

**METHODE TOMATIS**

**APPROCHE KINESITHERAPIQUE**

**DE LA**

**POSTURE D'ECOUTE**

**Christian Delmas  
Kinésithérapeute  
Montpellier (France)  
Mai 1990**

## APPROCHE KINESITHERAPIQUE DE LA POSTURE D'ECOUTE

Le kinésithérapeute, praticien du corps quand il exerce en thérapie manuelle, va pouvoir articuler son entrée dans le domaine de l'audio-psycho-phonologie avec l'étude du processus de la posture d'écoute.

En guise de mémoire, ponctuant notre formation d'audio-psycho-phonologie, nous présenterons un mode d'apprentissage de la posture d'écoute en position assise, avec ses repères kinésiologiques élémentaires. Nous souhaitons, ainsi, apporter une contribution à l'élargissement de la pédagogie de l'écoute au registre corporel.

La posture d'écoute, mise en évidence par le Professeur Tomatis dans son ouvrage "VERS L'ECOUTE HUMAINE", est une posture s'organisant spontanément, alors que vestibule et cochlée, bombardés de vibrations définies comme sonores, diffusent instantanément par voie nerveuse, une sommation motrice globale mobilisant l'appareil ostéo-arthro-musculaire en entier.

Il s'agit donc d'un réflexe postural, positionnant le corps selon un pattern constant, à partir d'une excitation sonore, mais ne devenant effectif que si la source sonore émet un clavier de fréquences suffisamment étendu. En fait, son existence est liée à la présence des fréquences aigües et suraigües.

L'intégration de la posture d'écoute apparaît au cours de la cure de sons filtrés sous Oreille Electronique.

Il appartiendra au kinésithérapeute, thérapeute du mouvement et de la posture, de veiller au libre développement de la posture d'écoute, et d'intervenir le cas échéant, nous verrons comment.

Pour le kinésithérapeute, la posture d'écoute peut être ainsi définie :

La posture d'écoute tend à positionner le corps de façon durable et globale, en état de réceptivité sensori-motrice optimum ;

elle implique : l'éminence de la tête, en tant que siège des organes des sens, grâce à un auto-grandissement, le tronc étant vertical ; accessoirement, la recherche d'un déploiement optimum de la surface cutanée, siège du sens du toucher (en détachant les membres supérieurs du tronc et les membres inférieurs entre eux) ;

elle induit, nécessairement, l'aptitude à la fonction corollaire de celle de l'écoute : l'émission du son vocal (ampliation thoracique totale disponible).

Schématiquement, la posture d'écoute fait du corps entier, une antenne réceptrice mise en tension par l'érection du rachis, et garantissant la qualité de la voix.

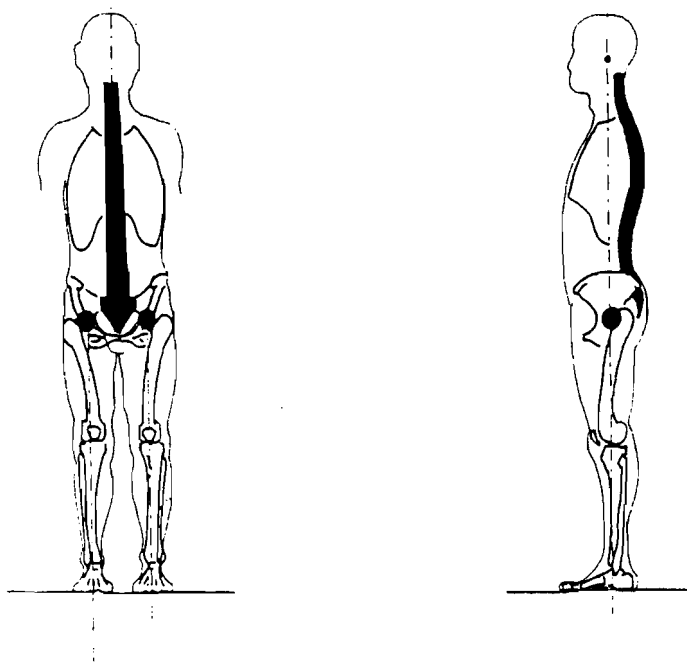
Il est intéressant de noter qu'érection vient du latin : "erigere" signifiant : rendre attentif.

Mais l'expression érection du rachis est déjà largement utilisée pour traduire : mise à la verticale, plutôt qu'étirement le long de son axe propre. Nous préférons donc le terme auto-grandissement dans le cadre de cette pédagogie posturale proposée.

Pour présenter les points essentiels de la posture d'écoute, il est préférable de simplifier, voire de schématiser la statique vertébrale à l'intention du patient.

Alors que la colonne vertébrale s'observe habituellement sur les plans frontal et sagittal (oublions, pour notre patient, le trop complexe plan transversal), on ne retiendra que le second : le plan sagittal, correspondant à une vue de profil, ceci, pour les raisons qui suivent.

Frontalement, la colonne maintient son équilibre vertical en oscillant entre les deux points d'appui des membres inférieurs ; de profil, elle oscille de part et d'autre d'un seul point d'appui (station debout immobile), fig. 1.



Sur la face, elle est fortement haubannée par des muscles longs, articulairement limitée entre les masses thoraciques symétriques.

Sur le profil, elle combat l'inertie de l'abdomen, du thorax et de la tête, avec une grande liberté antérieure articulaire, seulement assistée de muscles postérieurs courts et d'un surtout ligamentaire relatif.

Tandis que, de face, la colonne se présente comme un axe relativement rectiligne (en éludant la pathologie des déviations), de profil elle présente des courbures, dites physiologiques.

L'observation de la colonne vertébrale de face nous renseigne sur la symétrie entre hémicorps droit et hémicorps gauche, donc sur la latéralisation ; alors que l'observation de son profil renseigne sur la dynamique de verticalisation, avec ses variations que nuancent les courbures.

Donc, dans un souci de simplification évident, nous focaliserons l'observation du patient essentiellement sur le seul plan sagittal.

Nous ouvrirons ici une parenthèse, pour constater que la prise de conscience vertébrale est une faculté déficitaire à notre époque, avec des conséquences bien fâcheuses comme la lombalgie, par exemple, qui est la maladie professionnelle la plus fréquente.

Il s'agit là d'un vaste problème que nous ne pouvons que survoler, en retenant simplement que l'homo erectus ne sait pas tenir ou placer sa colonne vertébrale correctement, les causes en étant aussi bien physiques que psychiques.

En ce qui nous intéresse ici, nous noterons, comme constat majeur que le bassin, pour les raisons que nous allons voir, ne transmet pas assez la référence d'appui au sol pour orienter le rachis dans l'espace, tandis que la tête cherche à maintenir l'horizontalité du champ visuel.

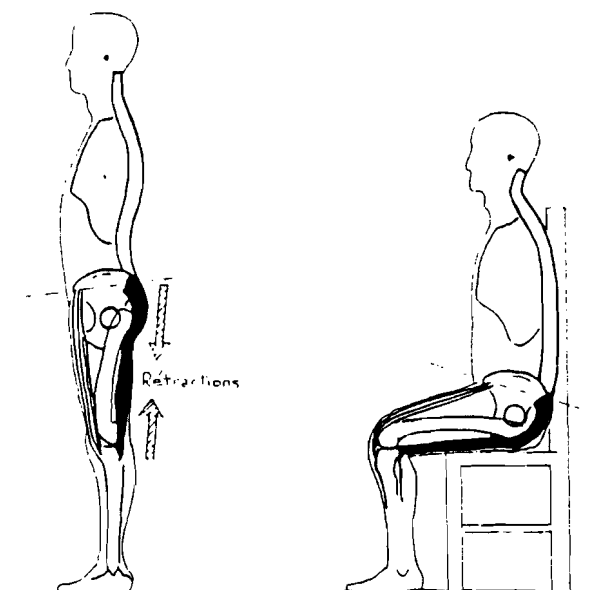
Mécaniquement, le bassin est le fondement de la colonne vertébrale, il est la coque du navire dont dépend la verticalité du mât ; c'est donc à partir de lui que va commencer le travail d'éducation de la statique vertébrale.

L'appui au sol sera considéré comme transposé à la plate-forme pelvienne.

D'abord, PLACER CORRECTEMENT LE BASSIN, base de la colonne, ensuite, S'AUTO-GRANDIR.

Un autre paramètre intervient à ce stade de notre démarche : la position assise ; c'est à travers elle que l'on démontre notre inadéquation posturale.

La civilisation du confort nous privant de cuisses bien musclées par la marche, le bassin subit les importantes rétractions musculaires qui en découlent ; ainsi nous voyons comment la verticale rachidienne ne résiste pas au passage de la position debout à la position assise. Cela se traduit aisément sur le schéma suivant : fig. 2



Le bassin change de position, la colonne modifie ses courbures.

Comme nous passons de plus en plus de temps assis, nous cultivons une fausse sensation de verticale vertébrale (sous le prétexte que le tronc demeure vertical), ce qui entraîne au schéma corporel, une représentation confuse de cette verticale.

C'est pourquoi nous utiliserons, également dans une visée pédagogique, la position assise, afin de prendre conscience de la mauvaise position du bassin, pour ensuite corriger cette tendance.

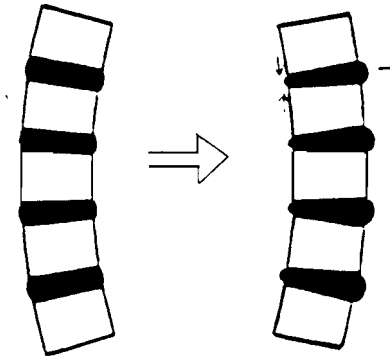
Donc, REEQUILIBRER LE BASSIN EN POSITION ASSISE.

Comment définir une position verticale correcte pour la colonne vertébrale ? C'est théoriquement que l'on peut répondre : avec un empilement des corps vertébraux tel, qu'il évite toute compression asymétrique aux disques intervertébraux, afin que l'édifice rachidien offre sur

toute sa hauteur, une tension homogène favorable à la libre propagation des influx.

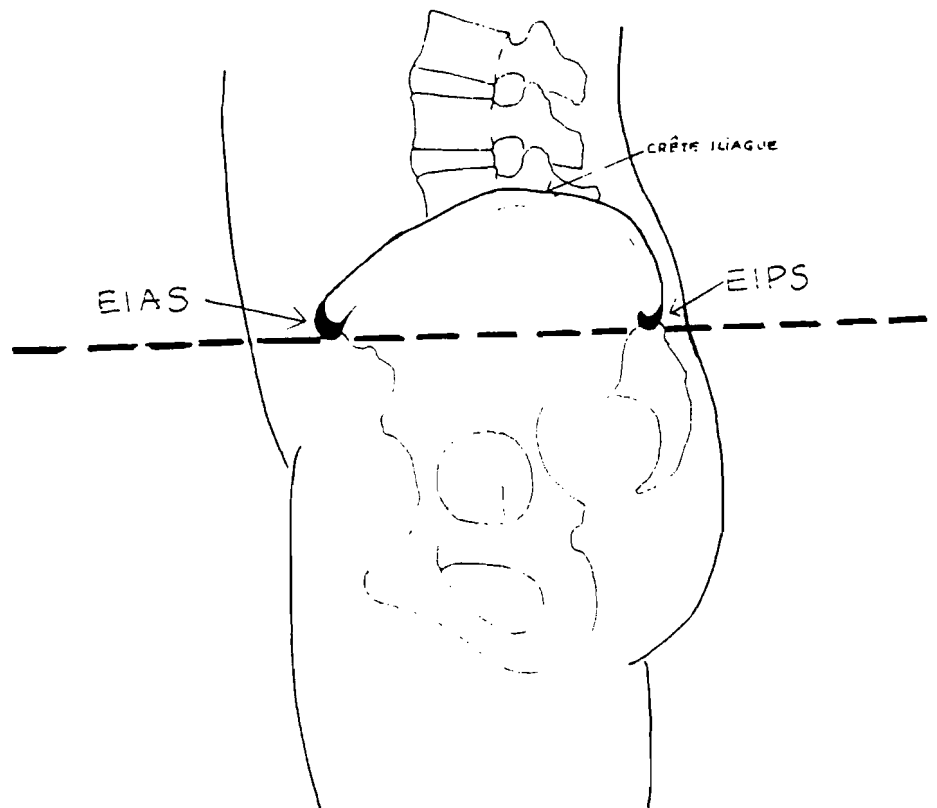
Il s'agit, nous sommes bien d'accord, d'une verticale relative puisque le rachis est doté de courbures physiologiques.

Le schéma suivant présente une simplification du rapport : disques/corps vertébraux, selon une courbure équilibrée et selon cette courbure inversée, pour faire apparaître les compressions et pincements au niveau des disques, fig. 3



Puisque le bassin va orienter la colonne, il nous faut pouvoir objectiver sa position afin d'évaluer les corrections nécessaires.

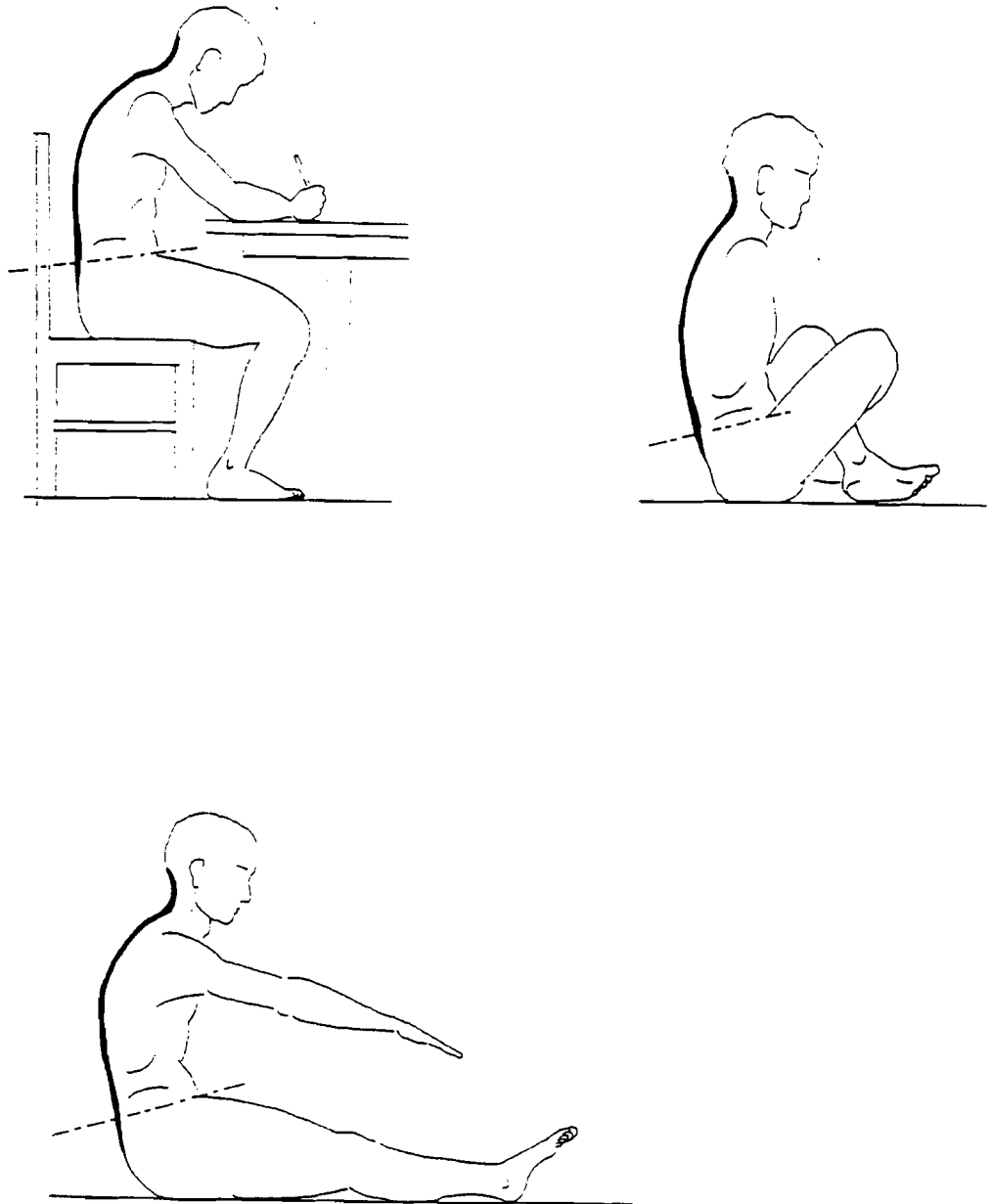
Nous disposons pour cela d'un repère anatomique assez facilement accessible : la ligne virtuelle reliant l'épine iliaque postéro-supérieure à l'épine iliaque antéro-supérieure, encore appelée : ligne des EIPSEIAS fig. 4



Les épines iliaques sont les tubérosités situées aux extrémités de la crête iliaque (os de la hanche), décelables à la palpation ; le praticien guidera le patient pour les atteindre lui-même.

La ligne des EIPSEIAS va constituer une référence précieuse et constante pour travailler la statique pelvi-rachidienne, sa détection sera donc indispensable.

L'observation clinique en thérapie vertébrale nous a permis d'enregistrer certaines constantes de la ligne des EIPSEIAS dans des positions usuelles fig. 5, avec une appréciation des écarts par rapport à l'horizontale relevés en travers de doigts.



Ces constantes notées en cabinet sur des sujets présentant des algies vertébrales, se retrouvent sur des sujets sains, mais plus typiquement en morphologie androïde.

Pour déterminer une position moyenne de cette ligne des EIPSEIAS, on évoquera l'horizontale (repérage commode en éducation posturale), sachant qu'il y a tendance à l'inclinaison antérieure, négligeable dans le cadre de notre recherche orientée avant tout sur la prise de conscience corporelle.

En position assise, l'EDUCATION POSTURALE consistera donc à contrôler le bassin, de manière à **horizontaliser** la ligne des EIPSEIAS.

Lors de la mise en pratique de cette correction, on s'entend signaler systématiquement une forte impression de cambrure ; celle-ci est purement illusoire car le profil vertébral est loin de ce qu'il est en position debout. C'est là le signe formel de la **désorientation** du rachis et de l'inadaptation de sa verticalité au changement de position.

Pour aider à la recherche de cette position assise corrigée, il est nécessaire d'écartier nettement les genoux pour favoriser, par le jeu de certains muscles (psoas-iliaques), l'**antéversion** du bassin (mouvement par lequel on incline vers l'avant la ligne des EIPSEIAS. Par la même occasion, on évite la compression de l'aîne.

Un siège réglable en hauteur est alors indispensable (type tabouret télescopique), de façon à avoir les genoux pliés à l'équerre, ce qui permet d'obtenir un meilleur contact des plantes de pied au sol (pieds nus de préférence).

De plus, chevilles, genoux et hanches fléchis à 90° équilibrent les tensions aux chaînes musculaires des membres inférieurs, selon le pattern du triple retrait.

La masse du corps est ainsi répartie sur trois points d'appui : le bassin et les pieds, condition majeure de stabilité pour prolonger la position, fig. 6

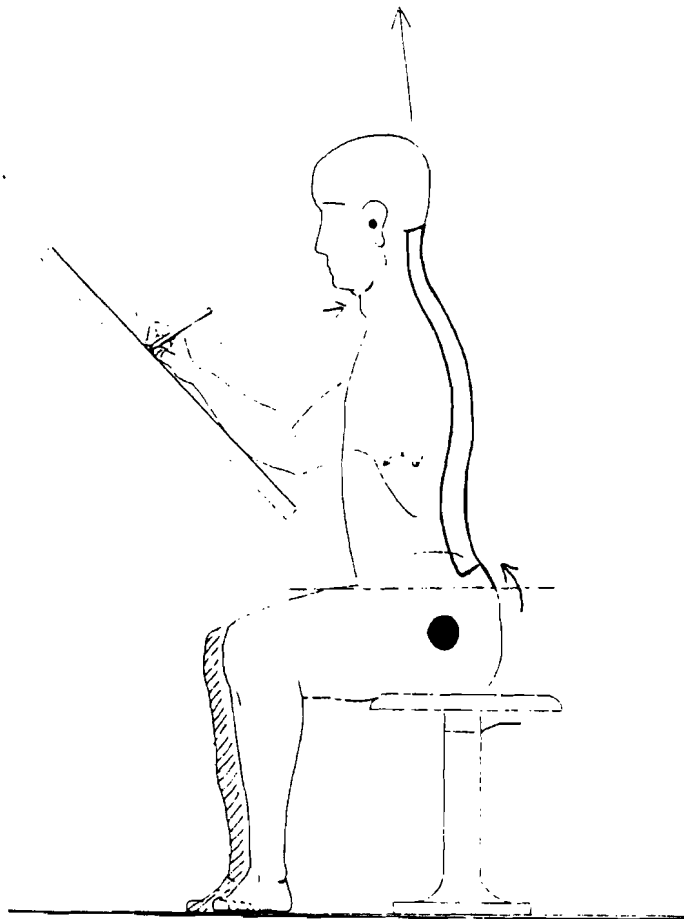
Problème d'ordre pratique : les tabourets télescopiques du commerce ne peuvent être descendus à la taille des tibias des petits enfants.

Le corps est en équilibre stable sur un trigone de sustentation.

Le centre de gravité du tronc, au centre de la cage thoracique chute très légèrement vers l'avant pour arrimer l'ensemble bassin-colonne aux muscles postérieurs rétractés.



La colonne vertébrale doit être perçue comme figée, rigidement dépendante du bassin qui reste la seule pièce articulée de l'ensemble, pouvant osciller autour de l'axe passant par les têtes fémorales, pour ajuster sa position.



Dans la pratique, il faut que la colonne trouve sa place et que le dos perde peu à peu les crispations musculaires dues à la recherche de la nouvelle position.

Il s'agit alors d'un travail de relaxation du tronc, sur la base d'un bassin contrôlé ; cette focalisation du contrôle musculaire sur le bassin seul exige un certain temps d'apprentissage.

La station assise étant stabilisée, on peut aborder le travail d'auto-grandissement. Cette fois c'est la tête qui va guider la recherche.

En fait, le contrôle du bassin a déjà entraîné la mise en place de l'axe rachidien aux niveaux lombaire et dorsal, il ne reste plus qu'à étirer la colonne cervicale selon cet axe.

Il faut alors hisser le sommet du crâne, localisé à l'endroit de l'épi formé par l'implantation des cheveux (et non le front) en sentant la nuque s'allonger et se dissocier des épaules qui restent passives.

Simultanément, le maxillaire inférieur vient se serrer contre le cou, comme pour faire le double-menton, mais sans exagérer afin de préserver une bonne émission vocale ultérieure.

La partie centrale du thorax est poussée légèrement en haut et en avant. Ce faible soulèvement du sternum se conjugue avec la chute du centre de gravité du tronc en bas et en avant, pour donner une sensation d'ouverture à la surface du thorax.

Les bras sont détachés du tronc (déploiement de la surface cutanée), les mains peuvent reposer sur les genoux, ou dessiner sur un plan incliné réglé à hauteur.

Cet auto-grandissement doit permettre une respiration profonde sans aucune gêne. Toute crispation musculaire parasite indique la nécessité de prolonger l'apprentissage.

Lorsque cette posture est corticalisée, c'est-à-dire intégrée sur le plan de la commande motrice volontaire, il faut, ensuite, l'assimiler au processus de l'écoute proprement dite. On découvre alors, avec une grande satisfaction, que l'effort de contrôle est devenue inutile, puisque le corps, maintenant, "tient tout seul", sa POSTURE D'ECOUTE.

Parallèlement à cette éducation posturale, plus ou moins rapide selon les cas et selon le stade d'avancement de la cure des sons, le kinésithérapeute peut intervenir à diverses reprises en thérapie manuelle, mais impérieusement de manière douce, il faut éviter la moindre manoeuvre agressive.

Disons succinctement :

- manoeuvres décontracturantes : massage musculaire classique ;
- manoeuvres décongestionnantes et désasmantes : massage énergétique (punctiforme ou tangentiel) ;
- posturations ou étirements musculo-tendineux lents en re-symétrisation ;

- mobilisations douces : membres et segment vertébral, pour lever les grippages entretenant des points de pressions négatives, entraves au libre flux énergétique.

Il sera utile, par ailleurs et ultérieurement, de développer le sujet du massage comme élément déterminant pour la stimulation du schéma corporel, et en tant que pratique d'éveil de la communication (chez l'adulte comme chez le nourrisson).

Parvenu au terme de cet exposé proposant, en substance un type d'apprentissage kinésithérapique de la posture d'écoute, nous ajouterons une remarque pour souligner l'intérêt du plan sagittal dans l'étude de la dynamique de verticalisation.

Sur le profil du corps debout en position dite anatomique, le fil à plomb relie très précisément le tragus de l'oreille au cotyle (cavité articulaire du bassin recevant la tête du fémur).

Cet alignement exact incline à rapprocher, afin d'affiner la prise de conscience corporelle :

- en haut : l'oreille avec les centres de l'équilibre et de l'orientation ;
- et en bas : l'articulation de la hanche reliant au tronc l'appareil de la locomotion.

Enfin, et surtout, cette étude sagittale du rachis avec le critère de verticalité, fournit au kinésithérapeute un paramètre qui vient en complémentaire du critère de latéralité de l'audio-psycho-phonologie.

Ce bref travail émane du kinésithérapeute encore néophyte en matière d'audio-psycho-phonologie ; aussi méritera-t-il d'être repris et révisé ultérieurement, enrichi par l'expérience conjointe des deux disciplines en **CENTRE TOMATIS**.

En épilogue, nous dirons que cette aventure du kinésithérapeute lancé à la découverte de la posture d'écoute est passionnante à plus d'un titre.

Elle est prometteuse en perspectives multiples d'applications et de recherches.

Elle ouvre la voie à une collaboration interdisciplinaire enrichissante dans la pédagogie ou la restauration de la communication. Elle est un privilège nous permettant d'accéder et de participer à la MEDECINE DES SONS.

