lemnisci Laterales

Medulla
Oblongata

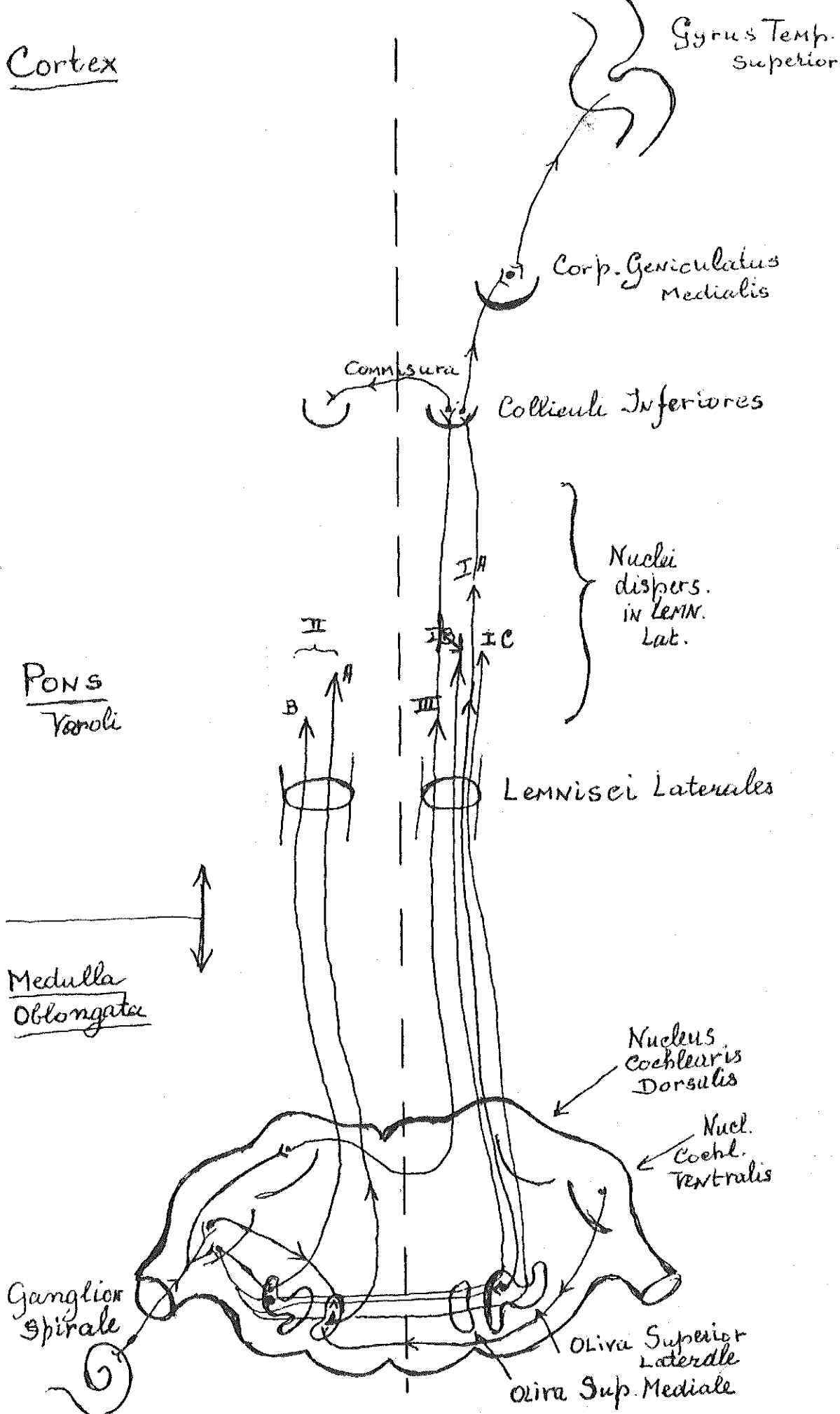
Nucleus
Cochlearis
Dorsalis

Nucl.
Cochl.
Ventralis

Ganglion
Spirale

Oliva Superior
Lateralis
Oliva Sup. Mediale

Figure 1



Quant à la diversité des voies suivies, j'ai cru bon de numéroter celles-ci pour plus de compréhension :

- Tracé n° 1 : Voies traversant la ligne médiane de sorte qu'elles conduisent les impulsions vers l'hémisphère controlatéral.
 - A) après avoir fait synapse dans le Nucleus Olivaire supérieur controlatéral, partie latérale;
 - B) après avoir fait synapse dans le Nucleus Olivaire supérieur ipsolatéral, partie latérale;
 - C) sans faire aucun synapse, directement vers le Collicule inférieur (Tubercule quadrijumeau postérieur).

- Tracé n° II : Voie non traversant la ligne médiane, fait synapse dans le Nucleus Olivaire supérieur ipsolatéral, partie médiane. Nous retrouverons cette voie plus tard.

- Tracé n° III : Voie traversant la ligne médiane après avoir fait synapse dans le Nucleus Cochléaire dorsal (toutes les autres voies font synapse dans le Nucleus Cochléaire ventral) va directement vers le Collicule inférieur controlatéral (Tubercule quadrijumeau postérieur controlatéral).

Toute cette diversité nous pose une énigme qu'on peut résumer dans le mot "pourquoi ?" . L'Anatomiste neurologue est un archéologue qui fait des fouilles; et celles-ci ne manquent pas de faire surgir des énigmes. Que s'est-il donc passé exactement durant les ères archaïques ?

Une seule voie, le tracé n° II, nous permet de deviner quelque peu le pourquoi. Les cellules nerveuses du Nucleus Olivaire supérieur partie médiane ont une forme oblongue, un peu ovale, de telle sorte qu'elles peuvent faire synapse des deux côtés : d'un côté, les fibres sortant du Nucleus Cochléaire ventral ipsolatéral et de l'autre côté les fibres sortant du Nucleus Cochléaire ventral controlatéral.

Les axones sortant de ces cellules montent dans le Lemnisque latéral ipsolatéral, donc sans traverser la ligne médiane. La voie numérotée II A est donc la seule qui conduit les informations acoustiques venant des deux oreilles . La voie numérotée II B sort, comme la voie I B, du Nucleus Cochléaire ventral et monte, après avoir fait synapse dans le Nucleus Olivaire partie latérale, dans le Lemnisque latéral ipsolatéral, donc sans traverser la ligne médiane comme le fait la voie I B .

Cette organisation singulière nous laisse supposer que la voie numérotée II s'est développée sous l'influence des fonctions qui cherchent à localiser les bruits dans l'espace qui nous entoure. Je sais bien que cette explication condensée peut faire figure d'abracadabra, ou bien ressembler à la description d'un mécanisme. Or je ne pense pas que le système nerveux soit un mécanisme. C'est un système élaboré au cours de l'évolution des espèces, un système dont nous sommes doués gratuitement et qui nous permet d'être humains, qui nous permet de savoir, de sentir, d'être émus et qui nous permet de nous promener parmi tout ce qui existe.

Toute notre vie est accompagnée de bruits et de sons, sans aucune interruption : c'est le bruit de notre vie et ce sont les bruits de toute vie dans notre entourage. Tout ce qui bouge fait du bruit, et tout ce qui se meut est quelque chose de vivant. C'est pourquoi on croit que le vent souffle et secoue les arbres, que la mer respire et que l'eau va, bondit et porte les bateaux. La source qui jaillit, le ruisseau qui court, la tempête qui abat les arbres, la mer qui fait rouler les vaisseaux sont tous comme des êtres vivants, animés par émotion et intention.

Pour nous qui entendons tout cela, le monde entier a pris l'aspect d'un environnement humain, vivant et intelligent, qui détermine notre destinée. Tout ce bruit est devenu un accompagnateur, et n'est autre que le vieux dieu Pan; et Pan veut dire "Tout". Pan, épouvantable et terrifiant, mais aussi tranquillisant. Pan, le musicien joyeux, qui aime tout et tous, et qui fait participer chaque être à sa vie turbulente, parce que sa vie est une vie embrasante.

Jadis les Spartiates mettaient leurs nouveau-nés malfaits dans le seau; le monde et la vie leur étaient défendus. L'homme qui ne sait pas entendre, ni écouter le grand accompagnateur, s'est mis lui-même dans le seau et se défend de vivre dans le monde. Qu'est-ce que c'est qu'écouter ? C'est s'incliner vers le bruit, c'est se pencher sur ce qui vit, c'est faire ainsi le premier pas sur la route qui mène à l'amour et à la joie. C'est aussi comprendre l'avertissement du bruit et connaître de la sorte la peur, l'épouvante et la fuite. Et enfin c'est admettre l'existence des forces et des pouvoirs surhumains ce qui nous met en mesure de chercher protection.

Le vieux Pan a été témoin de la naissance des pithécantropes. Des éons, l'Homo Sapiens a engendré plus tard Orphée, le Héros, le demi-dieu surgi de l'humanité. Et... Pan a appris à écouter Orphée. L'homme qui chanta, appela et parla, qui nomma les choses et les animaux, qui fit obéir le bétail et ses animaux domestiques, c'est lui qui, en engendrant Orphée, acquit l'empire sur le monde et plus tard l'empire sur soi-même.

Désormais l'homme sera l'accompagnateur de l'homme. Chacun de nous a dû parcourir cette évolution de Pan vers Orphée. Pan et Orphée se sont unifiés mais Pan doit toujours précéder Orphée pour que la langue humaine puisse se développer. Pan manquant, Orphée ne viendra pas et, dans ce cas, la langue humaine sera gauche, balourde et inintelligible.

□ □
□ □

Une action réflexe qui a répondu à quelque stimulation produira une sensation proprioceptive. Ceci est valable aux niveaux les plus bas, et se retrouve aussi bien au niveau de l'évolution des espèces qu'au niveau du système nerveux central. La stimulation deviendra conditionnée par cette sensation proprioceptive, ce qui signifie que la stimulation seule deviendra chose à éviter ou à chercher. C'est ainsi que les nouveaux réflecteurs deviendront le langage des animaux. L'araignée qui se tient quasi-morte, la guêpe qui fré-

tille dans l'orangeade, le ver blessé qui se tord et le cerf qui fuit, tous ces êtres nous font comprendre ce qui se passe, ce que ces animaux ressentent dans leur corps.

Ces réactions réflexes ne sont pas seulement des mouvements. Elles sont accompagnées de changements physiologiques, comme le battement du cœur, la circulation du sang, la tension artérielle et les fonctions endocrines. L'animal subit un changement total et émotionnel qui, lui aussi, conditionnera la stimulation qui en était la cause.

Le cerf qui a fui le danger est en nage, il tremble et est tout haletant. Dans son corps tout a changé. Le système nerveux sympathique a entièrement dominé le système parasympathique, qui est le grand régulateur des fonctions physiologiques. En courant, sautant et tournant l'animal a fait un appel extrême aux fonctions striées et cérébelleuses. Les fonctions régulatrices situées au niveau diencephalique ont été surchargées.

Quand on s'imagine se trouver dans un tel état, on sait d'avance qu'on sera incapable de réfléchir, tout simplement parce que le cortex cérébral ne peut plus fonctionner normalement. Il est inondé de mille informations chaotiques sortant du corps. Tout se passe comme si l'on était en présence d'une tempête cérébrale; les fonctions corticales sont troublées, et il faut attendre le calme pour pouvoir réfléchir.

Ceci est une belle illustration de la différence qui se manifeste entre les fonctions corticales et les fonctions subcorticales. Notre corps est animal et s'est développé à partir de millions de générations d'animaux. Il agit de la sorte par réflexes. Mais, grâce au nouveau-venu qui est le cortex cérébral, l'homme peut aujourd'hui agir par réflexion.

Dans notre corps persistent tous les stades de l'évolution des espèces; ceux-ci se manifestent également au niveau du système central, surmonté enfin du cortex. Tout ce que j'entends passe par ces niveaux pour atteindre enfin le cortex; ces informations arrivant au cortex ne sont pas son ou bruit mais plutôt des informations concernant les changements corporels causés par ce que j'aurai entendu. La crépitation de l'incendie de forêt n'est pas une crépitation, mais c'est plutôt la peur, la course frénétique et enfin l'exténuation. De même le hurlement des sirènes pendant la guerre était beau coup plus que le hurlement : c'était peur, angoisse et nervosité anxieuse.

J'ai examiné beaucoup d'enfants dans une pièce dont la fenêtre donne sur le jardin; le jardin est plein de moineaux et la fenêtre toujours ouverte. Après avoir parlé des oiseaux et nommé entre autres les moineaux, j'ai demandé : "Écoutez... entendez-vous quelque-chose dans le jardin... entendez-vous les moineaux ?" Maintes fois la réponse était : "Non... je n'entends rien". C'est que le pépiement n'est pas un pépiement, mais c'est le moineau qu'on a eu dans la main, la querelle qu'on a vue, le pain qu'on a jeté aux moineaux qui viennent de partout.

Ces enfants sont sourds; ils manifestent une surdité qui les empêche d'entendre leur corps. Le mot "entendre" a deux sens et le deuxième sens veut dire : comprendre. Ces enfants ne comprennent pas leur corps. Ce mot "comprendre" est lié aux mains qui prennent et au regard qui suit les mains.

On peut constater que cette surdité spéciale se manifeste de plus en plus chez les enfants. C'est une surdité qui isole le cortex cérébral du corps et cette séparation est funeste, parce que le corps est le trait d'union entre le cortex et tout ce qui existe hors de nous. L'Homme-Robot en sera la conséquence; il se développera rapidement et ce sera un danger pour l'Homo-Sapiens et pour la Nature.

On a annoncé que je vous parlerai des sourds et des aveugles et c'est juste. Mais il s'agit de sourds et d'aveugles d'un type moderne, provenant de l'influence néfaste de la société humaine.

Au cours de l'évolution des espèces, la vue a servi, pendant une très longue durée, une fonction primitive. Cette fonction avait pour but d'éviter ou bien de chercher les sensations produites par la lumière. L'oeil était alors une combinaison de cellules sensibles à la lumière, sans aucune ressemblance avec les "yeux photographiques" qui se sont développés beaucoup plus tard. Ceux-ci ont acquis la capacité de prendre part au développement des structures sensori-motrices au moment où elles se sont orientées vers l'avant, de telle sorte que la convergence est devenue nécessaire. Dès ce moment, l'animal a pu suivre du regard les mouvements de ses membres. Et quand, chez l'homme, le regard a suivi les mouvements de la main en touchant et en manipulant les choses, il a permis alors d'un seul coup d'oeil, de faire reconnaître les formes, les qualités du toucher et la plasticité des choses. Quand quelqu'un nous dit : "J'ai vu une étoffe qui ressemblait à du velours", cela laisse supposer que la main de cette personne a une fois touché du velour, et que le regard a ainsi succédé au mouvement de la main.

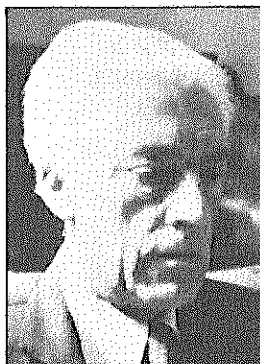


Ceci constitue une organisation très évoluée sur le plan du regard et de la vue. Elle aurait été impossible à réaliser, mis en considération que la convergibilité des yeux est un développement très récent, si les fonctions fondamentales ne s'étaient pas développées et organisées au moment où les yeux et le regard sont entrés dans le jeu. Cette organisation manquant, ni la vue, ni le regard ne pourront faire reconnaître quoi que ce soit. Quant à l'évolution des espèces, c'est bien évident. Quant au développement de l'individu, c'est tout autre chose. L'enfant troglodyte moderne, demeurant au onzième étage, dans une agglomération de buildings, écarté de la nature, sans escalier pour grimper, qui ne se promène pas, mais qu'on promène mécaniquement, cet enfant malheureux ne développera jamais des structures sensori-motrices adéquates. Il restera aveugle aux formes, aux qualités du toucher, aux mesures, aux distances et directions de l'espace.

Aux Pays-Bas, il n'y a que quelques dizaines d'enfants aveugles, mais il existe une multitude toujours croissante d'enfants aveugles dans le sens que je viens de vous exposer.

Je crois avoir posé quelques problèmes : poser et définir les problèmes, c'est aborder leur solution.

P. MESKER



Neuro-psychiatre de l'Université d'Utrecht (Pays-Bas). — Directeur du Centre Ortho-pédagogique de Maastricht.

LA SURDITE PROFESSIONNELLE

par le Docteur MICHIELS (Belgique)

INTRODUCTION

Je travaille, comme médecin du travail, depuis près de dix ans, dans une usine de montage de camions, en Belgique, usine où, fait unique probablement, on a installé une Oreille Electronique.

Les mesures sonométriques dans les ateliers ont donné des niveaux de bruit dont la moyenne se situe entre 85 et 100 décibels. Parce que c'est inhérent au développement de l'industrie, le bruit est un des drames de notre civilisation, au même titre que la pollution de l'air et de l'eau. Il semble toutefois que le problème du bruit soit plus difficile que les autres, parce que la réaction de l'homme devant des bruits intenses est très différente, en comparaison par exemple avec une exposition au plomb qui entraîne automatiquement une intoxication.

SEUILS DE NOCIVITE DU BRUIT

Le critère de risques de dégâts peut être défini comme étant "le niveau de bruit en-dessous duquel ne surviennent pas de dommages pour l'audition après une exposition habituelle au bruit de huit heures par jour pour la majorité des sujets ayant une oreille normale".

Ces dernières années, on s'est mis d'accord sur les critères suivants :

- 90 décibels A pendant 40 heures par semaine;
- 92 décibels A pendant 30 heures par semaine;
- 95 décibels A pendant 20 heures par semaine;
- 100 décibels A pendant 15 heures par semaine;
- 110 décibels A pendant 5 heures par semaine.

LES MESURES CONTRE LE BRUIT

La méthode la plus rationnelle est de réduire le bruit à la machine même. Hélas, c'est parfois une possibilité certaine, mais, pour la plupart des cas, c'est un problème insoluble. Nous avons déjà fait maints efforts dans cette direction avec des solutions très admissibles.

D'autre part, on doit protéger le travailleur lui-même. Il existe aujourd'hui beaucoup de moyens de protection individuelle. Une grande campagne de propagande pour la protection individuelle, il y a quatre ans, nous a donné énormément de satisfaction : environ 45 % de nos ouvriers portent régulièrement leurs protections. 45 % est un chiffre considérable compte tenu de la gêne qu'ils ont en bouchant leurs oreilles.

LA SURDITE PROFESSIONNELLE

La surdité professionnelle est souvent inéluctable. Quelle est son évolution ? La surdité est bilatérale et presque toujours symétrique. Madura a décrit quatre stades dans cette évolution :

- 1er stade : une surdité temporaire à la fin de la journée sur 4000 Hz, et qui se remet le jour suivant après un repos hors du bruit : c'est une sorte de fatigue de l'oreille ;
- 2ème stade : après quelque temps, on trouve sur l'audiogramme une perte définitive sur 4000 Hz avec un élargissement vers 6000 Hz et aussi, mais plus tard, vers 3000 et 2000 Hz. Durant ce stade, on n'a pas encore de troubles de conversation;
- 3ème stade : les fréquences 2000, 1500 jusqu'à 500 Hz commencent à subir des pertes. On a des difficultés à comprendre une conversation normale.
- 4ème stade : des pertes graves sur toutes les fréquences à partir de 500 jusqu'à 8000 Hz.

Quelles sont les perturbations de relation interhumaine ? Durant le 2ème stade, on trouve déjà une dégradation de la possibilité de suivre une conversation surtout quand on a beaucoup de bruits ambiants. Après un certain temps, le colloque individuel devient très laborieux et souvent impossible. Les relations sociales sont en danger. Hammelburg, étant médecin-conseil des compagnies d'assurances, a conçu un tableau pour les invalidités, compte tenu des pertes sur les fréquences de 500, 1000 et 2000 Hz :

- une perte de 25 dB : invalidité 10 %
- une perte de 40 dB : invalidité 30 %
- une perte de 55 dB : invalidité 60 %.

Les taux d'invalidité sont énormes, surtout quand on tient compte des relations sociales. Le contact social va diminuer progressivement, les gens ont l'impression d'être isolés de leur environnement; isolement qui a beaucoup de répercussions psychiques.

La loi sur la Médecine du Travail en Belgique nous impose de prendre chaque année un audiogramme de chaque personne travaillant dans un bruit de plus de 90 dB. Pour des raisons pratiques, nous prenons des audiogrammes de chaque ouvrier chaque année. Cela

nous donne une image assez parfaite de l'évolution dans toute l'usine. Cette évolution nous paraissait assez sombre. Après cinq ans de travail, nous avons la certitude que 90 % des travailleurs ont des pertes considérables dans les fréquences de 2000 à 6000 Hz dans l'ordre de 20 à 30 décibels.

LE TRAITEMENT

L'année passée, mon président-directeur-général a eu l'occasion d'entendre le Docteur Spirig lors d'une causerie à Anvers. Immédiatement, le lendemain, il est venu me voir, pour parler de la méthode audio-psycho-phonologique. C'était mon premier contact. J'ai posé beaucoup de questions; en effet, je devais revoir mes connaissances de l'université sur l'oreille, la phonation de l'oute.

Mes contacts avec le Dr. Spirig m'ont donné la conviction que cette méthode pourra avoir des effets très particuliers sur notre population ouvrière. Mes efforts se sont d'abord concentrés sur la surdité professionnelle, mais d'ores et déjà notre attention va certainement aussi se diriger vers nos cas psychiques.

J'ai d'abord sélectionné seize personnes, ayant des pertes considérables sur l'audiogramme. L'âge des seize personnes était situé entre 20 et 35 ans avec une moyenne de 27 ans : donc un groupe jeune pour ne pas avoir d'interpolation avec la presbycusie. Ils avaient tous une exposition au bruit d'au moins cinq années avec une moyenne de 9 années. La personne ayant le plus de dégâts avait un audiogramme avec des pertes de 12 dB sur 1000 Hz, 32 sur 1500 Hz, 65 sur 2000, 67 sur 3000, 75 sur 4000, 60 sur 6000 et 47 sur 8000hz, donc un cas déjà très grave, compte tenu de l'âge de 35 ans et de l'exposition de 9 années.

En moyenne, les pertes sur les différentes fréquences chez les seize sujets étaient : 20 dB sur 250 Hz, 17 sur 500, 20 sur 750, 17 sur 1000, 27 sur 1500, 28 sur 2000, 50 sur 3000, 62 sur 4000, 60 sur 6000 et 51 sur 8000 hz : donc une image d'audiogramme très conforme avec une exposition au bruit intense. De nos 16 ouvriers, il n'y avait qu'un cas dont la sélectivité était ouverte; les autres étaient fermés à partir de 500 hz.

Le but de notre traitement est d'abord d'éduquer l'oreille contre le bruit et de rééduquer les surdités professionnelles. Chacun des ouvriers traités fait encore le même travail qu'auparavant, donc subit la même exposition au bruit. Nous employons un schéma-type avec d'abord 40 séances de musique filtrée à 8000 Hz, puis une série d'accouchements sonique et pour terminer une série de tronqués à partir de 500 jusqu'à 8000 Hz, avec un contrôle d'audiogramme après dix séances. Nos audiogrammes sont toujours pris à froid, c'est-à-dire après une assez grande période sans bruit, de préférence le lundi matin.

Quelles sont les plaintes principales de personnes atteintes d'une surdité professionnelle ? D'abord la difficulté de la conversation : en premier lieu une audition perturbée avec un bruit ambiant; puis, quand les fréquences à partir de 750 Hz sont atteintes, le colloque singulier commence à être difficile. Un sifflement dans les oreilles est toujours

présent; pour la plupart, c'est un bourdonnement. Les ouvriers le décrivent comme le fait que l'usine les accompagne à la maison dans leurs oreilles. Un manque de sommeil, des maux de tête et de la nervosité ne sont pas des plaintes typiques, mais le bourdonnement dans les oreilles peut être si gênant que ces plaintes sont faciles à comprendre.

LES RESULTATS

Prenons d'abord les résultats objectifs, c'est-à-dire l'audiogramme. Quand nous faisons la moyenne des pertes sur les fréquences de plus de 750 Hz, avant le traitement nous trouvons une perte de 43 dB à l'oreille gauche et de 39 dB à l'oreille droite. Après le traitement on trouve 33 dB à gauche et 31 dB à droite; une diminution respective de 10 dB à gauche et de 8 dB à droite. Les plus grands gains sont trouvés dans les fréquences de 500, 1000 et 2000 Hz : les fréquences propres à notre langue.

Et les impressions des personnes traitées ? Une amélioration sensible de l'audition est rarement mentionnée : une chose attendue, comme ici les pertes de l'audition, est rarement remarquée, à l'exception des cas graves. Mais les audiométries montrent quand même une amélioration sensible.

Un autre fait remarquable est la disparition totale du phénomène de bourdonnement ou de sifflement des oreilles. C'est un fait bien apprécié car ce phénomène donne souvent une charge psychique assez grave. La sélectivité ayant été perturbée chez chacun des sujets est systématiquement améliorée, mais chez plusieurs cas la sélectivité est restée fermée à partir de 4000 Hz et même un traitement beaucoup plus long n'a donné aucun résultat. Cela donne une amélioration nette de l'audition d'une conversation dans des bruits ambiants.

Les personnes étaient enthousiastes de ce traitement, mais, je vais l'indiquer dans mes conclusions, on doit relativiser assez nettement ce jugement.

Je n'ai pas parlé des influences sur le psychisme. Hélas, notre campagne a mal démarré : quand nous avons sélectionné nos sujets, nous avons posé seulement le problème de la surdité. De telle sorte que, même après quelque temps, quand nous faisons un contrôle, il était impossible de porter le sujet de l'anamnèse sur le plan psychique. Pour l'avenir, nous avons pris nos précautions. Nous avons quand même été informés par les contre-maîtres du fait que le tonus et la vitalité de certaines personnes avaient beaucoup changé.

A-t-on une explication de ces résultats ? On constate chez les personnes atteintes de surdité professionnelle une sorte d'auto-défense certaine; étant plus gênés par le bruit, ils vont par conséquent se défendre contre les influences gênantes, s'isoler contre la pollution du bruit intense. C'est en brisant cette défense passive et en donnant, en même temps, une éducation contre le bruit, qu'on peut déjà expliquer une partie de l'amélioration.

On peut encore supposer qu'il y a activation et entraînement des quelques cellules de Corti qui sont encore intactes, en estimant que les lésions traumatiques ne sont pas complètes sur les différentes fréquences .

CONCLUSIONS

1. Pour introduire l'éducation et la rééducation dans une usine, on doit avoir le soutien total de la direction. En effet, le traitement demande beaucoup de temps : temps assez coûteux parce que tout doit se passer pendant les heures normales de travail.

La sélection de personnes à traiter doit se faire assez rigoureusement. Il est très attrayant de suivre un traitement de plusieurs dizaines d'heures pendant les heures normales de travail. La motivation est souvent dictée non pas par les résultats du traitement, mais par les heures libres, exemptes de travail.

3. Nous avons trouvé que la réussite de la rééducation sera meilleure quand l'oreille est moins gravement atteinte; elle est très efficace jusqu'à un déficit de 30 à 40 décibels.

4. Dans notre groupe, nous n'avons pas trouvé de cas vraiment sans espoir. Chacun a fait des progrès.

5. Les résultats de l'éducation de l'oreille contre le bruit vont se manifester pendant quelques années. Les sujets qui sont traités vont-ils subir les mêmes pertes qu'auparavant? La réponse n'est pas possible pour le moment.

En terminant, nous pouvons dire que nos traitements ont donné des résultats, que nous pouvons traiter avec succès des jeunes personnes, victimes de la pollution du bruit et que, compte tenu de l'influence psychique sur l'ouvrier même et sur ses relations inter-humaines, la méthode a une place dans la médecine du travail d'aujourd'hui et de demain.

Mai 1975 .



W. F. MICHIELS

Docteur en Médecine (Louvain), - Médecin-Hygiéniste en Médecine du Travail. - Chef de Service du Service Médical de l'Usine DAF à Oevel (Belgique).

APPROCHES D'UNE PRISE EN CHARGE DES PHENOMENES EPILEPTIQUES PAR L'OREILLE ELECTRONIQUE par le Docteur DERRIEN (Montpellier)

Parler d'épilepsie est bien souvent une gageure. Aussi cet exposé se veut être davantage réflexion que publication partisane ou catalogue de théories diverses. En médecine, l'épilepsie est un bloc clinique qui, encore et toujours, évolue, phagocyte, rejette. Quoi qu'il en soit, ce monument neurologique inébranlable préoccupe constamment. L'épileptique est souvent le "malade sacré", parfois la voix divine, qui gêne et que l'on doit "endormir", ce que nos sociétés ne se privent pas de faire.

Il semble cependant, à travers les nombreuses et récentes publications déclenchées par l'étude de cette maladie, que nous assistions à l'éclairage de faces nouvelles. C'est en particulier la prise de conscience des problèmes psychiâtriques du comitial qui, à l'heure actuelle, provoque le plus de remous.

C'est ainsi que se dessinent deux écoles :

. les neurologues à la recherche, à l'affût d'une organicité; et l'on ne peut nier qu'elle existe dans des cas dont les proportions varient de 5 à 50 % selon les statistiques;

. les psychiatres qui tendent à étudier les relations souvent indissociables entre la personnalité de l'épileptique et sa maladie.

Nous distinguerons, pour la clarté du dire, les épilepsies organiques pour cause tumorale, métabolique, vasculaire, traumatique ou autre, et les épilepsies dites "essentiellles", pour lesquelles un foyer peut être éventuellement trouvé, ce foyer étant alors un groupement de neurones normaux qui, sans épine irritative anatomique, voient leur électrogenèse perturbée. Précisons que le plus souvent ce foyer n'est pas cerné par les examens complémentaires mis à notre disposition.

Mais, quelle que soit l'étiologie ou l'absence d'étiologie retenue, il est peu contesté que l'embrasement de tout ou partie de l'encéphale déclenchant la crise soit influencé par des facteurs exogènes ou endogènes ou les deux. Les décharges émotionnelles, les traumatismes, sont quelquefois les facteurs déterminants d'une comitialité parfaitement organique.

C'est bien entendu l'épilepsie essentielle qui retiendra au premier chef notre attention. Quelques anecdotes me paraissent importantes à rapporter afin de préciser le point que l'on veut tenter de faire actuellement sur cette maladie.

La condamnation à perpétuité du comitial, pour être vieille comme l'homme, trouve des échos jusque dans une chanson de salle de garde : "Le refrain de Bicêtre" que ceux de mes confrères qui ont vécu les tonus des internats des hôpitaux connaissent sans aucun doute : "Idiots, fous, épileptiques sont des arguments sans réplique. Tout dépérit ...".

Mais laissons les "carabins" à leur fantaisie et signalons que les esclaves de l'Egypte ancienne étaient soumis à une stimulation lumineuse intermittente, à l'aide d'un stroboscope artisanal. Ceux chez qui l'épreuve déclenchait une crise étaient impitoyablement éliminés, sacrifiés aux dieux. Plus près de nous, la Rome républicaine et impériale arrêtait d'agir si une personne faisait une crise en public. Cette marque de défaveur des dieux provoquait la levée de séance de toute assemblée, en particulier celle des comices. D'où le terme de "comitialité" souvent employé par euphémisme.

Ces exemples sont là pour nous dire quelle charge asociale et magique transportaient jusqu'au siècle dernier les "insensés épileptiques", pour employer un terme de l'époque. Les psychiatres français qui, au dix-neuvième siècle, ont enfanté de la clinique - comme dirait Foucault - sont les premiers à avoir donné à l'épilepsie une dimension plus psychologique que neurologique. Ils ont nom, mais je ne peux vous parler de leurs travaux dans cet exposé : Esquirol, Moreau de Tours, Delasiauve, Morel, Christian, d'autres encore. Que leurs mémoires me pardonnent de ne pas les citer ...

Depuis le début du siècle, et surtout au cours des trente dernières années, les progrès des examens complémentaires ont donné aux purs neurologues un regain de vitalité. Mais d'ores et déjà, dans leurs rangs, les défections ne sont pas rares de médecins insatisfaits d'un organicisme souvent forcené.

On m'en voudrait sans doute de ne pas évoquer les troubles de la personnalité de l'épileptique. Ils sont classiques, ils sont le plus souvent contestés. Certains de mes confrères vont jusqu'à penser que ces troubles dépendent directement de la lésion épileptogène. Permettez-moi de passer rapidement sur cette question.



C'est à la publication de Gastaut faite à Marseille en 1956 que j'emprunte un schéma qui, je le souligne, analyse une notion par trop traditionnelle et devenue maintenant bien discutée :

- les anomalies intellectuelles quantitatives :
 - . Arriération
 - . Régression
- les anomalies intellectuelles qualitatives :
 - . Bradypsychie
 - . Viscosité mentale
- Adhésivité
- Lenteur de l'affectivité
- Troubles du comportement :
 - . Colères, irritabilité
 - . Actes médico-légaux

Assez récemment, certains auteurs ont sévèrement combattu ce carcan qui ne laisse guère place au milieu environnant dont le rôle est pourtant capital. En effet, qui est l'épileptique devant l'autre ? Peut-on dire qu'il est déterminé ? Que penser des attitudes compensatoires qui surgissent et que l'on retrouve tout au long des anamnèses ? Le comportement de l'épileptique est en effet directement lié à son vécu affectif et à une socialisation ségrégative. Nous reviendrons sur ce point.

Une place à part dans ce chapitre doit être faite au travail de Madame Minkowska. Sa remarquable analyse du Rorschach de l'épileptique a conduit les recherches de certains cliniciens dans une direction nouvelle. Pour elle, tout est conditionné par la viscosité appelée Glyschroïdie.



Il serait temps sans doute que je vous parle des épilepsies dans leurs diverses formes. Pour ne pas être forcément incomplet (un tel travail occuperait un livre de trois cents pages) j'ai cru bon d'être bref.

Je vous dirai donc que l'on distingue :

- les crises avec perte de conscience complète. C'est le grand mal et le petit mal.
- les épilepsies sans perte de conscience, les épilepsies focalisées souvent symptomatiques de lésions organiques.
- une place à part doit être faite à une symptomatologie rhinencéphalique. Il s'agit d'automatismes adaptés avec amnésie post-critique.

Rappelons ici qu'une étude de l'épilepsie nocturne et de ses tracés encéphalographiques est prévue dans notre programme de travail.

Venons-en maintenant aux relations existant entre les épilepsies et les entités nosologiques psychiatriques. Les épilepsies ont été considérées pendant longtemps comme des psychoses, et rude fut au siècle dernier la querelle d'écoles tendant à les distinguer des psychoses maniaco-dépressives. Aujourd'hui, le grand problème est de définir leurs rapports avec la schizophrénie.

Alors qu'il était classique, il y a peu de temps, d'opposer épilepsie et état dissociatif, il est maintenant habituel de penser que les termes de passage de l'un à l'autre sont fréquents. Je préciserai simplement que l'on peut distinguer la psychose épileptique, caractérisée par un épisode délirant post-critique et la psychose survenant chez un épileptique et évoluant pour son propre compte, sans relation directe avec la comitialité.

Plus riche nous paraît l'étude des névroses. Symptômes névropathiques et épisodes critiques vont le plus souvent de pair, et bien fin est le clinicien qui pourrait faire la différence entre une crise de Charcot et une crise grand mal. Binswanger admet même que, dans les formes dites mixtes, en dehors de l'hystéro-épilepsie classique à symptomatologie intriquée, le malade passe de la névrose à la comitialité et vice versa.

Mais il est bon de souligner que la personnalité épileptique n'est pas antinomique, au contraire, de la personnalité névrotique. L'importance des facteurs exogènes émotionnels dans les deux cas ne nous permet pas de trancher davantage.

Pour les analystes, en dehors de Freud, la crise est une décharge agressive culpabilisée, ou encore un accomplissement hallucinatoire des pulsions.

Freud a écrit un très beau texte sur l'épilepsie : "Dostoïevsky et le parricide". Pour lui, l'épileptique est dans la conjonction d'un moi masochique et d'un surmoi sadique. La crise est un suicide, un crime introjecté. Mais permettez-moi de céder à mon désir de le citer en entier.

" Dans l'épilepsie, comme dans le suicide, nous retrouvons à la fois le crime et le châtement; mort par l'identification au père tué, c'est-à-dire l'accomplissement de son désir : assassinat et suicide. Ces crises de mort satisfont les tendances masochiques du moi et les tendances sadiques du surmoi, avec la signification du suicide comme auto-punition.

"Il n'est donc pas étonnant qu'il soit difficile d'établir l'unité de la maladie clinique dénommée épilepsie. Ce qu'il y a de commun dans tous ces symptômes nous porte à croire qu'il s'agit de troubles essentiellement fonctionnels; un mécanisme de désinhibition des pulsions semble entrer en action selon les diverses circonstances et cela aussi bien dans les troubles cérébraux provenant de très graves maladies que dans les cas où le malade ne parvient à dominer qu'incomplètement son économie psychique, c'est-à-dire quand l'économie psy-

chique agit par crise. On devine derrière ce double aspect l'identité du mécanisme de désintrication des pulsions.

"Il est certain que la réaction épileptique est au service de la névrose dont le propre est de se débarrasser de façon somatique des complexes d'excitation dont elle ne parvient pas à se libérer autrement. La crise épileptique devient alors un symptôme d'hystérie qui l'adapte et le transforme à peu près comme elle le fait d'un acte sexuel normal.

Le temps manque pour parler des travaux de Clark et de Kardiner. Ils sont d'accord avec les autres auteurs pour donner à l'épilepsie essentielle une origine psychogène. Il reste à vous dire que des travaux en cours tentent, une fois de plus, de faire de l'épilepsie une entité psychosomatique. Nous aborderons ainsi la thérapeutique par l'Oreille Electronique.



Que penser de l'épilepsie ?

Est-ce une maladie ? Non. Les neuro-psychiatres actuels ont une nette tendance à rejeter ce terme qui, condamnant sans aider, s'est réellement vidé de sens.

Est-ce le symptôme d'une névrose ? Oui, souvent sans doute, et ce symptôme, nous l'avons vu, demandera de notre part une écoute toute particulière.

Est-ce un comportement ? Oui, certainement; c'est alors que nous pourrions considérer l'épilepsie comme une perturbation angoissée de la relation, entraînant un désordre comportemental.

Tout ceci, vous le savez, est facilement abordable par Oreille Electronique.

D'autre part, nous devons considérer comme capital dans l'évolution de la maladie, le rôle de l'atmosphère familiale puisque celle-ci a conditionné le vécu affectif du malade. Il n'y a pas d'épileptique bien accepté par la famille. Mais il est encore trop tôt, au sein de notre étude, pour affirmer que l'étiologie même de la maladie se trouve dans le désir de mort qu'ont les parents. En l'état actuel des choses, ce que nous pouvons dire, c'est que l'on retrouve le plus souvent une mère surprotectrice ou rejetante, abandonnique, et un père autoritaire ou falot (ce qui revient au même).

La blessure narcissique est insupportable aux parents qui, le plus souvent, ne cachent pas leur hostilité, leur désir de placement lointain "pour ne plus le voir". Culpabilité et rationalisation en découlent. Le désir de mort à l'égard de leur enfant entraîne une ambivalence peur-désir qui conduit sans délai l'enfant à un couple pathologique avec sa mère.

Une autre de nos voies de recherche part d'une hypothèse du Professeur Tomatis qui pense que l'embrassement comitial est lié à une mésentente entre les deux hémisphères cérébraux. J'espère pouvoir l'an prochain vous communiquer des résultats expérimentaux concernant cette étude qui débute.

Enfin, pour reprendre les justes mots de Covello, disons avec lui que : " Il faut souligner les liens très étroits entre la structure du malade et les crises isolées . "

Il est bien évident qu'à partir de la première manifestation critique considérée comme symptôme, la structure psychique du patient, son vécu inter-critique, les réactions de l'entourage, les modifications affectives et les possibilités d'investissements réels et fantasmatiques déterminent une coupure, une blessure. Même en cas de réparation thérapeutique lors de la suppression du symptôme, la cicatrice peut garder toute son importance, et son colmatage ne pourra se faire qu'au prix d'un remaniement de la structure psychique.

Celle-ci, tout au long du cursus de la maladie, s'adapte dans une tentative de défense réactionnelle pouvant aller parfois jusqu'à la scotomisation du symptôme et la fuite vers un monde psychotique.

Un autre point de vue permet de penser que la dimension psycho-somatique n'est pas une résultante mais une manière d'appréhender le fait clinique. En l'état actuel de nos propres recherches, cette dimension nous semble un peu courte en idée, mais au demeurant intéressante. En effet, celui qui reçoit l'étiquette d'épileptique la porte non seulement dans son corps, mais aussi dans sa dynamique psychique.

Le véritable drame est que, dans nos thérapeutiques classiques, la suppression de la crise-symptôme peut réactiver l'angoisse et, de ce fait, amener le malade à la psychose, au refus du réel.



Une fois définies les bases qui nous ont amené à entamer cette recherche, venons-en à des données plus pratiques. Certes, nous manquons encore de recul, et les observations sont trop peu nombreuses pour être traitées en statistiques.

C'est fortuitement que l'on a constaté la disparition des crises chez les sujets en ré-éducation sous Oreille Electronique. Mais j'espère que ce que je viens de vous dire vous a convaincus qu'il ne pouvait s'agir de circonstances fortuites et que le vrai visage de l'épilepsie porte à nous faire penser qu'elle entre de plein droit dans le champ d'action de l'Oreille Electronique et par là de l'Audio-Psycho-Phonologie.

Permettez-moi de vous donner quelques précisions sur mon expérience actuelle :

- Nombre de cas suivis régulièrement : 10;
- Aucune exclusive pour une forme clinique quelconque;
- Les enfants sont vus (avec leurs parents si possible) à mon Cabinet ou à l'Institut Médico-Pédagogique dont je suis responsable médicalement.

Nous procédons ainsi :

- Bilan classique avec électro-encéphalogramme;
- Mise sous Oreille Electronique avec traitement allopathique équilibrant les crises.
- Contrôle régulier clinique et électro-encéphalographique;
- Après trois mois environ, et si l'état le permet - il l'a toujours permis jusqu'à présent - diminution des doses jusqu'à suppression totale de toute médication dans des délais de 9 mois et plus, suivant les cas.
- Les mères sont, dans la mesure du possible, mises en séances de Musique Filtrée sous Oreille Electronique en position de relaxation.
- La programmation de l'enfant épileptique ne diffère guère des autres dans ses grandes lignes. Elle a cependant demandé parfois plus de souplesse avec modulation au niveau de l'écoute à 8000 hertz (période des sons filtrés en audition intra-utérine) avec par exemple écoute d'un grégorien non filtré en fin de séances afin de ne pas laisser partir un enfant parfois irritable.
- La fréquence habituelle a été de deux heures par semaine d'Oreille Electronique (soit 2 fois 2 séances d'une demi-heure).

Les résultats obtenus permettent d'affirmer qu'il n'y a pas eu d'échecs en ce sens que toutes les cures entreprises et suivies régulièrement ont amené une disparition ou une diminution très sensible des crises, ceci malgré la diminution plus ou moins importante ou la disparition de la thérapeutique médicamenteuse. Pour trois malades ne présentant plus de crise, il n'y a pas eu de termes de passage par une autre forme clinique d'épisode critique. La possible réactivation dans les premiers temps du training audio-psycho-phonologique n'a pas été relevée.

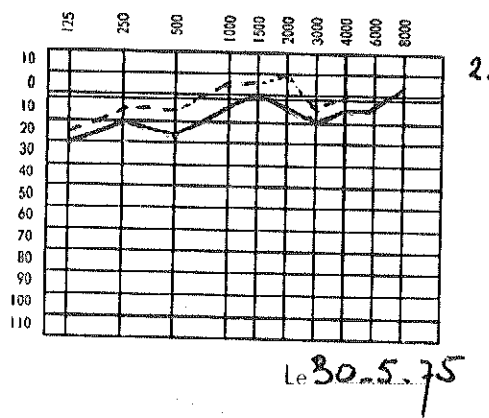
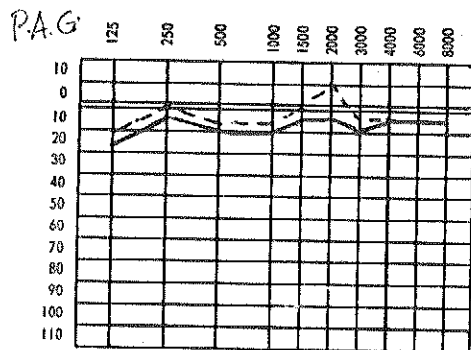
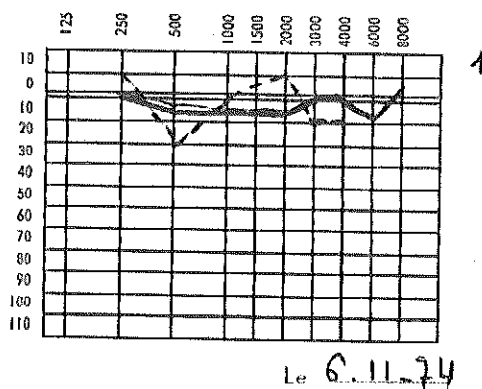
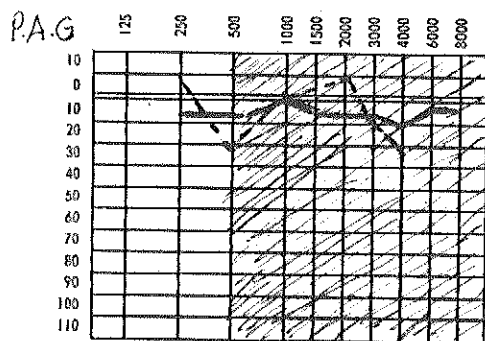
Je propose de présenter quatre observations.

1° : PA. G.

- Epilepsie temporale typique chez un garçon né le 4 juillet 1959. Mauvais résultats scolaires, adhésivité, pensées floues. L'abondance des épisodes critiques (jusqu'à 8 ou 10 par jour) fait que PA. G. est à la limite du renvoi de l'établissement scolaire où il se trouve.

- Mise sous Oreille Electronique le 9.11.1974 avec traitement par Alepsal et Orténaï (supprimant les crises). Jusqu'au 19 juin 1975 PA. G. a reçu 33 séances de voix maternelle en audition intra-utérine (33 VM) et 4 séances d'accouchements soniques (4 AS).

- Il n'existe plus de crises temporales. Les résultats scolaires marquent un progrès très net; le comportement général tant en société qu'en famille est en amélioration constante. Il n'y a plus aucun traitement médicamenteux.



2° : G.R.

- Né le 6.8.1968; présente un syndrome de Lennox ayant débuté à l'âge de deux ans (diagnostic du service hospitalier qui suit habituellement l'enfant). Celui-ci a reçu de très nombreux traitements y compris du Synacthène. Au mois de juin 1974, quand nous le voyons, il reçoit une gélule de Dopa Inhibiteur à 100 mg de Dopa pour 25 mg d'Inhibiteur de la Décarboxylase, trois demi-comprimés de Rivotril, 2 comprimés de Gardéнал 5 et 1 comprimé de Valium 5.

- A l'examen, et en dehors de la symptomatologie épileptique, les désordres psycho-affectifs sont très importants et font évoquer une psychosé infantile évolutive.

- Dès la mise en voix maternelle sous Oreille Electronique, G.R. débute un état de mal épileptique. La mère, pour la première fois, ne le fait pas entrer à l'hôpital, et après quelques crises, l'enfant arrête lui-même ses convulsions.

- Le traitement antérieur est supprimé par les parents, de façon intempestive d'ailleurs; depuis cette époque (juillet 74) G.R. voit s'espacer ses crises; la motricité s'améliore très sensiblement puisque l'enfant peut monter et descendre seul les escaliers. Il commence à moduler les sons. Son état psychotique ne permet malheureusement pas d'effectuer de test d'écoute.

- Notons que la rééducation est en cours, que l'enfant n'a plus que des crises très sporadiques, que les lignes psychotiques régressent. Il n'y a plus aucun traitement médicamenteux. G.R. a reçu en tout jusqu'à présent 86 VM et 37 AS.

3° : F.M.

- Né le 23.10.1969. Enfant suivi, depuis le mois d'août 1974, sur un double plan :
- tout d'abord, pour ces crises espacées du type comitial;
- également pour des troubles psycho-affectifs entraînant un syndrome de carence avec pseudo-débilité. Comportement très instable; troubles caractériels.

- La marche est obtenue vers l'âge de 30 mois. Le début du langage se situe exactement au moment où sa jeune soeur se met à gazouiller, c'est-à-dire lorsque F.M. a atteint l'âge de 3 ans. F.M. réagit beaucoup à la présence de sa soeur. Le milieu familial est perturbant. F.M. n'est pas encore propre. On trouve lors de l'évolution de l'enfant des épisodes de régression souhaités où, par exemple, il demande le biberon.

- Depuis le début de la rééducation sous Oreille Electronique, cet enfant au passé pathologique chargé (prématuré, convulsions néo-natales, otites) fait des progrès évidents et rapides. Sur le plan électro-encéphalographique et comitial, on note une amélioration de l'électrogénèse avec, de façon concomitante, espacement considérable des crises. F.M. n'a pas de traitement médicamenteux continuels, étant donné le très large espacement de ses épisodes critiques.

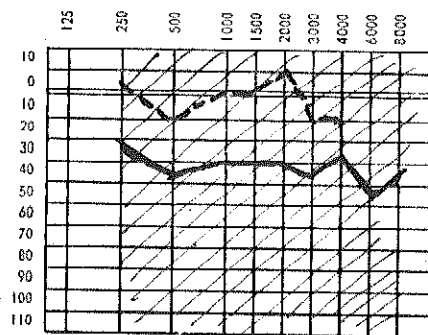
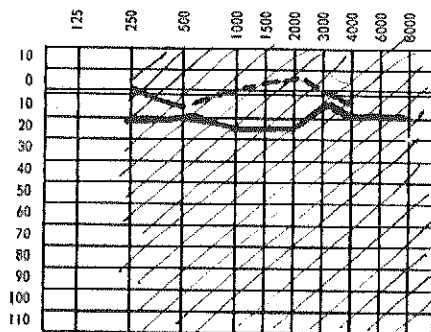
- Il a reçu 106 séances de VM, 41 AS et 29 séances de comptines. L'évolution rapide et favorable permet d'envisager une normalisation dans les mois qui viennent.

4° : J.H.

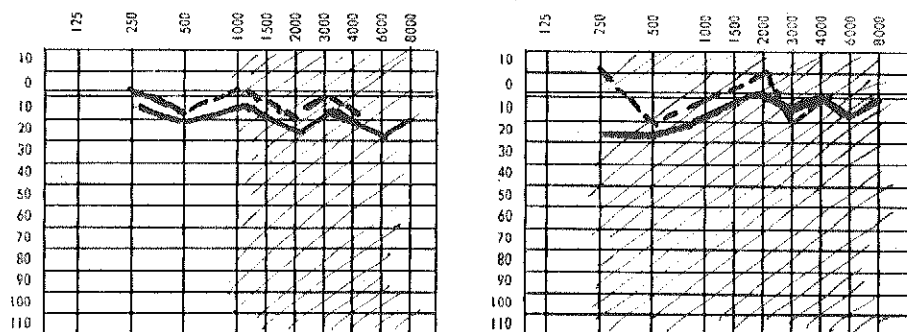
- C'est un garçon né le 21.8.1963. Il présente des difficultés scolaires associées à de graves perturbations psycho-affectives. Il est actuellement placé en aérium depuis 1969.

- Constatations, au mois de mars 1973, d'absences de type petit mal (plafonnement oculaire); il est signalé jusqu'à 30 absences par jour environ. Un traitement est instauré immédiatement par 100 gouttes de Dépakine et deux comprimés d'Edipione.

- La mise sous Oreille Electronique s'effectue le 7 février 1975 avec voix maternelle. Le 19 avril, le tracé de l'électro-encéphalogramme montre une nette tendance à la normalisation. Au 13 juin, il a écouté 47 VM et 8 AS. Il n'y a plus d'absence à l'hyperpnée, les progrès scolaires sont exceptionnels, l'enfant est stable. Le traitement reste encore à Dépakine 80 gouttes, Epidione 1/2 comprimé.



30.11.74



27.6.75

Je vous ai donc présenté quatre cas parmi ceux que j'ai actuellement en charge. Il est évident que les avantages que présente un traitement audio-psycho-phonologique à l'aide de l'Oreille Electronique sont sans aucune mesure avec les autres thérapeutiques. Signalons entre autres les points suivants :

- Diminution ou suppression des médicaments. Le malade n'est plus endormi : il n'est plus astreint aux prises régulières qui le remettent en situation de maladie même si les conditions psycho-affectives sont satisfaisantes, comme c'est le cas au cours de certaines psychothérapies d'épileptiques.

- Suppression dans certains cas d'une intervention parfois délabrante, dans le domaine de la neurochirurgie.

- Action, grâce à l'Oreille Electronique, sur la cause même de la "maladie" et non pas seulement sur le symptôme clinique.

Je me permettrai de noter encore que, dans l'exemple de la neurochirurgie ou la chimiothérapie, on se contente de supprimer les crises en enlevant ainsi la possibilité d'une expression somatique des affects renvoyant le malade à son angoisse. Les observations de régression dissociative très profonde sont fréquemment rencontrées après suppression des crises par un geste neuro-chirurgical ou même par une simple prise de médicaments.

Toutefois, ne l'oublions pas, l'épilepsie connaît aussi des causes organiques curables. Il est bon dès lors de savoir éliminer sans risque aucun d'erreur une organogénèse de la maladie. Il faut être avant tout clinicien tatillon et précis avant de donner à la maladie une origine "essentielle" .

Dans les épilepsies organiques pures, par tumeur par exemple, l'Oreille Electronique peut intervenir après suppression ou traitement de la cause. Là, nous lui demandons une facilitation éventuelle au niveau caractériel par résolution du syndrome anxieux

souvent constaté, en rapport certain avec la personnalité mais aussi avec la diminution des capacités et parfois avec le non-pouvoir toujours douloureusement vécu par le patient.



Il me reste à vous donner communication de la fiche de travail et de contrôle que j'ai élaborée en vue d'une étude plus large sur le plan statistique. J'accueillerai avec plaisir toute critique ou suggestion à son sujet.

Cette fiche d'observation comporte plusieurs chapitres.

- I. Dans le chapitre de la biographie : nom, sexe, date de naissance, milieu familial (parents, grand-parents, fratrie), histoire scolaire, placements, habitudes de vie, métier éventuel.
- II. Les antécédents médico-psychologiques sont divisés en deux groupes : familiaux et personnels (convulsions, maladies, signes carenciels, psycho-affectifs, vie sexuelle).
- III. En ce qui concerne l'histoire clinique et les traitements suivis, il est important de noter : la date et les circonstances de la première crise, et ce de la façon la plus précise possible. Le type d'épilepsie fera également l'objet d'une étude très poussée ainsi que la fréquence actuelle et l'évolution des crises. De même, il sera bon de noter leur corrélation avec des circonstances psychiques particulières. Les états de mal éventuels et les hospitalisations pour explorations ou traitements seront également signalés.
- IV. Les examens complémentaires feront appel à l'électro-encéphalographie pratiquée si possible très régulièrement. On aura également recours à la psychométrie projective et d'efficiencé. Les examens divers seront soigneusement relevés : encéphalographie, échographie, gamma-encéphalographie, artériographie, pneumo-encéphalographie, examens des divers appareils sensoriels. Enfin, on notera l'évolution des constantes biologiques classiques, en particulier : glycémie, calcémie, magnésium, fer, numération et formules sanguines.
- V. Un examen clinique complet intéressant tous les appareils de l'individu sera effectué.
- VI. Enfin, le chapitre suivant traitera d'une analyse et d'une synthèse de l'évolution de la maladie jusqu'à la mise sous training par Oreille Electronique.
- VII. L'évolution sous Oreille Electronique se divise en plusieurs grands chapitres.
 - a) la clinique, tout d'abord, notera les modifications (ou l'absence de modifications) dans le type des crises, leur expression clinique, leur fréquence, les éventuelles circonstances de déclenchement.
 - b) la conduite de la cure sous Oreille Electronique, ses différentes anecdotes et ses incidents seront suivis en détail.
 - c) l'électro-encéphalogramme sera contrôlé avec une fréquence déterminée par la symptomatologie clinique; il sera au moins effectué tous les trois mois.
 - d) il y aura lieu de relever tous incidents pouvant présenter un intérêt quelconque et d'observer l'évolution scolaire du patient.
 - e) les tests psychologiques d'efficiencé et projectifs seront suivis par un bilan annuel.

Cette fiche médicale sera complétée par un questionnaire remis aux parents et relevé chaque trimestre par le médecin. Ce questionnaire tendra à faire connaître les réactions et l'évolution constatées par la famille.



Ainsi donc, après ces quelques observations, nous pouvons dire que l'Oreille Electronique semble pouvoir améliorer sensiblement la condition clinique en même temps que le statut social de l'épileptique essentiel. Il est évident que cette étude manque de recul et que les cas observés sont trop peu nombreux pour que nous puissions en tirer des conclusions définitives. Toutefois, nous avons pu voir l'importance du fond mental et affectif de l'épileptique. En modifiant ces données par le traitement sous Oreille Electronique, nous avons sans doute la possibilité, l'occasion d'ouvrir quelques brèches dans ce groupement clinique qui, depuis les temps reculés de l'histoire, porte en lui toutes les malédictions de l'humanité, tant et si bien que le malade épileptique se bâtit pour lui un système de défense. Et encore se peut-il que cette maladie soit elle-même un système défensif contre les agressions endogènes et exogènes.

Pour terminer, j'ajouterai que, parce que cette étude, certes prometteuse, est débutante, parce que ces quelques idées ont été exposées trop succinctement et parce qu'il nous faut encore peaufiner nos hypothèses de travail, je souhaite un très large débat.

E.DERRIEN .



Psychiatre (Montpellier). — Médecin-Directeur de l'I.M.P. de Campestre. — Ancien Interne des Hôpitaux psychiatriques de Montpellier. — Chef de Service en Clinique privée.

NOUVELLES INTERNATIONALES

Les activités les plus saillantes de l'audio-psycho-phonologie sont à inscrire dans ce numéro à titre d'information. Toutes révèlent une augmentation soutenue de l'ensemble des travaux effectués dans maints domaines.

Après le succès remporté par les Journées Nationales d'Amiens dont le contenu fut on s'en souvient, dense en expériences humaines, fertile en propositions de recherches, riche en perspectives thérapeutiques et éducatives, l'élan donné devait se répercuter à tous les niveaux, tant en France qu'à l'étranger. De nouvelles rencontres entre audio-psycho-phonologues trouvaient ainsi leur raison d'être, au sein d'une collaboration fructueuse élaborée autour de certains thèmes chers à notre spécialité : dyslexie, épilepsie, infirmité cérébro-motrice, débilité mentale, troubles comportementaux.



AFRIQUE DU SUD

Une fois de plus, le Docteur et Madame A.A. Tomatis ont été invités par l'Université de Potchefstroom dont le département de Psychologie possède un important service Audio-Psycho-Phonologique. Le Docteur Tomatis a pu ainsi donner une série intensive de conférences, diriger plusieurs tables rondes dans diverses autres universités et assurer de nombreuses consultations. Un programme de recherches concernant l'intégration des langues a pu être mis au point en collaboration avec le département d'électronique. De plus, des contacts avec certains psychiatres ont abouti à l'établissement d'une série d'investigations devant offrir une large ouverture thérapeutique sur le plan du traitement de certaines névroses et psychoses. L'intervention des sons filtrés tendant à reproduire la perception intra-utérine constitue l'un des grands moyens de recherche de l'équipe sud-africaine.



BELGIQUE

De nombreuses activités sont à relever, notamment au niveau des réalisations faites par le Docteur Spirig. Plusieurs Centres ont été créés sous son instigation, en particulier le CEMA (Centre pour "Efficiency and Management") dont l'inauguration officielle a eu lieu le 12 septembre 1975 à Brasschaat (Anvers) en présence du Doc-

teur Tomatis. Le Docteur Spirig a exposé longuement les moyens qu'il désirait mettre en oeuvre pour augmenter les capacités d'intégration, de concentration, de mémorisation des Cadres Supérieurs appelés à diriger de nouvelles structures technico-commerciales. L'Oreille Electronique avec son pouvoir dynamisant et ses effets de mise en place du "self-contrôle", trouvera sa place dans cette réalisation audacieuse.

En plus des nombreuses conférences qu'il a faites à l'Ecole Normale d'Anvers, au Collège de Gemmenich, au Centre Culturel et Sportif de Pécidsbos, au Study-Club des Dentistes de Gand, à l'Athénée de Comines . . . , le Docteur Spirig a dirigé, au cours de ces derniers mois, plusieurs publications et plusieurs thèses concernant l'audio-psycho-phonologie. On peut noter, entre autre, la parution d'une brochure réalisée par les laboratoires Roche de Belgique sous le titre "In bet begin was die klank" avec traduction française : "Au commencement était le son", dans laquelle est évoqué l'ensemble des travaux du Docteur Tomatis. Signalons également la thèse d'une orthophoniste belge, faite sous la direction du Docteur Spirig : "Réaction du foetus aux stimuli acoustiques" et le rapport d'une expérience en cours à l'Ecole Belge d'Euskirchen (Allemagne) effectuée par le directeur de cette école, Mr. Vervoort, et adressé au Ministère de l'Education Nationale Belge.

Par ailleurs, une animation non moins soutenue est à relever chez certains autres audio-psycho-phonologues belges, en particulier dans le domaine de la psycho-motricité. L'équipe de Cothan (Gosselies), notamment, travaille d'une façon intensive autour de M. Sottiaux, aide de Mlle Bauduin, sur les enfants IMC qui leur sont confiés. La conjonction des effets thérapeutiques de la méthode Dolman-Delacato et des techniques Tomatis a permis d'obtenir des résultats très encourageants sur le plan de la sensorialité.

CANADA

A Ottawa, dans les services du Docteur Sidlauskas, se poursuit l'étude entreprise depuis plusieurs années dans le domaine du bilinguisme (anglais-français) traité sous l'angle audio-psycho-phonologique. De plus, une recherche sur l'intégration du français chez les anglophones est en cours au Carltown Board of Education, sous l'investigation de Mr. Obadia. A Toronto, Mrs Trass, directrice de l'Ecole Montessori a entrepris une étude sur la psycho-sensorialité de l'enfant au travers des techniques conjuguées Montessori-Tomatis. Ces investigations sont effectuées sous la direction du Docteur Sidlauskas.

En outre, et dans une autre perspective, l'équipe de la Télévision éducative de Toronto a exposé en un film très documenté les possibilités pédagogiques de l'Oreille Electronique, sous la direction de Mr. Roboly. Des séquences ont été filmées dans les services audio-psycho-phonologiques de l'Institut du Dr. Sidlauskas à Ottawa et dans ceux du Dr. Tomatis au Centre du Langage de Paris.

A Montréal, un travail de dépistage de la dyslexie est effectué par M. Andréani, professeur de pédagogie à l'Université du Québec, sur une large population d'enfants d'école maternelle.

ESPAGNE

Un nouveau Centre du Langage vient de s'ouvrir en Espagne. Situé dans le sud de la péninsule ibérique, près d'Almeria, le C.I.L. (Centro de Investigacion del Lenguaje) présente des caractéristiques bien particulières. Il s'agit en effet d'un centre de recherche de type international destiné à recevoir les personnes intéressées par les techniques audio-psycho-phonologiques et désireuses de s'initier à ces techniques. Des stages de formation et de recyclage y seront donnés en trois langues : espagnol, français et anglais. De plus, des séminaires y seront organisés afin de réunir, en des rencontres inter-disciplinaires, les spécialistes travaillant de près ou de loin dans le domaine de l'audio-psycho-phonologie.

Un premier séminaire a eu lieu au mois d'août et a permis de regrouper une quarantaine de praticiens autour d'un thème développé par le Docteur J. Mellado, Directeur médical du Centre de Madrid. Il s'agissait pour lui d'exposer les résultats obtenus en Espagne sur les enfants IMC, par la conjugaison de la méthode Dolman-Delacato (appliquée à Barcelone) et de la méthode Tomatis. Cette recherche en psycho-motricité, appuyée par les travaux personnels de Mademoiselle Bauduin, du Centre de Cothan à Gosselies (Belgique), a permis de préciser les rapports qui peuvent exister entre le nerf auditif et l'ensemble du système neuro-musculaire de l'enfant. Une démonstration sur la méthode Mézière, réalisée par Monsieur de Charmasse, du Centre de Paris, est venue compléter ces journées d'études.

L'inauguration du C.I.L. a eu lieu à la suite du séminaire. De nombreux habitants du village et plusieurs personnalités de la Mairie se sont joints aux congressistes pour donner à cette soirée un caractère à la fois brillant et cordial. Don Luis, curé de Carboneras, venu pour bénir l'Institut, s'est aimablement mêlé aux convives.

FRANCE

Plusieurs événements touchant notre spécialité ont marqué l'actualité en France depuis les journées d'Amiens. Par ordre chronologique, on peut citer :

En juin : réunion à Pau, autour du Docteur Tomatis, des différents audio-psycho-phonologues de la région. Pendant trois jours ont eu lieu plusieurs conférences et tables rondes organisées par le Docteur Gardey sur divers sujets touchant la médecine, la psychologie, la pédagogie, la musicologie.

En juillet : rencontre à Saint-Flour, sous l'égide du Mouvement "Education et Culture", dirigé par le R.P. Blanc. Le thème de ces journées d'études était "La Parole". Plus de 1300 enseignants étaient réunis pour traiter certains problèmes pédagogiques surgissant au niveau de l'école maternelle et de l'enseignement primaire et secondaire. L'éducation musicale, l'expression corporelle, les activités manuelles, la rénovation de l'enseignement du français et de la mathématique, les méthodes audio-visuelles pour l'apprentissage des langues étrangères furent tout à tour évoquées au cours de séances de tra-

vail très actives. Plusieurs ateliers d'animation servirent de lieux de rencontre et d'études appliquées. Parmi les conférenciers, le Docteur Tomatis fut désigné pour exposer aux participants des journées ses travaux sur la fonction auditive. Il choisit comme titre de sa communication " A l'écoute de la parole".

Nous reproduisons ci-après quelques extraits de sa conférence : " Le rapprochement Ecoute et Parole a été intentionnellement proposé pour que se dégage, après la définition de l'écoute et de sa fonction, la notion réelle de ce qu'est la Parole. Il se détache de cette proposition une voie nouvelle pour la linguistique et pour la psychothérapie. La linguistique actuelle considère le langage comme un phénomène social et la parole comme un phénomène physique. Or la parole en est la réponse transcendente. En effet le langage reste, à l'échelle humaine, le fruit de multiples conditionnements socio-culturels, littéralement greffé sur le désir de communiquer. Ce dernier n'est en fait que la mise en activité verbalisée d'une fonction innée de chair à chair entre la mère et l'enfant. Cette jonction n'est autre que la relation d'amour, quand bien même cette dernière serait négativement intégrée... Il se dégage de ce fait deux langages mus par le même capital linguistique : l'un qui n'est que l'expression d'un inconscient qui s'active; l'autre qui transcende l'Etre par la réalité qui s'exprime à travers son incarnation et qui atteint par là le plan de la révélation".

Outre cette rencontre de Saint-Flour qui fut des plus réussies, on peut noter dans le domaine des actualités audio-psycho-phonologiques, deux conférences du Docteur Tomatis sur l'accélération de l'apprentissage des langues vivantes par les nouvelles techniques audio-vocales : l'une devant les membres chargés du département linguistique du Quai d'Orsay, l'autre devant 150 professeurs de langues réunis à la Faculté de Paris en séminaire de recyclage.

En août : émission sur France-Culture, traitant des couleurs et des sons. Le Docteur Tomatis a été convié à y exposer les hypothèses qu'il a émises sur l'influence des sons en ce qui concerne les arts plastiques et sur l'influence des couleurs dans le domaine de l'écoute.

En septembre : conférence du Docteur Tomatis à Aix-les-Bains devant un public très intéressé par les questions d'apprentissage scolaire. De nombreuses personnalités de la ville étaient dans la salle. Le problème de la dyslexie et de son redressement fut tout particulièrement développé. Cette conférence étaient organisée par Madame Chas, directrice du Centre du Langage qui vient de s'ouvrir à Aix-les-Bains.

Ce même mois, le Docteur Tomatis a été reçu par Jacques Chancel dans la Maison de la Radio, dans le cadre de l'émission bien connue de France-Inter "Radioscopie". Au cours d'un entretien d'une heure, le Docteur Tomatis a pu répondre aux questions pertinentes de son interlocuteur et exposer ainsi l'ensemble des hypothèses qu'il a émises depuis de nombreuses années à partir des résultats obtenus sur l'écoute et le langage.

En octobre : Rencontre à Amiens, dans le cadre des travaux de recherches pédagogiques entreprises par le CRDP. De nombreux professeurs de Sciences Naturelles ont pu entendre le Docteur Tomatis leur présenter les nouvelles données de la neuro-physiologie de l'oreille. Une conférence organisée également par le CRDP quelques mois auparavant avait permis au Docteur Tomatis de s'exprimer devant les professeurs de langues

vivantes de la région d'Amiens. Une présentation avait été faite par Mademoiselle B Professeur Agrégée d'Histoire Naturelle, à l'occasion d'un exposé préliminaire sur la physiologie de l'oreille et des organes de phonation.

En octobre également a eu lieu la création de l'Association Française d'Audio-Psycho-Phonologie. Il s'agit d'une association professionnelle régie par la loi du 1er juillet 1901. Son siège est à Paris. Affiliée à l'Association Internationale d'Audio-Psycho-Phonologie de Genève, cette association a pour but de resserrer les liens de confraternité entre ses membres, d'assurer la défense et l'honneur des techniciens spécialisés qu'elle représente, de soumettre à cet effet ses membres à une discipline librement acceptée et d'étudier toutes les questions pouvant se rattacher à l'exercice de leur spécialité, de présenter aux pouvoirs publics et aux autorités constituées toute demande ou suggestion relative aux techniques audio-psycho-phonologiques et d'être saisie par ces pouvoirs et autorités pour toutes questions la concernant. Le Président en est le Docteur P. Gardey, Neuro-Psychiatre à Pau.



HOLLANDE

Rencontre à Maastricht du Professeur Mesker dans les locaux du Centre d'Orthopédagogie qu'il dirige, et des Docteurs Spirig et Tomatis. Le sujet principal fut celui de la dyslexie. Au cours de ce colloque, le Docteur Mesker, éminent neurologue hollandais, a pu exposer "à ciel ouvert" ses travaux et ses procédés techniques, qui lui ont permis d'étayer un diagnostic clinique très assuré du syndrome dyslexique et de déterminer les diverses étapes qui jalonnent la progression de l'enfant en rééducation.

On se souvient que le Professeur Mesker a, sous l'instigation du Docteur Spirig, introduit dans son institut de Maastricht l'Oreille Electronique dont les effets semblent avoir élargi considérablement le champ d'investigation et surtout le champ d'action de son équipe sur les cas rebelles d'enfants dyslexiques.

Entouré d'assistants compétents et dévoués parmi lesquels on peut nommer Madame Hofnizen-Hagemeyer, le Professeur Mesker poursuit ses recherches sur l'évolution de la motricité. Dans son livre "De Menselijke Hand" (la main humaine) il démontre l'importance du mouvement dans le domaine du langage. Un nouveau livre du Docteur Mesker doit paraître au sujet des problèmes orthodidactiques.

La rencontre de Maastricht fut des plus fructueuses et permit au Docteur Tomatis de songer à inviter tous ses collègues en audio-psycho-phonologie à approfondir les techniques Mesker pour en dégager des éléments très utiles sur le plan diagnostic en matière de dyslexie.

