

Université Moderne de Lisbonne



MESTRADO EN PSYCHOPEDAGOGIE PERCEPTIVE

**TOUCHER PSYCHOTONIQUE
ET
RELATION D'AIDE**

*« L'accompagnement de la personne dans le cadre de la
kinésithérapie et de la fasciathérapie »*

MEMOIRE DE MESTRADO EN PSYCHOPEDAGOGIE PERCEPTIVE

Direction Scientifique : Professeur Dr Danis BOIS

Co-direction : Professeur Dr Marc Humpich

Christian Courraud

Juin 2007

Remerciements

Remerciements respectueux à mes directeurs de mémoire, D. Bois et M. Humpich pour leur soutien, leur accompagnement et leur implication dans ce projet,

Remerciements particuliers à Isabelle pour sa présence tout au long de ce travail,

Remerciements à Hélène pour son aide à la mise en forme de ce travail,

Remerciements chaleureux à tous mes camarades de promotion pour nos échanges fructueux,

Remerciements confraternels à tous les étudiants de l'École Supérieure de Fasciathérapie Somatologie et à tous les praticiens en fasciathérapie pour avoir participé grandement à l'orientation de cette recherche.

SOMMAIRE

Remerciements	2
Sommaire	3
Liste des tableaux et des figures	7
Introduction	8
PREMIERE PARTIE : CHAMP THEORIQUE ET PRATIQUE	14
Chapitre 1 : Problématique	15
1. 1. Pertinence personnelle	15
1. 2. Pertinence professionnelle	18
1. 3. Pertinence sociale	19
1. 4. Pertinence scientifique	21
1. 5. Question de recherche	22
1. 6. Objectifs de recherche	23
Chapitre 2 : Cadre théorique	24
2.1. L'importance de la relation d'aide dans le contexte de la kinésithérapie	24
2.1.1. Un renversement de la manière de toucher	25
2.1.2. Une conversion de la mentalité du kinésithérapeute	27
2.2. Les enjeux du tonus dans la relation d'aide	29
2.2.1. Le tonus comme lieu d'expression de la douleur	29
2.2.2. Le tonus comme lieu de relation	30
2.2.3. Le tonus comme lieu d'expression psycho-affective	32
2.2.4. La question des vécus psychotoniques	34
2.2.5. Le tonus comme force de régulation psychique selon le modèle de D. Bois	35
2.2.5.1. Le psychotonus : unité corps / psychisme	36

2.2.5.2. La sphère d'influence du toucher psychotonique	39
2.3. La relation d'aide manuelle en fasciathérapie	41
2.3.1. Les six piliers conceptuels de la relation d'aide manuelle en fasciathérapie	41
2.3.1.1. La notion de corps sensible.....	43
2.3.1.2. La notion de mouvement interne	45
2.3.1.3. La notion d'expérience extraquotidienne	46
2.3.1.4. La notion d'entretien tissulaire	48
2.3.1.5. La notion de réciprocité actuante.....	50
2.3.1.6. La notion d'accordage somato-psychique	52
2.4. La spirale processuelle du rapport au sensible de D. Bois et la question des vécus dans la relation d'aide manuelle psychotonique	55
2.4.1. L'accordage somato-psychique manuel et la référence à soi	55
2.4.2. La relation d'aide manuelle et la spirale processuelle du rapport au sensible de D. Bois	56
Chapitre 3 : Cadre pratique	59
3.1. Posture d'écoute et d'intervention du praticien : neutralité active et réciprocité actuante	60
3.1.1. Application au toucher psychotonique : une posture manuelle et attentionnelle	61
3.1.2. Associer indicateurs internes et logique thérapeutique	62
3.1.3. La réciprocité : un dialogue tonique réciproque entre le patient et le thérapeute	63
3.2. Les différentes qualités de présence du praticien à la vie tissulaire : le modèle des trois mains appliqué au soin	64
3.2.1. La main effectrice : démarche clinique, faire un soin	65
3.2.2. La main percevante : percevoir la modulation psychotonique.....	65
3.2.3. La main sensible : créer une réciprocité actuante avec la modulation psychotonique	66
3.3. Les différents gestes techniques dans la relation d'aide manuelle : suivi dynamique et point d'appui	68
3.3.1. Le suivi dynamique lent tissulaire : une évaluation de la résistance, de la structure et de l'identité de l'architecture tonique	69

5. 1. 3. Analyse phénoménologique de C1.....	106
5.2. Analyse herméneutique transversale.....	112
5.2.1. Identification des spécificités du toucher psychotonique.....	112
5.2.2. Identification d'une voie de relation d'aide somato-psychique au contact du toucher psychotonique.....	113
5.2.3. Identification d'un processus d'accordage somato-psychique au contact du toucher psychotonique.....	114
5.2.4. Identification de la nature de l'implication du patient au contact du toucher psychotonique.....	117
5. 3. Conclusion et discussion théorique.....	121
5.3.1. Retour sur la question et les objectifs de recherche.....	123
5.3.2. Perspectives professionnelles : relation d'aide manuelle psychotonique et relation d'aide en kinésithérapie.....	128
Bibliographie.....	130
Annexes.....	140

Tableaux et figures

Figure 1 : La relation d'aide manuelle	21
Figure 2 : Le psychotonus ou la trilogie Corps/Tonus/Psychisme	39
Tableau 1 : Différents enjeux de la fonction tonique.....	40
Figure 3 : Les contours de la relation d'aide manuelle en fasciathérapie	43
Tableau 2 : Synthèse des caractéristiques de la relation d'aide manuelle en fasciathérapie - Analyse comparative avec la relation d'aide en psychothérapie	54
Figure 4 : La spirale processuelle du rapport au sensible	57
Tableau 3 : Les différents niveaux de présence, leurs impacts sur la sollicitation de la personne	68
Tableau 4 : Bilans manuels de la résistance psychotonique	71
Figure 5 : Le dialogue psychotonique	73
Tableau 5 : Les différentes formes de lecture du dialogue psychotonique manuel au point d'appui	75
Tableau 6 : Comparatif des types d'architectures toniques perçues sous la main et évolution de la relation au corps	76
Tableau 7 : Grille de questions servant de support à l'entretien de recherche	85
Tableau 8 : Impacts du toucher psychotonique sur la relation d'aide au patient.....	88
Tableau 9 : Ce que rapportent les patients des changements cognitifs pendant le traitement	89
Tableau 10 : Difficultés et voies de passage rencontrées pendant le traitement et rapportées par les patients	89

INTRODUCTION

La masso-kinésithérapie est une discipline dont le principal objectif est le soulagement de la douleur physique. Pour autant, cette profession n'exclut pas la dimension relationnelle dans la relation thérapeutique : « *La situation de soin intègre (...) autant la prescription que la relation* » (Olry, Lang, Froissard-Monet, 2005, p. 71). La relation avec le patient est une dimension du soin. Au centre de la prescription, elle fait partie intégrante du soin. La kinésithérapie, comme la plupart des professions médicales et paramédicales tente donc d'accorder la dimension clinique du soin à la dimension relationnelle, cette dernière créant un cadre, une relation, un espace de soin qui favorise l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement du patient qui souffre :

La pratique de la kinésithérapie instruit nécessairement un colloque singulier entre le patient et le praticien. La dimension clinique y est prévalente, la relation interpersonnelle essentielle, et ceci afin de créer les conditions favorables à la prise en charge thérapeutique. (Rouxel et Lani, 2006, p. 12)

Cependant, cette exigence pratique n'est pas accompagnée par une véritable formation : le masseur kinésithérapeute (MK) n'est pas formé à l'accompagnement de la personne qui souffre. Face au patient, il est difficile, pour le praticien de construire « pratiquement » une distance thérapeutique « juste » et adaptée :

La bonne distance, sans cesse à trouver par le praticien, constitue un axe peu travaillé en formation initiale, tant il est vrai qu'elle fait partie de ses compétences incorporées, qui s'acquièrent par l'expérience et sont difficilement transmissibles. (Olry, Lang, Froissard-Monet, 2005, p. 70)

La relation d'aide adaptée à la kinésithérapie est encore à découvrir, à construire et à enseigner. Il ne suffit pas d'appliquer la relation d'aide psychologique à la kinésithérapie car

le kinésithérapeute n'a ni la vocation, ni la formation pour devenir psychothérapeute.

On comprend ainsi que la formation à la relation d'aide s'inscrive aujourd'hui comme une formation prioritaire de la formation du soignant et qu'elle se développe de plus en plus dans le cadre des professions médicales et paramédicales.

*Le développement de la relation d'aide est donc arrivé comme une **incontournable évolution dans la qualité et l'efficacité de la médecine**. Il ne s'agit pas ici de considérations psychiatriques, ni de psychopathologies à guérir, mais d'une qualité des **comportements face à la souffrance humaine**. Elle (...) est aujourd'hui reconnue comme **un soin à part entière**. (Bonneton-Tabariés, Lambert-Libert, 2006, p. 92-93)*

Au cours de 25 années d'expérience du soin, j'ai été amené à pratiquer la kinésithérapie en libéral, puis à me former à la fasciathérapie afin d'enrichir et de renouveler ma pratique auprès de patients présentant le plus souvent des troubles douloureux. Au contact de cette nouvelle pratique mise au point par D. Bois, j'ai découvert une nouvelle façon de prendre en charge les patients en associant une dimension humaine dans le geste thérapeutique. La fasciathérapie entrevoit le corps comme pivot de l'accès à l'expérience subjective, corporelle et sollicite la personne dans sa profondeur. Le geste y est à la fois technique et vecteur d'une qualité de relation.

Depuis 15 ans, je suis responsable d'une structure pédagogique chargée d'assurer une formation continue adressée aux kinésithérapeutes qui viennent se former à la fasciathérapie. J'ai donc toujours tenté de relever le défi de rester fidèle à la kinésithérapie tout en ayant le souci permanent de la faire évoluer. Cette recherche s'est articulée autour d'une contrainte majeure qui traverse l'ensemble de ce mémoire : j'ai souhaité rester attaché et relié à la kinésithérapie, terrain duquel viennent les praticiens qui se forment à la fasciathérapie et dans lequel ces mêmes praticiens appliquent la fasciathérapie.

Néanmoins, l'enjeu de cette recherche invite à opérer une conversion épistémologique du paradigme de la kinésithérapie. Je n'oublie pas les difficultés que j'ai eues moi même pour déplacer le centre de mes intérêts thérapeutiques et modifier mes vues intellectuelles. Finalement, dans ce cadre précis, il est nécessaire de modifier la vision du soin. Le kinésithérapeute n'est pas un technicien qui pratique un soin, mais une personne qui aide un patient à *prendre soin* de lui. Cette double orientation du soin s'est avérée pertinente pour la prise en charge des patients. Cette recherche devrait permettre d'apporter des éléments supplémentaires en faveur de l'intégration d'une relation d'aide dans le cadre de la kinésithérapie. On retrouvera constamment cette préoccupation tout au long de ma recherche

où apparaissent les contours d'une relation d'aide à médiation corporelle et qui aurait le mérite de s'inscrire dans le champ de compétence de la kinésithérapie. J'ai la conviction intime que l'étude du tonus dans sa relation avec le psychisme peut, en partie, nourrir le débat autour de la question de la relation d'aide.

Si l'on se réfère à D. Bois, le tonus est un interlocuteur privilégié du fasciathérapeute. À travers le toucher manuel, le praticien peut dialoguer avec le psychisme par la voie corporelle :

Une part importante de notre travail thérapeutique manuel et gestuel s'adresse à l'architecture tonique du patient. Le tonus constitue en effet un trait d'union majeur entre le monde corporel et le monde psychique. J'aime à le présenter comme le langage corporel du psychisme. (Bois, 2006, p. 139).

Ce travail m'a permis de faire le point d'un côté sur ce domaine très vaste de la relation d'aide et d'un autre côté sur celui tout aussi étendu de la notion de tonus. Cette recherche sur le toucher psychotonique m'a donné l'opportunité d'articuler ces deux dimensions et de dégager ainsi les spécificités du toucher psychotonique dans le champ de la relation d'aide.

Je pense que cette recherche par l'ancrage de la fasciathérapie s'inscrit dans le domaine de la recherche en kinésithérapie : elle traite de questions qui concernent la kinésithérapie et répond à des problématiques que se posent les kinésithérapeutes au quotidien. Pour ces raisons, cette recherche me semble pouvoir apporter des pistes pour définir les orientations épistémologiques et pratiques de la formation du kinésithérapeute à la relation d'aide.

L'originalité de cette pratique se situe dans l'accompagnement d'un rapport particulier à l'expérience sensible du corps (Bois, 2007) éminemment subjective, productrice de contenus de vécus à partir desquels le patient est amené à apercevoir son intériorité différemment rejoignant en cela un des objectifs de Merleau-Ponty : « *Une compréhension neuve de l'homme qui tienne compte de sa situation identitaire incarnée, présent à lui-même, au monde comme à autrui.* » (Dauliach, 1998, p. 306). La phénoménologie brosse clairement le contact avec un corps habité dans lequel se jouent des enjeux intenses.

La fasciathérapie donne également au toucher psychotonique un véritable statut, celui d'entretien tissulaire. Dans la relation d'aide psychologique, la méthode de base pour écouter le patient passe par l'apprentissage de techniques d'entretien verbal : « *L'entretien personnel et humain où l'on se préoccupe d'un être existant, évoluant, émergent et soumis à*

l'expérience » (Rogers, 1971, p. 97). Cette tentative de se relier, d'accompagner et de rejoindre ce processus dynamique interne se fait donc sans le support de la médiation du toucher manuel. En fasciathérapie, la relation d'aide se construit autour d'un « entretien tissulaire », non plus en « face à face » mais dans un « corps à corps ». Cette écoute silencieuse du langage du corps est à la base d'un véritable dialogue tissulaire : « *Lorsque la main du thérapeute suit le mouvement tissulaire, c'est un véritable dialogue qui s'engage entre le thérapeute et le sensible du corps, dialogue fondé sur un langage silencieux* » (Bois, 2006, p. 71).

Cette recherche tentera donc d'explorer plus particulièrement le toucher psychotonique comme moyen privilégié d'écoute à la dimension organismique (Rogers) de la personne : « *Une écoute attentive à quelque chose d'indéfinissable a priori, d'à peine perceptible, doit pouvoir permettre de discerner l'orientation qui se dessine organiquement* » (Lambooy, 2003, p. 93).

C'est autour de ces réflexions que nous avons construit notre question et nos objectifs de recherche :

- Il s'est agi pour nous de cerner les impacts du toucher psychotonique sur la relation d'aide au patient
- Il s'est ensuite avéré nécessaire d'identifier les contours de cette relation d'aide manuelle.

Pour répondre à ces différents questionnements, j'ai choisi d'interroger le vécu des patients au contact du toucher psychotonique (vécus corporels, impacts cognitifs, compréhensions) à travers **trois entretiens** de patients suivis régulièrement en fasciathérapie, pour tenter de répondre à ma question de recherche.

Sur le plan épistémologique et méthodologique, je n'ai pas fait le choix d'une démarche clinique car l'objet de ma recherche n'est pas directement lié au soin ni au symptôme. J'épouse plutôt une dynamique compréhensive car je cherche à identifier la nature de la relation d'aide mise à l'œuvre dans le toucher psychotonique. C'est donc tout naturellement que ma démarche s'inscrit de manière cohérente dans un **paradigme compréhensif et interprétatif**, puisque je souhaite rendre compte de la subjectivité perceptive qui se joue dans l'acte thérapeutique. La méthodologie générale que j'utiliserai, d'inspiration **phénoménologique**, s'appuiera sur une **posture de type heuristique**, puisque je ferai appel à ma propre expérience pour étudier le phénomène qui apparaît chez autrui :

« *Nous ne pouvons vraiment connaître un phénomène qu'à partir d'une expérience intense du phénomène étudié.* » (Paillé, 2004 b).

Je souhaite que cette recherche contribue à faire avancer la réflexion autour de la question de la relation d'aide en kinésithérapie et plus particulièrement de la place de la relation d'aide manuelle psychotonique dans ce questionnement. Je souhaite apporter à travers cette recherche des éléments qui montrent qu'il est possible de construire une relation d'aide qui reste dans les compétences du kinésithérapeute et qui ne déborde pas dans le domaine de la psychothérapie.

Afin de guider le lecteur dans le parcours de ce mémoire, voici en résumé le contenu des trois différentes parties qui le composent.

Première partie

Cette section constituée du champ théorique et pratique est divisée en trois sous parties.

La *problématique* est présentée à travers les pertinences personnelle, professionnelle, sociale et scientifique qui m'ont conduit à ma question de recherche : **Peut-on identifier la nature de la relation d'aide sollicitée par le toucher psychotonique et ses impacts sur la relation à soi du patient ?**

Dans le champ théorique, nous argumenterons en quoi la relation d'aide est devenue incontournable dans la pratique de la kinésithérapie. Nous tenterons également de définir les contours théoriques de la relation d'aide manuelle psychotonique en définissant tout d'abord la place et les enjeux du tonus dans la relation d'aide (unité corps-psychisme, relation patient-thérapeute) puis en expliquant les six piliers conceptuels de cette relation d'aide manuelle. Enfin, nous présenterons le modèle de la spirale processuelle du rapport au sensible (Bois 2007) qui présentera les contenus de vécu qui se déploient dans le rapport avec le corps sensible.

Le champ pratique nous donnera l'occasion de décrire la posture du praticien dans la relation d'aide manuelle (réciprocité) et l'attitude manuelle qui accompagne cette posture (neutralité active). Nous étudierons ensuite les différentes qualités de présence du praticien à la vie tissulaire (main effectrice, main percevante et main sensible), ainsi que les différents

gestes techniques (suivi dynamique et point d'appui) et leur signification pour le praticien. Nous présenterons dans ce chapitre l'entretien expérientiel à directivité informative qui accompagne et suit l'entretien tissulaire en précisant que cet entretien servira de support au recueil des données.

Deuxième partie

Cette section de notre mémoire sera consacrée à la description de notre posture épistémologique et de notre méthodologie de recherche. Nous développerons le choix de notre posture de **praticien-chercheur** (Kohn, 1986) qui traverse toutes les étapes de notre recherche. Afin de préserver une distance avec les données, malgré une posture impliquée, nous adopterons une **méthodologie générale d'inspiration phénoménologique** (Husserl 1965 ; Boyd, 2001; Depraz, 1999 ; Moustakas 1994).

C'est à travers une posture **compréhensive** et **interprétative** (Dilthey, 1947, 1988, 1992 ; Weber 1968) au sein d'une **démarche herméneutique**, que nous questionnerons les expériences internes vécues par les étudiants (Dilthey, 1992 ; Paillé, 1997).

Notre posture de praticien-chercheur s'associe à une **démarche heuristique** (Craig, 1978 ; Douglas et Moustakas, 1985 ; Moustakas, 1990).

Troisième partie

Cette dernière partie sera réservée à l'analyse et à l'interprétation des données recueillies dans les **trois entretiens** menés avec des patients traités en cabinet de fasciathérapie. Dans un premier temps, nous réaliserons une **analyse classificatoire** des données recueillies dans les entretiens, puis nous réaliserons une **analyse phénoménologique cas par cas** suivie d'une **analyse herméneutique transversale**.

Nous ferons ensuite une **synthèse des résultats de recherche et une conclusion** à partir de laquelle, nous engagerons une **discussion théorique** en nous appuyant sur la production de connaissances qui aura émergé de notre recherche.

Enfin, nous présenterons nos **perspectives** quant aux prolongements et applications possibles de ce mémoire.

PREMIÈRE PARTIE

CHAMP THÉORIQUE ET PRATIQUE

CHAPITRE 1

PROBLEMATIQUE

La pratique des thérapies manuelles (kinésithérapie, ostéopathie, chiropraxie) vise, pour la plupart, le rétablissement de la fonction par le toucher manuel : certaines approches sont dites plutôt « structurelles », d'autres plutôt « fluidiques » voire « sensorielles ». Certaines agissent sur le corps, d'autres au contraire écoutent le corps. La fasciathérapie, à travers le toucher psychotonique, écoute le corps et la personne sans les séparer.

La fasciathérapie mérite son appellation de « thérapie manuelle centrée sur la personne » parce qu'elle s'appuie sur le toucher psychotonique pour construire sa relation d'aide à la personne. Cette forme de relation d'aide manuelle répond à la demande du corps. En privilégiant le psychotonus comme mode de communication, la fasciathérapie s'adresse à la globalité « corps-psychisme » de la personne. Le corps n'est alors plus seulement envisagé comme l'objet qui marque la séparation entre patient et thérapeute mais comme le médiateur privilégié de la rencontre entre deux personnes. Dans ce toucher unifiant, s'installe une réciprocité dans laquelle le patient et le praticien se rencontrent dans une relation profondément humaine, en amont de l'affectivité et de l'émotion. Le patient peut alors faire l'expérience de lui-même dans un climat de confiance, d'écoute et de respect.

1.1. Pertinence personnelle

Comme je l'ai ébauché en introduction, je viens du monde de la thérapie manuelle et du soin du corps. Ma formation de masseur-kinésithérapeute m'a conduit à centrer mon intervention sur les symptômes dont souffre le patient et plus particulièrement à analyser et à comprendre les symptômes douloureux. Dans cette démarche clinique rigoureuse et

rationnelle, je n'ai pas été formé à écouter la plainte de mes patients : j'étais formé à entendre et à analyser le vécu objectif de la douleur. Mon rôle commençait et s'arrêtait au moment où le patient me disait où, avec quelle intensité et quand il avait mal. Je ne laissais que peu de place à l'expression de ce que ressentait le patient, à ce qu'il vivait intérieurement, pensant qu'il s'agissait là du domaine de la psychologie.

Je pense aujourd'hui que je n'écoutais alors que la partie superficielle de la problématique, que la partie apparente de la douleur. Je comprends également aujourd'hui que de nombreuses douleurs rebelles, de nombreux échecs thérapeutiques étaient en partie dus à cette absence d'écoute du vécu du patient. Je reconnais pourtant que ma pratique d'une kinésithérapie individualisée me permettait l'installation d'une certaine proximité avec le patient, facilitant la confiance et la confiance : il m'arrivait même parfois de susciter la verbalisation de plaintes et de souffrances, mais, dans ce cas, je n'avais que peu d'éléments pour aider la personne. J'ai développé avec le temps et l'expérience ma capacité à « écouter » le patient, mais je n'étais pas formé à l'aider à comprendre son symptôme et à le comprendre dans ce symptôme. Je constatais donc, dans mon métier, quelques incohérences et je sentais naître en moi une envie de développer une approche plus globale du patient.

Pour toutes ces raisons, j'ai fait le choix de suivre une formation universitaire qui place la relation d'aide au cœur de la pédagogie du soin. Ainsi, ma formation universitaire de psychopédagogue curatif (Master 1) m'a formé à la relation d'aide psychologique. L'écoute, l'analyse et la compréhension des pensées, des vécus et des sentiments est au centre de la prise en charge thérapeutique. La douleur et la souffrance y sont ici entrevues comme un langage : l'expression d'une souffrance intérieure. J'ai pris conscience que les dimensions affective, émotionnelle et cognitive de la personne ont une réelle influence sur l'intensité de la perception douloureuse. Il me semblait alors qu'une approche globale de la personne qui souffre de douleur physique ne peut se priver d'une approche compréhensive des pensées, des sentiments et des réflexions qui accompagnent la souffrance. Cependant, cette pratique ne prend pas suffisamment en compte le corps : nous sommes formés à l'écoute verbale mais pas à l'écoute du corps.

Ma pratique de fasciathérapeute m'a permis de découvrir l'« écoute » du corps sensible et de faire le lien entre deux approches différentes du soin l'une corporelle, l'autre psychologique. À travers le toucher manuel, je me suis rapidement rendu compte que grâce au toucher de relation, je découvrais une forme de communication silencieuse, profonde et authentique avec le patient. Il me semblait alors que je touchais non seulement la profondeur

de son corps mais que j'accédais également à la profondeur de la personne. La rencontre avec cette intériorité mouvante et émouvante me fit comprendre combien au centre de la personne se cache une force interne, une dynamique, une tendance « positive » qui veut se développer au sein de la matière du corps. Suivre ce mouvement interne de la personne devint ma manière d'entrer en relation et de communiquer avec la partie du patient qui veut s'exprimer. Ainsi se dessinait pour moi, une nouvelle manière de traiter mes patients : il s'agissait de suivre cette force interne, de lui faire confiance et de l'aider à se déployer, à croître dans le sens de sa propre direction. Me sentant alors totalement et pleinement à l'écoute du patient, ressentant cette force directionnelle interne, je me découvrais une confiance totale dans cette dimension organique de la personne.

Cette notion de mouvement interne est développée dans la thèse de doctorat de D. Bois qui la définit comme « *principe de renouvellement, vécu par le sujet sous la forme d'un processus intime de changement qui touche d'abord le rapport à son corps pour s'étendre ensuite plus largement au rapport à soi et au monde.* » (Bois, 2007, p. 73) Je pus également constater combien cette forme de dialogue et d'entretien tissulaire changeait ma perception et ma relation avec le patient. L'efficacité du traitement sur le soulagement du symptôme était majorée et plus encore, la personne était changée, différente : un véritable changement de la personne s'était produit pendant le traitement. Je me mis alors à comprendre que le traitement manuel pouvait véritablement devenir une forme de relation d'aide à la personne. Je commençais à comprendre que la relation d'aide était une thérapie, qu'elle était au cœur du processus de transformation de ma personne et de la personnalité du patient et je me surpris à mieux saisir le sens profondément thérapeutique que C. Rogers attribuait à la relation d'aide : « *Il est sûr que ce genre de thérapeutique n'est pas une préparation à une transformation ; elle est une transformation* » (Rogers, 2005, p. 44). Le contact direct avec cette présence mouvante de l'organisme me modifiait et modifiait ma relation avec le patient.

Même si l'approche de la douleur n'est pas l'objet de ma recherche, je dois avouer que la compréhension du rapport du patient à sa douleur m'a ouvert la voie à une forme de prise en charge thérapeutique de la personne incluant une dimension humaine. Aujourd'hui, ce projet de recherche, doit me permettre de mieux comprendre cette forme de relation d'aide à médiation manuelle et à caractère humaniste. Je souhaite mieux comprendre comment le toucher manuel peut devenir un mode de communication directe avec la force interne de la personne et devenir ainsi un mode privilégié d'écoute, de présence et d'attention à la personne toute entière.

1.2. Pertinence professionnelle

Depuis 1990, je forme, au sein d'une structure privée : l'École Supérieure de Fasciathérapie-Somatologie (E.S.F.S.), une population de kinésithérapeutes à la fasciathérapie. L'École Supérieure de Fasciathérapie-Somatologie bénéficie d'un partenariat avec l'Université Moderne de Lisbonne sous la forme d'un diplôme universitaire (cursus universitaire libre).

La fasciathérapie profite aujourd'hui des travaux de recherche menés au sein du département de Psychopédagogie perceptive et du Centre d'Étude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive (C.E.R.A.P.) dirigé par D. Bois, professeur à l'université Moderne de Lisbonne. En tant que coordinateur pédagogique de l'E.S.F.S. et chercheur du CERAP, il m'a semblé nécessaire d'introduire au sein de la fasciathérapie ces données nouvelles issues de la recherche afin d'offrir aux étudiants en fasciathérapie une approche de plus en plus globale et complète de la personne et du patient.

Je dois reconnaître que l'introduction de la relation d'aide dans la formation de fasciathérapie constitue une avancée remarquable dans la prise en charge et l'accompagnement des patients. L'introduction de la relation d'aide manuelle dans la formation de fasciathérapie nous permet de proposer aux kinésithérapeutes d'associer dans leur prise en charge thérapeutique une démarche clinique (prise en compte du symptôme) et une démarche compréhensive (prise en compte du vécu corporel du patient). Je souhaite que cette recherche sur la relation d'aide apporte aux praticiens un outil pour améliorer la qualité humaine du soin. Si j'écoute la grande majorité des étudiants en formation de fasciathérapie, cette formation à la relation d'aide par le toucher manuel semble correspondre à une certaine attente : les kinésithérapeutes qui se forment à la fasciathérapie cherchent à améliorer la qualité de leur main, de leur toucher et à développer une approche plus complète de leur patient.

Cette recherche me permettra peut-être de mieux accompagner la conversion des mentalités du kinésithérapeute dans sa manière de concevoir le soin. En effet, la formation en relation d'aide demande de changer sa manière de concevoir le soin, de s'impliquer dans le soin et cela demande un profond remaniement de la situation de soin. Le plus souvent les fasciathérapeutes-kinésithérapeutes appliquent cette approche dans le cadre de la prescription

médicale, mais certains d'entre eux qui deviennent experts en fasciathérapie font de cette discipline un soin à part entière.

Cette recherche me permettra également d'élaborer un cadre théorique qui rend compte des liens entre toucher psychotonique et relation d'aide psychologique et qui viendra nourrir ma manière d'enseigner la relation d'aide. Cette construction théorique apportera, je le souhaite un soutien théorique et une solidité conceptuelle qui facilitera la compréhension et l'application d'une pratique et d'un savoir-faire qui se développe principalement par la mise en situation expérientielle. En articulant des champs de la connaissance qui restent souvent éloignés du fait de la séparation des pratiques de soin (kinésithérapie, médecine, psychologie), cela me permettra de proposer une offre de formation plus complète en amenant les praticiens vers une compréhension et une approche plus globale et plus unifiée de la personne.

1.3. Pertinence sociale

La fasciathérapie est une thérapie manuelle fondée dans les années 1980 par le Pr. D. Bois. Elle est reconnue aujourd'hui en France, par les organismes officiels de la kinésithérapie comme « formation continue en kinésithérapie ». Elle est classée parmi les « thérapies manuelles et techniques ostéopathiques » et les « techniques de rééducation posturale et globale ».

L'École Supérieure de Fasciathérapie-Somatologie, à travers la société Point d'Appui, est un organisme de formation continue en kinésithérapie. Cette école est également membre de la Charte de Qualité des Organismes de Formation Continue en Kinésithérapie, organisme qui supervise la qualité de l'enseignement, la nature, le contenu et l'adéquation de cet enseignement avec le métier de kinésithérapeute. La fasciathérapie fait donc actuellement partie intégrante du paysage de la formation continue en kinésithérapie. Elle est même parfois introduite dans la formation initiale, puisque certains des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie (I.F.M.K.) proposent aux élèves kinésithérapeutes des initiations dans le cadre de rencontres avec la kinésithérapie libérale et la formation continue. Je note aussi que l'École Supérieure de Fasciathérapie-Somatologie est sollicitée par des élèves en kinésithérapie qui souhaitent introduire la fasciathérapie dans leur mémoire de fin d'études.

De leur côté, les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes sont regroupés en association (Association Nationale des Kinésithérapeutes-Fasciathérapeutes) dont le but est de promouvoir et de favoriser la pratique de la fasciathérapie dans le respect des cadres juridiques et éthiques de la kinésithérapie. Les relations entre kinésithérapie et fasciathérapie sont donc très naturelles et logiques et ma recherche ne peut se faire qu'en tenant compte de cette filiation. La grande majorité des fasciathérapeute-somatologues appliquent cette méthode dans le cadre très régulé de la masso-kinésithérapie : 84% des fasciathérapeutes pratiquent leur art dans le cadre conventionnel de la kinésithérapie (statistiques Association Nationale des Kinésithérapeutes-Fasciathérapeutes, 2004).

En tant que responsable d'une structure de formation continue en kinésithérapie (E.S.F.S.), en tant que praticien et chercheur, à la fois kinésithérapeute, fasciathérapeute et psychopédagogue, je souhaite que cette recherche participe à socialiser l'aspect relationnel proposé par la fasciathérapie dans le cursus initial de la kinésithérapie et sensibilise les acteurs sociaux et institutionnels qui gravitent autour du monde de la kinésithérapie.

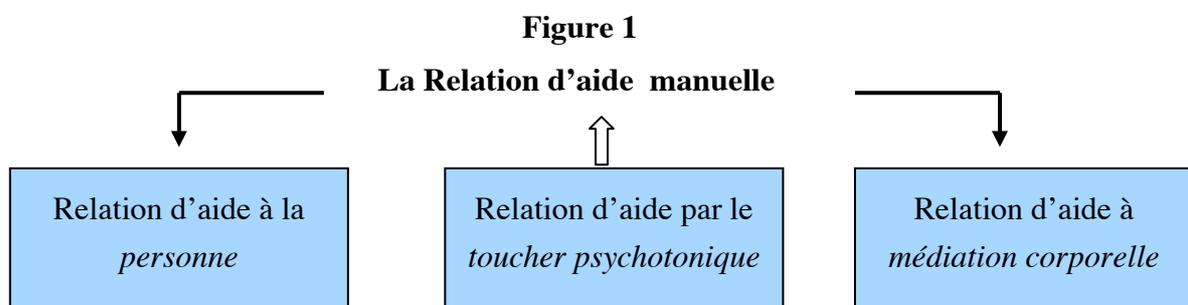
Une grande majorité des kinésithérapeutes attendent l'ouverture vers l'acquisition de telles compétences. Je souhaite que cette recherche participe à une réflexion sur l'opportunité de créer une spécialité en « relation d'aide manuelle », spécialité qui devrait trouver ses champs d'application, ses principes fondateurs et ses modalités d'application pratique. Cette approche pourrait devenir une véritable compétence du kinésithérapeute à plus ou moins long terme. Je pense qu'à travers la création de cette formation à la relation d'aide manuelle, la kinésithérapie serait en phase avec la tendance actuelle de la santé qui tend vers, une prise en charge, de plus en plus, globale et entière de la personne. Une grande majorité de kinésithérapeutes, comme de nombreux soignants, ressentent profondément ce manque de formation à l'approche de la personne. Il est donc devenu nécessaire de s'intéresser autant au patient qu'à son symptôme. Si l'on voulait tenter de définir schématiquement le changement nécessaire pour accorder à la dimension clinique du soin une dimension de relation d'aide, nous serions tenté de dire que le but ne serait plus seulement de résoudre les symptômes, mais de se mettre à l'écoute du patient, de le comprendre.

1.4. Pertinence scientifique

Si le tonus est abordé en kinésithérapie, c'est le plus souvent en tant qu'activité physiologique, pour son rôle dans le maintien de la posture et de l'équilibre, ainsi que dans la gestion et la coordination du mouvement. Cette activité qui sous-tend tous les mouvements et tous les gestes est réputée pour être non consciente et automatisée. On reconnaît cependant que cette activité tonique exprime une forme d'intelligence du corps. Dans cette recherche, nous voudrions montrer que le tonus est au centre de la relation thérapeutique et que le toucher psychotonique est un instrument pratique à partir duquel le thérapeute manuel peut construire une relation d'aide à la personne.

Cette recherche sur le tonus et son rôle dans la relation d'aide nous conduira à développer des aspects de la « fonction tonique » qui sont peu ou pas suffisamment développés dans la kinésithérapie. Le premier aspect que nous souhaitons approfondir est la notion de « psychotonus » comme support à la relation d'aide.

Le tonus est également abordé en psychologie sous une autre forme et plus particulièrement comme un mode de communication non-verbale : « (...) *La fonction tonique se situe au cœur de ce vaste carrefour psychophysiologique et sous-tend toutes les formes de communication possibles* » (Lemaire, 1964, p. 45). Le psychotonus nous permet également d'envisager une relation thérapeutique basée sur un « corps à corps » : le tonus fait du corps objet, un corps de relation. Avec le tonus, s'installe un dialogue tonique entre le patient et le thérapeute. Cette notion de « dialogue tonique » a été développée par H. Wallon et J. de Ajuriaguerra. Dans cette recherche, nous serons donc amené à envisager le toucher psychotonique comme un toucher de relation.



Notre relation d'aide à partir du toucher psychotonique nous permet de construire notre relation d'aide « manuelle » et d'en percevoir les contours : une relation d'aide à la

personne qui se construit sur la base d'une relation d'aide à médiation corporelle.

En étudiant le toucher psychotonique, nous sommes conscients que nous modifions le paradigme de la kinésithérapie. Si la fasciathérapie comme l'ostéopathie sont considérées comme des disciplines qui mobilisent les forces d'autorégulation du corps, cette recherche sur le toucher psychotonique nous conduira à modifier notre regard sur le toucher et à comprendre le lien entre le toucher manuel, le tonus et le psychisme.

Dans cette perspective, notre étude nous conduira à préciser comment l'expérience du corps peut devenir expérience formatrice et transformatrice. Tout en nous approchant de la psychologie humaniste et plus particulièrement des notions d'« *expérience organismique*¹ » de C. Rogers et d'« *expérience sensible immédiate* » de E. Gendlin, nous serons amené à définir la notion d'« *expérience extraquotidienne* » de D. Bois, expérience que la personne est amenée à vivre sous les mains du fasciathérapeute.

Enfin, il nous apparaît important de préciser que mener une étude à propos des vécus subjectifs instaurés dans une relation d'aide manuelle constitue un défi scientifique dans la mesure où il s'agit de comprendre comment un toucher manuel déclenche des contenus de vécus en construisant une méthodologie de recherche qui soit en adéquation avec notre question de recherche.

1.5. Question de recherche

Cette recherche sur le toucher manuel, le tonus et le psychisme tentera de comprendre s'il est possible de développer une relation d'aide psychologique adaptée à une population de masseurs kinésithérapeutes. Dans cette perspective, nous serons conduit à engager une démarche compréhensive sur la pertinence d'utiliser le toucher psychotonique dans la relation d'aide. Sur les bases de données recueillies dans des entretiens auprès de trois patients, probablement serons-nous à même de préciser les spécificités de la nature de la relation d'aide mise à l'œuvre dans le toucher psychotonique. C'est pourquoi notre question de recherche est la suivante : « *Peut-on identifier la nature de la relation d'aide sollicitée par le toucher psychotonique et ses impacts sur la relation à soi du patient ?* ».

¹ Notion qui renvoie à une conception de l'individu comme totalité psycho-physique, interagissant comme un tout avec son environnement

1.6. Objectifs de recherche

Dans la mesure où nous avons adopté une posture heuristique et une démarche compréhensive et interprétative d'inspiration phénoménologique, nos objectifs sont naturellement orientés vers une démarche compréhensive et non vers une démarche de preuve et de vérification.

Nous souhaitons que cette recherche nous permette :

- D'articuler sur le plan théorique et pratique les liens entre le toucher psychotonique et la relation d'aide dans le champ particulier de l'accompagnement des patients ;
- D'identifier la nature spécifique de relation d'aide sollicitée par le toucher psychotonique et ses impacts sur la relation à soi ;
- D'élaborer un modèle de relation d'aide manuelle applicable dans le champ de compétence du kinésithérapeute.

CHAPITRE 2

CADRE THEORIQUE

Nous construirons notre cadre théorique en mettant tout d'abord l'accent sur l'importance de la relation d'aide dans le contexte de la kinésithérapie. Nous donnerons ensuite quelques repères théoriques sur la notion de psychotonus, et le lien entre le corps et le psychisme pour aborder la place du tonus dans la relation d'aide manuelle. Puis nous développerons les six piliers de la relation d'aide manuelle psychotonique en fasciathérapie. Enfin nous présenterons le cadre théorique de la spirale processuelle du rapport au sensible à travers laquelle nous aborderons les contenus de vécus qui se donnent dans la relation d'aide manuelle psychotonique.

2.1. L'importance de la relation d'aide dans le contexte de la kinésithérapie

Dans le contexte de la kinésithérapie, la relation en tant qu'aide thérapeutique, ne nous semble pas suffisamment développée. En effet, la relation d'aide de façon générale est réservée au domaine de la psychothérapie et n'entre pas nécessairement dans la compétence du kinésithérapeute. L'un des enjeux de notre travail est d'introduire une réflexion et un cadre théorique qui envisage la relation d'aide dans le contexte de la kinésithérapie en respectant le champ de compétence du kinésithérapeute et sans empiéter sur le domaine de la psychothérapie. Tout au long de notre argumentation théorique, nous ne perdrons pas de vue cette visée, c'est pourquoi nous circonscrivons notre réflexion théorique au seul domaine de la relation d'aide manuelle en nous appuyant sur l'aspect relationnel de la fasciathérapie.

2.1.1. Un renversement de la manière de toucher

Même si, C. Rogers, psychologue humaniste et fondateur de l'Approche Centrée sur la Personne², ne s'appuie pas sur la relation au corps sensible pour instaurer une relation d'aide, on lui doit d'avoir abordé la question de la relation entre le praticien et le patient dans le processus thérapeutique, et, d'avoir insisté sur l'importance d'installer un climat de confiance dans la relation thérapeutique afin d'améliorer la qualité et l'efficacité du soin : « *La rencontre chaleureuse, subjective et humaine, de deux personnes est plus efficace pour amener un changement que ne peut l'être le système le plus perfectionné* » (Rogers, 1971, p. 98). Pour C. Rogers, c'est l'attitude du praticien qui détermine en grande partie le déroulement du processus thérapeutique et l'efficacité de cette thérapie : les qualités nécessaires et suffisantes à la création d'un climat de confiance sont la congruence, l'empathie et la considération inconditionnelle envers son patient. Le praticien parvient par sa manière d'être à créer un climat de confiance propice au déroulement fluide et coopératif du soin. La relation d'aide n'est pas une technique de plus, une nouvelle forme de thérapie : « *Ce n'est pas une nouvelle thérapie mais une nouvelle façon de l'envisager, ce n'est pas un système de nouvelles techniques mais, le souci d'établir la base de toutes les techniques, une meilleure compréhension de l'homme et de son expérience* » (May, 1971, p. 17).

Cependant, quand il s'agit de « penser » la relation d'aide en kinésithérapie, on ne peut s'empêcher de faire le lien entre relation d'aide et toucher de relation pour tenter de définir une « relation d'aide manuelle ». Dans la relation d'aide, le toucher a une place à part entière et ceci plus particulièrement dans les pratiques qui utilisent le toucher comme un mode de communication non-verbale. Le toucher constitue une des formes de communication et participe à rendre la présence et l'écoute plus complète, plus profonde et plus tangible. Le toucher est donc une manière de faire sentir à la personne qu'on la respecte, qu'on est présent à elle. Certaines approches de massage ont développé le toucher pour faciliter la rencontre et créer un lien avec la personne qui souffre :

*Le toucher prend ici tout son sens, comme moyen privilégié de rencontre, et c'est la relation établie qui le rend si important. En **rapprochant le soignant du soigné**, le toucher-massage permet une meilleure perception et connaissance de l'autre, une meilleure écoute et améliore en profondeur la qualité des soins.* (Bonneton-Tabariés, Lambert-Libert, 2006, p.93).

² Approche qui met l'accent sur la personne, qui favorise son développement, sa croissance et son actualisation : la personne est au centre de la thérapie et le praticien par son attitude favorise le processus de transformation de la personne

La fasciathérapie, s'inscrit pleinement dans cette démarche de « relation d'aide manuelle ». La formation de fasciathérapie consacre un large volet à l'apprentissage d'un toucher de relation appelé « toucher psychotonique ». Ce toucher psychotonique constitue le cœur de la relation d'aide manuelle psychotonique. C'est dans ce contexte que nous avons été amené à préciser les liens entre tonus et relation d'aide car dans le champ de la kinésithérapie, le tonus n'est pas envisagé comme un support de la communication non-verbale. Nous avons ainsi été amené à faire une différence entre deux notions : celle de tonus qui renvoie à une dimension exclusivement physiologique de l'activité tonique et celle de psychotonus qui prend en compte la dimension psychophysiologique de la fonction tonique. Une recherche sur le toucher psychotonique et sa place dans la relation d'aide nous entraîne bien évidemment vers l'exploration de ce psychotonus et nous laisse entrevoir une possibilité de toucher l'articulation entre le psychique et le somatique et la relation entre patient et thérapeute.

L'approche compréhensive³, tirée de l'approche phénoménologique en psychologie (Rogers, Allport, Giorgi, May) fait partie intégrante de la relation d'aide : elle rend compte de cette posture intérieure, de cette attitude dans la thérapie qui consiste à « épouser » le point de vue du patient afin d'en comprendre la réalité. Il s'agit donc dans une perspective « existentialiste », de « *se concentrer sur la personne existante* », de « *mettre l'accent sur l'être humain dans son apparition et son devenir* » (May, 1971, p. 14).

La relation d'aide permet donc de concevoir une relation thérapeutique plus pleine et plus complète en associant à la dimension clinique, essentielle à toute action curative, une dimension subjective ou compréhensive qui va tenir compte du ressenti et du vécu expérientiel du patient. Dans cette perspective, l'approche compréhensive doit venir compléter, améliorer et rendre plus efficace le soin de kinésithérapie.

En tant que thérapie manuelle, nous verrons que la fasciathérapie s'inscrit pleinement dans cette dynamique et dans cette **orientation du soin centré sur la personne**. Cependant, elle se distingue des différentes approches de relation d'aide psychologique parce qu'elle place le toucher psychotonique au cœur de la relation d'aide : le toucher psychotonique nous paraît être un support et un moyen privilégiés pour construire notre concept de « relation d'aide manuelle ». **Entrevu ainsi, le toucher psychotonique devient un lieu d'échange et de communication non-verbale et ne se limite plus à son action sur la régulation de la tension musculaire et tonique.**

³ L'approche compréhensive évoquée ici caractérise l'exercice de la relation thérapeutique. Il ne faut pas la confondre avec le paradigme compréhensif qui concerne l'exercice de la recherche

2.1.2. Une conversion de la mentalité du kinésithérapeute

Une des spécificités du métier de kinésithérapeute est de soulager la douleur : « *Les symptômes douloureux, parce qu'ils constituent parfois une enclave d'impuissance médicale traitée avec succès par les MK, apparaissent comme un épisode appartenant en propre à ces praticiens.* » (Olry, Lang, Froissard-Monet, 2005, p. 82). La douleur envahit donc le champ de la relation de soin et installe un rapport singulier entre le patient et le masseur kinésithérapeute avec comme exigence un soulagement de la douleur. Pour soulager la douleur, en kinésithérapie, la vision classique est essentiellement clinique car cette douleur est envisagée comme la manifestation d'un trouble physiologique et d'un désordre fonctionnel. Cette approche clinique est indispensable car elle permet le plus souvent d'éliminer la cause de cette douleur.

Nous sommes conscient que la pratique de la kinésithérapie et celle des thérapies manuelles qui privilégient exclusivement la recherche clinique⁴ n'échappent pas à certaines critiques plus particulièrement parce que ces pratiques ont tendance à créer une distance entre le patient et le thérapeute. Le toucher manuel est le plus souvent utilisé comme un geste technique qui maintient une distance avec le patient. La centration sur le symptôme peut avoir comme effet d'éloigner le patient du processus thérapeutique, en l'isolant de la compréhension de son symptôme :

Quand l'origine est psychique, avoir pour projet d'enlever ce symptôme, revient involontairement à éloigner le patient de lui-même. Cela revient à un déni de ce qu'il a besoin que nous comprenions ou de ce qu'il a besoin lui-même de comprendre en lui. (Tournebise, 2004).

Cette conception exclusivement clinique du soin peut ne pas être adaptée à certains patients qui ont alors le sentiment d'être réduits à un symptôme et de recevoir un soin dépersonnalisé et déshumanisé.

Le kinésithérapeute, à travers la douleur, est également très souvent confronté à la dimension de la plainte. La douleur est alors utilisée comme un langage. Dire que l'on a mal constitue une forme d'expression de ce que le patient ne peut pas ou n'ose pas dire, c'est une manière de demander de l'aide, d'exprimer sa souffrance : « *Cela représente (...) une manière de se faire entendre par des soignants qui ne sont pas toujours prêts à entendre les*

⁴ La recherche clinique est entrevue ici dans son aspect médical traditionnel et ne s'inscrit pas dans la démarche de recherche clinique de recherche développée dans les sciences de l'éducation.

phénomènes affectifs » (Allaz, 2004, p. 70). Or, si toute plainte non dite entretient la souffrance physique, toute plainte non entendue est également source de douleur : « *Au moins elle est entendue, au plus elle fait mal. Les grandes douleurs deviendraient-elles muettes lorsque les intervenants de santé sont sourds ?* » (Dousse, 2004, p. 123). Dans ces conditions, on comprend que la démarche clinique n'est pas adaptée à l'écoute de ce qu'éprouve et ressent le patient.

Enfin, le kinésithérapeute est souvent mis en échec face à des douleurs de nature « psychologique » (douleurs psychogènes, douleurs psychosomatiques, douleurs somatoformes) :

Nombre de douleurs, - le plus grand nombre pour le clinicien non spécialisé – apparaissent sans la moindre anomalie matérialisable, ni en la région douloureuse, ni dans les centres nerveux. Telles sont la plupart des céphalées, migraines, névralgies trigéminales fonctionnelles, de nombreuses algies pelviennes ou épigastriques, les lombalgies sine materia. (Quarti et Renaud, 1972, p. 118).

La démarche clinique ne semble pas être adaptée à la prise en charge de cette forme de douleur car elle ne permet pas d'aider le patient à comprendre le sens de sa douleur : « *Les liens entre ce que le patient nomme douleur et ce qui est de sa propre souffrance ne sont que rarement perçus* » (Dousse, 2004, p. 124).

À partir de ces trois formes de douleur, il nous semble clair qu'une démarche compréhensive a toute sa place dans la prise en charge kinésithérapique de la douleur. Il nous apparaît également évident que la recherche clinique qui s'adresse au symptôme en voulant garder une distance et une neutralité bienveillantes peut créer une distance entre le patient et le praticien, entre le patient et sa douleur et entre le patient et lui-même. On comprend alors mieux que la manière dont le praticien construit sa relation thérapeutique participe à définir la distance thérapeutique : « *C'est pourquoi la distance thérapeutique entretient avec la douleur (manifestation de tension somatique) un rapport étroit.* » (Olry, Lang, Froissart-Monet, 2005, p. 73).

2.2. Les enjeux du tonus dans la relation d'aide

Dans une relation d'aide à la personne qui souffre de douleurs physiques, il convient non seulement d'aborder le versant physiologique de la douleur mais également le versant psychologique de cette douleur afin de ne pas seulement s'adresser à la sensation douloureuse mais au vécu de cette douleur.

Si la kinésithérapie envisage la douleur comme une tension physique, il ne faut pas oublier que cette tension physique correspond à une tension psychique. En effet, la tension est un état mixte physique et psychique qu'il est impossible de séparer : « (...) *la tension est un état psychophysique* » (de Ajuriaguerra in Lemaire, 1964, p. 7). Cette tension intérieure participe pleinement au vécu expérientiel de la douleur. L'intensité de la douleur, sa valeur subjective et son vécu sont intimement liées à l'état de tension de la fonction tonique :

Ce fond et ces réactions définissent « un état tensionnel », c'est-à-dire un état ou une expérience psychophysique pénible, son « mal-être », vécu par le sujet dans son corps à la fois comme organe moteur, support des activités pratiques et comme communication gestuelle et verbale, bref comme fonction tonique. (Bernard, 1995, p. 66).

Le tonus est une des voies de communication entre le corps et le psychisme. Il nous aide à mieux comprendre comment se produisent les relations entre douleur et souffrance.

Pour comprendre l'importance du travail tonique dans la relation d'aide, nous dégagerons quatre enjeux du tonus, rencontrés dans la littérature : lieu d'expression de la douleur, lieu de relation, lieu d'expression psycho-affective et force de régulation psychique selon le modèle de D. Bois.

2.2.1. Le tonus comme lieu d'expression de la douleur

À travers la dimension objective du tonus (contractures, fixités, dureté, rigidité), il nous paraît ainsi possible de pénétrer la dimension subjective de la fonction tonique (vécus corporels psychotoniques). Le tonus semble être une voie d'accès à la dimension subjective et à la psychologie de la personne. L'architecture tonique est le reflet de l'architecture psychique d'une personne (le tonus et sa tension sont l'expression des émotions, des sentiments, de l'histoire et du caractère de la personne). De nombreux auteurs et de nombreuses pratiques

ont insisté sur la nécessité d'un apprentissage conscient de la régulation tonique dans le but de soigner des symptômes physiques et des douleurs psychosomatiques ou psychogènes ou dans le but d'apaiser l'activité et la tension mentale. La kinésithérapie, de son côté, s'est orientée vers des méthodes passives (massage, rééducation) ou actives (relaxation) favorisant le relâchement de la tension tonique. Ces techniques peuvent ainsi diminuer la tension physique et psychique et agir sur la douleur. Les patients, de leur côté, sont capables de sentir un relâchement, une détente, une diminution de la douleur.

Cependant, ces techniques qui visent la détente et le relâchement musculaire ne prennent pas en compte l'aspect psychologique du tonus. On doit à J. de Ajuriaguerra d'avoir introduit la psychothérapie dans la relaxation. Le but n'est plus alors de se relaxer mais d'analyser les résistances qui apparaissent au cours de la relaxation :

*La cure de relaxation, (...), peut avoir une efficacité physiologique, mais ses **difficultés de réalisation** peuvent être utilisées thérapeutiquement et doivent être analysées elles-mêmes pour permettre au patient la **prise de conscience** de ses réactions inadaptées, liées elles-mêmes en partie à son mode pathologique de relation à autrui. (Lemaire, 1964, p. 30).*

C'est dans la prise de conscience des tensions et des difficultés de contrôle de ces tensions que peut commencer l'aspect psychothérapique de la rééducation tonique. À travers l'analyse et la compréhension des réactions toniques, il était possible, pour lui, de s'adresser à « *l'inconscient du malade ou plus précisément aux attitudes, représentations, symbolisations inconscientes « enkystées » dans son symptôme tonique* » (Bernard, 1995, p. 70).

2.2.2. Le tonus comme lieu de relation

Pour cette raison, nous préférons parler de « fonction tonique » plutôt que de tonus :

*Le tonus est un **phénomène nerveux** complexe qui est la trame de tous les mouvements, il s'investit à tous les niveaux de la **personnalité psychomotrice**, il participe à toutes les fonctions motrices, est le véhicule de l'expression des émotions. Il est le support essentiel de la communication infraverbale, du langage corporel, il est enfin un critère de définition de la personnalité. (Collinet, 2000, p. 130).*

Cette description simple et résumée de la fonction tonique nous permet de comprendre comment le tonus est impliqué dans toute la vie de relation de la personne et comment il peut nous mettre en relation avec la personnalité toute entière.

Il est important de comprendre que le toucher psychotonique s'appuie sur cet aspect relationnel du tonus : nous verrons dans la partie pratique comment nous pouvons créer les conditions d'accès à cet aspect relationnel du tonus. Rappelons tout de même qu'à travers le tonus de relation, nous nous situons dans une relation corporelle, non-verbale, le plus souvent pré ou non consciente et non-réfléchie. La conscientisation de ce tonus de relation doit nous aider à explorer les aspects cachés et profonds de la relation d'aide.

Pour H. Wallon et J. de Ajuriaguerra, à l'origine du terme « dialogue tonique », il est clair que le tonus de relation modifie le statut du corps : de corps objet, le corps devient sujet ou *corps propre*. Le tonus fait donc du corps anatomique, un corps qui sent, qui perçoit et qui s'exprime. Ce corps « vivant » fait du corps un corps humain. J. de Ajuriaguerra avait bien saisi toute l'importance d'introduire le « corps tonique » dans la démarche psychothérapique : « *L'introduction du **corps dans la relation**, donne à la personnalité un pesant qui lui rend toute son humanité* » (de Ajuriaguerra, in Lemaire, 1964, p. 7).

Le tonus est ainsi, partie prenante de la relation et se retrouve au cœur de la relation thérapeutique par la présence d'un « dialogue tonique » (Wallon et de Ajuriaguerra). Ce mode de communication corporel, non-verbal, qui se construit pendant l'enfance, persiste chez l'adulte, participant pleinement et de façon non-consciente à tous les modes de communication : (...) *Moi et l'Autre nous sommes un, habillés de peau et palpitant de muscles, surface et profondeur, corps qui questionne et corps qui répond. Nous sommes reflet de notre double... Moi l'autre... l'alter et l'ego.* » (de Ajuriaguerra, cité par Roux, 2000, p. 11). Ainsi, la perception du climat de la relation thérapeutique se fait sur la base du « dialogue tonique ». D'une manière le plus souvent inconsciente, le patient et le thérapeute font appel à cette dimension tonique pour apprécier et juger la situation. La manière dont le patient et le thérapeute se perçoivent dépend alors en grande partie des informations corporelles délivrées par le jeu des modulations et des réactions toniques.

On comprend dès lors l'intérêt pour le praticien de considérer le tonus comme lieu de relation : le praticien écoute la qualité de la réaction tonique. Il s'en sert à la fois pour construire une proximité avec le patient et une distance thérapeutique respectueuse : « (...) *le dialogue tonique se fait sous le double aspect de l'identification et de la distanciation* » (de Ajuriaguerra, in Lemaire, 1964, p. 7). Le dialogue tonique permet de se différencier d'autrui tout en restant présent à soi-même. Le tonus est un indicateur fiable qui permet d'écouter et d'être attentif à la qualité de la relation thérapeutique. On peut dire qu'à travers le tonus, le corps ne ment pas, il nous indique par la réaction tonique si notre toucher est juste, adapté à la

personne et accepté par la personne.

Pour G. Alexander, fondatrice de l'eutonie⁵, le tonus est réellement la voie privilégiée de communication authentique. La capacité de sentir autrui, de s'adapter à lui, de le rencontrer et de le connaître passe par la modulation tonique : « *La possibilité de s'adapter à une personne de tempérament différent du nôtre ou de "sentir" quelqu'un d'autre passe par cette possibilité d'adaptation tonique.* » (Alexander, cité par Hemsy de Gainza, 1997, p. 62). Cette forme d'adaptation tonique interne implique que dans la relation thérapeutique, le praticien laisse son propre tonus s'accorder au tonus du patient. À travers cet accordage tonique interne, le thérapeute peut ressentir son patient de façon plus authentique, plus vraie : « *Une connaissance qui parvient par la voie corporelle. (...) Alors le vécu de toute situation est beaucoup plus complet et authentique.* » (Alexander, cité par Hemsy de Gainza, 1997, p. 62). En introduisant l'idée que le tonus est une voie d'accès au vécu authentique de l'autre, on comprend en quoi l'intégration et la prise en compte du tonus dans la relation de soin et dans la thérapie manuelle peut nous conduire à rencontrer la partie authentique et vraie du patient.

2.2.3. Le tonus comme lieu d'expression psycho-affective

Si le tonus nous permet de comprendre les liens entre le corps et le psychisme, il nous permet plus particulièrement de faire un lien entre les émotions, le caractère et le corps. Cette approche nous conduit donc à explorer les relations entre histoire tonique et histoire du patient. La notion de psychotonus renvoie à cette idée que les comportements du présent sont l'expression de la construction de la personnalité affective.

Les émotions font partie de notre mode de communication. Elles servent à exprimer, à ressentir et à éprouver notre relation à nous-mêmes et aux autres. Or les émotions ne sont pas des états séparés du corps. Si l'on souhaite comprendre comment le corps vit les émotions, on doit prendre en compte le tonus : « *Ainsi, l'émotion comprend une participation psychique affective et une manifestation tonique. On peut dire qu'il n'y a pas d'émotion sans une certaine expression somatique tonique* » (Lemaire, 1964, p. 43). L'émotion n'étant pas

⁵ Eutonie : « *Le mot eutonie (du grec eu = bon, juste, harmonieux, et du latin tonos = tonus, tension) fut créé en 1957 pour exprimer l'idée d'une tonicité musculaire harmonieusement équilibrée et en constante adaptation, dans une juste relation avec la situation que l'on est en train de vivre ou l'activité qui se déroule* » (G. Alexander, citée par Hemsy de Gainza, 1997, p. 211)

séparée du corps, on peut évidemment mieux comprendre comment on peut aborder par le corps les émotions pathologiques et les douleurs psychogènes et psychosomatiques. Le tonus étant lié à l'émotion, on comprend également que toute variation tonique donne naissance à une variation de l'émotion qui, elle-même, modifie le vécu de la personne. On peut donc ainsi encore une fois modifier l'état affectif de la personne par la modulation du tonus.

Si l'on en croit J. de Ajuriaguerra et W. Reich, ces réactions toniques sont inscrites profondément dans le corps et dans l'histoire de la personne constituant même la trame de sa personnalité : « *Il y a ainsi une **histoire du fond tonique et des réactions toniques** correspondant à celle de la formation de la personnalité* » (Bernard, 1995, p. 63). Il semble bien que le tonus constitue une sorte de matériau à mémoire qui contient nos relations affectives premières et qui sert de base et de support à tous nos modes d'expression et de communication.

W. Reich a fait une analogie entre le caractère et la cuirasse musculaire : « *nous rencontrons la fonction de la cuirasse aussi sous forme d'attitudes musculaires permanentes* » (Reich, 1971, p. 287). La rigidité du caractère, sa fixité et sa permanence, autrement dit le manque d'adaptabilité de la personne, se configure à la fois sous des traits psychiques et somatiques. On comprend mieux que le tonus constitue un mode d'accès à la personnalité profonde de la personne et à son « moi » inconscient. Cette carapace musculaire n'est pas consciente, mais elle contrôle, dirige et détermine l'ensemble des attitudes et comportements.

J. de Ajuriaguerra, faisant référence à W. Reich, a repris cette idée pour mieux comprendre comment se définit, se « fixe » l'identité du moi : « (...) *Le moi prend une forme définie, une certaine rigidité, un mode chronique et automatique de réaction qu'on appelle le caractère. Il y a d'après lui identité entre l'armature du caractère et l'hypertonie musculaire* » (de Ajuriaguerra, in Lemaire, 1964, p. 10). Il apparaît clairement que le « moi » pathologique se caractérise sous la forme d'une certaine rigidité qui fonctionne sur le mode systématique et automatique. La rigidité du moi et de la personnalité se montre sous la forme d'une rigidité psychique et corporelle, il y a identité de fonctionnement entre le corps et le psychisme.

Dans cette perspective, J. de Ajuriaguerra considère la pathologie du tonus comme un état de tension interne permanent et irréversible. La pathologie tonique se traduit par l'existence et la persistance d'une architecture tonique interne, constituée d'états toniques et émotionnels s'installant dans le temps sans pouvoir revenir à leur état de base :

Les formes tonico-émotionnelles ne sont pas pathologiques en soi. Ce qui est anormal, c'est leur persistance, leur existence sous la forme d'un tonus interne lors d'une situation non réelle, mais figurée, leur irréversibilité suivant les situations » (de Ajuriaguerra cité par Bernard, 1995, p. 64).

On peut alors effectivement comprendre qu'à partir du toucher psychotonique, il est possible de modifier la réaction psychologique du patient et pourquoi pas la structure du caractère de la personne. En touchant la tension tonique, la résistance tonique, on entre en relation avec la résistance psychologique du patient, sa capacité à modifier sa structure psychique.

2.2.4. La question des vécus psychotoniques

Il convient de bien définir la nature des expériences vécues dans la relation au tonus afin de préciser quelle type de connaissance, de vécu et de compréhension se donnent dans le toucher psychotonique.

Rappelons que dans la thérapie psychotonique de J. de Ajuriaguerra, l'analyse compréhensive des vécus corporels est centrée sur les difficultés que rencontre le patient à se détendre et à contrôler ses réactions toniques. Le but de cette approche psychothérapique par le tonus de relation est de s'adresser aux résistances toniques apparaissant dans la relation thérapeutique et exprimant les difficultés relationnelles inconscientes du patient : « *Ainsi, comme on le voit, le fond tonique et les réactions vont essentiellement exprimer et incarner l'histoire des bouleversements des relations affectives* » (Bernard, p. 66). Le vécu tonique corporel porte en lui et donne accès à la signification et à la compréhension de nos comportements et attitudes affectives inconscients.

Pour E. Gendlin, élève de C. Rogers et fondateur du focusing⁶, la tension tonique peut-être considérée comme l'expression d'un désaccord interne, ou d'une absence de congruence interne, signifiant qu'il existe une inadéquation entre le vécu expérientiel du corps et le mode de représentation :

Le décalage entre ce qui est expérimenté et ce qui est symbolisé marque un "désaccord interne", une "discordance intérieure", encore dénommée

⁶ Le focusing est une approche qui sollicite la perception d'un « sens corporel » pour résoudre des difficultés et prendre des décisions : « J'appelle « focusing » le fait de prendre conscience d'une perception physique interne particulière, et je nomme cette perception, « sens corporel » » (Gendlin, 2006, p. 21)

"incongruence". Cette distorsion introduit différents malaises, dysfonctionnements ou autres pathologies plus lourdes » (B. Lamboy, 2003, p. 232).

La tension apparaît alors comme une réaction de l'organisme face à une situation que le patient est en train de vivre et indépendamment de son caractère affectif porte en elle un « sens corporel » qui demande à être explicité : « *Tension est peut-être le terme qui décrit le mieux ce sentiment, mais il ne représente que la pointe de l'iceberg* » (Gendlin, 2006, p. 44). La tension appelle alors à un processus de clarification et d'explicitation Le relâchement tonique est alors la conséquence du processus de clarification de ce sentiment global et flou qui se dessine corporellement et qui cherche à se donner comme sens signifiant.

2.2.5. Le tonus comme force de régulation psychique selon le modèle de D. Bois

Les différentes formes de tonus reposent, on le sait, sur une activité neuronale pré-réflexive et préconsciente. Bois entrevoit de son côté le tonus comme une des expressions de la force d'autorégulation physique et psychique de la personne. La réaction tonique est pour lui l'expression concrète de la volonté d'une personne de se modifier, de s'adapter à la situation qu'elle est en train de vivre dans le présent, dans le passé ou dans le futur.

Dans son laboratoire de recherche (Centre d'Étude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive), D. Bois émet une hypothèse tout à fait nouvelle sur le tonus : pour lui, il existe un **psychotonus**, qui ne serait pas seulement présent dans le muscle et régulé par la voie du système nerveux, mais qui concernerait l'ensemble des matériaux du corps.

Tous les tissus du corps et en particulier les fascias des muscles, des viscères, des os ou des vaisseaux, bénéficient ainsi d'une activité tonique qui fait partie des stratégies d'adaptation naturelles et physiologiques du corps. Pour Bois, cette activité tonique pré-neuronale est la réaction naturelle du corps face à une situation inhabituelle et inconnue. L'existence d'un psychotonus est, pour Bois, une des hypothèses que l'on doit retenir lorsqu'on parle d'une **force interne autonome**, non réfléchie et qui s'exprime à travers le corps : « *J'é mets l'hypothèse que ce psychotonus est dévoué à l'immédiateté et à l'imprévisible et traduit la force d'adaptabilité physique et psychique d'une personne* » (Bois

cité par Courraud, 2004b, 2005).

Cette forme de tonus n'est pas seulement lié au passé et à l'histoire mais constitue une force interne, un tonus interne qui contient une potentialité, une force de créativité et une force de croissance et de développement du « moi ». Avec le psychotonus, on comprend mieux comment on peut accéder à un moi souple, adaptable, modifiable et créatif tel que le considère la psychologie humaniste. Cette notion de force interne peut donner forme à un « moi renouvelé » : « *Finalement, la notion de Moi renouvelé contient l'idée d'une infinie possibilité de manières d'être »* (Bois, 2006, p. 44).

Cette notion de force interne rejoint l'idée de la relation d'aide qui postule que l'organisme est habité par une tendance positive, une orientation qui porte en elle l'orientation et le devenir de la personne. Cette force interne appartient à la nature même de l'organisme, à la nature humaine :

Je réaffirme (...) ma conviction qu'il y a dans l'organisme humain une source d'énergie directionnelle ; que cela correspond à une fonction digne de confiance, propre à l'organisme tout entier plutôt qu'à une partie de celui-ci ; et qu'elle peut être la mieux représentée comme une tendance vers l'accomplissement, vers la réalisation, non seulement vers la préservation mais aussi vers l'épanouissement de l'organisme » (Rogers, 1977, p. 195).

La relation d'aide manuelle par le média du toucher psychotonique constitue donc de notre point de vue une manière de toucher la partie la plus profonde, la plus « positive » et la meilleure de la personne.

2.2.5.1. Le psychotonus : unité corps/ psychisme

Dans la relation d'aide manuelle, le patient est convié à poser son attention sur les changements et les transformations intérieurs qui sont produits par le toucher psychotonique : « *Le thérapeute prend en compte ces modulations et les harmonise au fil du traitement ; le patient, quant à lui, est invité à les percevoir et, par la voie de l'éprouvé, à en comprendre la signification »* (Bois, 2006, p. 142). La relation d'aide manuelle par le toucher psychotonique ne se limite donc pas seulement à la régulation du tonus, mais englobe la prise en compte et la compréhension de ce que le patient éprouve lors des changements de son état tonique. L'expérience de soi à travers le corps sensible passe par l'expérience des changements toniques.

Les changements de tonalité tonique sont les signes annonciateurs de changements de

l'état psychique du patient : la conscience du patient évolue, change avec l'accordage somato-psychique. Le patient est ainsi amené à faire l'expérience de lui-même au décours des modulations et des syntonisations toniques.

Modifier l'état psychotonique de l'ensemble du corps constitue selon nous une voie de régulation des comportements en relation avec la douleur. Le toucher psychotonique agit dans ce sens : à travers la modulation tonique, la régulation de sa tension, nous modulons et réglons l'activité psychique, cognitive et comportementale. Le toucher psychotonique nous permet également d'interroger cette tension psychotonique qui contient la globalité de l'expérience : en dialoguant avec le psychotonus, on entre en relation avec le vécu psychologique et subjectif de la personne.

En fasciathérapie, le toucher psychotonique construit l'accordage somato-psychique qui aborde le lien entre les sensations corporelles, les pensées, les croyances et les représentations :

L'ambition, (...) est de reconstruire l'unité entre le corps et le psychisme. J'ai appelé cette reconstruction accordage somato-psychique : accordage entre la personne et son corps, accordage entre la personne et ses propres pensées, accordage entre la personne et ses comportements. (Bois, p. 101, 2006).

Il convient de bien remarquer qu'avec le toucher psychotonique, nous modifions d'abord l'architecture psychotonique de la personne. Cette posture implique que nous modifions profondément le champ expérientiel corporel et les vécus qui en émergent. Sous les mains, le corps se modifie, change, se transforme : ce processus de remaniement interne de l'ensemble de la matière tonique contribue à réactualiser, à réorganiser le vécu corporel. Ces flux de changements internes, ces mouvements internes corporels facilitent l'émergence de nouvelles réponses :

Entrevu de cette manière, le corps habité n'est pas seulement le siège d'un foisonnement de sensations, ni de variations de tonalités, mais il est un lieu d'émergence d'une forme singulière de pensée qui se livre dans la relation immédiate au vécu corporel. (Bourhis, 2007, p. 35).

Ainsi, on se rend compte que le toucher manuel psychotonique aide le patient à rejoindre sa dynamique interne, sa force de croissance, sa tendance actualisante. On retrouve le même processus dans le focusing : « Rejoindre la dimension organique revient à rejoindre le processus de la tendance actualisante le plus directement possible » (Lamboy, 2003, p. 124). La relation d'aide manuelle avec le support du toucher psychotonique s'inscrit ainsi

totalemment mais à sa manière, dans le projet de cette relation d'aide psychologique qui tente de « trouver un niveau qui rassemble les différentes fonctions et les différents “éléments psycho-physiques“ de la personne : (...) celui de l'expérience organismique » (Lamboy, 2003, p. 162). Elle donne en même temps quelques réponses pratiques pour rejoindre et toucher directement cette « réceptivité intérieure d'un corps vivant » (Gendlin, cité par Lamboy, 2003, p. 173).

De la même façon que le focusing, la fasciathérapie touche à un processus dynamique, spontané, mouvant et libre de la vie déjà pressenti par C. Rogers : « La « vie pleine », (...) est le processus de mouvement dans une direction que choisit l'organisme humain quand il est libre intérieurement de se mouvoir dans n'importe quelle direction » (Rogers, 1998, p. 132).

Pour reprendre notre projet initial, c'est bien en interrogeant la « fonction psychotonique » que nous accédons au concept de l'homéostasie somato-psychique décrit par Ranty :

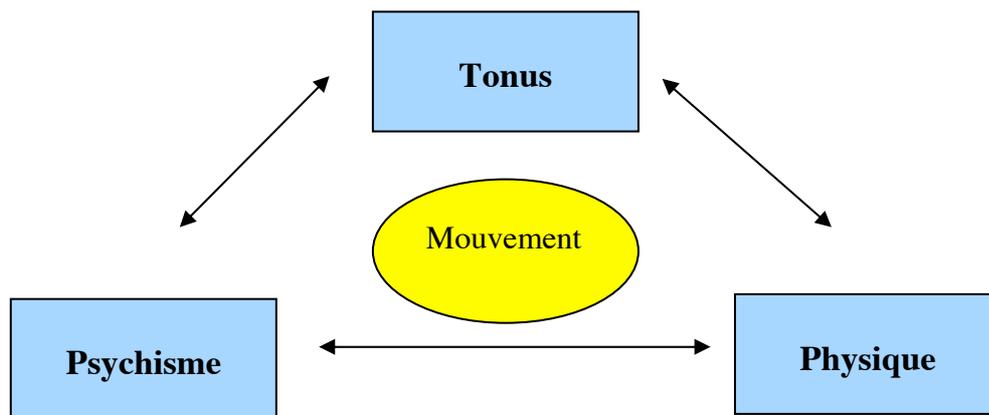
Tout être fonctionne en équilibre avec une homéostasie qui lui est propre. Il existerait trois sortes d'homéostasie : une homéostasie purement somatique, une homéostasie purement psychique et une homéostasie somato-psychique régissant les équilibres entre le fonctionnement psychique et le fonctionnement somatique. (Ranty, 1994, p. 11).

D'autre part, la fasciathérapie aborde le concept de globalité à travers l'unité de tous les fascias⁷ du corps, mais aussi l'unité psychotonique. En effet, le psychotonus nous permet d'envisager une autre forme de globalité qui cette fois-ci rend compte d'une relation entre le corps et le psychisme. La notion de psychotonus renvoie à cette dimension psychologique du tonus et à cette dimension physiologique du psychisme. Le terme **psychotonus** laisse entrevoir la réalité tangible d'un dialogue organique, silencieux entre le psychisme et le corps.

Le schéma suivant situe le tonus au carrefour de cette unité corps/psychisme. En plus de jouer un rôle essentiel dans la construction d'un mouvement en assurant la cohésion et la posture de tous les segments du corps, le tonus témoigne de l'incarnation des tensions psychiques conscientes ou inconscientes : « Par le tonus, véritable miroir de l'état psychique, le psychisme semble parler du psychisme au corps » (Courraud, 2005, p. 72).

⁷ Le terme fascia désigne les membranes qui unissent toutes les parties du corps et tous les organes entre eux de la périphérie à la profondeur et de la tête aux pieds : les fascias font du corps une entité globale

Figure 2
Le psychotonus ou la trilogie Corps/Tonus/Psychisme



Ce schéma nous montre à la fois le dialogue et la relation entre le physique et le psychique : le tonus constitue le lieu de rencontre entre ces deux parties de la personne. Le psychotonus modifie notre conception d'un corps séparé du psychisme. Le mouvement interne ou externe contient et réunit cette unité corps/psychisme dans sa trame tonique.

Dans une relation d'aide, il convient d'aborder cette question du rapport entre corps et psychisme pour comprendre la personne. En fasciathérapie, comme nous le verrons, la personne est envisagée comme une totalité corps/psychisme à travers le psychotonus. La relation d'aide manuelle psychotonique peut ainsi aborder l'unité corps/psychisme sans les séparer et construire un dialogue, une communication non-verbale tissulaire avec la personne par la voie du psychotonus. Le toucher peut alors devenir un instrument d'évaluation et de régulation de la vie psychique. La lecture du psychotonus est un indicateur fiable de la tension psycho-physique de la personne et sa modulation un indicateur des changements psycho-physiques de la personne. Une thérapie manuelle qui prend en compte le psychotonus est une thérapie qui ne s'adresse plus seulement au corps mais aussi à la personne dans sa totalité mentale et physique : c'est dans ces conditions que la fasciathérapie mérite son appellation de thérapie centrée sur la personne.

2.2.5.2. La sphère d'influence du toucher psychotonique

La notion de toucher psychotonique et de relation d'aide manuelle psychotonique repose ainsi sur cinq éléments :

- Le tonus de relation peut être envisagé comme un support tangible du toucher de

relation

- Le psychotonus nous permet d'envisager de toucher l'unité corps/psychisme et la globalité de la personne
- Le dialogue tonique nous ouvre à une possibilité de communication non-verbale entre le patient et le thérapeute
- Le tonus identitaire nous donne quant à lui la possibilité de toucher la structure psychique de la personne
- Le psychotonus nous permet de solliciter une force interne d'adaptabilité de la personne

Tableau 1
Différents enjeux de la fonction tonique

Tonus	Nature	Concerne
Physiologique	De base, postural, pré et rétroactif	Corps physique
Psychique	Tension physique tension psychique	Unité corps-psychisme
Émotionnel	Réactions affectives et réactions toniques	Émotions, affectivité
Histoire et caractère	Fond tonique, histoire de la personnalité	Personnalité, caractère
Sentiment et anxiété	Peur « intérieure »	Souffrance, mal-être
Communication	Connaissance, authenticité du vécu	Relation, communication
Adaptabilité	Tonus, potentialité et force interne	Adaptabilité, potentialité
Relation au corps	Du corps objet au corps sensible	Identité, présence à soi

Ce tableau développe toute la richesse de la fonction tonique et nous montre comment le tonus incarne les différents aspects de la globalité de la personne. Le toucher psychotonique touche à travers la dimension objective du tonus cette dimension subjective de la personne.

2.3. La relation d'aide manuelle en fasciathérapie

Comme nous l'avons déjà indiqué dans le chapitre consacré aux pertinences professionnelles et sociales, la fasciathérapie est une discipline qui s'inscrit dans la formation continue de la kinésithérapie. Cette filiation avec la kinésithérapie implique que le fasciathérapeute reçoit en permanence des patients qui souffrent de douleurs physiques. La fasciathérapie prend en compte cette dimension clinique du soin puisqu'elle préconise dans sa démarche thérapeutique l'application d'un *toucher symptomatique*. Ce toucher basé sur la réflexion thérapeutique et l'analyse anatomique et physiopathologique du symptôme repose sur un ensemble de gestes précis adaptés au symptôme du patient. Ce geste thérapeutique bien qu'essentiel n'est jamais dissocié d'un *toucher de relation*. Ce toucher de relation constitue le « toucher de base » de la fasciathérapie : il permet d'entrer en relation avec le patient, de construire une relation avec le patient et de se mettre à l'écoute des forces internes de l'organisme. Le toucher de relation constitue donc un moyen de se centrer sur le patient.

L'association du toucher symptomatique et du toucher de relation constitue une spécificité de la relation d'aide manuelle car elle permet de prendre en compte le patient tout en ne négligeant pas le symptôme et de prendre en compte le symptôme sans négliger le patient.

2.3.1. Les six piliers conceptuels de la relation d'aide manuelle en fasciathérapie

La fasciathérapie se distingue des différentes approches de relation d'aide psychologique parce qu'elle place le toucher psychotonique au cœur de la relation d'aide. Nous envisageons ainsi le tonus dans sa fonction de relation et de communication plutôt que dans sa fonction physiologique de régulation de la posture, du mouvement et de la coordination des gestes. Le premier renversement conceptuel pour le thérapeute manuel et pour le fasciathérapeute est de passer de la notion de tonus physiologique à celle de tonus de relation.

La relation d'aide manuelle utilise le toucher psychotonique non seulement pour moduler la tension tonique mais également pour accéder à la subjectivité de la personne, pour

la comprendre de l'intérieur. Comme nous le verrons, le toucher psychotonique dévoile une subjectivité (psychotonus) et une intersubjectivité (dialogue tonique).

Comme nous venons de le voir, l'étude du tonus et de sa place dans la relation d'aide à la personne nous donne l'occasion de définir les contours théoriques que pourrait prendre une relation d'aide manuelle psychotonique. Nous avons tenté de construire dans ce chapitre, un modèle théorique du toucher psychotonique ancré dans des données scientifiques. Ce modèle prend en compte les aspects de relation et de communication du tonus pour théoriser la notion de toucher psychotonique. Nous avons volontairement choisi de ne pas aborder l'étude du tonus physiologique et de ses modes de régulation. Pour autant, nous rappelons que le tonus de relation que nous souhaitons étudier ici n'a d'existence que sur la base d'une activité physiologique et d'une réalité anatomique de la fonction tonique. Il nous a semblé que dans une recherche sur la relation d'aide et le toucher psychotonique qui s'adresse à des professionnels du corps et du toucher, il était souhaitable de nous concentrer sur les aspects relationnels et psychologiques de la fonction tonique.

La fasciathérapie est une thérapie manuelle centrée sur la personne qui s'inscrit dans le champ théorique des disciplines humanistes. Ce courant véhicule plusieurs principes que nous retrouvons dans la relation d'aide manuelle. Nous avons isolé six concepts clés dressant les contours de la relation d'aide manuelle. Ces concepts énoncés par D. Bois, sont issus de trois disciplines : la fasciathérapie, la psychopédagogie perceptive et la somato-psychopédagogie⁸. Nous les avons rassemblés ici afin de définir comment le toucher devient une relation d'aide manuelle et pour mettre en évidence les différences entre une relation d'aide psychologique et une relation d'aide manuelle. Les six piliers conceptuels de la relation d'aide manuelle sont les suivants :

- la notion de **corps sensible** renvoie à celles d'organisme et d'unité corps/psychisme interagissant avec son environnement : le corps est la personne
- la notion de **mouvement interne** renvoie à celle de processus et fait appel à une potentialité organique et psychique : c'est le corps du patient qui a la réponse à la problématique
- la notion d'**expérience extraquotidienne** fait appel à l'expérience corporelle vécue dans des conditions de toucher précises : pression de relation, point d'appui,

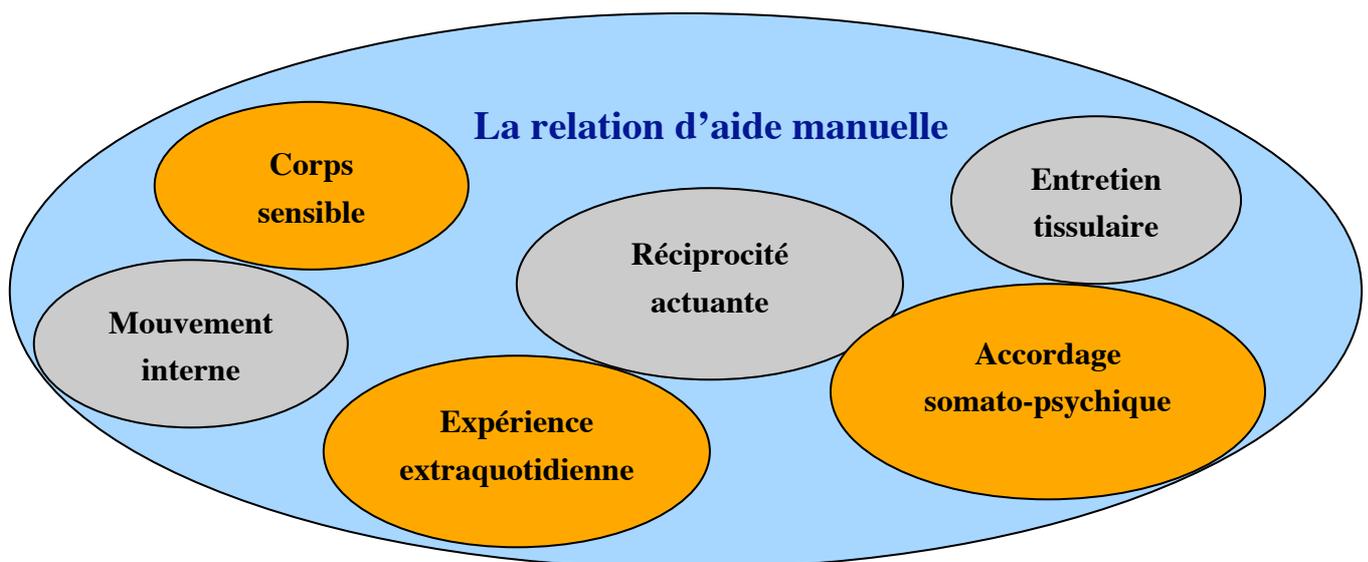
⁸ La somato-psychopédagogie s'inscrit dans le paradigme des « sciences et pédagogie de la santé ». Cette nouvelle discipline universitaire étudie entre autres, l'impact de la relation au corps sur la relation d'aide et inclut une forte dimension pédagogique dans le soin.

suivi dynamique

- la notion d'*entretien tissulaire* se distingue de la notion d'entretien verbal et met en avant l'accompagnement non-verbal et la communication silencieuse à travers le dialogue psychotonique manuel
- la notion de *réciprocité actuante* introduit l'immédiateté et le dialogue psychotonique dans la relation touchant/touché avec comme support une qualité de présence qui prend en compte les effets du toucher en temps réel de l'action thérapeutique
- la notion d'*accordage somato-psychique* rejoint l'idée que la personne peut trouver des repères internes, une référence à elle sur la base d'indicateurs internes corporels déclenchés par le toucher psychotonique

Figure 3

Les contours de la relation d'aide manuelle en fasciathérapie



Ces 6 concepts constituent le coeur de la relation d'aide manuelle et le champ théorique de cette relation d'aide à la personne. À travers ce champ théorique, la fasciathérapie se rattache à la psychopédagogie perceptive et à la somato-psychopédagogie, toutes trois fondées par D. Bois. Le toucher psychotonique appartient au champ de la relation d'aide manuelle

2.3.1.1 La notion de corps sensible

En associant toucher psychotonique et relation d'aide, nous nous inscrivons dans le champ des thérapies qui introduisent le corps dans la relation d'aide. La relation d'aide psychologique, bien que ne faisant que peu référence au tonus, introduit également le corps ou

plutôt l'organisme dans la démarche compréhensive. Pour C. Rogers, le terme organismique désigne la personne entière en relation avec son environnement : le terme organismique « *ne renvoie pas seulement à la structure physique et biologique de l'individu (corps et cerveau), mais à l'individu en tant que totalité psycho-physique, interagissant comme un tout avec son environnement* » (Note du traducteur, in Rogers, 1998, p. 19). Pour E. Gendlin, la notion d'organisme renvoie à une expérience corporellement vécue : « *La globalité organismique concerne l'expérience vivante de la personne, en interaction avec son environnement. Elle se donne comme expérience subjective immédiate ressentie corporellement (experiencing)* » (Lambooy, 2003, p. 162). La relation d'aide expérientielle s'appuie sur cette expérience corporelle pour construire sa démarche compréhensive. Il s'agit de faire autant confiance à son organisme qu'à son intellect pour résoudre et comprendre des situations : « *J'ai appris que mon appréciation organismique d'une situation est plus digne de confiance que mon intellect* » (Rogers, 1998, p. 20).

La fasciathérapie fait également référence au corps pour construire sa relation d'aide. Elle fait cependant référence à une « *expérience du sensible* » (Bois, 2005, p. 56) plutôt qu'à une expérience de la sensibilité corporelle ou, plus précisément, elle met en jeu, comme le dit E. Berger :

Un corps de l'expérience, considéré comme étant la caisse de résonance de toute expérience, qu'elle soit perceptive, affective, cognitive ou imaginaire. Une caisse de résonance capable tout à la fois de recevoir l'expérience et de la renvoyer au sujet qui la vit, la lui rendant palpable et donc accessible » (Berger, 2005, p. 52).

Cette relation au corps sensible est indissociable du toucher manuel et d'un contact direct avec l'organisme : « *La relation au sensible, telle que nous l'entrevoyons, est née d'un contact direct avec le corps. C'est à travers le toucher manuel que s'est élaborée la donnée d'un sensible incarné* » (Bois, 2007, p. 55).

On comprend mieux ainsi que, dans la relation d'aide manuelle, la main est au coeur de la relation avec le patient. La main ne touche pas un corps objet, mais découvre une personne entière, un être humain fait de confiance et de peur contenant l'expérience vivante et unique de la personne : « *Ainsi, lorsqu'on touche un corps, on ne touche pas seulement un organisme mais une personne dans sa totalité ; on ne s'adresse pas à un cœur, un foie, un os, mais à un être vivant, avec ses peurs comme avec sa potentialité* » (Bois, 2006, p. 72).

2.3.1.2. La notion de mouvement interne

L'Approche Centrée sur la Personne (Rogers) et le focusing (Gendlin) s'opposent à une vision fixiste de l'homme, de la réalité et du monde en général : « *la personne se retrouve en s'appuyant sur la dynamique du vivant* » (Lamboy, 2003, p. 52). Il faut se placer au centre de sa vie, rejoindre le courant de sa vie pour se retrouver au centre de soi : le soi est donc quelque chose qui est là mais toujours en devenir, en changement car ontologiquement relié et habité du mouvement de la vie : « *Moi et la vie sommes un. Comment se mettre en phase, comment se laisser gagner par le mouvement naturel du vivant si ce n'est en rejoignant la vie qui ne cesse de m'habiter* » (Lamboy, 2003, p. 51). Chez C. Rogers, cette dynamique de croissance est appelée « *tendance actualisante* ». La tendance actualisant porte l'organisme vers ce qu'il doit devenir et pas forcément vers ce que l'individu veut devenir : « *Existerait-il dans l'organisme pris dans sa globalité un mouvement issu des profondeurs susceptible de porter l'organisme vers ce qu'il tendrait à être ?* » (Lamboy, 2003, p. 90). Chez E. Gendlin, elle porte le nom de « *carrying forward* », et désigne également une dynamique de mouvement permanent qui porte en elle sa propre force de changement : « *ce qui "fait avancer" le processus, le "porte en avant" et conduit toute chose à se transformer en sa propre implication* » (Lamboy, 2003, p. 80).

Ces mouvements sont orientés vers un processus dynamique d'accomplissement de la personne qui devient de plus en plus elle-même à travers son organisme : « *La "vie pleine", (...) est le processus de mouvement dans une direction que choisit l'organisme humain quand il est libre intérieurement de se mouvoir dans n'importe quelle direction* » (Rogers, 1998, p. 132). Il s'agit véritablement d'un nouveau paradigme de la personne qui postule que pour se retrouver, pour s'approcher de soi, de sa potentialité, il faut épouser ce mouvement organique de la vie et se laisser inspirer par lui : « *Pour s'approcher de lui-même dans ce qu'il ne connaît pas encore, il lui revient d'épouser le mouvement organique du vivant, de se laisser inspirer par lui, d'en suivre sa logique interne* » (Lamboy, 2003, p. 94).

La fasciathérapie, tout en adhérant à la logique du vivant, s'en distingue par un mode d'accès au sensible et par le contact tangible avec un mouvement interne perçu par la personne et offrant une véritable matérialité au concept de la logique du vivant. Ici, la relation d'aide s'appuie et se construit sur le dialogue silencieux avec un mouvement interne qui porte en lui une puissance de vie, une « force interne », un principe dynamique, une force de renouvellement et de santé incarnée dans le corps. Cette mouvance interne participe à rendre le corps plus humain et à rendre le patient plus proche de lui-même : « *le*

contact avec le mouvement interne produit des changements intérieurs permanents, à travers lesquels on se découvre plus humain, plus proche de soi » (Bois, 2006, p. 22). La relation d'aide manuelle par le média du mouvement interne constitue donc de notre point de vue une manière de toucher la partie la plus profonde, la plus « positive » et la meilleure de la personne. Elle est également le moyen par lequel la personne peut « toucher », épouser et se laisser guider par le mouvement interne de sa vie qui se déroule dans son corps.

Cette posture nous rend proche de la psychologie humaniste qui postule pour une potentialité humaine qui tend vers l'actualisation et l'auto-réalisation de la partie la meilleure de soi :

Synthétiser les définitions issues des différents courants de la psychothérapie fait apparaître la notion d'une "force intérieure", marquée par son caractère mouvant, changeant, sensible, par opposition à tout ce qui semble fixe, rigide ou systématique ; un principe actif mû par une "volonté de santé". Un principe antérieur aux idées de bien et de mal (Bois, 2006, p. 32).

Comme le précise encore D. Bois dans son livre, *Le Moi renouvelé* : « *Le mouvement interne devint ainsi progressivement le support premier de notre approche "psychothérapeutique" (...) C'est à travers lui que la personne apprend de son intériorité* » (Bois, 2006, p. 37). La relation consciente que la personne instaure avec le mouvement interne lui donne accès à de nouveaux modes de connaissance.

2.3.1.3. La notion d'expérience extraquotidienne

Dans les pratiques de relation d'aide psychologique, le but est de permettre au patient de trouver la solution à sa difficulté en lui permettant de faire l'expérience de lui-même. Ainsi, la relation d'aide psychologique laisse une grande place à l'expérience et favorise l'expérience de la personne. Pour Rogers, la thérapie est réussie quand le patient devient son organisme et laisse son organisme s'exprimer librement :

Le client peut se permettre d'examiner différents aspects de son expérience, exactement comme il les ressent, comme il les perçoit à travers son système sensoriel et viscéral, sans les déformer pour les adapter à la conception qu'il se fait de lui-même. (Rogers, 1998, p. 57).

Nous pouvons noter dans cette phrase, combien les sensations qui viennent de l'organisme ont une réelle valeur signifiante en participant au processus expérientiel et au déroulement de la thérapie. De façon encore plus évidente, E. Gendlin donne une place essentielle à la sensibilité de l'organisme comme guide de l'évolution et référentiel de la

relation d'aide psychologique : « *Il existe un "sens corporel", que l'on pourrait décrire comme une sensation globale qui vous informe en permanence sur tout ce qui se passe en vous et autour de vous* » (Gendlin, 2006, p. 7). La personne pour se centrer sur elle-même et résoudre ses difficultés fait appel à ce sens corporel qui est capable de donner des réponses plus adaptées à la situation que la pensée rationnelle.

En fasciathérapie, le corps reflète aussi ce que vit la personne et la personne est invitée à faire l'expérience d'elle-même à travers l'expérience de son corps. Mais, le corps contient également tout ce qui n'est pas encore vécu, expérimenté, conscientisé. Pour D. Bois, le corps ne contient pas seulement le niveau implicite de l'expérience (*experiencing*) mais il recèle dans ces blocages, tensions, retenues et immobilités tissulaires tout ce que la personne n'a pas encore expérimenté : « *Combien de retenues, de blocages, sont ainsi immobilisés dans le corps et "crient" sans que le moindre écho ne parvienne à la conscience de la personne* » (Bois, 2006, p. 76). Toutes ces immobilités internes constituent ce que D. Bois appelle l'« imperçu » de soi. La relation d'aide manuelle agit principalement alors pour réactiver le langage tissulaire, redynamiser des tonalités endormies, relancer des élans de vie et offrir à la personne l'opportunité d'écouter, d'entendre et d'accueillir les demandes profondes de son corps : « *Le thérapeute, grâce à l'expérience qu'il a acquise dans l'écoute interne, capte cette demande silencieuse du corps. C'est à partir d'elle que la personne peut prendre conscience du fait que son corps a des exigences de santé qu'elle ignore* » (Bois, 2006, p. 75).

En créant les conditions pour que le corps s'exprime à nouveau, en aidant le patient à communiquer et à s'entendre dans son corps, la relation d'aide manuelle constitue véritablement une forme de validation de la personne à se sentir elle-même et à être telle qu'elle se ressent. **Cependant, à la différence des autres approches qui travaillent sur la personne entrevue dans sa vie quotidienne, la fasciathérapie conduit la personne à faire l'expérience d'elle-même dans des conditions particulières appelées « extraquotidiennes »** (Bois, 2007) :

La mise en situation extraquotidienne est ainsi nommée par opposition à (ou en complément de) l'expérience puisée dans la vie quotidienne, cette dernière se caractérisant à la fois par son cadre habituel de déroulement et par une attitude naturelle envers cette expérience. (Bois, 2007, p. 75)

Le fasciathérapeute crée ces conditions d'expérience extraquotidienne à partir d'un accordage somato-psychique manuel : le toucher psychotonique sert de support à une expérience inédite et nouvelle du corps. D. Bois soumet également la saisie du sensible à une qualité d'attention convoquée sous l'autorité de conditions perceptives extraquotidiennes :

Le sensible est un mode de préhension de soi-même et du monde global et immédiat, qui obéit à des lois, à des règles et à une cohérence spécifiques, permettant l'accès à l'intelligibilité de l'univers des sensations corporelles sous l'autorité de la perception extraquotidienne. (Bois, 2007, p. 328)

Et c'est à partir de cette condition d'expérience inhabituelle que le patient est amené à installer un nouveau rapport à son corps, lui donnant accès à ce que nous dénommons la spirale processuelle du rapport au sensible et qui sera développée ultérieurement. « *Ainsi peut s'installer un renouvellement du rapport à son corps, ainsi que le retour à une certaine qualité réflexive autour de l'expérience.* » (Bois, 2005, p.18).

2.3.1.4. La notion d'entretien tissulaire

Dans la relation d'aide psychologique, la méthode de base pour écouter le patient passe par l'apprentissage de techniques d'entretien verbal : « *l'entretien personnel et humain où l'on se préoccupe d'un être existant, évoluant, émergeant et soumis à l'expérience* » (Rogers, 1971, p. 97). On retrouve la relation par le toucher dans le propos de T. Tournebise :

La main se pose comme une oreille de « l'âme » dans le projet « d'entendre » le patient. C'est un « toucher d'écoute », un « toucher rencontre », un « toucher validant », un toucher « reconnaissant ». (...) Le projet est un projet d'écoute et de reconnaissance, en aucun cas ce n'est un projet de pouvoir (même pas un pouvoir « pour le bien du patient ». (Tournebise, 2004).

Le toucher constitue bien un mode d'accès et d'ouverture à la communication non-verbale et ouvre l'accès à l'écoute de la personne : « *Le canal tactile est un moyen de communication au même titre que le verbal sauf que les mots y sont remplacés par le toucher (tact)* » (Tournebise, 2004). On peut véritablement comprendre la place du toucher dans la relation d'aide si on considère que la communication entre deux personnes est verbale et non-verbale et que l'aspect qualitatif de la relation passe principalement par les canaux non-verbaux : « *Il est bon de savoir que la qualité d'un échange réside plus dans le non-verbal que dans le verbal* » (Tournebise, 2004).

Dans ces conditions, le toucher devient le moyen de « toucher » le patient, d'entrer en relation avec lui et de se mettre en relation avec lui. Cette forme de relation d'aide nous conduit donc à étudier et à développer plus précisément les aspects les moins connus et les plus difficiles à appréhender de la relation thérapeutique que sont l'empathie, la communication non-verbale ou subconsciente :

*Il y a toujours une grande part de **rappports subconscients** dont, soit le malade, soit le thérapeute peuvent être conscients sur le moment. Ceci met en évidence un domaine très controversé en thérapie – et un des plus difficiles au cours de la formation et de la pratique des thérapeutes, mais que l'on ne saurait écarter parce que capitale – il s'agit de la **communication subconsciente, empathique et télépathique**. (May, 1971, p. 25)*

Cette notion de communication non-verbale présente pour nous un intérêt considérable dans la construction d'une relation d'aide au patient. Dans l'ouvrage sur la psychologie existentielle, R. May rapporte que la présence à l'autre se construit dans une attention à l'ensemble des différents niveaux de communication : « *l'expérience de ces communications du patient, à plusieurs niveaux différents à la fois, sont un aspect de ce que les psychiatres existentiels, comme Binswanger, appellent la présence* » (May, 1971, p. 25). La relation d'aide manuelle envisage la possibilité de développer et de construire cette présence thérapeutique à partir du toucher psychotonique.

En fasciathérapie, la technique de base pour écouter le patient est **l'entretien tissulaire**. Si le toucher est développé dans le champ de la relation d'aide, c'est le plus souvent pour que le praticien manifeste au patient sa présence et son attention. Le toucher de relation, comme nous l'aborderons dans le chapitre suivant réservé à la réciprocité actuante, est d'abord une **attention** posée sur le corps de l'autre, corps habité par l'autre, corps que vit le patient. La relation d'aide manuelle va cependant beaucoup plus loin que le seul toucher de relation. En introduisant le toucher psychotonique, la relation d'aide manuelle donne l'occasion au praticien d'entrer en relation, d'écouter et de répondre à la demande du corps :

Nous avons en tant que thérapeute manuel, la possibilité d'entendre la plainte du corps qui le plus souvent n'est pas entendue par le psychologue parce que dite à travers le dialogue tissulaire et pas à travers le langage verbal. Cette souffrance-là doit être entendue et comprise (Courraud, 2004a, p. 15).

L'entretien tissulaire permet d'entendre ce que la personne ne peut pas dire avec les mots, le mouvement tissulaire et la modulation tonique constituant le support de ce dialogue non-verbal et silencieux.

Cette forme d'entretien tissulaire constitue une autre manière d'entendre le patient, de le connaître et de le percevoir. Très souvent, le patient, par le langage verbal, nous renvoie une partie de lui-même, de ce qu'il ressent éprouve ou croit. L'écoute tissulaire nous fait parfois découvrir une autre facette de la personne qui nous surprend, nous touche, comme s'il y avait deux personnes, celle qui parle avec son corps et celle qui parle avec ses mots :

Dans notre thérapie à médiation corporelle, le thérapeute est confronté en permanence à deux discours : celui de la personne, avec ses attentes, ses

représentations et ses croyances, et celui du corps, fait de mouvements, d'imprévisibilité, d'immédiateté, d'intensités, de tonalités... (Bois, 2006, p. 75).

Le but de la relation d'aide manuelle est de faire se rejoindre ces deux formes de discours, de les valider et de les faire interagir : la personne parle autant avec son silence qu'avec ses mots et parfois le dialogue silencieux avec le corps nous permet de rencontrer profondément la personne alors que les mots ne nous paraissent que refléter la surface de la personnalité. La médiation manuelle nous paraît être une voie d'accès privilégiée vers la partie authentique de la personne et peut faire émerger cette partie imperçue de sa personnalité.

2.3.1.5. La notion de réciprocité actuante

On doit à C. Rogers, comme nous l'avons déjà précisé, d'avoir abordé la question de la relation entre le praticien et le patient dans le processus thérapeutique et d'avoir réfléchi aux conditions favorables au bon déroulement d'une psychothérapie. Pour lui, l'attitude du praticien détermine en grande partie le déroulement du processus thérapeutique et l'efficacité de la psychothérapie. Le praticien parvient par sa manière d'être à créer un climat de confiance propice au déroulement fluide et coopératif du soin : « *Les attitudes et les sentiments du thérapeute importent bien plus que son orientation théorique. Ses processus et ses techniques sont moins importants que ses attitudes* » (Rogers, 1998, p. 31).

La posture dans la relation d'aide psychologique se caractérise donc essentiellement par une qualité de relation humaine dans la relation thérapeutique : « *J'ai depuis longtemps acquis la conviction profonde que les relations thérapeutiques ne sont qu'une forme des relations interpersonnelles, en général, et que les mêmes lois régissent toutes les relations de ce genre* » (Rogers, 1998, p. 27). Une relation thérapeutique pleine et accomplie se construit sur des rapports constructifs entre le patient et le thérapeute. Le patient n'est pas considéré comme un symptôme ou un malade mais comme une personne à part entière qui doit être respectée, écoutée et reconnue dans la totalité de son être. Faire une relation d'aide à une personne, c'est créer les conditions pour que la personne se sente reconnue, validée, entendue et comprise. Cela fait donc appel à d'autres compétences que celles que développe le praticien-technicien. C. Rogers, dans l'Approche Centrée sur la Personne, a défini les trois attitudes de base qui permettent de construire une relation d'aide : « *ce changement s'opère d'autant mieux qu'il s'accompagne d'un climat facilitateur fondé sur les trois attitudes d'empathie, de congruence et de regard positif inconditionnel* » (Lambooy, 2003, p. 22).

Rappelons que l'empathie constitue un des éléments primordiaux et essentiels de la relation d'aide en psychothérapie. Si l'on en croit Rogers, cette communication authentique et profonde avec le client s'appuie sur la dimension organique, les mots n'étant que le prolongement de la sensibilité corporelle :

Je me laisse aller à ce que ces rapports ont d'immédiat au point que c'est mon organisme entier qui s'en charge, qui se fait sensible à la relation, non plus seulement ma conscience. Je ne répons pas consciemment de façon tactique ou analytique, mais je réagis simplement sur l'autre individu sans y réfléchir, ma réaction étant fondée (mais inconsciemment) sur toute ma sensibilité organique à cette autre personne. Je vis la relation sur cette base. (Rogers, 1998, p. 145).

En fasciathérapie, le toucher psychotonique sert de support à la relation d'aide parce que c'est un instrument privilégié de l'accordage entre le patient et le thérapeute. À travers la régulation de la tension tonique, le fasciathérapeute s'accorde avec le patient et le patient s'accorde avec le thérapeute : une empathie, une communication « organique » et un échange tissulaire non-verbal conscients s'installent entre le thérapeute et le patient. Le dialogue psychotonique manuel constitue ainsi la toile de fond relationnelle de tout geste thérapeutique manuel. Cette forme de dialogue psychotonique manuel donne naissance à une nouvelle manière de construire et de concevoir l'empathie :

L'empathie dont je parle repose sur l'éprouvé corporel avant tout : l'éprouvé de son propre corps et l'éprouvé du corps de l'autre. La compréhension intellectuelle réciproque sera une conséquence – heureuse, certes- de l'empathie du sensible, en aucun cas le point de départ de la relation. (Bois, 2006, p. 139).

L'empathie ne se fait pas seulement du thérapeute vers le patient mais également du patient vers le thérapeute : « *il est tout aussi important que le patient puisse entrer en relation d'empathie avec son thérapeute !* » (Bois, 2006, p. 139). On assiste donc à la constitution d'une nouvelle manière d'être en relation puisque les deux acteurs du soin s'écoutent et dialoguent dans une réciprocité : « *réciprocité parce que patient et thérapeute sont aussi bien en relation avec leur propre sensible qu'en relation l'un avec l'autre* » (Bois, 2006, p. 139). L'un et l'autre, patients et praticiens sont conscients de ce qui se passe dans leur propre corps au sein de la relation d'aide manuelle. Le praticien devient capable d'écouter à la fois ce qui se passe dans le patient et ce qui se passe dans lui jusqu'à percevoir que ce qui se produit en lui se produit en même temps chez le patient. Le patient est alors souvent surpris de constater que le praticien pose sa main à l'endroit et avec la présence que le patient souhaite et désire. Les deux acteurs sont conscients en même temps de la demande du corps. Cet accordage est un signe tangible de la réciprocité :

Ce jeu d'empathie est tellement important dans l'accompagnement du patient que j'ai choisi de nommer cette relation, non pas relation d'empathie, mais relation de réciprocité actuante : actuante parce qu'elle résulte d'un acte conscient des deux partenaires. (Bois, 2006, p. 139).

La relation d'aide manuelle telle qu'elle est proposée en fasciathérapie, s'inscrit pleinement dans cette posture et souscrit à cette idée que la qualité humaine du praticien est toute aussi importante que sa technique : « *Derrière la thérapie il y a un thérapeute et derrière le thérapeute il y a un être humain* » (Bois, cité par Quéré, 2004, p. 23). Et c'est à partir de cette qualité humaine que s'instaure un lieu d'échanges entre le praticien et son patient, traduit ainsi par H. Bourhis dans sa communication d'Athènes en mai 2007 :

*Toute relation d'aide implique un lieu d'échange entre deux personnes dans le cadre d'une prise en charge individuelle et entre plusieurs personnes dans le cadre d'une dynamique de groupe. Je circonscrirai ma communication à la prise en charge individuelle et plus précisément à l'apprentissage de la relation d'aide manuelle. (...) Nous parlerons de la **réciprocité actuante** pour exprimer ce lieu d'échange commun entre un praticien et un patient qui valorise le rapport à la subjectivité corporeisée.* (Bourhis, congrès d'Athènes, 2007)

On comprend bien que la relation au corps peut servir de tuteur et de moyen pour trouver la bonne distance entre le patient et le thérapeute. Progressivement, on voit les deux personnes s'accorder sur le vécu et suivre en temps réel le processus de déroulement du soin : « *l'asymétrie patient-thérapeute s'efface au profit d'une communauté de présence* » (Bois, 2006, p. 139).

2.3.1.6. La notion d'accordage somato-psychique

La notion d'accordage, dans la relation d'aide psychologique, est développée par B. Lamboy, psychologue et formatrice au focusing, à partir des travaux de E. Gendlin sur le « sens corporel ». Il s'agit d'un accordage interne qui permet d'obtenir une congruence entre ce que le corps fait ressentir à la personne et ce que la personne pense de la situation. Le but est d'accorder le corps et le psychisme par un aller-retour (holo-mouvement) entre les perceptions corporelles et les pensées, attitudes et comportements : « *La base de l'accordage est la référence expérientielle : ce que je ressens de manière organismique me guide pour ajuster ma position, revoir une pensée, un comportement, évaluer ce qui est approprié ou non* » (Lamboy, 2003, p. 227). Le terme accordage renvoie ici à un accord interne basé sur une interaction consciente entre le ressenti corporel et la pensée.

En fasciathérapie, la notion d'accordage somato-psychique passe d'abord par le toucher psychotonique qui va réguler la modulation tonique. Cette forme d'accordage somato-

psychique manuel constitue un moyen de reconstruire la relation au corps et la relation à soi : « *Le but de l'accordage somato-psychique est d'installer chez la personne un profond sentiment d'unification entre toutes ses parties : d'abord entre les parties de son corps (...) puis, aussi et surtout entre toutes les parties de son être.* » (Bois, 2006, p. 103). L'accordage somato-psychique manuel est donc un préalable à toute approche centrée sur la personne. Rappelons ici que ce type d'accordage constitue une manière de modifier le psychisme, de modifier la qualité de la relation entre le patient et le thérapeute et maintenant de modifier la relation du patient à son corps. Le toucher psychotonique ouvre ainsi l'accès au corps sensible et crée les conditions d'une expérience corporelle signifiante :

Le corps sensible devient alors en lui-même, un lieu d'articulation entre perception et pensée, au sens où l'expérience sensible dévoile une signification qui peut être saisie en temps réel et intégrée ensuite aux schèmes d'accueil cognitifs existants, dans une éventuelle transformation de leurs contours. (Berger, 2006, p. 60).

On pressent le type de démarche thérapeutique qui peut naître du processus de conscientisation du « sensible corporel » : un accordage entre le corps et le psychisme qui coïncide avec un accordage entre le sentir et le réfléchir, dans une interaction immédiate comme le laisse entendre D. Bois : « *Les deux étapes sont indispensables : vivre les sensations perçues dans son corps et analyser la pensée, sans que nulle action n'est possible. Dans la démarche que je propose, les sensations internes offrent à éprouver ce que la pensée met en action* » (Bois, 2002, pp.66-67)

Le tableau suivant donne un aperçu des concepts clés de la relation d'aide et propose de les comparer avec les principales notions de la relation d'aide d'orientation humaniste. On se rend compte principalement que la relation d'aide manuelle invite à une rencontre, un dialogue silencieux avec la personne. Son interlocuteur est le mouvement interne, véritable force de santé. Le patient est invité à faire l'expérience de lui-même dans l'accordage somato-psychique afin de se découvrir dans son corps sensible.

Tableau 2
Synthèse des caractéristiques de la relation d'aide manuelle en fasciathérapie
Analyse comparative avec la relation d'aide en psychothérapie

Concepts	Relation d'aide manuelle	Relation d'aide psychologique
Le concept de corps	Corps sensible, caisse de résonance de l'expérience vécue, vit et renvoie l'expérience	Dimension organismique : non biologique, unité corps/psychisme, unité corps/environnement
Le concept de potentialité	Mouvement interne, force de renouvellement de la personne	Processus, tendance actualisante, <i>carrying forward</i> , logique du vivant
Le concept d'expérience	Expérience extraquotidienne, déclenchée par le toucher manuel	<i>Experiencing</i> , « sens corporel », expérience de la sensibilité du corps
Le concept d'entretien	Entretien tissulaire : non-verbal, dialogue tonique, communication silencieuse	Entretien verbal : mise en mots de l'expérience, expression des émotions, pensées et sentiments
L'attitude dans la relation d'aide	La réciprocité actuante à travers la relation au sensible	Empathie, considération positive inconditionnelle, congruence
Le concept d'accordage	Accordage somato-psychique manuel à travers la modulation psychotonique	Accordage interne entre le ressenti et la pensée (holo-mouvement)

Ce tableau aborde les 6 concepts de la relation d'aide manuelle : on y entrevoit d'un côté les caractéristiques de la relation d'aide manuelle et de l'autre celles de la relation d'aide psychologique. Bien que les deux abordent des concepts similaires qui caractérisent la centration sur la personne, on peut se rendre compte des particularités qu'apporte la relation d'aide manuelle. Le toucher psychotonique apporte un point de vue complémentaire sur le corps, l'entretien, la potentialité, l'expérience, la relation et l'accordage.

2.4. La spirale processuelle du rapport au sensible de D. Bois et la question des vécus dans la relation d'aide manuelle psychotonique

2.4.1. L'accordage somato-psychique manuel et la référence à soi

Si nous commençons toujours notre thérapie psychotonique par l'accordage somato-psychique manuel, c'est que nous faisons un lien essentiel et fondamental entre le tonus, l'identité, la présence à soi et la référence à soi. Or, nous savons que la désorganisation de la trame tonique conduit à une déstructuration de l'identité fondamentale : « *La désorganisation tonique ne se fait pas dans n'importe quelle condition ; elle est favorisée par les circonstances provoquant une certaine insécurité intérieure* » (Lemaire, 1964, p. 44). L'hypertonie est accompagnée de peur, d'angoisse profonde, d'insécurité : « *La contraction désormais inutile ou même nuisible est cependant vécue inconsciemment comme **une défense**, face cette **angoisse interne**, et l'homme n'y renoncera que lorsqu'il se sentira plus rassuré, au-dedans comme au-dehors* » (Lemaire, 1964, p.13).

Dans la fasciathérapie, l'accordage somato-psychique manuel est un instrument qui permet de réguler cette tension intérieure et de reconstruire un sentiment de soi, une présence à soi et une confiance en soi. Le toucher psychotonique utilise donc le tonus pour reconstruire cette identité et ce rapport à soi : « (...) *tonus et sensations constituant une voie d'abord de la personnalité dans sa globalité* » (Ranty, 1994, p. 269). Dans ces conditions, le patient peut alors retrouver sa sensation de base, son sentiment d'existence.

Si, dans la fasciathérapie, la régulation du tonus est première dans le processus thérapeutique, c'est pour en faire l'instrument d'une réconciliation possible avec soi-même et avec son lieu de référence interne. Ce mode d'accordage somato-psychique s'inscrit comme une pratique de relation d'aide puisqu'il conduit le patient à sentir ce « *goût particulier* » de se reconnaître, d'« *être en concordance avec soi* » (Lamboy, 2003, p. 131), de sentir l'accord entre soi et soi, entre ses pensées et son ressenti, entre son corps et son psychisme. Être accordé c'est sentir ce goût particulier d'être en congruence avec soi-même, d'être authentique avec soi.

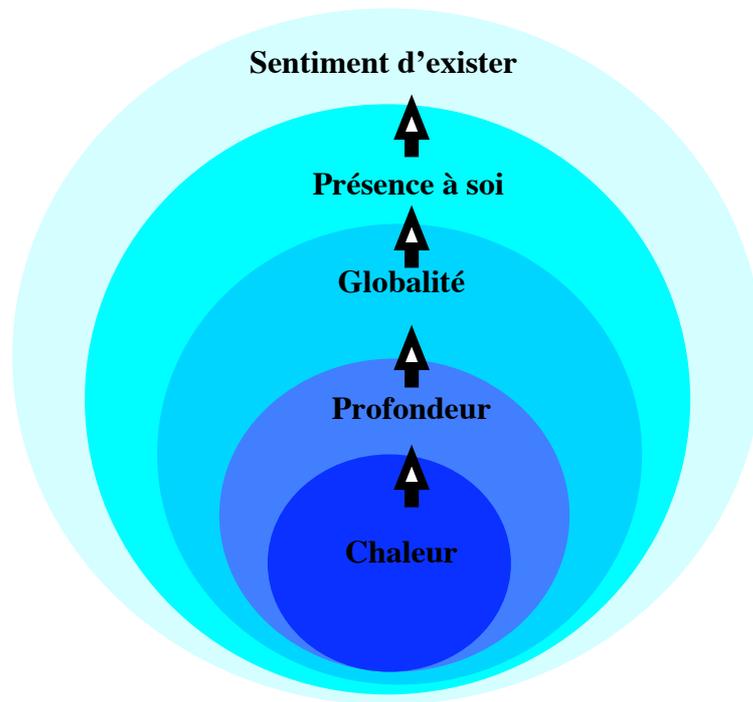
2.4.2. La relation d'aide manuelle et la spirale processuelle du rapport au sensible de D. Bois

Lorsque nous évoquons la question des vécus corporels dans la relation d'aide manuelle psychotonique, nous faisons référence à la spirale processuelle du rapport au sensible. Quand D. Bois (2007) développe dans sa thèse de doctorat les catégories du sensible qui apparaissent dans le cadre de l'étude des transformations perceptives, conceptuelles et relationnelles qui naissent d'une pédagogie de la relation au corps sensible, on a le sentiment d'être en présence d'une force de transformation qui, via un mouvement interne au corps invite à la modifiabilité cognitive et conduit toujours vers une amélioration de la relation à soi, vers un accordage des différentes parties de soi :

Nous avons le sentiment que la spirale processuelle du rapport au sensible apporte une contribution réelle à la compréhension des phénomènes internes mis à l'œuvre dans la relation au corps sensible. Comme le rapportent souvent les étudiants, restaurer un rapport familial avec les phénomènes de la vie intime du corps implique de soigner la relation au corps. La spirale processuelle recouvre un vaste champ de perceptions, elle traduit un déploiement perceptif qui devient le terreau fertile d'informations internes nourrissant autant le sentiment de soi que la vie réflexive (Bois, 2007, p. 295).

Dans sa recherche, D. Bois opte pour une herméneutique des termes les plus proches d'une « réalité subjective », en lien avec des vécus tangibles. En effet, **la chaleur, la profondeur, la globalité, la présence à soi et le sentiment d'exister** sont des mots qui emportent avec eux des manières d'être concrètes pour le patient qui en fait l'expérience. Ces premières pistes significatives nous ont alors poussé à orienter finalement notre quête compréhensive sur chacune des expressions du sensible qui apparaissent dans la relation d'aide manuelle psychotonique afin d'en définir les contours et significations qui apparaissent dans le témoignage rapporté par les patients qui font l'expérience de ce « contact psychotonique ».

Figure 4
Spirale processuelle du rapport au sensible (Bois 2007)



Dans le contexte de la spirale processuelle du rapport au sensible, le premier contenu de vécu témoigné par le sujet qui rencontre le sensible à travers la relation d'aide manuelle est la présence d'une *chaleur*. La personne décrit ensuite l'accès à l'intériorité en utilisant le plus souvent le vocable de *profondeur*, elle ressent sa profondeur et dit découvrir une partie d'elle-même qui jusqu'alors lui était inconnue ou imperçue.

Puis elle rapporte le vécu d'un état de *globalité* qui lui donne l'impression d'un accordage avec toutes les parties anatomiques de son corps et d'une unification entre le corps et le psychisme. Elle témoigne alors d'un nouvel ancrage identitaire corporel qui lui donne une impression de solidité et de stabilité. Cette expérience peut en rester là et ne pas évoluer pendant un certain temps.

Mais au fur et à mesure que la perception de la personne s'enrichit, elle décrit le vécu d'un *sentiment de présence*, une forme de retour à soi vécu qu'elle assimile le plus souvent à un remplissement d'elle-même qui vient combler une distance de soi à soi. Cette nouvelle présence au corps lui donne le sentiment d'être plus proche d'elle et des autres, d'être plus sensible et en résonance incarnée. Elle découvre sa singularité.

Enfin, la personne découvre un *sentiment d'exister* et prend simultanément conscience

qu'elle existe pour elle-même et en elle-même : « *j'existe en tant que moi et non plus à travers le regard des autres* ». De la même façon, elle se valide à partir de ce qu'elle est et non plus à partir de ce qu'elle fait : « *je me valide dans ce que je suis et non plus par ce que je fais* ».

Il nous apparaît important de nous appuyer sur le champ théorique de la spirale processuelle du rapport au sensible de D. Bois pour questionner notre question de recherche et l'appliquer non plus aux étudiants experts du sensible en formation supérieure de somato-psychopédagogie, comme l'a fait D. Bois dans le cadre de sa thèse de doctorat, mais à des **patients non experts** dans la description des contenus de vécu. En ce sens, les résultats de notre recherche menée sur des patients non experts nous intéressent car ils rendraient compte de la possibilité pour des personnes non expertes d'accès au vécu du sensible et au sens qui s'en dégage.

CHAPITRE 3

CADRE PRATIQUE

Comme nous l'avons développé dans le cadre théorique, le toucher psychotonique constitue pour nous le véritable support de la relation d'aide. Il nous permet, en tant que praticien en fasciathérapie, de compléter et d'associer démarche clinique et démarche compréhensive. L'étude approfondie de la notion de tonus, enrichie de celle de psychotonus, nous a conduit à comprendre comment le tonus était impliqué dans la construction de la relation thérapeutique et dans la construction de la relation et de la référence à soi. Cette dimension de relation à soi nous a permis d'opter pour une méthodologie compréhensive et non pas clinique qui aurait davantage été tournée vers une approche symptomatique. Chaque geste thérapeutique, à tous les niveaux d'intervention manuelle et verbale, implique une forme de relation, un rapport entre deux personnes sur la base d'une réciprocité.

Cette omniprésence du tonus nous a permis d'envisager un lien entre tonus et relation d'aide psychologique : la relation d'aide s'envisage alors comme une démarche compréhensive qui prend en compte la dimension corporelle, vécue et sensible du corps comme base de l'approche psychologique du patient qui souffre.

Nous avons choisi, pour rester fidèle à notre question de recherche, de circonscrire notre champ pratique au toucher de relation manuel et à l'espace de parole qui permet au patient d'explicitier son expérience corporelle et au praticien chercheur de les recueillir. Nous avons fait le choix de placer l'entretien à directivité informative dans la méthodologie pratique plutôt que dans la méthodologie de recherche. En effet, le toucher psychotonique et le temps

verbal constituent le support de construction de notre matériau de recherche.

Les modalités pratiques de ces conditions seront développées en quatre phases. La posture d'écoute et d'intervention du praticien, les différentes qualités de présence du praticien à la vie tissulaire, les différents gestes techniques dans la relation d'aide manuelle et l'espace de parole à directivité informative.

3.1. Posture d'écoute et d'intervention du praticien : neutralité active et réciprocité actuante

La relation d'aide soulève, souvent, la question de l'implication du praticien dans le soin : « *L'accompagnant agit en première personne et reçoit directement un écho de ses actes jusque dans son intime* » (Rességuier, cité par Bonneton-Tabariès et Lambert-Libert, 2006, p. 93). L'implication est indispensable à la création de la relation d'aide et, en même temps, elle bouscule et renvoie à soi-même comme un miroir. Comment être impliqué et distancié ? Comment aider l'autre en restant stable, présent ? La question de l'implication et de la distance thérapeutique sont au cœur de la relation d'aide :

Piégés entre les préceptes contradictoires « d'empathie » (se mettre à la place) et de « distance professionnelle » (ne pas trop s'impliquer), les soignants peinent à se positionner. Soit ils se rapprochent et se trouvent dans une éprouvante affectivité, soit ils mettent de la distance et se désinvestissent (Tournebise, 2004).

Dans le domaine de la psychologie ou de la pédagogie, la notion d'expérience commune peut prêter à confusion car elle pourrait évoquer l'instauration d'un état fusionnel entre deux personnes avec toutes les conséquences que cela engendre dans la relation d'aide. Dans la relation d'aide manuelle psychotonique et dans la fasciathérapie, il n'en est rien. L'expérience commune que nous convoquons dans la relation d'aide manuelle psychotonique traduit plutôt le partage d'un fond commun perceptif qui se situe en amont des modes de relation affective ou émotionnelle traditionnels. Ce fond perceptif commun prend la forme d'un mouvement interne lent qui se manifeste de manière identique chez le praticien et le patient dans le cadre extraquotidien que construit la relation d'aide manuelle psychotonique. C'est en ce sens que l'expérience est commune. En revanche, la nature du rapport que chaque personne instaure avec ce mouvement interne livre des tonalités singulières. Ainsi, on peut

dire que chaque personne a un rapport singulier au contact de ce fond perceptif commun. C'est grâce à cet ancrage dans ce fond perceptif commun que peut s'instaurer une relation de réciprocité. Dans le cadre de la relation d'aide manuelle psychotonique qui nous intéresse ici, la réciprocité se construit à partir du toucher psychotonique. Le phénomène de modulation tonique qui se produit dans le corps du patient, sous l'effet de la main agissante du fasciathérapeute, résonne à l'unisson chez le praticien et le patient qui perçoivent la résonance et la tonalité que cette modulation tonique produit en eux : chacun est alors conscient des effets que la modulation tonique produit en lui (réciprocité de soi à soi) donnant lieu à une expérience subjective singulière (résonance, tonalité) sur le fonds d'une expérience commune (modulation tonique). Les conditions d'une réciprocité actuante entre le praticien et le thérapeute dans la relation d'aide manuelle psychotonique sont alors réunies.

Nous devons, cependant, pour accéder à cette qualité de relation dans le toucher manuel instaurer une attitude de neutralité active qui permet à la fois d'être proche du phénomène observé tout en gardant une distance favorable à l'analyse réflexive des contenus de vécu qui se donnent sous la main et à la conscience du praticien.

3.1.1. Application au toucher psychotonique : une posture manuelle et attentionnelle

Dans la relation d'aide manuelle, pour être « juste », le toucher manuel doit répondre à la demande silencieuse du corps. La justesse d'un toucher de relation se mesure à la capacité du praticien de répondre de façon adéquate à la demande non verbale du corps. Ce dialogue non verbal passe par le toucher psychotonique : l'échange est silencieux, non réfléchi, immédiat et adéquat. Le toucher psychotonique ne s'adresse pas aux niveaux affectifs de la fonction tonique mais à la modulation psychotonique, à cette potentialité d'adaptation psychotonique qui apparaît sous la main « agissante » du fasciathérapeute et qui s'offre comme une réponse corporelle : la main du praticien intervient pour modifier activement la structure tonique et accompagner le mouvement qui en émerge. Toute la relation d'aide manuelle psychotonique dépend de cette aptitude du praticien à déclencher le mouvement de résolution psychotonique. L'attitude qui prévaut dans cette relation d'aide manuelle est la « neutralité active » : « neutre, pour permettre au mouvement interne de s'exprimer ; et active, pour lui permettre de se libérer des résistances tissulaires s'opposant à son expression » (Bois, 2006, p. 18). Le praticien s'engage alors dans le mouvement interne de la

personne et accompagne ce mouvement qui se fraye un chemin dans les différentes résistances tissulaires corps. Pour E. Berger, cette attitude mobilise une qualité attentionnelle au sein de l'action manuelle :

L'attitude à la fois manuelle et attentionnelle qui contient et accompagne ce processus s'appelle (...) la « neutralité active » : neutralité dans le fait de laisser venir, de ne pas préjuger, de ne pas anticiper, de ne pas tirer et de ne pas pousser, de ne pas faire intervenir ma volonté à travers une décision personnelle qui irait à l'encontre des trajets ou réactions spontanées du mouvement interne ; active dans le fait de continuer à maintenir ensemble mouvement et immobilité, de poursuivre ce maintien, de réajuster s'il le faut. (Berger, octobre 2006b, p. 49).

Dans cet entretien tissulaire dont les supports sont le mouvement tissulaire et la modulation tonique, il s'installe un véritable dialogue entre la main du fasciathérapeute et le corps du patient. Le praticien met à l'épreuve sa capacité d'écoute, sa manière d'accompagner le mouvement de la personne et sa capacité à suivre ce mouvement de la personne, son processus. La neutralité active dans le toucher manuel offre au praticien le sentiment de coïncider avec le mouvement profond de la personne en touchant au bon endroit, au bon moment, avec la bonne présence. Cet accompagnement lui permet d'être au plus proche de la force interne, d'accompagner, de soutenir, d'encourager et de comprendre le patient de l'intérieur à travers les réponses que donne son corps. Le praticien utilise cette écoute tissulaire pour savoir à tout moment si sa sollicitation manuelle est adaptée à la demande profonde et silencieuse du corps.

3.1.2. Associer indicateurs internes et logique thérapeutique

Le dialogue psychotonique donne ainsi des informations au praticien sur le déroulement du soin, sur les processus de changement de la matière tonique du patient. Le praticien peut alors construire son traitement sur la base d'indicateurs internes corporels et non plus seulement à partir de sa propre croyance ou de sa propre volonté. Les indicateurs internes peuvent être considérés alors comme des informations qui orientent, guident l'attention et l'action manuelle :

Le mouvement interne se donne avec des caractéristiques propres, certaines invariantes, d'autres variables selon les moments et conditions de l'expérience : une forme, des orientations, une amplitude, un rythme, une texture, une résonance en terme d'états émotionnels ou de pensées spontanées. (Berger, 2006b, p. 47).

Le mouvement et la modulation tonique sont ainsi des indicateurs précieux des processus de changement et de transformation de la matière du corps qui indiquent et annoncent des modifications psychiques de la personne. La neutralité active consiste donc à écouter ces indicateurs internes, à leur faire confiance et à les valider comme des informations qui renseignent sur l'état intérieur du patient et son implication dans le traitement. En ce sens, le toucher psychotonique est un **toucher « compréhensif »** qui prend en compte les indicateurs internes pour construire son action, sa logique et sa réflexion thérapeutique. Le praticien réajuste en permanence sa prise manuelle, sa position de main ou sa logique de traitement au contact des indicateurs internes qui l'informent en permanence de la manière dont la personne réagit au traitement :

Sur la base de ces indicateurs internes, l'étudiant repère et évalue en direct de son action thérapeutique les différents degrés de transformation de l'état intérieur du corps qui se trouve sous ses mains. Du plus superficiel au plus profond, il perçoit des changements d'état de nature physique, psychique et sensible, selon une graduation des degrés de conscience qui accompagnent en direct le processus de changement interne. Doucement, il assiste au dévoilement de l'architecture de la « corporalité », il découvre avec étonnement des sensations qui se rassemblent pour donner au corps un sentiment d'existence tangible. (Bourhis, 2007, p. 50).

En tenant compte de cette réalité interne, le praticien peut alors prendre en compte le patient et ses réactions dans son approche clinique. Il associe logique interne et réflexion thérapeutique.

3.1.3. La réciprocité actuante : un dialogue tonique réciproque entre le patient et le thérapeute

Le dialogue tonique manuel et les modulations qui l'accompagnent créent une syntonie tonique qui informe le thérapeute sur la pertinence de sa proposition manuelle et sur l'évolution intérieure de la personne pendant le traitement. Cette perception tonique ne passe pas par la réflexion mais par la voie du corps sensible du thérapeute. Ainsi, dans le toucher psychotonique, le praticien doit avoir une double attention : à la fois, il est présent aux informations tissulaires qui se déroulent dans le corps du patient et en même temps, il est attentif aux informations internes qui résonnent dans son propre corps. Il entre alors en réciprocité avec ce qu'il déclenche dans le corps du patient et ce qu'il ressent en lui :

Il est simultanément amené à percevoir le corps de son patient, et le sien dans une intersubjectivité ou réciprocité actuante pour reprendre la terminologie de

D. Bois. La réciprocité actuante est le jeu subtil d'interactions entre l'observant et l'observé, où l'observant influence l'observé qui en retour influence l'observant dans une ellipse circulante. (Bourhis, 2007, p.56).

Nous l'avons déjà souligné, la réciprocité actuante a des effets non seulement sur le patient mais aussi sur le praticien : toute modification tonique du corps du patient est accompagnée d'une modification immédiate de la structure et de la tonalité du corps du thérapeute. La neutralité active consiste donc également à accompagner ces changements intérieurs du corps du thérapeute pour mieux se glisser dans le cours des processus dynamiques du traitement. La neutralité active ne se conçoit que dans une attention du thérapeute à ses propres processus internes, à sa propre modulation tonique qui sert de référence à l'accompagnement et à la compréhension du langage tissulaire qui naît dans l'interaction.

On le voit le toucher psychotonique est un toucher qui implique perceptivement et organiquement le thérapeute. Cette implication qui se fait au niveau de la totalité de l'organisme « vivant » et relationnel du thérapeute ouvre la voie vers la construction d'une « distance thérapeutique » : plus le praticien s'accorde à cette syntonie tonique, plus il est proche du patient et plus il prend de la distance avec ses propres intentions, ses sentiments et ses a priori. La neutralité active réalise une sorte d'« époque », de mise en suspension de tout ce qui éloigne de la présence au déroulement du processus thérapeutique.

3.2. Les différentes qualités de présence du praticien à la vie tissulaire : le modèle des trois mains appliqué au soin

Après avoir instauré la posture d'écoute et d'intervention qui prévaut dans la relation d'aide manuelle psychotonique, vient le moment d'aborder les différentes qualités de toucher manuel utilisées par le fasciathérapeute. Selon l'intention thérapeutique, le praticien sera sollicité dans sa qualité de présence à son geste de manière différente. H. Bourhis (2007), dans ses travaux de recherche, a catégorisé un modèle pédagogique permettant à l'étudiant en formation d'acquérir différents niveaux de perception. Ainsi, la *main effectrice* demande avant tout un engagement technique, la *main percevante* recrute une qualité de présence plus attentionnée, la *main sensible* engage le praticien dans une implication plus totale sur la base

d'une réciprocité actuante. Ici, ce modèle pédagogique est investi dans une optique de soin appliqué à un patient.

3.2.1. La main effectrice : démarche clinique, faire un soin

Elle correspond au savoir et au savoir-faire. Nous formons cette main agissante à travers la connaissance de l'anatomie, de la physiologie, de la physiopathologie. Cette main est enrichie par l'apprentissage d'un savoir-faire : le praticien associe à la connaissance des différents éléments anatomiques, à la localisation de leur rapport et de leur degré de profondeur une stratégie thérapeutique adaptée à un symptôme précis. Cette main effectrice permet, en fasciathérapie, la mise en application du toucher symptomatique. Ce toucher s'apprend sur la base de mises en situation pratiques et de supports documentaires qui associent prises, éléments anatomiques et stratégies thérapeutiques. Cette main agissante et réfléchissante constitue la compétence la mieux maîtrisée par le kinésithérapeute et constitue à notre sens la compétence qui va de pair avec la démarche clinique. Cette main permet d'appliquer un geste thérapeutique à partir de l'analyse et de la compréhension de signes cliniques. En fasciathérapie, la main effectrice est nécessaire à la mise en pratique de la démarche clinique et elle est également indispensable à la mise en application du toucher psychotonique (mobilisation tissulaire, suivi dynamique, point d'appui, résistance, lenteur).

3.2.2. La main percevante : percevoir la modulation psychotonique

Cette main ajoute à la dimension clinique, une approche subjective qui laisse de la place à la sensibilité du praticien. Cette démarche d'analyse perceptive manuelle est une compétence du kinésithérapeute : le praticien doit apprendre à discriminer, à ressentir les tissus, leur qualité par une maximalisation de sa sensibilité tactile. Cette main peut donc apprendre à développer une sensibilité de plus en plus fine : il existe ainsi une potentialité perceptive. Dans la pratique de la kinésithérapie, cette main permet de percevoir l'état du corps, des tissus et de les mettre en rapport avec les signes cliniques et le discours du patient. Cette main qui perçoit permet de réajuster sa pratique, de compléter son bilan et d'introduire dans son geste thérapeutique une sensibilité qui s'adapte à la qualité du tissu. En fasciathérapie, la main percevante est une main d'écoute : « *nous sollicitons la main*

percevante, qui est à l'écoute de la subjectivité interne qu'elle déclenche dans le corps du patient » (Bourhis, 2007, p. 59). Dans la pratique du toucher psychotonique, cette main percevante permet de conscientiser la modulation psychotonique. Cette main qui écoute et qui ressent les effets de son action sur la qualité et l'évolution de la tension psychotonique est indispensable pour pénétrer en conscience la dimension subjective du corps et pour commencer à dialoguer avec lui. Cette main est indispensable dans notre relation d'aide manuelle car elle sert de tuteur à la perception et à la conscientisation de la régulation psychotonique à travers laquelle nous sollicitons la participation active du patient. Cette main qui perçoit les effets du toucher sur la régulation tonique est un moyen de vérifier si notre action manuelle est adaptée au patient ou si notre intervention est inadéquate.

3.2.3. La main sensible : créer une réciprocité actuante avec la modulation psychotonique

Nous avons abordé la réciprocité actuante dans le paragraphe consacré à la posture du praticien. Ici, nous l'abordons comme le résultat relationnel convoqué par ce que nous dénommons la main sensible. L'accès à la main sensible constitue la condition obligatoire pour établir ce mode de relation spécifique à la fasciathérapie. La main sensible est un prolongement de la main percevante. Elle perçoit non seulement les changements psychotoniques qu'elle déclenche mais elle installe également un rapport de réciprocité avec la modulation psychotonique. La main percevante devient une main « sensible » quand le praticien commence à être touché par ce qu'il touche. Cette réciprocité avec la modulation tonique du patient se fait sur la base de la conscientisation de la modulation psychotonique du praticien. La main sensible perçoit et accompagne les changements intérieurs physiques et psychiques du patient. En se joignant à cette dynamique tissulaire processuelle, en se laissant guider et modifier par elle, le praticien se tient au plus près de la force interne de la personne.

La main sensible construit donc un véritable lieu d'échange intersubjectif qui génère une influence réciproque, processuelle qui circule entre le « touchant » et le « touché » et entre le « touché » et le « touchant » selon une boucle évolutive qui se construit en temps réel de la relation actuante. Le patient comme le praticien évoluent simultanément dans le mode de préhension des sensations, dans le développement des degrés de conscience et dans la saisie des significations grâce à cette nature de relation :

*Il s'agit d'une qualité de relation particulière qui apparaît au moment où deux personnes entrent en relation avec elles-mêmes au cœur de leur subjectivité corporéifiée dans l'enceinte d'une relation d'aide. La voie de circulation des informations internes emprunte le substratum subjectif du mouvement interne, animation lente, mouvante et incarnée dans la matière des deux acteurs. Nous assistons là à ce que nous appelons une « **information circulante** », c'est-à-dire une information interne qui circule entre le patient et le praticien et qui par la grâce de cette relation se bonifie, évolue et se potentialise chez les deux protagonistes. On comprend que la notion « actuante » est importante car le substratum subjectif est un mouvement et la relation à celui-ci donne accès à des informations mouvantes qui elles-mêmes génèrent un processus de transformation d'état en temps réel de l'expérience chez les deux personnes. (Bourhis, Athènes, 2007)*

La main sensible sert réellement de support à la découverte d'un nouveau mode de communication entre le patient et le thérapeute. Elle ouvre la construction d'une relation d'aide basée sur la perception d'informations internes qui circulent par la voie tissulaire. Ces informations qui circulent par la main sensible amènent les deux personnes à échanger et à se rencontrer sur le mode du sensible. La qualité de la relation entre le patient et le praticien dans la relation d'aide manuelle implique donc nécessairement une qualité de toucher. Il faut avoir une main sensible, c'est-à-dire un toucher capable de saisir la subjectivité interne tissulaire qui se donne sous la forme d'un mouvement interne qui anime la profondeur du corps et touche, implique, concerne la personne lorsque celle-ci en prend conscience durant le traitement : « *une main impliquée qui crée la réciprocité actuante à partir de laquelle la conscience du patient et l'attention captent la subjectivité interne déclenchée par la main du praticien* » (Bourhis, 2007, p. 67).

La main *totale* associe ces trois niveaux de compétence manuelle, main effectrice, percevante et sensible, dans un même geste et produit les conditions d'un toucher qui associe démarche clinique et démarche compréhensive, prise en compte du symptôme et accompagnement de la personne.

Le tableau suivant nous permet de catégoriser les différents types de relation d'aide par le toucher et de préciser les spécificités théoriques sur lesquelles s'enracine le toucher psychotonique (corps sensible, réciprocité actuante et accordage somato-psychique) ainsi que de préciser les exigences pratiques de la relation d'aide manuelle.

Tableau 3
Les différents niveaux de présence, leurs impacts sur la sollicitation de la personne

Présence de faible niveau	Présence de niveau moyen	Présence de haut niveau
Main effectrice Toucher « technique »	Main percevante Toucher de relation tonique	Main sensible Toucher de relation psychotonique
Toucher non impliquant s'adressant au corps objet	Toucher impliquant sur le mode tonique sans que la personne soit consciente des effets du traitement	Toucher de réciprocité Le praticien et le patient interagissent en conscience
Attention aux symptômes	Attention portée sur la modulation tonique tissulaire	Attention du thérapeute et du patient portée sur les effets physiques et psychiques du toucher
Toucher symptomatique : prises, stratégies thérapeutiques	Toucher de relation centré sur la personne et non plus seulement sur le tissu	Toucher de relation centré sur la personne impliquée et concernée psychiquement et émotionnellement

3.3. Les différents gestes techniques dans la relation d'aide manuelle : suivi dynamique et point d'appui

Le toucher psychotonique entraîne une modification de la structure et de l'armature psychotonique de la personne. Les liens entre le tonus et le psychisme nous permettent de comprendre, à travers l'accordage somato-psychique, que tout changement de la tension de l'étoffe tonique est susceptible de modifier l'état de conscience de la personne et l'expérience de sa relation à elle-même. Dans la relation d'aide manuelle, le toucher psychotonique est un toucher qui crée les conditions d'une transformation profonde de la structure tonique de la personne. C'est dans ces conditions que la personne peut alors se percevoir de façon différente et percevoir des changements d'états de son corps. C'est à partir d'un changement perceptif que se modifie le champ cognitif de la personne : dans le cas du toucher psychotonique, le champ perceptif du patient est modifié par l'intervention sur le psychotonus. Le toucher psychotonique modifie la tension tonique pour modifier l'état

psychique : pour cette raison nous appelons ce processus modulation psychotonique et nous nous inscrivons dans la compréhension d'une force d'homéostasie somato-psychique.

Ce dialogue tonique constitue la base de l'entretien tissulaire, véritable spécificité de la relation d'aide manuelle en fasciathérapie. Nous pouvons décrire ce dialogue et cet entretien tissulaire en deux temps, le suivi dynamique et le point d'appui :

En pratique, ce dialogue silencieux comprend deux phases : la première, dynamique, consiste en un accompagnement manuel méthodique des différentes orientations et amplitudes du mouvement interne qui s'offre dans le tissu ; la seconde, correspond au point d'appui, arrêt circonstancier du mouvement interne, appliqué au bon endroit, au bon moment, et avec la bonne pression. (Bois, 2006, p. 72).

Pour la compréhension du lecteur, nous précisons que nous employons indistinctement ici, le terme mouvement tonique pour traduire et préciser le mouvement interne qui naît de la modulation psychotonique.

Les conditions d'accès au toucher psychotonique sont essentielles pour notre recherche car elles sont également les conditions d'accès à l'expérience du « sensible corporel » qui constitue le support du vécu corporel que nous souhaitons étudier. C'est dans les conditions de présence et de saisie perceptive du dialogue tonique que nous souhaitons interroger le patient sur la manière dont il perçoit cette relation thérapeutique, sur la manière dont il se perçoit dans cette relation thérapeutique et sur l'influence sur la compréhension de son symptôme.

3.3.1. Le suivi dynamique lent tissulaire : une évaluation de la résistance, de la structure et de l'identité de l'architecture tonique

Si un observateur regarde travailler un fasciathérapeute, il remarquera que le suivi dynamique s'effectue toujours dans une lenteur uniforme. En effet, la lenteur du geste manuel respecte de manière scrupuleuse la vitesse lente de la circulation du mouvement interne dans le tissu, mais en plus, cette atmosphère de lenteur favorise la qualité perceptive du thérapeute à son geste. Grâce à cette lenteur, le praticien accède à des informations supplémentaires qui ne se donneraient pas en dehors de cette qualité attentionnelle.

Grâce à ce voyage tissulaire lent, et à la mobilisation des ressources attentionnelles qui s'y associe, le praticien accède à la main percevante puis à la main sensible. De plus,

cette lenteur permet de pénétrer en profondeur l'élasticité tissulaire qui se donne sous la forme d'une résistance plus ou moins forte, intense de toute la matière tonique, permettant au praticien d'interagir avec l'architecture psychotonique de la personne. En effet, cette résistance, n'est pas seulement une réaction tissulaire, mais signe le degré d'implication de la personne dans le soin. Lorsque le thérapeute pénètre la résistance dans le soin, la personne se sent concernée dans sa sphère psychique et émotionnelle. À travers la résistance psychotonique, se déploient différentes formes de vécus, de ressentis et d'expériences pour la personne. Le toucher psychotonique constitue une manière de dérouler et de déplier les vécus corporels. La lenteur est donc un moyen d'accès à la profondeur du corps et à ses couches d'imperception.

La lenteur permet de repérer les zones denses, immobiles, figées. Le praticien peut effectuer un bilan de la matière tonique. Il s'agit d'évaluer une qualité de résistance au mouvement, une résistance psychotonique : cette résistance s'inscrit pleinement dans la dimension de relation d'aide. Cette résistance perçue sous la main traduit le processus de transformation de la matière tonique qui sous-tend et annonce le changement psychique. Ainsi, il est possible pour le praticien d'évaluer la dynamique processuelle à travers l'analyse de la résistance psychotonique.

Il est également possible pour le praticien d'évaluer les liens entre qualité de la résistance tonique, relation au corps et relation à soi. Le praticien peut évaluer manuellement le caractère tonique de la matière et envisager un lien de rapport entre l'état tonique perçu sous la main et la qualité de la relation du patient à son corps et à lui-même. Les liens entre toucher psychotonique et évaluation de la résistance tonique apparaissent comme des indicateurs internes : état tonique, statut du corps et relation à soi.

Les degrés de résistance psychotoniques sont aussi des marqueurs et des indicateurs de la construction de la relation d'aide et de la réciprocité actuante. Lors de la relation d'aide manuelle psychotonique, la résistance psychotonique indique comment évolue et se construit la réciprocité entre les deux acteurs du soin. On remarque qu'ainsi, la résistance traduit la construction de la présence à soi et de la présence à l'autre.

Le tableau suivant montre les différents bilans manuels de la résistance psychotonique tels qu'ils peuvent apparaître lors de la relation d'aide manuelle psychotonique. L'évolution de cette résistance est un indicateur fiable de l'accordage somato-psychique (unité corps-psychisme) et de l'accordage entre patient et thérapeute (réciprocité actuante).

Tableau 4
Bilans manuels de la résistance psychotonique

Évaluation de la qualité de présence du patient à lui-même et de la réciprocité actuante				
Zones de résistances	Couches de résistance	Identité de la résistance	Tonalité de la résistance	Évolution de la résistance
Localisation, étendue	Profondeur	Qualité : densité, tension,	Résonance	Processus de changement

La main pénètre d'abord la résistance tissulaire qui renvoie ensuite à une autre qualité de résistance traduisant le degré d'implication psychique et émotionnelle du patient dans son processus de soin. La résistance concerne le patient dans sa profondeur et se donne à travers des qualités de densité et de tension tissulaires reflétant ainsi, en fonction de la modulation tonique, l'état de résonance vécu par le patient et son processus de changement aussi bien tissulaire que psychique. Cette lecture de la résistance permet au praticien d'évaluer en temps réel la qualité de la réciprocité qui s'installe.

3.3.2. Le point d'appui et la modulation psychotonique

Au sein de la relation d'aide manuelle, le point d'appui constitue le temps fort du processus thérapeutique. Au terme du suivi dynamique tissulaire, le praticien exerce des points d'appui manuels, c'est-à-dire des moments d'arrêt circonstancié au sein de la résistance tissulaire, à un endroit du corps et selon une durée qui dépend de la réaction psychotonique. La vie tissulaire et la vie psychique sont associées et évoluent ensemble : la réaction tonique *est* une réaction psychique. On peut lire et évaluer la qualité de la réaction psychotonique de la personne à travers l'apparition de la **tension régénératrice exponentielle**. Le processus de la réaction psychotonique s'observe à travers le délai d'apparition de cette tension, sa durée, son intensité, son seuil maximum et son effondrement. Chacun de ces items nous renseigne sur l'évolution du processus de transformation de l'état tonique du corps : cette modification tonique déclenchée et perçue sous la main par le praticien est appelée *modulation psychotonique* (Bois, 2006). H. Bourhis la décrit comme « *l'état de tension/relâchement qui accompagne le toucher de relation manuel* » (Bourhis, 2007, p. 50). E. Berger, quant à elle, la décrit comme la rencontre entre deux forces qui tendent vers un processus de résolution : « *Cette tension (psychotonique) vient du fait que mouvement interne et immobilité ne s'opposent pas mais tendent l'un vers l'autre.* » (Berger, 2006b, p. 49).

Au moment du point d'appui se construit et se dévoile à l'attention du praticien le processus d'émergence d'un mouvement tonique qui annonce un changement psychotonique.

Le thérapeute dans ces conditions peut percevoir en direct le processus de résistance au changement de la structure psychotonique (phase de tension tonique) et assister au moment de la modification de cette tension psychotonique qui annonce la construction d'une nouvelle architecture psychotonique.

Attentif à l'évolution de cette modulation psychotonique au point d'appui, le fasciathérapeute perçoit de façon claire et distincte l'émergence d'un processus de résolution qui naît du corps et qui s'accompagne d'une implication cognitive. Cet arrêt constitue pour nous les conditions de l'émergence d'une nouvelle expérience de soi et de référence à soi. Le point d'appui informe également le fasciathérapeute de la qualité de la relation qui s'installe entre lui et son patient.

Le **délai d'apparition** de la réponse tonique apparaît entre le moment du point d'appui et l'apparition d'une tension tonique : cette tension tonique qui se construit sous la main traduit le début du processus de modifiabilité psychotonique. Elle traduit l'implication tonique et psychique de la personne dans le processus thérapeutique et se perçoit sous les mains comme une force interne, une volonté, un processus qui tend à résoudre la problématique. Elle indique également que le patient vient en confiance sous la main du praticien : cette réponse tonique informe que le toucher est « juste ».

L'**étendue** de la réponse tonique correspond à la « contagion tonique » : plus la réponse tonique est globale, plus grande est la participation de la personne à son processus curatif. La contagion tonique envahit progressivement les mains et le corps du praticien : le dialogue tonique se construit progressivement au sein des deux corps. La syntonisation tonique indique qu'il y a réciprocité dans la relation d'aide manuelle.

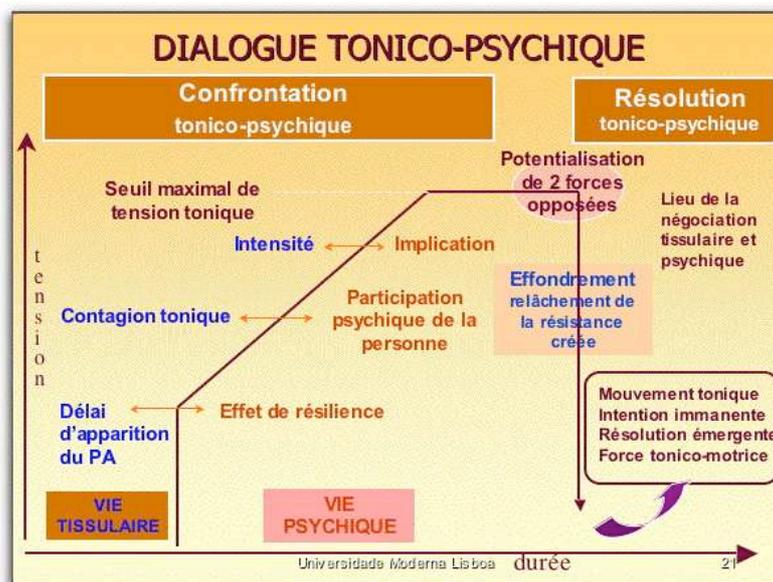
L'**intensité** de la réponse tonique correspond au degré d'implication de la personne dans son processus thérapeutique : c'est le paramètre le plus subjectif de l'évaluation et en même temps le plus psychologique. À ce moment, ce ne sont pas seulement les fibres tissulaires qui sont concernées, mais la personne : le patient est touché par ce qu'il ressent dans son corps. Le praticien est alors lui-même touché dans son propre corps et ressent une réciprocité plus profonde, plus implicite.

Le **seuil maximum** de la réponse répond à la tension psychotonique maximale et traduit la confrontation entre la force de renouvellement de la personne, sa volonté de changer, d'évoluer, de se laisser guider par ce qui émerge de la profondeur et la force de préservation, sa résistance au changement, ses peurs et sa difficulté à se laisser guider par le processus. Il s'agit d'un moment intense de confrontation perceptivo cognitive : une lutte

entre ce qui est ressenti, éprouvé et la raison. Dans la réciprocité, le praticien est confronté à son désir de maintenir le point d'appui et de le relâcher : il doit cependant rester présent tout en étant neutre afin de ne pas orienter la réponse et ne pas relâcher son soutien.

L'**effondrement** ou **résolution psychotonique** correspond à « *un relâchement tonique donnant lieu à un mouvement interne de résolution de la résistance tissulaire et cognitive* » (Bourhis, 2007, p. 50). Cette phase donne naissance au mouvement tonique qui lui-même traduit le changement de la structure psychotonique de la personne lui donnant accès à une nouvelle manière d'être et de se percevoir. Le relâchement tonique se fait également en temps réel dans le corps du praticien : le praticien et le patient sont alors modifiés réciproquement dans leur interrelation tonique. Ce mouvement tonique est le signe d'un accordage somato-psychique : la résolution se produit dans le corps et dans le psychisme simultanément et après un dialogue entre le corps et le psychisme. Ce mouvement tonique est également le signe qu'il y a eu accordage entre le patient et le thérapeute : la résolution tissulaire et psychique se produit dans les deux participants et dans un dialogue psychotonique.

Figure 5
Le dialogue psychotonique



Cette figure montre la *performance perceptive* que le fasciathérapeute doit déployer pour réceptionner en temps réel de son geste thérapeutique les différentes informations internes émergentes et réguler son geste dans l'instant. Il perçoit, d'abord un *délai d'apparition* entre le moment où il réalise un point d'appui et celui de l'apparition de la *tension tonique*. Progressivement, il assiste en direct à une diffusion de cette tension dans l'étendue du corps (*contagion tonique*). Puis il perçoit l'*implication* de la personne à travers l'*intensité* de la réponse tonique qui atteint un *seuil maximum* traduisant la confrontation entre la force de renouvellement du corps et la force de préservation. Enfin, la main perçoit un *relâchement tonique* donnant lieu à un mouvement interne de résolution de la résistance tissulaire et cognitive.

3.3.3. Un support d'évaluation du processus de la relation d'aide manuelle

Le point d'appui manuel est le temps fort de la relation d'aide manuelle et du toucher psychotonique : l'évaluation des paramètres de la réaction psychotonique ouvre pour le fasciathérapeute un champ d'évaluation de la qualité de sa relation d'aide. Le point d'appui nous renseigne alors sur les différentes facettes du processus thérapeutique. L'ensemble des réactions au point d'appui, nous indique si le processus thérapeutique va dans le sens d'une relation d'aide. La pratique du toucher psychotonique nous confirme ainsi la place de la « fonction tonique » et sa participation dans tous les aspects de la relation d'aide expérientielle. Les perceptions manuelles des changements toniques nous informent sur les aspects suivants du processus :

- l'apparition de la tension tonique et son évolution indique la *participation psychologique et cognitive du patient* (émotions, attention, perception, mémoire) : ce n'est plus seulement le corps qui est concerné mais également le psychisme, la participation tonique indique un accordage somato-psychique, c'est-à-dire une juste participation du corps et du psychisme qui se rejoignent et sont sollicités ensemble
- l'apparition de la tension tonique et son évolution nous indique *l'apparition d'une force interne émergente* qui vient de la personne elle-même : elle nous met en relation avec la potentialité de la personne et offre des réponses nouvelles et inédites qui ne viennent ni du patient, ni du thérapeute mais de la rencontre féconde entre les deux acteurs impliqués
- l'apparition de la tension tonique et son évolution nous renseigne sur la *construction de la qualité de l'accordage entre le patient et le thérapeute* et sur la *qualité de la réciprocité actuante* : la modulation tonique est un indicateur fiable de cette communication qui se fait sur un fond perceptif commun et qui suscite des changements et des transformations des deux acteurs en présence
- l'apparition de la tension tonique et son évolution nous engage à évaluer *le changement de statut du corps* et le passage d'un corps objet à un corps sujet puis sensible : la modulation tonique est l'expression d'un corps sensible qui commence à donner des informations au patient, à lui faire vivre des sensations, des tonalités internes

- l'apparition de la modulation tonique nous indique un *changement du statut de l'expérience* : la modulation tonique indique que la personne fait l'expérience d'elle-même dans son propre corps, elle ne reçoit pas un traitement mais elle fait une expérience d'elle-même extraquotidienne, elle est en train de vivre quelque chose d'inédit et de nouveau pour elle
- enfin, l'apparition de la modulation tonique et son évolution nous informe sur le *degré d'implication du patient* dans le processus et surtout sur le passage d'une *posture distanciée* (3^{ème} personne) à une *posture impliquée* (1^{ère} personne). La modulation tonique nous indique que le patient est « touché », concerné par le geste thérapeutique et par ce qu'il ressent

Tableau 5

Les différentes formes de lecture du dialogue psychotonique manuel au point d'appui

Bilan de la relation corps-psychisme	Bilan de la force interne	Bilan de la relation entre le patient et le thérapeute	Bilan du statut du corps	Bilan du type d'expérience	Bilan du degré d'implication du patient
Accordage somato-psychique	Potentialité de résolution	Réciprocité entre le patient et le thérapeute	Du corps objet au corps sujet et au corps sensible	D'une expérience quotidienne à une expérience extraquotidienne	D'une posture en 3 ^{ème} personne à une posture en 1 ^{ère} personne

Ce tableau montre la richesse des indications que le point d'appui psychotonique offre à la main sensible du praticien. La qualité de la réponse tonique offre une lecture de l'accordage somato-psychique, de la force d'autorégulation, de la qualité de la relation entre le patient et le thérapeute, de la qualité de la relation au corps et des changements d'état de conscience du patient. On remarquera que le même geste peut avoir une lecture et une signification différentes. Le fasciathérapeute est un expert de la lecture de ces différents niveaux et l'analyse de la modulation tonique lui permet de ne pas séparer les différents aspects de la relation d'aide.

Dans cette analyse des différents aspects de la relation d'aide manuelle, il nous semble particulièrement intéressant pour notre recherche, de faire remarquer l'évolution des degrés de résistance et de changement de l'architecture tonique qui accompagnent les effets du toucher psychotonique et leur signification pour la lecture du processus de retour à soi, à la présence et au sentiment de soi. Les degrés de consistance, de résistance de l'architecture tonique perçus par la main sensible indiquent le changement de statut du corps (corps objet, corps sensible) et le degré de distance ou de proximité du patient à lui-même. La perception d'un type d'architecture tonique (aspects qualitatifs et quantitatifs) est ainsi susceptible de nous

renseigner sur le degré de présence à lui-même du patient. L'espace de parole que nous donnons au patient après le traitement manuel se fait sous couvert de ces conditions préalables de perception des changements toniques afin de recueillir l'expérience vécue du corps sensible. Dans notre recherche qui veut interroger la nature de la relation d'aide au contact du toucher psychotonique, nous intégrons cette évaluation tissulaire comme condition préalable au recueil des vécus.

Tableau 6

Comparatif des types d'architectures toniques perçues sous la main et évolution de la relation au corps

Aspects de l'armature psychotonique	Architecture psychotonique et relation au corps	Architecture psychotonique et relation à soi
Densité, tensions, froid, résistance, immobilité, absence de profondeur, de mouvement tonique	Corps objet, mécanique, physique, extérieur à soi	Distance à soi
Malléabilité, profondeur, fluidité, mouvance, richesse d'orientation, amplitude	Corps sujet, sensible, corps ressenti, éprouvé, conscientisé	Présence à soi, sentiment de soi

Ce tableau montre les liens entre la qualité de l'architecture tonique perçue sous la main et la nature du rapport au corps et du rapport à soi. On se rend compte que l'évolution des changements toniques déclenchés par la main sensible est un indicateur fiable pour évaluer le changement de statut du corps et construire un retour à soi. L'architecture tonique doit être ici comprise comme un état du corps (densité, tension, etc...) qui caractérise la distance, la proximité et la relation au corps (corps objet, corps sujet ou sensible) et qui constitue l'espace ou la présence au ressenti de soi, à un soi sensible.

3.4. L'espace de parole comme lieu de témoignage de l'expérience corporelle du patient et comme construction d'un matériau de recherche

Comme nous en avons fait mention en début de mémoire, dans notre pertinence scientifique, la relation d'aide manuelle, telle qu'elle est pratiquée dans le cadre de la fasciathérapie, se différencie essentiellement de la relation d'aide psychologique par le fait que les entretiens ne se font plus seulement dans un « face à face » mais dans un « corps à corps ». C'est pour ne pas faire de séparation et ne pas créer d'asymétrie entre le corps et le

psychisme, entre la communication non-verbale et la communication verbale, entre la verbalisation et le toucher manuel que nous avons choisi d'associer au toucher psychotonique le terme d'« entretien tissulaire » (Bois, 2007). Ce terme revendique assez bien le processus thérapeutique qui est à l'œuvre dans la fasciathérapie. Nous devons également précisé que la notion d'entretien tissulaire renvoie également à un entretien verbal qui « parle » du point de vue du corps et qui participe à l'accompagnement et à l'accomplissement du processus compréhensif : à travers le dialogue psychotonique manuel, on mobilise un langage silencieux qui se doit d'être explicité.

Il convient cependant d'assumer cette spécificité de la relation d'aide manuelle et donc de considérer que le fasciathérapeute est un spécialiste du langage tissulaire. Sa perception manuelle « sensible » lui permet de percevoir ce que dit le corps, ce que dit la personne et parfois les désaccords entre les deux discours.

Les différentes formes d'entretien tissulaire constituent les outils d'une approche corporelle qui permet d'effectuer l'accordage somato-psychique. Le toucher psychotonique donne donc lieu à une série d'entretiens qui se décomposent ainsi :

- **l'entretien tissulaire non verbal** : il rééquilibre le psychotonus et resensorialise la personne : tonus, tensions, douleurs et désensorialisation sont les signes d'une distance avec son être et en même temps témoignent d'un état de malaise intérieur, d'une difficulté à s'adapter à la situation présente.
- **les entretiens verbaux à médiation corporelle** : ils accompagnent la mise en mot de l'expérience corporelle et se distinguent par des entretiens de vérification (utilisés pour vérifier que le patient perçoit le vécu tonique) et des entretiens post-immédiats et en différé (utilisés pour recevoir le contenu de l'expérience corporelle et du vécu psychotonique).

3.4.1. Espace de parole : entretien expérientiel à directivité informative

3.4.1.1. Entretien à directivité informative ciblé sur le sensible

Parmi les différents types d'entretien de recherche à notre disposition, nous avons choisi **l'entretien expérientiel à directivité informative** (Bois, 2007). La directivité

informative est la posture pédagogique spécifique qui permet au praticien de recueillir verbalement les contenus de vécu corporels du patient à travers la création d'un espace de parole. Cette nature de médiation active est née en effet du constat clinique qu'une personne n'est pas nécessairement experte de la saisie de son propre vécu et dans la verbalisation de celui-ci. En effet, il est plus facile pour le patient de parler des événements de sa vie quotidienne et des réactions affectives et émotionnelles qui lui sont associées que de rapporter les contenus de vécu sensible beaucoup plus subtils, qui demandent une expertise dans la manière de « se vivre », de « s'apercevoir », finalement, de « s'écouter » au cœur d'une expérience corporelle. C'est pourquoi le praticien procède par une série de questions préparées à l'avance, qui orientent l'attention et la réflexion du patient vers la prise de conscience des modifications de la vie tissulaire sensible et les changements d'états corporels et psychiques qui s'y associent. C'est cette nature d'entretien que nous utiliserons pour recueillir les données de notre recherche.

Cet outil de recueil de données se situe parmi les techniques d'entretiens qui interrogent l'expérience vécue. Il nous paraît adapté à notre recherche qui est centrée sur les vécus éprouvés par un sujet au contact du toucher psychotonique. L'entretien expérientiel à directivité informative nous paraît justifié pour plusieurs raisons.

D'abord, cet entretien prend en compte la dimension impliquante. L'expérience et la compétence de l'interviewer dans le domaine étudié sont une valeur ajoutée à l'entretien : il nous est ainsi possible de construire, de mener et de guider notre entretien à partir de notre propre expérience du toucher psychotonique et de ses différents impacts sur la personne que nous avons pu noter au contact des nombreux patients que nous avons traité.

Cet entretien est spécialisé dans l'interrogation des vécus issus de techniques qui sollicitent la relation au corps sensible : le toucher psychotonique est une technique qui sollicite un rapport perceptif au corps. Dans ces conditions, il nous semble que l'entretien expérientiel à directivité informative est adapté au type de données que nous souhaitons recueillir.

L'entretien expérientiel à directivité informative constitue l'instrument de recueil de données le plus adapté pour explorer l'expérience extraquotidienne (Bois, 2007) et notamment, celle de la relation d'aide manuelle. Cet outil est pertinent pour accompagner la personne à explorer, à catégoriser et à mettre à jour les différents aspects de l'expérience vécue au contact du toucher psychotonique. Cet entretien nous paraît adapté au type d'expérience que le patient est amené à découvrir au contact du toucher psychotonique.

Précisons à nouveau que l'espace de parole convoque un climat de réciprocité. C'est pourquoi le moment de l'échange verbal a toujours lieu après un accordage somato-psychique qui crée les conditions d'une écoute et d'une attention réciproque entre l'interviewer et l'interviewé. Le toucher psychotonique s'avère très efficace dans la construction de l'unité du corps et de l'esprit. Il amplifie la vie tissulaire du patient et la qualité de la présence à soi. Ainsi, grâce à ces deux niveaux d'amplification, le patient est amené à saisir des informations qui ne seraient pas captées en dehors de cette condition d'accordage somato-psychique.

Pour interroger le vécu expérientiel corporel en relation avec le toucher psychotonique, nous convoquons un espace de parole immédiatement après la séance de fasciathérapie (**entretien post-immédiat**). Cette forme d'entretien nous paraît adaptée pour recueillir les données, juste après l'expérience. Il nous semble qu'il existe une continuité entre la séance de fasciathérapie et l'entretien verbal : l'entretien verbal va nous permettre de recueillir ce qui est le plus proche du corps, du patient et qui est encore là, très vif dans l'expérience. L'entretien post-immédiat favorise cette proximité entre l'expérience, son vécu et son compte-rendu verbal. L'entretien post-immédiat évite une déperdition de la qualité et de la quantité d'informations vécues pendant le traitement.

3.4.1.2. Entretien de recherche

Pour recueillir nos données, nous avons fait le choix de nous appuyer sur des entretiens de recherche et construit un questionnaire ciblé sur notre question de recherche s'appuyant sur un cadre préalable pratique et expérientiel. C'est pourquoi, nous avons choisi de développer ce paragraphe dans le cadre pratique et non dans notre méthodologie pratique et que nous présenterons ultérieurement dans le cadre de la méthodologie de recherche.

DEUXIÈME PARTIE

CHAMP ÉPISTÉMOLOGIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

CHAPITRE 4

POSTURE EPISTEMOLOGIQUE ET DEVIS

METHODOLOGIQUE

4.1. Posture épistémologique

Pour marquer l'importance actuelle des **méthodes qualitatives** dans le domaine de la formation d'adultes, domaine qui nous concerne principalement, citons l'étude statistique de S. Imel, S. Kerka & M.-E. Wonacott, faite sur le type de méthodologies de recherche employées dans les articles présentés lors de conférences sur la formation d'adultes entre 1983-1988, d'une part, et 1996-1999, d'autre part. Elle montre :

Un fort déplacement des méthodologies quantitatives vers les méthodologies qualitatives ou combinées ; les méthodes quantitatives présentes dans une proportion de 40-50% dans les années 1983-1988 ne le sont plus que pour 10%, alors que, dans le même temps, les méthodes qualitatives sont passées de 15-18% à 30-40%. (Imel, Kerka & Wonacott, 2002, p. 1).

Il nous semble que dans le domaine que nous avons choisi d'étudier, la recherche qualitative ne s'est pas encore déployée. Elle n'a pas su s'imposer au sein des approches de santé. Il faut aller vers la recherche clinique pour trouver trace d'une possibilité d'intégrer la subjectivité dans la recherche.

Il s'agit ici d'évaluer ce qui est vécu par un sujet au contact d'un toucher de relation, c'est pourquoi nous adoptons une posture de recherche ancrée dans la recherche qualitative. La relation d'aide est subjective, elle s'adresse à des sujets qui font et qui vivent une

expérience voire une inter-expérience. Pour savoir ce qui se vit dans cette expérience, il nous faut interroger les sujets qui en sont les témoins et les acteurs. C'est donc en prenant en compte la subjectivité que nous pourrions découvrir comment est vécue la relation d'aide manuelle psychotonique. Le recueil et l'analyse des vécus psychotoniques des patients constituent pour nous le matériau avec lequel nous construirons notre recherche.

Toute recherche se doit de veiller à sa propre cohérence épistémologique. Nous nous inscrivons dans une posture de praticien-chercheur (Kohn, 1986), posture qui a traversé tous les choix tant théoriques que méthodologiques de cette recherche. Cette posture prend tout son sens puisque notre recherche s'exerce sur le terrain de notre pratique. Dans ce contexte, la nouveauté créatrice peut se mettre autant au service d'autrui qu'au service de la connaissance. C'est de notre posture de praticien à la fois thérapeute et formateur, conscient du manque de pratique et de formation à la relation d'aide en kinésithérapie que nous nous sommes engagés dans cette recherche sur la relation d'aide manuelle psychotonique.

Notre question de recherche est née de notre triple posture de praticien à la fois kinésithérapeute, fasciathérapeute et psychopédagogue : c'est à partir de cette posture originale que nous avons essayé de réfléchir autour de la question de la relation d'aide en kinésithérapie. Bien que nous soyons dans une posture de chercheur impliqué, nous avons essayé tout au long de notre recherche, de conserver une distance afin de rester neutre pour dégager une cohérence et produire une connaissance nouvelle en donnant naissance à une nouvelle conception de la relation d'aide en kinésithérapie. À travers les résultats de cette recherche, nous souhaitons également apporter des réponses à certaines questions encore peu abordées dans le domaine de la kinésithérapie et de la relation d'aide.

Notre devis de recherche s'est construit à partir d'une série de choix méthodologiques traçant les contours d'une posture, d'une praxis et d'un outillage qui seront mis au service de l'examen empirique de notre question de recherche. Nous nous situons dans le **paradigme compréhensif** et **interprétatif** (Dilthey, 1947, 1988, 1992 ; Weber 1968) qui nous semble le plus adéquat pour questionner des expériences vécues et plus particulièrement des expériences internes (Dilthey, 1992 ; Paillé, 1997). En effet, notre objectif n'est pas une démarche de preuve, mais une démarche qui tend à **comprendre** la nature de la relation d'aide qu'apporte le toucher psychotonique à des patients dans le cadre de la fasciathérapie.

À l'heure actuelle, le domaine des démarches qualitatives est vaste. Nous ferons le choix, pour respecter la cohérence de notre recherche d'utiliser une **méthodologie générale d'inspiration phénoménologique** (Husserl 1965 ; Boyd, 2001; Depraz, 1999 ; Moustakas

1994) parce que nous allons opérer une **analyse descriptive** du matériau de données en se tenant au plus près du texte initial des entretiens enregistrés, puis retranscrits intégralement (cf. annexes).

Notre posture de praticien-chercheur nous demandera de spécifier, à l'intérieur de ce cadre général phénoménologique une démarche plus précise qui est celle de la **démarche heuristique** (Craig, 1978 ; Douglas et Moustakas, 1985 ; Moustakas, 1990), parce que nous questionnons le matériau de données à partir d'une posture de praticien-chercheur impliqué nous permettant de faire appel à notre propre expertise et laissant place à l'émergence créatrice.

Enfin, l'apport d'une **analyse herméneutique transversale**, parce qu'il s'agit d'une **analyse transversale de trois entretiens de recherche** et non plus d'une analyse des entretiens cas par cas. Cette analyse transversale nous a permis d'accéder à des informations par association et par contraste, ce qu'une analyse cas par cas ne nous aurait pas donné. Sur cette base, nous avons déployé une compréhension des données concernant la nature de la relation d'aide et les impacts sur la vie relationnelle du patient.

4.2. Devis méthodologique

4.2.1. Les participants à la recherche

Nous avons choisi **trois personnes** représentatives de notre population de patients traités en cabinet de kinésithérapie-fasciathérapie, et avec lesquelles nous avons effectué une série de **huit séances de fasciathérapie de quarante-cinq minutes**, dans un délai d'un mois, à raison de deux séances par semaine. Puis nous avons réalisé un entretien avec chaque personne à la fin de la huitième séance.

Le choix de notre méthodologie de recherche a pour objectif de faciliter la qualité du recueil des données. Nous n'avons pas opté pour réaliser un entretien à chaque séance, mais au terme des huit séances. En effet, le témoignage de patients **familiarisés avec le toucher proposé**, nous paraît plus en phase avec la cible de notre recherche, même si elle nous prive du processus évolutif de la découverte. Notre choix s'est porté également sur des personnes qui ont été soulagées de leur douleur et qui souhaitent poursuivre leurs séances de

fasciathérapie pour les bienfaits qu'elle leur procure sur les plans physique et psychologique. Rappelons que nous ne souhaitons pas recueillir l'avis des patients sur les effets de la fasciathérapie et du toucher psychotonique sur leurs symptômes, mais **explorer et identifier la nature de la relation d'aide convoquée par le toucher psychotonique et ressentie par les patients.**

4.2.2. La collecte des données : l'entretien

4.2.2.1. Questionnaire préparatoire à l'entretien

Pour préparer nos entretiens, nous avons réalisé un classement des questions qui nous permettront d'orienter l'attention des patients vers notre question de recherche favorisant ainsi la pertinence des informations recueillies : « *En effet, une bonne liste de questions est un élément nécessaire pour recueillir des informations pertinentes* » (Dépelteau, 2005, p. 331). Cette réflexion préalable à la construction d'un ensemble de questions se construit sur la base de notre expertise et de notre compétence dans le domaine de l'expérience du corps en relation avec le toucher psychotonique.

Cette phase de préparation et d'anticipation de la quête de données nous a permis de nous projeter déjà dans les directions que devait prendre l'entretien qui visait l'exploration de notre question de recherche. Notre expertise dans le domaine que nous explorons nous a aidé à constituer une base référentielle pour construire nos questions : « *À la base, un enquêteur bien préparé est quelqu'un qui connaît bien son sujet de recherche* » (Dépelteau, 2005, p. 331).

Les questions ont porté sur des catégories de vécus que nous souhaitions explorer dans le cadre de notre recherche. Les catégories ont concerné directement et de façon assez générale notre question de recherche et ont été directement inspirées par nos objectifs de recherche. Nous avons souhaité rester cohérent également avec notre cadre théorique dans lequel nous avons développé trois grands axes de réflexion sur les liens entre relation d'aide psychologique et psychotonus. Nous avons anticipé l'entretien en préparant un questionnaire et en conservant l'adéquation entre la formulation de la question et le but poursuivi par notre question de recherche. P. Vermersch propose six fonctions des questions : s'informer, engager l'autre, évaluer, mobiliser, faire savoir et valoriser (Vermersch, 2006). Dans le cadre de notre

questionnaire de recherche, nous avons orienté nos questions vers les quatre premiers items. Sur cette base, nous avons construit trois catégories de question ciblées sur : le ressenti de l'expérience et les prises de conscience ; sur la qualité de la relation d'aide manuelle ; sur la réaction face à la relation d'aide manuelle.

Chaque catégorie a été soumise à un ensemble de questions choisies pour orienter l'attention et la réflexion du sujet dans l'analyse et le témoignage de l'expérience corporelle. Ces questions ont servi de voie d'entrée, laissant une grande place à l'interactivité et autorisant l'entretien à s'écarter tout moment des questions ou bien à les poser sous un angle différent. En nous préparant ainsi à ces questions, nous avons eu le sentiment de réellement anticiper notre entretien, de nous y impliquer et de le vivre en nous préparant également aux différentes réponses et alternatives qui pouvaient se présenter dans les réponses.

Tableau 7

Grille de questions servant de support à l'entretien de recherche

1. Le ressenti de l'expérience et les prises de conscience corporelles	2. La qualité de la relation d'aide manuelle	3. La réaction face à la relation d'aide manuelle
<p>Pouvez-vous me dire ce que vous avez ressenti ?</p> <p>Comment vous êtes vous senti pendant le traitement ?</p> <p>Comment avez-vous senti votre corps ?</p> <p>Avez vous eu des sensations nouvelles ?</p> <p>Avez-vous noté des changements de votre état psychique ?</p> <p>Est-ce une expérience nouvelle pour vous et en quoi est-elle différente de ce que vous connaissez ?</p> <p>Si vous aviez à décrire l'expérience que vous avez faite pendant le traitement, que diriez-vous ?</p>	<p>Pouvez-vous me parler du toucher pendant la séance ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - de cette façon d'être touché ? - vous êtes vous senti présent, impliqué, concerné pendant le traitement par le toucher ? et si oui, comment ? - Comment qualifieriez-vous la nature et la qualité de la relation thérapeutique qui s'installe pendant le traitement ? - Ce type de toucher est-il aidant ? En quoi le toucher manuel vous paraît être aidant pendant le traitement ? 	<p>Qu'est ce qui vous a surpris ? Y a-t-il eu des moments difficiles ? Des moments inconfortables ?</p> <p>Que vous apporte cette expérience dans la compréhension :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de votre corps ? - de vous-même ? <p>Avez-vous quelque chose à ajouter qui vous a paru important ? À l'issue du traitement et à l'issue de l'entretien ?</p>

4.2.2.2. Les conditions de l'entretien

L'entretien est une technique d'observation dont le but est de recueillir des données. Il s'agit d'un mode de collecte de données que l'on trouve parmi l'ensemble des méthodes de recueil en recherche qualitative. L'entretien de recherche, également appelé entrevue ou interview, se définit comme « *un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé* » (Grawitz, 1990, p. 742). L'entrevue de recherche diffère de l'entretien clinique car le but recherché « *visé à collecter des informations selon les finalités d'une recherche scientifique* » (Dépelteau, 2005, p. 316). Il s'agit donc de recueillir des informations, données par une personne dans un but précis : celui de remplir les objectifs de la recherche.

L'entretien de recherche est une relation interpersonnelle qui demande des qualités d'interviewer. Nous sommes conscients que la qualité de l'entrevue et la qualité du recueil de données sont liées. Un bon enquêteur doit « *être sympathique et chaleureux envers ses enquêtés* », « *doit également mettre ses interlocuteurs en situation de confiance* » et « *donner le goût aux enquêtés de répondre, de livrer leurs opinions, de confier leur état d'âme* » (Dépelteau, 2005, p. 333). Notre entretien tissulaire à travers le toucher psychotonique devrait nous aider à créer des conditions favorables à un entretien de recherche vrai, authentique permettant à l'interviewé de se sentir autorisé à être lui-même.

L'entretien de recherche, dans notre cas, a porté sur l'exploration des vécus intérieurs du patient à la suite d'une séance de fasciathérapie précédée de sept autres séances. Durant chacune des séances, y compris celles qui ont précédé la huitième séance suivie d'un entretien, nous avons sans cesse orienté l'attention du patient vers la saisie des vécus expérientiels déclenchés par le toucher psychotonique.

Pendant la huitième séance, nous avons demandé au patient d'être présent, d'observer ce qui se passe en lui, sans chercher quelque chose de particulier. Nous lui avons demandé simplement de fermer les yeux, de se centrer sur l'écoute intérieure. Avec cette consigne, nous souhaitons faire de l'attention un instrument de perception fine qui favorise la description du vécu. Nous souhaitons également que ces conditions de perception et d'attention extraquotidienne favorisent la perception et le suivi en temps réel, des changements, des mouvements internes qui découlent des modulations toniques initiées par la main du thérapeute manuel : « *Grâce à cette mise en condition extraquotidienne progressive, l'attention qui au départ est un instrument cognitif change de statut et devient outil de*

perception consciente, puis plus subtilement d'une "présence à l'expérience" et enfin outil d'un "rapport à l'expérience", la notion de rapport étant dans notre esprit entrevue comme le niveau le plus fin de réception d'une expérience et de ses effets corporels et signifiants » (Bois, 2007, p. 104).

Lors de la huitième séance, nous avons averti la personne que nous allions mener un entretien après le traitement, en nous appuyant sur le questionnaire décrit précédemment.

4.2.3. Le processus de construction de l'analyse classificatoire des données

Sur la base des trois entretiens retranscrits, nous avons procédé à une première sélection des données en optant pour une analyse classificatoire (cf. annexe). Notre méthodologie de recherche au contact des données a reposé sur trois étapes successives d'analyse. Nous avons réalisé une **analyse classificatoire**, une **analyse phénoménologique cas par cas** puis, une **analyse herméneutique transversale** à partir de laquelle nous avons construit des catégories théorisantes.

4.2.3.1. Catégorisation a priori : avant la lecture approfondie des données contenues dans les entretiens

Comme notre entretien a été orienté à travers un questionnaire préalable, nous avons naturellement construit une catégorisation *a priori* en adéquation avec ce questionnaire et nous avons dégagé quelques items correspondants. En reprenant les trois catégories qui ont servi de support aux entretiens, nous avons classé les données recueillies selon qu'elles font référence au ressenti de l'expérience et aux prises de conscience, à la qualité de la relation d'aide manuelle ou à la réaction face à la relation d'aide manuelle.

Cette première catégorisation nous a permis d'explorer et de découvrir des informations sur la nature de la relation d'aide qui se déroule à partir de l'expérience corporelle en relation avec le toucher psychotonique. Cette catégorisation nous a aidé à répondre à notre question de recherche.

Tableau 8

Impacts du toucher psychotonique sur la relation d'aide au patient

Le ressenti de l'expérience et les prises de conscience corporelles	La qualité de la relation d'aide manuelle	La réaction face à la relation d'aide manuelle
Qu'est-ce que le patient rapporte sur ...?		
<i>Les changements de l'état du corps : densités, tensions, chaleur, profondeur, résistance, globalité, douleur</i>	<i>Le respect de la demande corporelle : la qualité du suivi dynamique tissulaire, la résistance, la pression manuelle, le niveau de profondeur touché</i>	<i>Les liens entre vécu expérientiel et sens : pensées, sentiments, états psychologiques, remémorations, prises de conscience, images, idées</i>

4.2.3.2. Construction de catégories émergentes au contact approfondi du matériau de données

Trois types de catégorie nous sont apparus clairement à la lecture approfondie des entretiens. Une première catégorie est apparue lorsque nous avons relevé les impacts du toucher psychotonique sur le changement de l'activité cognitive de la personne traitée. Plus particulièrement, nous avons pu remarquer des changements au niveau de la sphère attentionnelle, de la sphère émotionnelle et affective et de la sphère de la perception. Ces trois formes de changement, nous ont interpellé dans le cadre de notre recherche puisqu'elles témoignent d'un véritable changement de la sphère psycho-affective et perceptivo-cognitive. Ces changements internes ont été pour nous des indicateurs des liens entre modulation tonique et modulation psychique. Nous avons été intéressé par ces changements cognitifs consécutifs au toucher psychotonique car ils accompagnent également un changement de la qualité de la relation au corps, de la présence à soi pendant le traitement.

Tableau 9

Ce que rapportent les patients des changements cognitifs pendant le traitement

Changement d'attention	Changement d'état affectif	Changement de perception

La deuxième catégorie concerne le déroulement du processus thérapeutique et le vécu des différentes phases du traitement. Nous avons pu noter que le traitement impliquait le patient et que cette implication se faisait sous la forme de phases de difficulté et de voies de passage. Nous avons voulu relever comment les patients vivaient ce processus qui se déroulait sous la main du praticien.

Tableau 10

Difficultés et voies de passage rencontrées pendant le traitement et rapportées par les patients

Voies de passage offertes par le toucher psychotonique	Difficultés révélées par le toucher psychotonique

4.2.4. Analyse phénoménologique cas par cas

L'analyse phénoménologique s'est faite à partir de l'analyse catégorielle. Cette analyse phénoménologique nous a aidé à comprendre et à clarifier la nature de la relation d'aide et les impacts du toucher psychotonique sur la personne traitée. Cette phase de la recherche nous a permis de clarifier une partie de notre question de recherche.

Cependant, le matériau recueilli ne donnait pas spontanément une idée et une cohérence claire sur la nature et les contours de la relation d'aide sollicitée par le toucher psychotonique. Il nous a fallu faire des liens et restructurer les données recueillies pour dégager une cohérence et une logique répondant à notre questionnement. Nous avons respecté au mieux et le plus fidèlement possible la dimension descriptive des différents témoignages. Nous sommes restés fidèles aux données recueillies dans l'analyse classificatoire en essayant d'extraire une compréhension des données classées par catégorie.

Nous avons présenté l'analyse phénoménologique des trois entretiens dans quatre directions et dans l'ordre suivant :

- une présentation de la patiente : sexe, âge, profession, nationalité
- les différents changements portant sur l'expérience du corps et de soi ainsi que sur la structure psychique
- le vécu de la relation thérapeutique tel qu'il apparaît au contact du toucher psychotonique
- les difficultés et les voies de passage rencontrées pendant le traitement au contact du toucher psychotonique

4.2.5. Analyse herméneutique transversale

L'analyse herméneutique transversale nous a aidé à clarifier la notion de relation d'aide manuelle à partir d'une identification de notre analyse des différents impacts du toucher psychotonique que nous avons relevé au cours de notre analyse phénoménologique. L'analyse herméneutique nous a permis d'interpréter, de tirer des significations à propos des contours de la relation d'aide par le toucher psychotonique. Ce temps de la recherche nous a permis de faire interagir les données recueillies avec notre question de recherche et notre posture de praticien-chercheur.

Nous avons tenté au cours de cette analyse interprétative de rendre compte et d'extraire une compréhension de la relation d'aide telle qu'elle se dessine au travers des compte-rendus de vécus des patients interviewés. Cette phase de la recherche a été l'occasion d'identifier ce qui caractérise la relation d'aide manuelle telle qu'elle se déroule dans le cours de la séance et telle qu'elle se déroule pour le patient.

Nous avons opté pour une analyse herméneutique transversale pour les raisons suivantes :

- Pour prolonger l'analyse phénoménologique d'une démarche compréhensive et interprétative en conservant notre posture de praticien-chercheur et heuristique ;
- Pour tirer davantage de sens en croisant le contenu des trois entretiens afin d'entrevoir des significations qui ne se donneraient pas dans une herméneutique cas par cas ;

- Pour tenter de dégager des lignes directrices à partir desquelles nous pouvons attribuer une véritable spécificité à la relation d'aide manuelle ;
- Pour ouvrir un champ réflexif autour des questions de la place du toucher psychotonique dans une relation d'aide.

L'analyse herméneutique nous a offert la possibilité de dégager et d'identifier les particularités du toucher psychotonique dans le domaine de la relation d'aide. Cette analyse s'est donnée dans un deuxième temps et nous a permis de mieux comprendre les raisons des impacts du toucher psychotonique sur la personne. Il nous est apparu quatre grandes lignes directrices au cours de cette analyse herméneutique :

- L'identification d'une véritable spécificité du toucher psychotonique ;
- L'identification d'une voie de relation d'aide somato-psychique au contact du toucher psychotonique ;
- L'identification d'un processus d'accordage somato-psychique au contact du toucher psychotonique ;
- L'identification de la nature de l'implication du patient au contact du toucher psychotonique.

TROISIÈME PARTIE

ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES

CHAPITRE 5

ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

5.1. Analyse phénoménologique cas par cas

5.1.1. Analyse phénoménologique de P1

Femme
51 ans
Kinésithérapeute
Française

- **Le ressenti de l'expérience et les prises de conscience corporelles**

Dans l'entretien mené avec cette patiente, nous avons pu relever à différents moments du traitement les liens entre l'expérience du corps et l'expérience de soi. Le premier impact semble concerner la relation à la globalité du corps. La patiente témoigne d'une globalité de sensation qu'elle distingue de la globalité physique, anatomique ou physiologique : « *quand la globalité à nouveau apparaît, quand j'ai cette sensation qui..., qui me gagne à nouveau jusqu'au bout des pieds là-bas. C'est effectivement, c'est à nouveau une forme, c'est pas uniquement un trajet de système neurovégétatif, un diaphragme qui circule, c'est..., c'est à nouveau une forme, une forme humaine (...) c'est la mienne* » (L 286-290). Cette globalité corporelle semble constituer, pour elle, un contour, une forme humaine et plus précisément sa forme. Elle précise, et affirme cette idée à un autre moment, en y associant une sensation de

volume qui s'étale et s'aplatit en reprenant sa place : « *Je la ressens comme ma forme, comme une forme, comme un volume, mais un volume aplani, c'est toujours assez étonnant quand j'ai cette sensation-là, c'est un volume qui s'étale c'est un volume qui cherche à reprendre place dans quelque chose de plus plat. J'ai souvent des sensations de..., de forme...* » (L 294-297). Cette description de la construction de la globalité, de la forme et du volume est accompagnée d'une sensation de réunification des parties du corps évoluant vers un « tout présent » : « *Oui, des parties, oui c'est ça. C'est tout, c'est du tout présent qui apparaît.* » (L 132).

- **La qualité de la relation d'aide manuelle**

La patiente décrit d'emblée, qu'elle est impliquée dans le traitement et ce, quelque soit la région du corps qui est touchée : « *c'est toujours très impliquant, très concernant où que ce soit* » (L 77). À l'implication, elle ajoute également le terme concerné. Le toucher manuel est perçu immédiatement comme aidant et plus encore comme le starter, le révélateur de cette implication perceptive : « *Il est plus qu'aidant, il est..., il est déclencheur* » (L 221), « *il redevient le guide de cette..., le modèle, enfin la référence, le guide (...), de ce mode de perception là* » (L 230, 231). Elle ajoute au toucher, la notion de justesse qu'elle entrevoit comme l'endroit juste, qui est touché et, en même temps, comme ce qui l'interpelle, la concerne : « *La justesse est quelque chose qui est interpellant, la justesse en terme de..., c'est, c'est l'endroit, c'est l'endroit juste, c'est... en terme d'endroit juste* » (L 236-237).

Pour la patiente, la main ne se contente pas seulement d'être au bon endroit, d'être juste, elle participe pleinement à la reconstruction de cette forme humaine : « *l'appui va chercher le petit étirement nécessaire, va chercher à contourner, à contourner parfois la chose (...) à la remettre, à redonner une espèce de forme de consistance, comme si elle..., j'ai l'impression que ça reprend forme humaine, j'ai l'impression qu'elle était en train à nouveau presque de remodeler la chose* » (L 251-255).

- **La réaction face à la relation d'aide manuelle**

Pour cette patiente, le traitement semble avoir généré une prise de conscience importante : « *quand l'info émane du corps et quand je suis plus entrain de la rechercher, c'était ça mon changement le plus important qui est arrivé au cours du traitement* » (L 359-361). Elle semble découvrir que le corps lui apporte des informations. On remarquera qu'elle

fait référence au terme information et pas à celui de sensation. Cet accueil de l'information qui émane du corps, qui n'est pas produite par sa réflexion, qu'elle ne cherche pas, semble totalement lié au traitement puisqu'elle note que cela est arrivé au cours du traitement.

Elle semble découvrir que, pendant le traitement, le corps participe pleinement à la construction d'une présence à soi, elle va même jusqu'à exprimer que c'est par la voie du corps que se constitue une qualité de présence « *c'est le corps qui commence (...) c'est ça qui amène la qualité de présence* » (L 216-219). On croit alors discerner une autre manière d'être consciente plus accueillante, plus réceptive : « *ça vient à ma conscience* » (L 193). Cette nouvelle manière d'être pendant le traitement se caractérise subjectivement pour elle par une sensation d'accueil, de laisser-aller : « *C'est quand (...), j'y accède à nouveau à cette..., à cette sensation d'accueillir les choses, de laisser aller, qu'à ce moment elles m'émanent des orteils, de la jambe* » (L 210-211). Cette attitude intérieure laisse une grande place à l'émergence des informations qui viennent du corps. On semble alors comprendre que cette forme de vécu s'accompagne d'une sensation bienfaisante, qui lui fait du bien et qui lui ouvre un nouveau possible : « *Et elle fait du bien, non seulement elle me fait du bien, mais elle va de pair avec le bien et elle fait du bien, c'est ça... C'est ce que j'appelais tout à l'heure un nouveau possible* » (L 205,206). Elle ne découvre pas de solution, de réponse, mais elle ressent en elle, avec étonnement et de manière incroyable qu'il y a une solution possible à sa difficulté : « *c'était incroyable comme il y avait une sensation de solution qui apparaissait et solution voulant dire que ça arrête de me faire mal avant tout* » (L 13-15). Elle se dit et ressent au contact de cette expérience qu'il est possible de ne plus avoir mal.

- **Changement d'attention**

Il semble clair, pour elle, qu'elle perçoive le changement et la modification de son attention comme la clé de cette réelle solution : « *cette attention possible, à nouveau, ailleurs, c'est en soi une solution* » (L 51). Elle semble indiquer que le traitement a un réel impact sur la qualité de son attention. Le traitement rend possible un changement de l'activité attentionnelle. L'entretien nous révèle assez clairement le changement de l'attention et son évolution au cours du traitement manuel. La patiente fait réellement un lien entre sa posture, son attitude et son attention. L'attention est ressentie comme une posture qui est focalisée, rigide. Le traitement manuel révèle cette imbrication de la posture et de l'attitude attentionnelle : « *C'est..., c'est une attention posturale, et... une espèce de mécanique et*

d'attention focalisée qui me rigidifie, qui me posture, qui me monopolise et l'attention est là, avec, et l'attitude » (L 166-168). Elle fait un lien très net entre la tension posturale et la tension de l'attention : « c'est souvent des tensions de gorge, de glotte quelque chose comme ça. J'ai remarqué, et ça..., je retrouve ça souvent dans mes postures de travail par exemple, tout à coup, je sens quand je suis dans une espèce d'attention très concentrée, je retrouve ce truc-là. » (L 107-110).

Dans la suite du traitement, on remarque que le bien-être est en partie dû à la modification de l'attention qui devient moins concentrée et en même temps qui s'étale. On relève le lien entre étalement et changement de l'attention : « *Ce qui me fait le plus de bien, c'est quand justement les choses s'étaient plus, sont moins concentrées et attentionnelles.* » (L 78, 79).

- **Changement d'état affectif**

La tension attentionnelle et l'attitude posturale qui lui est associée sont également accompagnées chez cette patiente par des sentiments d'angoisse et d'inquiétude qui sont générées par le traitement manuel : « *Il y avait beaucoup de sensations qui étaient de l'ordre presque de la..., de l'angoisse et de la panique dans le thorax qui me forçaient à déglutir, et vraiment, une espèce de tension de gorge qui pouvait évoquer l'inquiétude, quelque chose comme ça* » (L 93-95). On remarque ici combien les tensions déclenchées par le toucher sont immédiatement évocatrices d'états psychologiques et, plus particulièrement ici, d'inquiétude.

Au fil du traitement, on sent poindre les changements de cet état d'inquiétude qui, petit à petit, se transforme en un sentiment plus positif. La patiente éprouve, au fil du traitement, le passage d'un état d'inquiétude à un état de confort et de sécurité : « *Quand il n'y a pas d'inquiétude c'est..., c'est quoi, c'est du confort, c'est ..., c'est de la sécurité, c'est de la sécurité, du confort* » (L 102,103). On note également au fur et à mesure du traitement, combien la relation à l'inquiétude devient de moins en moins présente et envahissante en durée et en intensité, suscitant l'étonnement de la patiente : « *j'en ai beaucoup moins (...) j'en ai vu apparaître quelques-unes tout à coup mais très fugace ce qui est assez étonnant d'ailleurs (...) c'est comme une sensation fugace qui apparaît et qui disparaît* » (L 96-98).

La transformation de l'inquiétude et le glissement vers la sécurité et le confort sont perçues à travers des sensations d'apaisement que la patiente traduit par une sensation de

légèreté, de diffusion comme si l'inquiétude se dissipait au cours du traitement : « *ça devient petit, léger et ... ça se diffuse et... ça devient, et ça, c'est apaisant pour moi ça* » (L 80, 81). Cette sensation d'apaisement coïncide également avec le sentiment de se poser, en contraste avec l'inquiétude qui est éprouvée comme une sensation d'éveil trop grand : « *l'inquiétude, c'est toujours une espèce d'éveil exacerbé pour moi et quelque chose qui redescend à nouveau..., qui se pose à nouveau* » (L 105, 106).

- **Changement de perception**

Les impacts sur la perception et, plus particulièrement sur la perception corporelle, sont manifestes au cours du traitement. La patiente évoque un changement de regard qui progressivement devient moins focal en relation avec la modification attentionnelle : « *Elle change de regard, elle change, ..., elle est moins focale. (...) Oui elle se focalise moins petit à petit* » (L 153-155). Elle découvre également un changement dans la nature de la perception : « *les perceptions m'arrivent d'ailleurs, plus du regard* » (L 184, 185). Pendant le traitement, les perceptions viennent du corps, et dévoilent à la patiente des sensations de globalité, de corps qui s'ouvre, de parties qui reprennent leur place, qui se réaxent : « *La sensation d'hémicorps gauche aussi, qui s'ouvre, qui se réouvre à nouveau, le thorax qui se..., qui reprend sa place, qui se recale dans l'épaule aussi une sensation d'axe qui se remet* » (L 318-320). La patiente ressent ainsi une sorte de dépliage, de déroulage de tous ses tissus : « *j'ai vraiment la sensation de dépliage, de déroulage plutôt.* » (L 325, 326). Elle sent son corps qui s'étire alors qu'elle ne bouge pas, qui se déroule alors qu'elle ne fait aucun mouvement. Elle assiste à une sorte de mouvement intérieur qu'elle ne dirige pas, qu'elle ne contrôle pas et qui semble également imprégner profondément le tissu : « *c'est des sensations un peu liquidiennes comme si les tissus s'imbibaient de nouveau.* » (L 326, 327)

- **Difficultés révélées par le toucher psychotonique**

La patiente ressent le plus souvent et ce, quelle que soit la partie du corps qui est traitée, que la zone douloureuse est en permanence sollicitée par le toucher psychotonique : « *la zone douloureuse est comme titillée et appelée (...) que tu travailles sur l'épaule, sur le crâne ou sur le ventre ça revient systématiquement mettre comme en éveil, en alerte cette zone* » (L 7-9). Cette zone douloureuse apparaît également au fil du traitement comme une

zone qui empêche une circulation de se faire, comme une zone d'arrêt à la circulation : « *je sens une zone de friction (...) c'est comme si les choses, à cet endroit là précisément, était une zone qui ne laisse pas, c'est une entrave à une circulation, voilà quelque chose comme ça* » (L 24-26).

Si l'on suit ses propos, la patiente nous précise que cette circulation ne peut se faire que parce qu'elle ressent qu'il existe une opposition entre deux mouvements contraires. Cette absence de circulation de deux mouvements contraires est à l'origine d'une sensation de douleur, d'irritation : « *le mouvement essaie de réapparaître et c'est quand ce mouvement, ces deux mouvements contraires qui, tout d'un coup, ne peuvent pas se faire, donc ça c'est irritant et brûlant* » (L 34-36). Elle perçoit également que la circulation pourrait ressembler à la possibilité que les deux mouvements qu'elle ressent en elle puisse se confronter pour se mettre en circulation : « *le mouvement tente de faire obtenir une circulation qui ressemblerait à ça, comme deux choses qui sont capables de se confronter de se mettre en circulation* » (L 28-30). On peut remarquer que ce n'est pas l'impact de la main qui est révélée par la patiente mais l'impact du mouvement que déclenche la main : la patiente perçoit un mouvement en elle, une force qui semble déclencher et initier un processus qui est ressenti comme une confrontation entre deux mouvements ou deux forces.

La patiente révèle également les difficultés qu'elle ressent au cours du traitement, dans sa manière d'être présente. Elle se sent crispée à la fois sur le plan corporel et sur le plan psychique. Elle décrit cette crispation comme une posture et un regard : « *C'est une posture intérieure (...) Et une attention en même temps, et un regard, voilà, une crispation et de posture et de regard, quelque chose comme ça...* » (L 176-179). Cette posture intérieure qu'elle contacte lui révèle qu'elle se sent présente pendant le traitement, elle est active, mais, en même temps, elle sent qu'elle est trop présente, trop active : « *je me sens presque trop présente et ça, ça veut dire que c'est, voilà je suis trop présente dans un premier temps avec cette posture-là* » (L 208, 209).

- **Voies de passage offertes par le toucher psychotonique**

À la lecture de l'entretien, il apparaît certaines voies de passage offertes à la patiente pendant les différentes phases du toucher psychotonique. Le moment du point d'appui et plus particulièrement du relâchement psychotonique semble amorcer, déclencher un processus de changement et de résolution de la problématique qui émerge pendant le traitement. La

patiente perçoit les points d'appui qui lâchent et immédiatement ressent une circulation qui envahit tout le corps, comme si le point d'appui permettait d'ouvrir le barrage qui faisait obstacle à la circulation de mouvement : « *il y a dans les sensations de points d'appui qui lâchent, c'est que ça sort de cette simple sensation pointue et ça devient une circulation d'hémicorps, de corps entier* » (L 36-38). Elle décrit précisément comment le mouvement qui se dégage du point d'appui envahit progressivement chaque partie du corps lui donnant, alors, le sentiment, que chaque région qui reçoit le mouvement est concernée, impliquée. Le mouvement semble également reconstruire progressivement une circulation dans l'ensemble du corps : « *le mouvement il est, à ce moment-là, envahissant on va dire en amplitude à ce moment-là, c'est..., les jambes aussi sont concernées, les épaules aussi sont concernées, c'est une circulation d'hémicorps, de corps entier* » (L 40-43).

Cette nouvelle circulation interne de mouvement qui s'étale, se répartit dans chacune des parties anatomiques semble construire la globalité et réunifier, donner accès à un sentiment de retrouvaille des différentes parties d'elle-même : « *c'est quand ça s'étale, quand ça se répartit, et quand ça, ... à ce moment-là effectivement, c'est de la globalité. C'est..., les quatre morceaux de moi ou c'est un hémicorps qui retrouve l'autre* » (L 127-129). Elle précise alors que cette globalité qui reconstitue l'unité de soi est donnée par cette étendue qui est déclenchée par le point d'appui manuel : « *La reconstruction de la globalité..., c'est l'étendue qui donne accès à ça...* » (L 157).

Enfin, cet étalement, cette diffusion et cette circulation étendue du mouvement dans le corps, générées par le point d'appui manuel, constituent le temps fort du relâchement de la posture intérieure, de l'attention et du regard, qui semble s'ouvrir vers de nouveaux possibles : « *c'est une attention qui est permise à nouveau ailleurs, plus qu'un relâchement, c'est ça..., c'est comme une attention qui est à nouveau possible ailleurs* » (L 48-49). Le relâchement va au-delà de la diminution de la tension physique ou psychique, il est vécu comme une possible ouverture vers un ailleurs, une solution si l'on se rappelle les propos précédents.

5.1.2. Analyse phénoménologique de E1

Femme
56 ans
Psychothérapeute
Française

- **Le ressenti de l'expérience et les prises de conscience corporelles**

Cette patiente décrit l'expérience corporelle vécue pendant le traitement comme un sentiment qui lui procure plus de globalité : « *ça me donne un sentiment de plus de globalité* » (L12). La perception qu'elle a de sa globalité semble amplifiée, majorée pendant le déroulement du traitement. Dans cette amplification de son ressenti, elle témoigne également d'un plus grand sentiment d'existence : « *Comme..., avec un sentiment d'existence aussi, plus grand* » (L 184). Elle accompagne la précision de cette expérience par un sentiment de présence à elle-même : « *Je sais pas comment on peut appeler ça (...), je sais pas si c'est..., je dirai de la présence à moi* » (L 187,188). Cette présence à elle, qu'elle ressent et qui accompagne à la fois le sentiment de globalité et d'existence se ressent, pour elle, dans la profondeur : « *la présence, la présence à moi, elle est dans la profondeur* » (L 244). Cette profondeur est décrite comme quelque chose d'intérieur comparativement à une sensation de surface « *comparativement à la surface, la profondeur, c'est à l'intérieur* » (L 140).

Lorsqu'elle aborde la sensation de profondeur qui apparaît dans le traitement, elle évoque clairement une relation entre le sentiment d'existence et le sentiment d'incarnation, de corporéité : « *ça donne plus d'existence, d'incarnation* » (L 291). Elle témoigne, à la fin de la séance, en montrant des parties de son corps qu'elle se sent plus présente dans certaines parties qui ont été traitées : « *Ce que je sens là par contre, c'est que tu vois dans toute cette zone-là, je suis plus présente* » (L 180,181). Elle constate également que cette présence corporelle habite sa présence verbale : « *tu vois en te parlant, je suis dans la présence à moi, voilà...* » (L 188).

- **La qualité de la relation d'aide manuelle**

Cette patiente emploie le mot *toucher* pour traduire la manière dont elle a été concernée pendant le traitement : « *De toute façon j'étais touchée (...), il y a des moments où j'étais plus touchée* » (L 162,163). Elle perçoit très bien que le *toucher la touche*, qu'il ne s'agit pas d'un contact physique mais d'un contact avec elle-même. Elle est touchée par le traitement. Elle précise cependant qu'elle a perçu des degrés, des variations dans la manière dont elle était touchée. Elle était plus ou moins touchée selon les moments : « *il y a eu des moments (...) où c'était un peu plus..., ça allait un peu plus profond* » (L 122,123).

Cette patiente précise également que le *toucher manuel* déclenche en elle un processus. Elle sent qu'il se passe quelque chose qu'elle reconnaît au début comme savoureux. En même temps, elle est surprise et trouve étrange que le *toucher* amplifie, fait exister, de plus en plus, cette sensation de saveur : « *tu mets une main, et (...), donc je sens qu'il se passe quelque chose, qui est savoureux, qui est bon (...) c'est ça qui est étrange, c'est que (...) ça fait exister de plus en plus grand* » (L 22-24). Elle explique de façon étonnante que le *toucher psychotonique* agit à la fois comme un amplificateur de la perception et comme un déclencheur de cette perception : « *Enfin ça me faisait percevoir (...) je ne sentais pas ta main, je sentais ce que ça réveillait, ce que ça faisait exister, c'est ça...* » (L 251, 252).

Pour elle, le *toucher manuel* constitue un véritable appui qui la touche, qui déclenche un processus et qui vient faire exister une présence à elle : « *j'ai envie de dire c'est comme s'il y avait un appui (...) qui vient faire exister ça (...) cette présence là* » (L 218-223). Le *toucher* est qualifié ainsi d'*aidant* parce qu'il lui permet, semble-t-il d'accéder à une présence que, seule, elle ne peut *toucher* : « *Qui l'aide, qui l'aide, qui est aidant parce que... mais c'est pas la même sensation effectivement quand tu t'y mets toute seule que... C'est pas la même chose...* » (L 225, 226). Elle fait l'expérience de la place du *toucher* dans l'aide à la relation et à la présence à soi.

- **La réaction face à la relation d'aide manuelle**

Dans son témoignage, cette patiente met l'accent sur l'impact de la relation d'aide et de l'accompagnement par le *toucher* dans sa démarche de soin. Elle semble faire la différence et comprendre les différents axes dans lesquels le *toucher l'aide*. Elle témoigne qu'elle connaît la présence à soi mais qu'en même temps, le *toucher* va au-delà : « *Il va au-delà de ça*

parce que toute seule je peux y être dans la présence à moi » (L 204). Elle précise bien qu'elle peut décider de construire sa présence à elle mais elle constate que le toucher vient faire exister autre chose, rend la présence différente : « Elle était différente parce que, (...) la présence à moi, (...) à un moment donné (...) elle peut être décidée et expérimentée et elle me ... enfin elle me surprend pas, si, elle s'impose à moi... Là, tu venais par ton intervention extérieure... donner autre chose (...) ça faisait exister autre chose » (L 256-260).

De la même manière, elle constate la valeur ajoutée du toucher dans le contact avec la profondeur : *« je parlais de la profondeur tout à l'heure, c'est vrai que ça met plus dans la profondeur » (L 206,207). Elle précise également ici que la profondeur qu'elle rencontre dans le traitement ne lui est pas accessible seule : « la profondeur dont je parlais tout à l'heure, ça, je peux pas l'avoir, je l'ai pas forcément toute seule » (L 234,235). Enfin, il s'agit de la même remarque concernant la globalité. Elle doute de la capacité à contacter cette globalité qu'elle a éprouvé pendant la séance : « Disons la globalité, je suis pas certaine parce que je peux m'y mettre aussi » (L 207,208).*

- **Changement d'attention**

L'impact du toucher psychotonique sur la modification de l'attention est clairement décrit et plus particulièrement comme un mouvement qui s'étale, qui s'élargit, s'agrandit : *« Mon attention (...), enfin mon attention, (...) à ce qui se passait localement mais qui s'étalait très vite à plus grand » (L 51-53). Progressivement, elle assiste au passage d'une attention locale à une attention très grande et de façon très rapide. Elle précise que ce changement attentionnel est accompagné et même causé par un élargissement de la sensation : « mon attention qui pouvait être locale se délocalisait et s'élargissait parce que la sensation s'élargissait » (L 76-77). Les sensations qui émergent pendant le traitement ont tendance à attirer l'attention qui ne se pose plus seulement pendant le traitement sur le contact manuel mais en d'autres points du corps : « Elle n'était pas forcément où tu posais la main » (L 79). L'attention semble se délocaliser de l'endroit où se pose la main pour se laisser attirer par les perceptions qui changent.*

- **Changement d'état affectif**

Dans le vécu de la séance, la patiente parle beaucoup de saveur et ne semble pas

rencontrer de difficulté affective ou émotionnelle. On se rend compte tout de même qu'elle éprouve une sensation d'euphorie qui semble jaillir et qu'elle doit calmer pour ne pas l'extérioriser : « *j'ai eu même un moment (...) qui était presque de l'euphorie, (...) je me suis dit calme, parce que sinon je me serais mis à rire, c'était vraiment quelque chose qui avait envie de jaillir* » (L 41-44). Elle témoigne également dans ce vécu intérieur de sensations, de profondeur et d'intériorisation. En allant dans la profondeur, la saveur qui était présente au début du traitement devient plus profonde, plus intérieure : « *au départ c'était plus extérieur avec ce que j'ai appelé de la saveur... qui était intérieure quand même... mais j'ai quand même cette sensation que, que... pendant le déroulement de la séance, il a pu y avoir... ça a pu aller plus..., plus profond... il me semble...* » (L 278-281). Elle précise, en décrivant cette saveur, le passage d'une extériorité vers une intériorité lui donnant le sentiment d'aller plus profond : « *C'est plus à l'intérieur, voilà, encore plus, encore plus intériorisé, même si c'était déjà intérieur au départ, je pense que ça allait plus profond* » (L 283,284). Cela l'amène à se sentir plus touchée dans la profondeur et à se rendre compte que le toucher fait exister quelque chose pour elle au sein de cette profondeur : « *ça touchait plus dans la profondeur, c'était plus profond (...) Je me rendais compte qu'il y avait quelque chose dans la profondeur* » (L 133,134).

- **Changement de perception**

Dans la lecture de l'entretien, il nous apparaît que la perception de la patiente change et évolue. Cette évolution va dans le sens d'une ouverture du champ perceptif : « *c'était moins localisée la sensation qu'au départ, voilà... ça faisait exister* » (L 69-70). Cette évolution du ressenti accompagne l'évolution du degré de profondeur et le passage d'une sensation d'extériorité vers une sensation d'intériorité. À certains moments, la patiente perçoit nettement que le toucher modifie la perception de son corps et la perception du dedans et du dehors de son corps, de ses limites : « *il y a certains moments, où je faisais plus la différence, je sentais pas que tu étais à la surface, j'avais vraiment..., c'est comme si c'était à l'intérieur, tu vois ? J'avais cette impression que ça appuyait à l'intérieur comme s'il n'y avait plus les limites du corps, quoi, ça je le sentais* » (L 123-126). La patiente semble progressivement découvrir que le toucher manuel fait exister une intériorité qui modifie les contours et les limites physiques du corps. À travers le toucher manuel, la patiente fait l'expérience qu'il y a un dedans et un dehors et que ce dedans et ce dehors ne sont pas séparés : « *Il n'y avait pas*

d'intérieur et d'extérieur » (L 246). On peut constater combien la patiente découvrant la perception interne de son corps se sent ancrée dans son intériorité tout en étant ouverte à l'extérieur. Les limites entre le dedans et le dehors semblent se dissoudre pour laisser la place à une communauté présence perceptive à l'intérieur et à l'extérieur.

- **Difficultés révélées par le toucher psychotonique**

La patiente se rend compte de son degré de participation dans le traitement et du rôle de sa concentration et de sa présence dans la qualité du traitement : « *ça doit dépendre aussi de..., mon état de concentration et de présence je pense* » (L 32,33). Elle témoigne que sa présence et son attention changent pendant le traitement. Parfois elle est présente de façon plus distante, elle prend une position de spectatrice même si elle ressent : « *des moments où (...) je prenais un petit peu plus la place de spectatrice tout en sentant quand même* » (L 163,164).

Elle constate également que la qualité du traitement dépend des régions traitées. Elle constate que certaines régions ne sont pas accessibles à la conscience comme si certains points d'appui révélaient des imperceptions, des zones ou des profondeurs inaccessibles au ressenti : « *Notamment quand tu traitais au niveau du crâne, je sentais que... C'était un autre toucher que le point d'appui que tu faisais sur le corps, il y avait quelque chose qui était... je percevais qu'il y avait quelque chose qui était inaccessible à la perception, voilà... j'avais pas accès à ça, tu vois ?* » (L 103-106). Pour cette patiente, le traitement du crâne semble révéler une absence de perception et de ressenti avec la sensation qu'elle ne peut pas accéder à ce qui se passe.

Cette absence de ressenti dans la région crânienne est perçue par la patiente comme une absence d'un morceau de sa conscience : « *il y avait comme un morceau de conscience en moins quoi, tu vois ? Parce que je sens bien, je sens bien le mouvement en général, plus facilement dans la tête que dans le corps, tu vois ? Et là je..., je... je crois que tu n'étais pas au même niveau et je pouvais pas le percevoir ce niveau-là, c'est ça qu'il me semble* » (L 309-313). Elle perçoit que le problème n'est pas lié à sa volonté et à son effort de présence mais plutôt à une difficulté à être présente à ce qui se passe dans son corps : « *Pas que je n'étais pas présente mais que je n'avais pas la conscience. Enfin (...) que la conscience de ce qui se passait ça m'était inaccessible encore* » (L 112,113)

- **Voies de passage offertes par le toucher psychotonique**

La patiente révèle que la sensation de saveur qui l'accompagne tout au long du traitement va de pair avec la sensation d'être vraiment dedans, dans ce qui se passe : « *quand je suis dedans, vraiment dedans (...) dans la concentration de ce que tu fais, (...) il y a une grande (...) enfin j'ai appelé ça de la saveur, (...) c'est vraiment bon (...) quand je suis vraiment dedans* » (L 9-12).

Elle indique progressivement comment à travers le toucher psychotonique elle découvre cette saveur à être dans l'expérience, dedans, dans la présence à ce qui se passe. Tout d'abord, elle ressent, de façon étrange, que le point d'appui dans un endroit du corps n'est pas l'endroit où se passe l'effet le plus grand : « *ce qui était étrange aussi, à un moment, j'ai senti que tu étais à..., je ne sais plus à quel endroit, tu faisais un point d'appui à un endroit et j'ai senti que ça réveillait quelque chose de très agréable, (...) à un autre endroit* » (L 39-41). Cette découverte réveille en elle une sensation agréable. Elle complète la description de cette expérience en prenant acte que le point d'appui fait jaillir des sensations ailleurs que sous les mains : « *au moment d'un point d'appui, je sentais que (...) ailleurs, c'est comme si ce point d'appui à un endroit, faisait jaillir quelque chose ailleurs* » (L 84-85). Ainsi, les sensations les plus fortes de libération et de saveur sont éprouvées au moment de points d'appui sur la région crânienne : « *Tu étais à la tête et tu faisais un point d'appui un peu plus bas, et j'ai senti que ça ouvrait... ça ouvrait et il y avait l'espace du cœur qui s'ouvrait à ce moment là (...) c'était très bon et ça s'ouvrait... ça libérait quelque chose* » (L 152-154). Elle constate ainsi que la libération n'est pas dans la tête mais dans le cœur. Le toucher psychotonique semble l'aider à ne pas se focaliser sur les zones d'imperception pour accueillir ce qui se passe ailleurs et dans le moment présent : « *C'était ce qui se passait dans le moment, la sensation qui se passait dans le moment (...) oui, c'était dans l'instant présent* » (L 263-265).

5.1.3. Analyse phénoménologique de C1

Femme

33 ans

Professeur de français, histoire et géographie

Française

- **Le ressenti de l'expérience et les prises de conscience corporelles**

Cette patiente perçoit tout d'abord un relâchement global qui, semble-t-il, conduit à la sensation d'une présence, qu'elle essaie d'expliquer et de verbaliser par le ressenti de son corps : « *j'ai ressenti globalement plutôt un relâchement et ... une présence... j'ai ressenti mon corps* » (L 6-8). Elle fait un lien entre le relâchement, la présence et le ressenti de son corps. Le relâchement la conduit semble-t-il à ressentir une présence corporelle. Elle confirme plus tard cette sensation de présence qui se construit pendant le traitement : « *oui c'est une présence* » (L 104). Elle témoigne également que cette présence est à l'intérieur de son corps : « *je ressentais nettement une présence dans mes cuisses, dans mes jambes, dans mes pieds, dans mon ventre.* » (L 138,139).

Elle prend conscience de cette construction de la présence corporelle par une sensation de remplissage : « *ce n'est pas de l'énergie mais c'est un truc qui fait qu'on se remplit et que petit à petit on se ressent* » (L 12, 13). Elle exprime très bien ce qu'elle ressent intérieurement en précisant qu'elle a la sensation de se gonfler, de s'épaissir, de prendre une consistance : « *C'est comme si on se gonflait, on s'épaississait mais pas rempli d'air, pas rempli de vide* » (L 100, 101).

Cette épaisseur et ce plein corporels se traduisent également pour la patiente par une impression de découvrir un autre corps, un corps « cellulaire » : « *L'impression de découvrir toutes les cellules* » (L 104). Elle a l'impression que toutes ces cellules deviennent présentes, réelles, matérielles : « *l'impression d'avoir toutes les cellules qui sont là qui se matérialisent... dont je prends conscience* » (L 113,114). Elle constate qu'au cours du traitement, ce remplissement est une manière de percevoir et de prendre conscience de ses contours corporels, de son enveloppe : « *c'est une manière de ressentir petit à petit, de prendre conscience de l'enveloppe* » (L 93, 94).

- **La qualité de la relation d'aide manuelle**

Lorsqu'elle parle de l'impact du toucher sur la relation thérapeutique, elle fait une réelle distinction entre un toucher technique et le toucher psychotonique. Le toucher psychotonique est qualifié de simple, de juste et qui ne se trompe pas. Elle conclut cette description en précisant que cette manière de toucher l'amène à elle-même : « *c'est quelque chose... qui est simple,... qui est juste... ça se trompe pas... et qui... oui (...)* qui nous amène à nous quoi » (L 178-180).

Elle témoigne également que cette qualité de toucher construit une relation de confiance qui lui permet de se laisser guider sans qu'il y ait de tension, de crainte, dans une détente absolue : « *une relation déjà de confiance parce qu'il y a aucun stress... non il n'y a aucun stress, on est en confiance, on se laisse guider, ..une détente absolue et donc on se laisse complètement guider... oui on est en relation de confiance* » (L 224-227).

Cette détente et cette confiance ne sont pas un abandon. La patiente se sent présente à ce guidage, à ce qui se passe en elle : « *forcément on est présent à ce qui se passe* » (L 188). La présence à ce qui se passe pendant le traitement lui procure le réel sentiment d'être à l'écoute de ce qui se passe : « *forcément on suit ce qui se passe, on ressent, on est vraiment à l'écoute de ce qui se passe* » (L 194, 195). Elle précise même que pendant la séance, elle éprouve des difficultés à quitter l'expérience, à penser à autre chose : « *je peux difficilement penser à autre chose. Ça devait arriver un quart de seconde et ça revient très vite* » (L 192-194). Elle en conclut que le toucher psychotonique s'adresse aussi bien au corps qu'au psychisme en les mettant tous deux en travail : « *ça met en travail le corps mais ça met en travail aussi l'esprit* » (L 199, 200).

- **La réaction face à la relation d'aide manuelle**

Dans le déroulement de la séance, la patiente témoigne d'une sensation de détente, elle qualifie même la séance comme de la détente : « *on ressent tous les éléments de notre corps au fur et à mesure. Et on se détend, à mesure qu'on prend conscience on se détend. C'est de la détente* » (L 14, 15). Elle fait également remarquer que la détente s'amplifie par la prise de conscience de ce qui se passe dans le traitement. La conscientisation progressive des différents éléments de son corps l'amènent vers la détente. Pour elle, prendre conscience conduit à une détente.

Elle témoigne également que les sensations de détente en certaines zones lui font prendre conscience qu'elles étaient par contraste qu'elles étaient tendues : « *ça se détendait vraiment alors que j'avais pas la sensation en arrivant que j'étais tendue en fait* » (L 70,71). Le toucher manuel lui révèle certains états de tension qu'elle ignorait avant le traitement.

Enfin, elle attribue au toucher manuel et aux vécus corporels qu'il déclenche un rôle évident dans le développement de la conscience de son corps : « *il y a une meilleure conscience de son corps, ça s'est... ça c'est évident* » (L 263,264). Elle poursuit en qualifiant cette conscience corporelle de conscience de soi et à l'intérieur de soi : « *une conscience en soi et une conscience de soi* » (L 280,281).

- **Changement d'attention**

Cette patiente ne parle pas directement de changement de son attention mais elle l'évoque indirectement. D'abord en évoquant une relation entre la notion de vide, de remplissage et de présence : « *il y a des fois où on sent vraiment des vides, enfin où on sent rien... d'autres fois où bon... on a l'impression d'être là et en fait ça se remplit quand même encore un peu plus* » (L 98, 100). Le fait d'être là témoigne de notre point de vue d'une qualité de présence et d'un degré d'attention perceptive : la patiente discrimine des degrés de sensation et une évolution du ressenti par une qualité d'attention.

Cette discrimination perceptive est accompagnée d'une véritable aptitude à décrire en temps réel les états intérieurs et leur évolution changeante : « *tu penses à... "tiens ça se détend", à "là je sens que c'est tendu", "ah, tiens là, il y a un mouvement qui se dessine...qui s'amplifie"* » (L 204, 205). La patiente montre son aptitude à être à ce qui se passe en elle, à identifier et à se décrire les états internes qu'elle ressent. Elle témoigne ainsi qu'elle ne fait pas que ressentir ce qui se passe, mais comme on l'a déjà vu, elle accompagne réellement par la pensée ce qui se déroule en elle : « *on suit par la pensée* » (L 211). Plus loin, elle affirme nettement que pendant le traitement elle entame un dialogue intérieur basé sur ce qui se passe en elle, se déroule dans elle : « *je me parle et je me dis ce qui est en train de se passer* » (L 212).

Cette patiente nous montre indirectement mais de façon claire différents degrés de qualité attentionnelle liés directement au traitement manuel : la sensation d'être là, la perception fine des états intérieurs et de leur évolution, la capacité à identifier les pensées qui accompagnent l'expérience corporelle et la possibilité de dialoguer avec ce qui se passe en

elle pendant le traitement. Sans cette qualité d'attention, il ne peut y avoir une telle richesse descriptive.

- **Changement d'état affectif**

Cette patiente fait bien un lien entre la sensation de la douleur et une sensation qu'elle qualifie de malaise global : « *quand je ressens bien la douleur, oui, c'est un inconfort, ça reste pas...ça reste pas juste sur le ventre...on se sent mal globalement quoi* » (L 245,247). Elle perçoit bien que la douleur qu'elle ressent dans le ventre génère un inconfort qui ne reste pas localisé à la région douloureuse mais qui l'envahit totalement sans préciser la nature de ce malaise et de cet inconfort.

Elle témoigne cependant de l'évolution de ce vécu douloureux au contact du toucher manuel. Elle note ainsi que la disparition de la douleur coïncide avec la sensation de détente « *En arrivant je la sentais pas tellement... après... tout au début, tu as bien mis une main sur une partie douloureuse... donc ça l'a... ça a relancé un petit peu et...après...et après... la douleur a disparu...elle a disparu dans la sensation de détente en fait* » (L 238, 240).

Il semble clair ici que la perception douloureuse soit intimement liée à la qualité de la tension tonique. On note également que le toucher psychotonique révèle également une douleur qui n'était pas présente au début de la séance. La patiente découvre et conscientise une région et un état de tension et de douleur au contact du toucher psychotonique.

- **Changement de perception**

La patiente précise fort bien le type de perception qu'elle découvre au contact du toucher psychotonique : « *j'ai vraiment un ressenti très important à l'intérieur de mon corps...et c'était pas simplement des trucs mécaniques je monte l'épaule, je baisse l'épaule, c'était plus... vraiment plus global* » (L 182-184). Ce ressenti ne se limite à la perception extérieure de ses segments dans l'espace mais elle ressent à la fois une sensation beaucoup plus intérieure de son corps et beaucoup plus globale.

Les perceptions qu'elle décrit sont à la fois en étendue et en profondeur. Elle décrit principalement une sensation de mouvement interne dans différentes parties de son corps alors que son corps est immobile et qu'elle ne bouge pas : « *C'est animé mais sans que...enfin comment dire...c'est animé sans que forcément ça bouge* » (L 149, 150). Cette animation

interne est perçue de différentes manières, à la fois comme un malaxage interne mais également comme une sensation de gonflement du corps, d'étirement et de remplissage : « *la sensation d'un malaxage de la boîte crânienne, d'abord... d'un gonflement, enfin... oui... une extension* » (L 34, 35), « *de malaxage des intestins* » (L 70), « *le crâne s'étirait enfin s'expansait, c'était plus en étirement* » (L 53), « *à la fin je sentais, je sentais mon ventre rempli partout* » (L 67, 68).

Elle perçoit également une évolution de la sensation en étendue : « *tout au début, j'ai tout de suite senti mes jambes, mes jambes mes cuisses... je sentais bien mon... mon ventre, mon thorax* » (L 21, 24). Puis au fil du traitement, la perception devient de plus en plus globale, complète, s'étendant à toutes les parties du corps : « *petit à petit j'ai ressenti au fur à mesure mon dos. C'est remonté aussi jusque dans le cou et puis après un petit un petit peu derrière la tête* » (L 26, 27), « *j'ai senti l'avant du cou, toute la gorge très rapidement et très intensément et puis après... et puis après c'était donc un peu plus l'avant de la tête petit à petit, les yeux, le nez* » (L 32-34). On voit réellement se dessiner une perception de la globalité corporelle au contact du toucher psychotonique.

- **Difficultés révélées par le toucher psychotonique**

Au fil de la lecture de l'entretien, nous avons pu noter les difficultés qui sont apparues au cours du traitement et plus particulièrement les impacts du toucher psychotonique sur la perception des différentes parties du corps. On se rend compte que la patiente témoigne de plusieurs moments de difficulté perceptive révélées par le toucher manuel. Le toucher lui fait d'abord ressentir des différences de qualité de ressenti pendant la séance : « *je sentais bien mon ventre, mon thorax et c'est vrai que je n'avais pas tellement de ressenti dans le dos... et pas tellement dans le cou et dans la tête* » (L 23-25). Le toucher révèle une asymétrie de ressenti entre la région haute du corps et la région abdominale.

Elle sent également que si elle ne perçoit pas en certaines régions c'est qu'elle ressent beaucoup plus dans d'autres parties du corps : « *Je ressentais rien dans ma colonne (...) dans le dos, c'est surtout que je ressentais nettement par ailleurs* » (L 122-24). Elle qualifie cette absence de sensation de rien : « *j'avais rien sur la face du visage sur le nez, les yeux, la bouche, l'avant du visage c'était pas... c'était pas encore là.* » (L 28, 29). Elle sent de façon surprenante que son visage est là mais pas encore là. Elle précise cette forme de ressenti en disant qu'elle ne perçoit pas les effets que produit le toucher : « *je n'avais pas trop d'effet*

quand tu mettais les mains là (...) très fort sur (...) les pommettes... » (L 48-51).

- **Voies de passage offertes par le toucher psychotonique**

Lors du traitement, la patiente ressent rapidement les effets à distance déclenchés par le toucher psychotonique et plus particulièrement, elle en perçoit les effets globalisant et unifiant : *« quand tu avais une main sur les épaules et un peu sur le thorax, j'ai tout de suite senti mes jambes, mes cuisses (...) mon ventre , mon thorax » (L 22, 24).* Plus tard elle précise que cette action globale du toucher lui permet d'avoir une présence plus globale également : *« je ressentais nettement une présence dans mes cuisses, dans mes jambes, dans mes pieds, dans mon ventre » (L 124, 125).*

La patiente découvre également que le toucher crée une relation de globalité, de travail, une communication entre les différentes parties de son corps : *« j'avais vraiment l'impression que tu avais quatre mains. Il y en avait deux sur ma tête mais (...) il y en avait deux qui travaillaient, une qui était posée sur ma colonne et une sur mon ventre et ça travaillait sur mon ventre et sur les lombaires » (L 55-58).* Il semble s'établir en elle une sensation de globalité vivante, de dialogue entre les régions du corps.

Le toucher psychotonique semble l'aider à recréer une globalité de sensation et de présence entre toutes les parties du corps, de la périphérie à la profondeur et des pieds à la tête. Dans un premier temps, elle ressent une reconstruction de la perception de son dos : *« tu as du mettre tes mains sous... sous mon dos et puis là petit à petit j'ai senti au fur à mesure justement mon dos, en partant du bas. C'est remonté aussi jusque dans le cou et puis après un petit peu derrière la tête » (L 25-27).* Puis elle sent également une amplification de la sensation dans la région de la face et du visage : *« en mettant les mains sur la tête (...) là j'ai senti l'avant du cou, toute la gorge très rapidement et très intensément et puis après... et puis après c'était donc un peu plus l'avant de la tête petit à petit, les yeux, le nez » (L 29-34).*

Enfin, il semble qu'au cours de cette reconstruction de la globalité corporelle, la patiente ressent profondément se reconstruire son axe, l'axe entre son corps et sa tête : *« j'ai vraiment eu l'impression d'être très, très à droite et que... tout revenait dans un mouvement, tout se réaxait, ma tête se réaxait sur mon corps » (L 43-45).* Pour la patiente qui ne bouge pas objectivement, ce mouvement de réaxage est accompagné d'une sensation de se poser dans l'axe : *« je me suis posée bien dans l'axe » (L 46).*

5.2. Analyse herméneutique transversale

5.2.1. Identification des spécificités du toucher psychotonique

La lecture des différents entretiens nous a conduit à tenter de cerner les spécificités du toucher psychotonique afin de mieux comprendre quel type de relation d'aide à la personne il est susceptible d'apporter. Les données recueillies auprès des trois patientes nous permettent de mieux préciser d'abord le statut de la main et du toucher. Il apparaît clairement que la main n'est pas entrevue, ni désignée comme un instrument technique mais plutôt comme un support, un mode de relation. C1 constate que le toucher la met dans un état de confiance qui lui permet de se laisser guider au fil du traitement : « *on est en confiance, on se laisse guider, ...une détente absolue et donc on se laisse complètement guider...oui on est en relation de confiance* » (C1, L 224-227). E1, de son côté, se sent touché profondément par le toucher : « *De toute façon j'étais touchée (...), il y a des moments où j'étais plus touchée* » (E1, L 162,163). P1 de son côté parle d'un toucher juste qui implique parce que posé au bon endroit : « *La justesse est quelque chose qui est interpellant, c'est l'endroit juste* » (P1, L 236-237). C1 évoque aussi cette notion de justesse en y ajoutant l'idée que le toucher ne se trompe pas : « *c'est quelque chose qui est simple, qui est juste... ça se trompe pas* » (C1, L 178-180). On peut dire que le toucher psychotonique est réellement perçu comme juste, qu'il crée un climat de confiance et qu'il est impliquant c'est-à-dire touchant. On voit apparaître des indices sur la manière dont est perçue la qualité de la relation d'aide manuelle psychotonique. Les patientes montrent également que la demande de leur corps a été respectée, écoutée et entendue et que le toucher psychotonique semble prendre en compte cette demande silencieuse.

Il apparaît également clairement que le toucher manuel constitue un moyen d'accorder le corps et le psychisme ce qui confirme l'impact de ce toucher sur l'accordage somato-psychique. En effet, si l'on se réfère aux témoignages des patientes, le toucher psychotonique est principalement un support, un appui pour revenir à soi. C1 exprime ainsi la première impression qui apparaît au contact du toucher psychotonique : « *c'est quelque chose (...) qui nous amène à nous quoi* » (C1, L 178-180). Pour E1, le toucher est ressenti comme une aide, un point d'appui qui fait exister la présence à soi : « *j'ai envie de dire c'est comme s'il y avait un appui (...) qui vient faire exister ça (...) cette présence là* » (E1, L 218-223). Pour P1, le toucher est le déclencheur et le guide de la perception de cette présence à soi : « *il est déclencheur* » (P1, L 221), « *il redevient le guide..., le modèle, enfin la référence, (...) de ce*

mode de perception là » (P1, L 230, 231). On note avec E1, que le toucher manuel agit comme un révélateur de la présence à soi. Elle ne perçoit pas la main, le contact, mais elle entre en relation avec ce que cela déclenche en elle : « *Enfin ça me faisait percevoir (...) je ne sentais pas ta main, je sentais ce que ça réveillait, ce que ça faisait exister, c'est ça...* » (E1, L 251, 252). Le toucher psychotonique semble bien être le support qui révèle cette sensibilité de soi, la fait exister ou l'amplifie : « *tu mets une main, et (...), donc je sens qu'il se passe quelque chose, qui est savoureux, qui est bon (...) c'est ça qui est étrange, c'est que (...) ça fait exister de plus en plus grand* » (E1, L 22-24).

On voit ainsi se dessiner les spécificités du toucher psychotonique et de l'accordage somato-psychique manuel que nous pouvons résumer ainsi : le toucher psychotonique répond à la demande du corps et est alors ressenti comme juste, touchant et respectueux. Il est aussi un point d'appui qui aide la personne à ressentir la présence à soi.

5.2.2. Identification d'une voie de relation d'aide somato-psychique au contact du toucher psychotonique

La lecture des trois analyses nous a conduit également vers l'identification de la relation au corps comme vecteur de la relation de présence à soi. Nous avons repéré des indices qui montrent comment le corps devient un mode de relation à soi et construit une présence à soi. Il est clair qu'il ressort de l'analyse des vécus psychotoniques que c'est le corps qui commence le processus de retour à soi et que c'est à partir du corps que se construit cette présence à soi. Pour P1, la qualité de sa présence commence par le corps, c'est le corps qui lui offre une qualité de présence : « *c'est le corps qui commence (...) c'est ça qui amène la qualité de présence* » (P1, L 216-219). Elle note également que le corps commence alors à lui donner une autre manière d'être consciente et de percevoir la relation entre son corps et son psychisme : « *ça vient à ma conscience* » (P1, L 193). Ce n'est pas elle qui va vers son corps mais c'est son corps qui vient à elle. Pour E1, l'expérience du corps constitue également un moyen de se relier à sa présence à elle : globalité, sentiment d'existence et présence à soi se construisent à partir de la relation au corps : « *ça me donne un sentiment de plus de globalité* » (E1, L12), « *Comme..., avec un sentiment d'existence aussi, plus grand* » (E1, L 184), « *je dirai de la présence à moi* » (E1, L 187,188), « *ça donne plus d'existence, d'incarnation* » (E1, L 291). Si elle se sentait présente à elle, le changement de la relation au

corps lui a permis d'amplifier, d'incarner et d'intérioriser cette présence à elle.

C1 affirme de son côté que la perception des effets induits par le toucher psychotonique l'ont amené à se ressentir et à ressentir sa présence à partir de la perception de son corps. Elle a d'abord ressenti son corps : « *j'ai ressenti mon corps* » (C1, L 6-8). Puis ce ressenti s'est transformé en présence : « *oui c'est une présence* » (C,1, L 104). Et enfin, elle fait le constat qu'il s'agit d'une nouvelle manière de se ressentir, de prendre conscience d'elle-même de son enveloppe : « *c'est une manière de ressentir petit à petit, de prendre conscience, de l'enveloppe* » (C1, L 93, 94). Cette conscientisation progressive de son corps l'amène à découvrir et à identifier que cette conscience en elle est la conscience d'elle-même : « *une conscience en soi et une conscience de soi* » (C1, L 280, 281).

Il ressort de cette analyse que l'accordage somato-psychique manuel aide la personne à identifier le corps comme le lieu et le moyen de se relier à soi, à la présence et à la conscience de soi.

5.2.3. Identification d'un processus d'accordage somato-psychique au contact du toucher psychotonique

La lecture et l'analyse des données nous permettent maintenant de reconstruire le déroulement du processus d'accordage entre le corps et le psychisme tel qu'il se dévoile au travers des trois témoignages. Il semble que l'accordage somato-psychique manuel suive un ordre, une logique interne que la description des patientes nous permet de préciser. Ce processus déclenché par le toucher psychotonique peut se décomposer en plusieurs phases qui à partir du relâchement psychotonique conduisent à la reconstruction d'un sentiment de soi et d'une présence à soi. Le point d'appui manuel apparaît comme le moment fort du toucher psychotonique. C'est lui qui initie et déclenche le déroulement processuel en entraînant un relâchement de la modulation tonique.

Nous avons dans un premier temps relevé les différentes formes de relâchement qui accompagnent l'effondrement psychotonique. C1, découvre que le relâchement amène surtout une prise de conscience du corps : « *on ressent tous les éléments de notre corps au fur et à mesure. Et on se détend, à mesure qu'on prend conscience on se détend. C'est de la détente* » (C1, L 14, 15). Il semble que le moment du point d'appui soit un intense moment de présence au déroulement du processus de la modulation psychotonique. E1, quant à elle, perçoit que le

relâchement fait fondre ses limites corporelles : « *il y a certains moments, où je faisais plus la différence, je sentais pas que tu étais à la surface, j'avais vraiment..., c'est comme si c'était à l'intérieur, tu vois ? J'avais cette impression que ça appuyait à l'intérieur comme s'il n'y avait plus les limites du corps, quoi, ça je le sentais* » (E1, L 123-126). E1 parle d'un relâchement au niveau du coeur constatant que le point d'appui est un moment d'ouverture et de libération particulièrement savoureux : « *Tu étais à la tête et tu faisais un point d'appui un peu plus bas, et j'ai senti que ça ouvrait... ça ouvrait et il y avait l'espace du coeur qui s'ouvrait à ce moment là (...) c'était très bon et ça s'ouvrait... ça libérait quelque chose* » (E1, L 152-154). C1 perçoit de son côté un relâchement dans des parties du corps très profondes telles que le crâne ou le ventre : « *le crâne s'étirait enfin s'expansait, c'était plus en étirement* » (C1, L 52, 53), Pour P1, le moment du point d'appui est perçu comme un moment de relâchement étendu à tout le corps et suivi d'une sensation de circulation interne, diffusante et globale : « *il y a dans les sensations de points d'appui qui lâchent, c'est que ça sort de cette simple sensation pointue et ça devient une circulation d'hémicorps, de corps entier* » (P1, L 36-38). Ce relâchement au point d'appui est mixte, physique et psychique : « *c'est une attention qui est permise à nouveau ailleurs, plus qu'un relâchement, c'est ça, c'est comme une attention qui est à nouveau possible ailleurs* » (P1, L 48, 49).

Cette première analyse du processus d'accordage somato-psychique fait ressortir le type de relâchement qui est initié par le point d'appui psychotonique : ce relâchement se produit dans les couches les plus profondes du corps et les moins accessibles au toucher. Il concerne simultanément le corps et le psychisme, est vécu comme une libération, conduit vers une plus grande conscience du corps et modifie la conscience des limites corporelles.

À partir de ce relâchement tonique, on peut discerner une phase de mouvement interne qui construit une globalité comme si le mouvement ou la circulation se répartissait dans les différentes zones du corps. La globalité est une sensation qui se construit à partir du mouvement interne. Pour P1, le mouvement diffuse dans la totalité du corps et lui redonne une sensation que les parties de son corps se réunifient : « *le mouvement il est, à ce moment-là, envahissant on va dire en amplitude à ce moment-là, c'est..., les jambes aussi sont concernées, les épaules aussi sont concernées, c'est une circulation d'hémicorps, de corps entier* » (P1, L 40-43). C1 perçoit très bien cette diffusion de mouvement vers des parties d'elle-même à partir du point d'appui manuel : « *quand tu avais une main sur les épaules et un peu sur le thorax, j'ai tout de suite senti mes jambes, mes cuisses (...) mon ventre, mon thorax* » (C1, L 22, 24). E1 quant à elle perçoit la globalité à partir des effets à distance du

point d'appui sans faire mention du mouvement ou de la diffusion du mouvement qui reconstruit la globalité : « *ce qui était étrange aussi, à un moment, j'ai senti que tu étais à..., je ne sais plus à quel endroit, tu faisais un point d'appui à un endroit et j'ai senti que ça réveillait quelque chose de très agréable, (...) à un autre endroit* » (E1, L 39-41). Elle constate cependant que le traitement lui apporte une sensation de globalité : « *ça me donne un sentiment de plus de globalité* » (E1, L12).

Ensuite, on assiste à une sensation de reconstruction d'une forme, d'un volume animé, en mouvement. P1 relate comment cette globalité animée de son corps lui révèle une sensation de forme qu'elle reconnaît comme sa forme : « *C'est effectivement, c'est à nouveau une forme, c'est pas uniquement un trajet de système neurovégétatif, un diaphragme qui circule, c'est..., c'est à nouveau une forme, une forme humaine (...) c'est la mienne* » (P1, L 286-290). Elle a la sensation que tout son corps de l'intérieur se déplie, s'étire, se déroule dans cette forme : « *j'ai vraiment la sensation de dépliage, de déroulage plutôt.* » (P1, L 325-326). C1 décrit elle aussi ce processus de mouvement interne par une sensation de malaxage, de remplissage ou de gonflement de son corps : « *C'est comme si on se gonflait, on s'épaississait mais pas rempli d'air, pas rempli de vide* » (C1, L 100, 101), « *à la fin je sentais, je sentais mon ventre rempli partout* » (C1, L 67, 68). Elle a réellement la sensation que toute sa matière, y compris les parties les plus profondes et les plus denses et rigides sont animées d'un mouvement : « *la sensation d'un malaxage de la boîte crânienne, d'abord... d'un gonflement, enfin... oui... une extension* » (C1, L 34, 35), « *de malaxage des intestins* » (C1, L 70). E1 ne décrit pas de mouvement interne mais perçoit tout de même un processus qui la conduit à percevoir une profondeur « *j'ai quand même cette sensation que, que... pendant le déroulement de la séance, il a pu y avoir... ça a pu aller plus..., plus profond... il me semble...* » (E1, L 278-281). Elle semble plutôt découvrir une sensation de mouvement vers la profondeur : « *ça touchait plus dans la profondeur, c'était plus profond (...) Je me rendais compte qu'il y avait quelque chose dans la profondeur* » (E1, L 133,134).

On note également dans ce déroulement processuel une sensation de réaxage qui semble redonner aux patientes le sentiment de se recentrer dans leur propre corps, de trouver un lieu de référence en elle. Ainsi E1 sent au cours du déroulement du traitement un moment fort où elle évoque la sensation d'un axe qui retrouve sa place en elle : « *La sensation d'hémicorps gauche aussi, qui s'ouvre, qui se réouvre à nouveau, le thorax qui se..., qui reprend sa place, qui se recale dans l'épaule aussi une sensation d'axe qui se remet* » (P1, L 318-230). Elle perçoit également de façon plus globale que son volume interne retrouve toute

sa place, occupe à nouveau tout son espace dans son enveloppe : « *un volume, mais un volume aplani, c'est toujours assez étonnant quand j'ai cette sensation-là, c'est un volume qui s'étale c'est un volume qui cherche à reprendre place dans quelque chose de plus plat* » (P1, L 294-297). C1 retrouve ce même sentiment lorsqu'elle se perçoit décalée et qu'elle sent un mouvement qui réaxe sa tête et son corps : « *j'ai vraiment eu l'impression d'être très, très à droite et que... tout revenait dans un mouvement, tout se réaxait, ma tête se réaxait sur mon corps* » (C1, L 43-45). Elle associe ce réaxage à une sensation de se poser dans l'axe : « *je me suis posée bien dans l'axe* » (C1, L 46). E1 évoque une autre forme de réaxage lorsqu'elle témoigne de sa sensation de ne plus se sentir séparée entre l'intérieur d'elle-même et l'extérieur au cours de la séance : « *Il n'y avait pas d'intérieur et d'extérieur* » (E1, L 246). Elle perçoit ce processus de réaxage par un retour dans la profondeur « *au départ c'était plus extérieur avec ce que j'ai appelé de la saveur... qui était intérieure quand même... mais j'ai quand même cette sensation que, que... pendant le déroulement de la séance, il a pu y avoir... ça a pu aller plus..., plus profond... il me semble...* » (E1, L 278-281).

L'accordage somato-psychique nous donne à voir trois types de réaxage : un réaxage corps-psychisme, un réaxage de la superficie vers la profondeur et un réaxage de la globalité des segments corporels.

5.2.4. Identification de la nature de l'implication du patient au contact du toucher psychotonique

L'analyse des données nous a fait découvrir que le toucher psychotonique pouvait être une aide à la compréhension et à la découverte de soi. Dans le toucher psychotonique, la personne fait l'expérience d'elle-même, elle ne fait pas seulement l'expérience de son corps. Elle est impliquée perceptivement, cognitivement, affectivement et mentalement. C1 résume très bien le type d'implication que produit le toucher psychotonique : « *ça met en travail le corps mais ça met en travail aussi l'esprit* » (C1, L 199, 200). Au fil des entretiens, il apparaît clairement que les patientes ont fait des découvertes sur elle-même ou sur leur manière d'être. À travers l'analyse transversale des données, nous pouvons catégoriser ce qui nous apparaît le plus évident et le plus caractéristique des changements qui se produisent chez le patient.

On note tout d'abord, une plus grande conscience du corps particulièrement étonnante chez C1 qui témoigne qu'elle ressent ces cellules : « *L'impression de découvrir toutes les*

cellules » (C1, L 104). Elle a l'impression que toutes ces cellules deviennent présentes, réelles, matérielles : « *l'impression d'avoir toutes les cellules qui sont là qui se matérialisent... dont je prends conscience* » (C1, L 113, 114). Elle constate que le traitement lui offre progressivement à ressentir plus précisément les différentes parties de son corps : « *on ressent tous les éléments de notre corps au fur et à mesure* » (C1, L 14, 15), « *il y a une meilleure conscience de son corps... ça c'est évident* » (C1, L 263, 264). Il y a véritablement une plus grande proximité avec le corps qui se construit au contact du toucher psychotonique qui agit comme un facteur d'amplification de la relation au corps sensible. De son côté E1 découvre la dimension intérieure du corps et perçoit que son corps n'est pas clos mais ouvert vers le dedans et le dehors : « *il y a certains moments, où je faisais plus la différence, je sentais pas que tu étais à la surface, j'avais vraiment..., c'est comme si c'était à l'intérieur, tu vois ? J'avais cette impression que ça appuyait à l'intérieur comme s'il n'y avait plus les limites du corps, quoi, ça je le sentais* » (E1, L 123-126). Elle témoigne que l'intérieur du corps lui permet de mieux sentir la profondeur : « *comparativement à la surface, la profondeur, c'est à l'intérieur* » (E1, L 140). P1 découvre au contact du toucher psychotonique la différence entre la globalité anatomique, la globalité physique, extérieure et la globalité interne : « *c'est pas uniquement un trajet de système neurovégétatif, un diaphragme qui circule, c'est..., c'est à nouveau une forme, une forme humaine (...) c'est la mienne* » (P1, L 288-290).

Les patientes témoignent également de changements dans leur capacité d'écoute et d'attention à elles-mêmes, à ce qui se passe dans leur corps et à accompagner le déroulement du traitement, écouter, laisser faire, ressentir, accueillir. C1 nous explique comment le traitement l'aide à être attentive et présente au traitement : « *forcément on suit ce qui se passe, on ressent, on est vraiment à l'écoute de ce qui se passe* » (C1, L 194, 195). Elle découvre également qu'elle peut suivre ce qui se passe et conscientiser, dialoguer avec sa propre expérience corporelle : « *on suit par la pensée* » (C1, L 211), « *je me parle et je me dis ce qui est en train de se passer* » (C1, L 212). Un changement de la qualité de l'attention et de la présence au corps est également décrit par P1 qui prend conscience des modifications de son attention au cours du traitement. Son attention et sa perception deviennent moins focalisées, plus ouvertes au fil du traitement : « *Elle change de regard, elle change, ..., elle est moins focale. (...) oui elle se focalise moins petit à petit* » (P1, L 153-155). E1 découvre également que son attention peut se modifier, changer et s'élargir au fur et à mesure que les sensations corporelles s'amplifient : « *mon attention qui pouvait être locale se délocalisait et*

s'élargissait parce que la sensation s'élargissait » (E1, L 76-77). Elle constate qu'elle peut être attentive à un autre endroit que celui où se trouve la main : « *Elle n'était pas forcément où tu posais la main* » (E1, L 79).

On peut également noter une grande capacité à décrire les changements internes, une certaine aptitude à décrire et à discriminer les changements d'états intérieurs psychiques et psychologiques. Ainsi C1 prend conscience et perçoit le processus de relâchement alors qu'elle ne percevait pas qu'elle était tendue : « *ça se détendait vraiment alors que j'avais pas la sensation en arrivant que j'étais tendue en fait* » (C1, L 70, 71). Elle découvre également qu'elle n'a pas une même qualité de perception dans toutes les parties de son corps : « *je sentais bien mon... mon ventre, mon thorax et c'est vrai que je n'avais pas tellement de ressenti dans le dos... et pas tellement dans le cou et dans la tête* » (C1, L 23-25). Elle est également capable de comparer et de discriminer des degrés de ressenti dans son corps : « *Je ressentais rien dans ma colonne (...) dans le dos, c'est surtout que je ressentais nettement par ailleurs* » (C1, L 122-124). P1, de son côté, prend conscience de son état de tension émotionnelle et de son inquiétude : « *Il y avait beaucoup de sensations qui étaient de l'ordre presque de la..., de l'angoisse et de la panique dans le thorax qui me forçaient à déglutir, et vraiment, une espèce de tension de gorge qui pouvait évoquer l'inquiétude, quelque chose comme ça* » (P1, L 93-95). Elle perçoit également les changements qui se produisent au cours du traitement : « *l'inquiétude, c'est toujours une espèce d'éveil exacerbé pour moi et quelque chose qui redescend à nouveau..., qui se pose à nouveau* » (P1, L 105, 106). E1, quant à elle perçoit les changements de profondeur qui accompagnent les degrés de saveur qu'elle ressent pendant le traitement : « *au départ c'était plus extérieur avec ce que j'ai appelé de la saveur... qui était intérieure quand même... mais j'ai quand même cette sensation que ... pendant le déroulement de la séance, il a pu y avoir... ça a pu aller plus..., plus profond...* » (E1, L 278-281). Elle perçoit que son éprouvé corporel est plus intériorisé, plus profond : « *C'est plus à l'intérieur, voilà, encore plus intériorisé, même si c'était déjà intérieur au départ, je pense que ça allait plus profond* » (E1, L 283,284).

Enfin, on peut également noter que cette approche expérientielle du corps par le toucher psychotonique conduit chaque patiente à tirer du sens pour elle-même. Ainsi, P1 découvre dans le traitement une nouvelle manière d'être. Elle perçoit qu'il est possible de laisser venir les choses de l'intérieur d'elle plutôt que de chercher à les trouver : « *quand l'info émane du corps et quand je suis plus entrain de la rechercher, c'était ça mon changement le plus important qui est arrivé au cours du traitement* » (P1, L 359-361). E1

prend conscience qu'elle connaît la présence à elle mais que le toucher psychotonique lui permet d'explorer plus profondément des aspects de la présence à elle qu'elle ne connaît pas et qu'elle ne peut toucher dans une pratique personnelle : « *Elle était différente parce que, (...) la présence à moi, (...) à un moment donné (...) elle peut être décidée et expérimentée et elle me ... enfin elle me surprend pas, si, elle s'impose à moi... Là, tu venais par ton intervention extérieure... donner autre chose (...) ça faisait exister autre chose* » (E1, L 256-260). Quand à C1, elle découvre que la sensation et la détente, que la perception et le relâchement sont indissociables. Pour elle, la découverte et le ressenti de son corps, la prise de conscience du corps au contact du toucher psychotonique entraîne un état de relâchement intérieur : « *on ressent tous les éléments de notre corps au fur et à mesure. Et on se détend, à mesure qu'on prend conscience on se détend. C'est de la détente* » (C1, L 14, 15).

5.3. Conclusion et discussion théorique

Cette recherche nous a permis d'explorer les relations entre toucher psychotonique et relation d'aide manuelle et de dégager des informations nouvelles mettant en évidence le toucher psychotonique comme support d'une certaine forme de relation d'aide. En effet, jusqu'alors, la relation d'aide était surtout l'apanage du psychothérapeute et résultait de méthodes d'entretien verbal. Les données recueillies par des entretiens auprès de trois patients, nous permettent d'introduire la relation d'aide dans l'activité du kinésithérapeute, sans que celui-ci ne déborde de sa compétence initiale en empiétant sur le terrain de la psychothérapie.

Rappelons en effet que nous avons noté combien la question de la relation d'aide dans la kinésithérapie était une question actuelle : elle est souhaitée par la kinésithérapie et les kinésithérapeutes. La démarche clinique en kinésithérapie doit s'accompagner d'une démarche compréhensive qui prend en compte le patient dans sa globalité. Cependant, la formation à la relation d'aide n'est pas développée ni structurée dans la formation des kinésithérapeutes ou, quand elle l'est, c'est pour adopter des conceptions qui relèvent de la psychothérapie. Notre recherche, nous le souhaitons, apportera à la kinésithérapie un accès à une forme élargie de la relation d'aide tout en restant adaptée et spécifique à la sphère de compétences du kinésithérapeute.

Pour mener à bien notre projet, nous sommes partis de notre expérience et de notre posture de praticien - thérapeute et formateur - et plus particulièrement de notre expérience de la formation des kinésithérapeutes à la fasciathérapie. C'est donc au sein de l'enseignement de la fasciathérapie que nous avons mis en exergue la dimension relationnelle du toucher manuel et c'est à partir d'elle que nous avons élaboré notre démarche de recherche.

La fasciathérapie étant unanimement reconnue comme formation continue du kinésithérapeute par les instances professionnelles, nous avons toute légitimité pour construire notre recherche sur la relation d'aide en kinésithérapie à partir de la fasciathérapie. Rappelons, que nous sommes titulaire d'un diplôme universitaire (Master 1) en psychopédagogie curative discipline inscrite dans le département des « sciences et pédagogie de la santé ». Cette formation nous a beaucoup aidé à développer ce thème de recherche. Cette formation mixte, à la fois de kinésithérapeute-fasciathérapeute et de psychopédagogue, nous a

été utile pour dégager toute la pertinence et l'originalité de la relation d'aide manuelle psychotonique.

Pour comprendre et cerner la construction d'une relation d'aide s'inscrivant dans le cadre de la compétence des kinésithérapeutes, nous avons orienté notre question de recherche ainsi : « **Peut-on identifier la nature de la relation d'aide sollicitée par le toucher psychotonique et ses impacts sur la relation à soi du patient ?** ». En effet, jusqu'alors, nous avons des convictions et des hypothèses sur la base d'une démarche clinique. Il convenait de les soumettre à une démarche de recherche scientifique.

Pour mener à bien cette question de recherche nous avons été amené à explorer sur le plan théorique les thèmes de la relation d'aide et du tonus et à articuler ces deux dimensions qui sont entrelacées dans la relation d'aide manuelle psychotonique. Après avoir précisé l'importance et la place de la relation d'aide dans la kinésithérapie, nous avons étudié, dans notre cadre théorique, la « fonction tonique » et plus particulièrement la fonction de relation du tonus : relation entre le corps et le psychisme, relation entre le patient et le thérapeute et relation de la personne à elle-même. Nous nous sommes appuyé, pour étayer notre tour d'horizon du tonus, sur des auteurs tels que J. de Ajuriaguerra, H. Wallon, W. Reich et G. Alexander sans pour autant développer des travaux qui mériteraient à eux seuls une recherche. Le cadre théorique nous a permis de dégager les spécificités déployées par l'approche de D. Bois concernant le lien entre le tonus et le psychisme et qui a donné lieu à l'accordage somato-psychique. Notre analyse des données nous permet maintenant de consolider notre champ théorique et d'apporter un éclairage nouveau sur la présence d'une **inter influence entre le tonus et le psychisme**, confortant ainsi la recherche de J. de Ajuriaguerra sur le dialogue tonique dans la relation mère enfant, mais cette fois-ci, appliqué à l'adulte et dans le cadre d'une thérapie manuelle. Notre analyse révèle également comment le tonus influence les états psychiques et affectifs donnant ainsi corps aux réflexions de W. Reich, J. de Ajuriaguerra et G. Alexander qui associent **tonus, émotions, identité et caractère**. Nous pouvons aussi confirmer la présence d'un « sens corporel » (Gendlin) qui peut être perçu, identifié et réfléchi. Le toucher psychotonique (Bois) prend donc en compte toutes ces dimensions et s'inscrit dans une vision humaniste et organismique (Rogers) de la relation d'aide tout en apportant une praxéologie nouvelle et en mettant en évidence l'existence des contenus de vécus en rapport avec la spirale processuelle du rapport au sensible (Bois). Pour toutes ces raisons, le toucher psychotonique s'inscrit dans une dynamique de relation d'aide.

En étudiant le toucher psychotonique et plus particulièrement le psychotonus, nous avons apporté un éclairage sur la question de l'entretien dans la relation d'aide : **l'entretien non-verbal à médiation tissulaire**, véritable spécificité de la fasciathérapie constitue le coeur de la relation d'aide manuelle psychotonique. L'entretien tissulaire structuré sur la base d'une posture (réciprocité), d'une habileté manuelle (main sensible) et d'un geste technique (suivi dynamique tissulaire et point d'appui) met à jour un dialogue silencieux, non-verbal au sein de la relation d'aide. Sur la base des données recueillies, on note la présence de cette communication non-verbale à travers un lieu de partage d'une expérience commune, la modulation psychotonique et le mouvement interne. Cette dimension étend le champ de l'empathie en lui conférant un acte de conscientisation partagée à travers un canal sensoriel qui utilise la médiation corporelle du sensible. Jusqu'alors, la communication non-verbale empruntait la science des signes (séméiologie) le plus souvent symbolique et la voie de l'empathie et de la congruence. Ici, le dialogue s'établit par la médiation de modulations toniques directes et tangibles accessibles à la perception du sujet qui la vit et de celui qui la sollicite. En ce sens, nous pouvons considérer que notre recherche nous apporte quelques indices de compréhension concernant une nature de relation spécifique au rapport au sensible.

Notre recherche nous a également permis d'enrichir notre champ théorique d'une nouvelle compréhension qui a influencé le champ pratique de notre recherche. Nous avons pu construire et consolider une offre de formation pratique de la relation d'aide manuelle en faisant évoluer le *modèle des trois mains*. En effet, D. Bois (2005) avait élaboré ce concept à visée de soin, H. Bourhis (2007) l'avait appliqué dans une visée pédagogique auprès d'étudiants en formation, ici nous avons utilisé ce modèle à visée de relation d'aide (Courraud, 2007). Le caractère standardisé de cette praxéologie nous permet d'introduire de manière pertinente cette dimension relationnelle dans l'acte thérapeutique des kinésithérapeutes.

5.3.1. Retour sur la question et les objectifs de recherche

Après cette réflexion théorique sur le champ paradigmatique de la relation d'aide manuelle psychotonique, nous avons tenté de répondre à notre question de recherche : **peut-on identifier la nature de la relation d'aide sollicitée par le toucher psychotonique et ses impacts sur la relation à soi du patient ?** Et d'atteindre nos objectifs de recherche. Le

premier objectif est atteint puisque les données des entretiens nous permettent de comprendre l'articulation théorique entre le toucher manuel, le tonus et le psychisme. Nous avons également atteint notre second objectif en enrichissant notre intervention pratique du « modèle des trois mains » facilement applicable par le kinésithérapeute dans son champ de compétence. Il reste maintenant à discuter autour de notre question de recherche qui invite à **identifier la nature de la relation d'aide manuelle mise à l'œuvre dans le toucher psychotonique.**

Nous avons réussi, sur la base des données rapportées par les patientes, à identifier un certain nombre d'impacts du toucher psychotonique sur la relation d'aide. Pour mener à bien cette identification, nous nous sommes appuyé sur une analyse phénoménologique cas par cas et sur une analyse herméneutique transversale. Même si le nombre de cas étudié ne nous permet pas de tirer des conclusions, nous pouvons néanmoins dégager des éléments de résultats sur la base desquels nous pourrions déployer une recherche plus approfondie dans le cadre d'une thèse de doctorat.

L'analyse des données nous permet d'identifier une **communication non-verbale** à travers la médiation du toucher psychotonique et qui s'exprime sous la forme d'un dialogue réciproque et simultané. Ce dialogue permet aux deux acteurs de la relation de partager une expérience commune sans être fusionné l'un à l'autre, ni distancié. Le toucher psychotonique ne crée pas de fusion, de troubles relationnels, au contraire il permet véritablement à la personne de se distinguer elle-même, de se reconnaître elle-même dans cette expérience d'être touchée. La personne ressent véritablement que le toucher comble la distance entre elle et son corps et entre son corps et elle. Cette remarque nous montre bien que le toucher psychotonique permet au patient de se relier au **corps sensible** et pas seulement au corps physique. Ajoutons qu'aucun patient ne mentionne une relation au corps symbolique, imaginaire, représenté ou fantasmé. Cette remarque nous autorise à situer notre relation d'aide manuelle dans le champ des thérapies psycho-corporelles humanistes en y ajoutant une dimension sensible qui semble être spécifique à notre geste. Le paradigme du sensible ne s'inscrit pas dans le champ des thérapies psychotoniques qui abordent le corps psychanalytique.

Cette qualité de relation est attribuée au toucher psychotonique sans lequel, elle n'aurait pas lieu : le toucher invite et incite à la confiance, à se laisser guider, il est ressenti comme **simple** et **juste** (C1). Le patient se laisse alors **toucher** et se sent touché de plus en plus profondément (E1). Le toucher est un **déclencheur** et un **guide** dans ce retour à soi (P1).

On note avec insistance combien les patientes ne parlent pas du contact manuel mais des effets du toucher sur elles-mêmes. Le toucher psychotonique est réellement décrit comme le point d'appui vers le retour à soi : soit il fait **exister** (P1), soit il **amplifie** (E1), soit il **amène** (C1) soit il **guide** (P1) **vers cette perception de soi**. On mesure ainsi combien **le toucher « touche » le patient** et combien **le patient est touché** par ce qu'il ressent dans son corps.

La relation entre les deux acteurs est réciproque et simultanée. Elle nous paraît combler un espace de relation respectueux, humain qui évite toute fusion ou confusion. Le dialogue psychotonique manuel à travers le corps sensible construit un espace de réciprocité qui permet au patient de se découvrir, de faire l'expérience de lui-même sans peur, sans retenue.

Même si nous le savions par expérience, nous avons ici la confirmation que le toucher psychotonique est un instrument thérapeutique qui donne une matérialité supplémentaire à la donnée d'une **approche centrée sur la personne** mais de plus, la nature de relation mise à l'œuvre dans le toucher psychotonique invite la personne à **se centrer sur elle-même**. Nous avons pu, en effet, à partir de notre analyse phénoménologique remarquer combien l'expérience du toucher psychotonique était ressentie comme l'expérience d'un retour à soi, à la présence et à la conscience de soi : il s'agit de la découverte d'une **unité de soi** (P1), d'une **présence à soi** (E1) et d'une **conscience de soi** (C1). Tous ces termes confondent et rassemblent le type d'expérience de soi que la personne peut faire à travers le toucher psychotonique. Dans ces conditions, il nous apparaît clairement que le toucher psychotonique utilisé en fasciathérapie fait de cette thérapie manuelle une **thérapie centrée sur la personne**.

L'analyse des données nous montre également comment cette présence, cette conscience, cette unité de soi passe par le ressenti du corps : c'est le corps qui amène la **qualité de présence** (P1), le corps **incarne** et **fait exister cette présence** (E1) et donne une **enveloppe**, un **contour à cette présence** (C1). Ces témoignages nous conduisent à penser que le toucher psychotonique modifie **la relation à soi** en modifiant la relation au corps. Sur cette base de données, nous pouvons suggérer que le toucher psychotonique facilite la **relation au corps sensible**. La personne est amenée à se percevoir de façon différente à partir de la perception, du ressenti et de l'éprouvé des changements d'états de son corps. Cette construction d'une présence à soi à partir du corps sensible constitue une des spécificités de la relation d'aide manuelle et justifie son appellation de **relation d'aide à médiation corporelle**.

Notre recherche nous a permis d'identifier la nature de la relation d'aide : elle est impliquante pour le sujet qui la vit, et renvoie la personne à elle-même. Ce toucher de relation soigne la relation à soi, la présence à soi et le sentiment de soi, intimement liés à la qualité de la relation au corps.

L'analyse herméneutique transversale nous permet également de décrire le processus de retour à soi par le média du toucher psychotonique et du corps sensible et de mieux cerner le concept **d'accordage somato-psychique manuel** en fasciathérapie. Il apparaît clairement que le toucher psychotonique déclenche la spirale processuelle du rapport sensible telle que l'a décrite D. Bois (2007). Nous retrouvons la **globalité** qui apparaît à la fois comme une unité du corps et de soi (P1), comme une unité du corps et du psychisme (C1) et comme un contour, une forme, une enveloppe (P1, C1). Nous avons également pu reconnaître la **profondeur** qui apparaît plus précisément nommée chez E1, mais qui se dessine chez P1 et C1 lorsqu'elles décrivent une sensation de malaxage, de mouvement dans toute la matière du corps. Enfin, la **présence** et le **sentiment d'existence** sont clairement identifiés chez les trois patientes. Seule la catégorie de chaleur qui appartient à la spirale processuelle du rapport au sensible n'a pas été relevée. Le toucher psychotonique constitue bien un moyen de déclencher la spirale processuelle du rapport au sensible. Il apparaît clairement que le toucher psychotonique n'apporte pas seulement une détente au patient, mais qu'il est le point de départ d'une reconstruction de la **fonction identitaire** et du **sentiment de corporéité** qui participe au **sentiment d'unité somato-psychique**.

Nous pouvons noter cependant que l'accordage somato-psychique manuel qui sollicite plus particulièrement la modulation psychotonique nous fait apparaître des catégories comme le **relâchement**, le **mouvement interne** et la **sensation de réaxage**. Ainsi, on constate chez les trois patientes un relâchement qui va au-delà de la détente du tonus musculaire. Lorsque les patientes témoignent d'une sensation d'**étirement** du crâne (C1), d'**ouverture** du coeur (E1), d'**étalement** de la forme du corps (P1) ou de glissement vers la **profondeur** (E1) on assiste à un relâchement de toute la matière du corps et au **dévoilement d'une intériorité sensible**. Le toucher psychotonique va donc bien au-delà de la relaxation musculaire puisqu'il provoque un relâchement de toutes les couches profondes du corps. Le toucher psychotonique apparaît également comme le déclencheur du **mouvement interne** dans le corps. Nous avons pu percevoir le passage du relâchement tonique de la matière au mouvement interne. Les trois patientes témoignent que c'est le mouvement interne qui se donnant à la conscience sous la forme d'une **circulation** (P1), d'un **malaxage** (C1), d'un **étalement** (P1), d'une **profondeur**

(E1) et d'une **animation** (C1) participe à la construction de la présence à soi. Enfin, le toucher psychotonique semble bien être un support pour que le patient retrouve son **axe** intérieur, son centre et sa référence.

On voit également se révéler dans cette relation d'aide manuelle une **activité perceptivo-cognitive** riche à travers une mobilisation de ressources attentionnelles extraquotidiennes, le déploiement de degrés de conscience qui permettent l'accès à des contenus de vécu jusqu'alors imperçus et des prises de conscience en temps réel de l'action thérapeutique. L'analyse phénoménologique nous a révélé le réel impact du toucher psychotonique sur l'activité cognitive du patient et plus particulièrement sur la sphère perceptivo-cognitive : en effet, si le toucher psychotonique modifie la relation au corps, c'est probablement parce qu'il modifie le fonctionnement des instruments qui sont dévoués à la conscience perceptive et à la relation au corps.

Ainsi, nous avons pu noter l'impact sur l'attention : le toucher psychotonique change **le statut de l'attention** pendant le traitement. L'attention se tourne **vers le corps** (P1, E1), vers l'ensemble du corps. Les patientes expliquent bien que l'attention devient **moins concentrée** et s'étale au fil du traitement par la voie de la sensation (E1, P1). L'attention est **attirée par la sensation** (E1, C1) et permet d'accompagner et de conscientiser le déroulement du soin (C1). Cela confirme les liens entre tension et attention : le relâchement psychotonique est accompagné d'une **ouverture du champ attentionnel**. Le toucher psychotonique nous paraît vraiment être un instrument de développement d'une qualité d'attention et de présence qui permet l'accueil et l'écoute des informations qui **émergent du corps sensible** pendant le traitement.

Le toucher psychotonique modifie également **le statut de la perception**. Lorsque les patientes témoignent de sensations de **malaxage**, de **remplissement**, d'**épaississement** ou de **gonflement** (C1), de **volume**, de **forme**, de **circulation**, de **globalité** et d'**unité** (P1) ainsi que de **profondeur** ou d'**intérieur** (E1), on découvre que la présence à soi est convoquée par une **perception du corps sensible**. On remarque également que les patientes au contact du sensible découvrent par **contraste** (Bois 2007) des parties d'elles-mêmes, des régions du corps qui ne sont pas sensibles. Ces résultats confirment les liens entre **psychotonus** et **corps sensible** et montrent que la qualité de la tension psychotonique définit la qualité du ressenti. Nous constatons ici, comme l'a indiqué D. Bois, l'importance du toucher psychotonique pour créer les conditions d'une relation au corps sensible et plus précisément pour créer les

conditions d'une **perception extraquotidienne** (Bois 2007).

Le toucher psychotonique a également un impact sur **les sentiments, l'affectivité et les émotions** qui comme nous l'avons fait remarquer sont intimement liés à la fonction tonique. Il était donc logique de découvrir des changements dans la sphère affective et émotionnelle. Ce qui nous a surpris est de constater au contact de la présence perceptive que le relâchement tonique, le changement d'état tonique amène plutôt vers un état d'**apaisement**, de **bien-être**, de **confiance**, de **sécurité** comme si la tension tonique se transformait en un état intérieur et une émotion positive. Il y aurait ainsi une possibilité de renouer avec une émotion de fond positive.

Nous pouvons dire que la relation d'aide manuelle psychotonique est une relation d'aide à médiation corporelle qui est centrée sur la personne et qui aide la personne à se centrer sur elle-même et plus particulièrement à identifier sa présence à elle, son sentiment d'existence à partir de repères internes organiques. Le toucher psychotonique modifie simultanément et de façon immédiate le corps et le psychisme créant les conditions d'un accordage somato-psychique. En ce sens, la relation d'aide manuelle psychotonique est une voie d'aide somato-psychique qui mobilise une **homéostasie somato-psychique**.

5.3.2. Perspectives professionnelles : relation d'aide manuelle psychotonique et relation d'aide en kinésithérapie

Indépendamment d'identifier les impacts du toucher psychotonique sur la relation d'aide au patient et de cerner les contours de cette relation d'aide manuelle, cette recherche avait également un objectif et un enjeu socio-professionnel fort. Il était pour nous question d'apporter une contribution à la question de la relation d'aide dans la kinésithérapie en essayant de déterminer s'il est possible de construire une relation d'aide qui reste dans les compétences du kinésithérapeute et qui ne soit pas de la psychothérapie.

Les résultats de cette recherche nous conduisent à dire qu'il existe, à travers la fasciathérapie, une véritable relation d'aide manuelle dans le champ de la kinésithérapie. Cette relation d'aide qui place le toucher au centre de la relation d'aide nous semble particulièrement adaptée aux compétences du kinésithérapeute. La relation d'aide manuelle s'acquiert avec l'acquisition de compétences manuelles (main sensible) qui sont éducatives et qui font partie de la potentialité du kinésithérapeute. Cette relation d'aide manuelle peut

devenir une véritable spécificité de la relation d'aide en kinésithérapie. Le kinésithérapeute pourrait ainsi apporter à son geste technique une approche relationnelle qui prend en compte la personne dans sa globalité. Cette relation d'aide manuelle pourrait réellement s'inscrire dans la formation continue et la formation de base du kinésithérapeute. Elle pourrait trouver une application dans tous les domaines de la kinésithérapie qui demandent un accompagnement de la personne qui souffre (douleurs aiguës, chroniques, maladies graves, somatisations, etc...).

Si dans cette recherche, nous n'avons pas évalué les impacts sur la douleur, c'est que nous souhaitons circonscrire notre étude sur la question de la relation d'aide. Nous pensons cependant qu'il serait juste et nécessaire de conduire une recherche autour des impacts du toucher psychotonique sur la relation d'aide à la personne qui souffre de douleur physique.

Cette recherche nous pousse également à mesurer à quel point le toucher psychotonique demande un accompagnement verbal. Le toucher psychotonique ne peut pas rendre compte du vécu expérientiel éprouvé par le patient. Si le praticien perçoit sous sa main le processus de changement intérieur, l'apparition de réponses, de résistance, de relâchement, il n'a pas accès au contenu subjectif et au vécu du patient. Dans ces conditions, il convient d'ajouter au toucher psychotonique une phase d'entretien qui va laisser le patient formuler le contenu de son expérience. Cette continuité entre l'entretien tissulaire et l'entretien verbal constitue également une des spécificités de la relation d'aide manuelle psychotonique. Il nous semble donc judicieux d'introduire dans l'offre de formation continue des kinésithérapeutes voire dans le cadre de leur formation initiale, le toucher psychotonique comme instrument de relation d'aide au patient.

Bibliographie

- Ajuriaguerra (de) J. & Angelergues R., 1962, *De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui, à propos de l'œuvre de Henri Wallon. Évolutions psychiatriques*, 27 (I), pp. 3-23.
- Ajuriaguerra (de) J., 1962, *Le corps comme relation. Revue Suisse de Psychologie Pure et Appliquée*, XXI. (2), pp. 137-157.
- Albarello L., 2004, *Devenir praticien-chercheur, Comment réconcilier la recherche et la pratique sociale*, Bruxelles : De boeck
- Allaz A-F., 2004, *Aspects psychologiques de la douleur*, Paris, 17^{èmes} journées d'étude, APF Formation
- Allport G., Feifel H., Maslow A., May R., Rogers C.R., 1971, *Psychologie existentielle*, Paris : Épi
- André P., Bénavidès T. et Canchy-Giromini, 1996, *Corps et psychiatrie*, Thoiry : Heures de France
- Austry D. & Berger, E., 2000, *Le mouvement, action et sensation*, Paris : Point d'appui
- Austry D., 2007, *Le touchant touché - Exploration phénoménologique du toucher thérapeutique*, à paraître dans Actes du Colloque : Phénoménologie(s) de l'expérience corporelle. Clermont-Ferrand, 2-3 novembre 2006
- Balleux A., 2000, *Évolution de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes : vingt-cinq ans de recherche*, in *Revue des sciences de l'éducation*, Vol. XXVI, n° 2, 2000, p. 263 à 285
- Barbaras R., 1994, *La perception, Essai sur le sensible*, Paris : Hatier, coll. Optiques Philosophie
- Barreau H., 1990, *L'épistémologie*, Paris : PUF
- Berger E., 1999, *Le mouvement dans tous ses états : les recherches de Danis Bois*. Paris : Point d'appui
- Berger E., 2000, *Le sensible et le mouvement. Thérapie psychomotrice et recherche*, N° 123,

pp. 80-90

- Berger E., 2004, *Approche du corps en sciences de l'éducation, analyse critique des point de vue et positionnements de recherche. Perspectives pour un lien entre éprouvé corporel et relation pédagogique en formation d'adulte*. Mémoire de D.E.A., St Denis : Université Paris VIII
- Berger E., 2005, *Le corps sensible : quelle place dans la recherche en formation ?* In C. Delory-Momberger (dir.). *Pratiques de formation, Corps et formation*, St Denis : Université de Paris 8. pp. 51- 64
- Berger E, 2006a, *La somato-psychopédagogie ou comment se former à l'intelligence du corps*, Paris : Point d'appui
- Berger E., 2006b, *Réduction phénoménologique et époque corporelle : psychophénoménologie de la pratique du point d'appui*, *Expliciter*, N°67 octobre, pp. 45-50
- Bernard M., 1995, *Le corps*, Paris : Le seuil
- Bernard P., S. Trouvé, 1977, *Sémiologie psychiatrique*, Paris : Masson
- Berthoz A., 1997, *Le sens du mouvement*. Paris : Odile Jacob.
- Besson J.-M., 1992, *La Douleur*, Paris : Odile Jacob
- Bonneton-Tabariès F., Lambert-Libert A., 2006, *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, Paris : Med-line éditions
- Bois D., 1989, *La vie entre les mains*, Paris : Guy Trédaniel
- Bois D. & Berger E., 1990, *Une thérapie manuelle de la profondeur*, Paris : Guy Trédaniel
- Bois D., 2001, *Le sensible et le mouvement*, Paris : Point d'appui
- Bois D., 2002, *Un effort pour être heureux*, Paris : Point d'appui
- Bois D., 2005, *Corps sensible et transformation des représentations : propositions pour un modèle perceptivo-cognitif de la formation*. Tesina en didactique et organisation des institutions éducatives, Université de Séville.
- Bois D., 2006, *Le moi renouvelé, introduction à la somato-psychopédagogie*, Paris: Point d'appui
- Bois D., 2007, *Le corps sensible et la transformation des représentations chez l'adulte : vers*

un accompagnement perceptivo cognitif à médiation du corps sensible, thèse de doctorat européen, université de Séville, sous la direction d'Antonio Morales et d'Isabel López Górriz.

- Bourhis H., 2005, *Tonus et toucher psychotonique*, Support de cours École Supérieure de Fasciathérapie Somatologie, Paris : Point d'appui
- Bourhis H., 2007, *Pédagogie du sensible et enrichissement des potentialités perceptives*, Mémoire de mestrado en psychopédagogie, Université Moderne de Lisbonne, Portugal
- Boyd C.O., 2001, Phenomenology, the method. In Munhall (ed.). *Nursing Research: A qualitative perspective* (pp. 93-122). New York : Jones and Bartlett
- Briegel-Muller G. & Winkler A-M., 1994, *Pédagogie et Thérapie, Eutonie Gerda Alexander, Traité sur la Régulation psychotonique*, Lausanne (Suisse) : Delachaux et Niestlé
- Canguilhem G., 1966, *Le normal et le pathologique*, Paris : PUF
- Collinet C., 2000, *Les grands courants d'éducation physique en France*, Paris : PUF
- Courraud C., 1999, *La fasciathérapie et le sport, le match de la santé*, Paris : Point d'appui
- Courraud C., 2002, *Attention et Performance*, Paris : Point d'appui
- Courraud C., 2003a, *Fasciathérapie et douleur*, Support de cours École Supérieure de Fasciathérapie Somatologie , Paris : Point d'appui
- Courraud C., 2003b, « *Les fascias et leur clinique en pratique sportive* », Paris, Kinésithérapie Scientifique, juillet
- Courraud C., 2004a, *La fasciathérapie vers une approche novatrice de la douleur physique et de la souffrance psychique*, revue SNKG, janvier février mars 2004
- Courraud C., 2004b, *La fasciathérapie somatologie : le toucher psychotonique*, revue SNKG, juillet-août-septembre
- Courraud C., 2004c, « *Récupérer physiquement et mentalement par la fasciathérapie* », revue ACTU 06, septembre
- Courraud C., 2005, *Le psychotonus, un instrument de gestion du stress chez le sportif de haut niveau*, Mémoire de maîtrise en Psychopédagogie Curative, Université Moderne de Lisbonne, Portugal

- Courraud-Bourhis H, 2002, *Le sens de l'équilibre, Éléments de neurophysiologie appliqués à la rééducation sensorielle*, Paris : Point d'appui
- Courraud-Bourhis H. 1999, *La Biomécanique sensorielle méthode Danis Bois*, Paris : Point d'appui
- Cottraux, J., 2004, *Les thérapies cognitives et comportementales*, Paris : Masson.
- Craig E. P., 1978, *La méthode heuristique : une approche passionnée de la recherche en sciences humaines*. Traduction du Chapitre II, consacré à la méthodologie, tiré de la thèse doctorale de l'auteur, « The heart of the teacher, a heuristic study of the inner world of teaching ». Boston University Graduate School of Education, traduit par Ali. Haramain, automne 1988
- Damasio A.R., 1994, *L'erreur de Descartes*, Paris : Odile Jacob
- Damasio A.R., 1999, *Le sentiment même de soi*, Paris : Odile Jacob
- Damasio A.R., 2003, *Spinoza avait raison*, Paris : Odile Jacob
- Dauliach C. , 1998, *Expression et onto-anthropologie chez Merleau-Ponty*, dans M. Merleau-Ponty, *Notes de cours sur l'origine de la géométrie de Husserl, suivi de recherches sur la phénoménologie de Merleau-Ponty*, Paris : PUF, pp. 305-330
- De Kayser I., 2003, *Le dialogue tonique, Mémoire de Post-graduation universitaire « Art et thérapie du mouvement »*, Université Moderne de Lisbonne, Portugal
- Dépelteau F., 2005, *La démarche d'une recherche en sciences humaines*, 4^{ème} édition, Québec, De boeck
- Depraz N., 1999, *Husserl*, Paris : Armand Colin
- Descartes R., 2000, *Discours de la méthode*, Paris : GF Flammarion
- Descartes R., 1996, *Les passions de l'âme*, Paris : Flammarion
- Dewey J., 1960, *Experience, nature and freedom*. New York, NY : Macmillan Company
- Dilthey W., 1947a, *Origines et développement de l'herméneutique (1900)*, *Le monde de l'esprit*, 1, Paris : Aubier Montaigne
- Dilthey W., 1947b, *Contribution à l'étude de l'individualité (1895-1896)*. In *Le monde de l'esprit*, T.1 (pp. 247-318). Paris : Aubier Montaigne
- Dilthey W., 1988, *L'édification du monde historique dans les sciences de l'esprit*, Œuvres

- complètes T. III. Paris : Cerf
- Dilthey W., 1992, *Introduction aux sciences de l'esprit*. Œuvres complètes T. I. Paris : Cerf.
- Dormet M. F., 2002, *Du relâchement du corps et de la pensée ou de l'utilité d'une expérience perceptive*, Mémoire de Post-Graduation « Pédagogie Perceptive du Mouvement », Université Moderne de Lisbonne
- Dousse M., 2004, *La question de la plainte*, Paris, 17èmes journées d'étude, APF Formation
- Dumet N., 2002, *Clinique des troubles psychosomatiques, Approche psychanalytique*, Paris : Dunod
- Duval J. A., 1976, *Introduction aux techniques d'équilibre et d'échanges réciproques*, Paris : Maloine
- Feldenkrais M., 1994, *Energie et bien-être par le mouvement*, 2^{ème} édition, St Jean de Braye : Dangles
- Ferguson (Préface), 1992, dans Gendlin, *Focusing, au centre de soi*, Montréal : Le jour
- Fernandez-Zoila A., 2002, *Le Psychopathologique et le sentir*, Paris : L'Harmattan
- Fleurance P., 1998, « *Entraînement mental et sport de haute performance* » dans, revue N°22 *INSEP*, Paris
- Freud S., 1896, *L'hérédité et l'étiologie des névroses*, in *Revue neurologique*, T.IV
- Gély R., 2005, *Épistémologie générale*, FILO 11901, université Catholique de Louvain
- Gendlin E., 1984, *Focusing au centre de soi*. Montréal : Le jour
- Giorgi A., 1997, *De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines*. In Poupart J. et alii (éds.). *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 341-363), Montréal : Gaétan Morin
- Glaser B. & Strauss A., 1967, *The Discovery of Grounded Theory*, Chicago : Aldine publishing
- Godard, H. et Louppe, L., 1993, « *Synthèse I et II* », in *Nouvelles de danse*, n°17 Oct.
- Grawitz M., 1990, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz
- Hanna T., 1989, *La somatique*, Paris : Inter Éditions

- Haynal A., Pasini W. & Archinand M., 1997, *Médecine psychosomatique, Aperçus psychosociaux*, 3^{ème} édition, Paris : Masson
- Hemsey de Gainz V., 1997, *Entretiens sur l'eutonnie avec G. Alexander, sa vie et sa pensée*, Paris : Dervy
- Henry M., 1965, *Philosophie et phénoménologie du corps*, Paris : PUF
- Henry M., 2004, *Auto-donation, Entretiens et conférences*, Paris : Beauchesne
- Hesbeen W., 1997, *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris : Masson
- Honoré B., 1992, *Vers l'œuvre de formation*, Paris : L'harmattan
- Honoré B., 1999, *Être et santé*, Paris : L'harmattan
- Huneman P. & Kulich E., 1997, *Introduction à la phénoménologie*, Paris : Armand Collin
- Humpich, M., Bois D. & Berger E., 2006, *Concepts fondamentaux de psychopédagogie perceptive, Recueil de textes*, Mestrado en Psychopédagogie Perceptive, Université Moderne de Lisbonne
- Jadaud A., J. Nizard, Cl. Danglot, M. Fourneau & Y. Lajat, 2003, *Place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge pluridisciplinaire des douloureux chroniques en Centre de traitement de la douleur*, Douleur et analgésie, vol. XVI n°3
- James W., 2003, *Précis de psychologie*, Paris : Le Seuil, Collection Les Empêcheurs de penser en rond
- Jeannerod M., 1990, *Le traitement conscient et inconscient de l'information perceptive. Revue internationale de psychopathologie*, 1, pp. 13-3.
- Jeannerod M., 1993, *Intention, représentation et action. Revue internationale de psychopathologie*, 10, pp. 167-191.
- Jung Wiggins E., 2000, *Patients souffrant de troubles somatoformes : évaluation d'une prise en charge intégrée médico-psychiatrique et revue de la littérature*, version internet, Université de Genève, Département de médecine interne, Département de psychiatrie Thèse n°10253, Suisse
- Knowles M., 1990, *L'apprenant adulte, vers un nouvel art de la formation*, Paris : Les éditions d'organisation

- Kohn R., 1984, *L'observation chez le chercheur et le praticien*. *Revue Française de pédagogie*, 68, pp. 104-116
- Kohn R., 1986, *La recherche par les praticiens : l'implication comme mode de production de connaissances*, *Bulletin de psychologie*, XXXIX (377), pp. 817-826
- Kohn R., 2002, « La démarche clinique de recherche », intervention au séminaire de DEA animé par J.-L. Le Grand, *Histoire de vie et théorie de l'imaginaire*, retranscription personnelle corrigée par l'auteur
- Laban R., 1994, *La maîtrise du mouvement*, Paris : Actes Sud
- Lamboy B., 2003, *Devenir qui je suis, Une autre approche de la personne*, Paris : Desclées de Brouwer
- Lamoureux A., 1968, *Recherche et méthodologie en sciences humaines*, Montréal, Mac Graw-Hill
- Laval V., 2002, *La psychologie du développement, Modèles et méthodes*, Paris : Armand Collin
- Leao M., 2003a, *Le prémouvement anticipatoire, la présence scénique et l'action organique du performer. Méthodes d'entraînement à travers la méthode Danis Bois*, Paris : Université de Paris VIII, U.F.R. Arts, Philosophie et esthétique, thèse de doctorat
- Léao M., 2003b, *La présence totale au mouvement*, Paris, Point d'appui
- Le Boulch J., 1966, *L'éducation physique par le mouvement. La psychocinétique à l'âge scolaire*, Paris : ESF
- Le Breton D., 2005, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris : PUF
- Le Breton D., 2005, *La sociologie du corps*, Paris : PUF
- Lemaire J. G., 1964, *La relaxation*, Paris : PBP
- Lupu F., 2004, *Approche anthropologique de la douleur : situations en contexte multiculturel*, 17èmes journées d'étude, Paris, APF Formation
- Maslow A., 1972, *Vers une psychologie de l'être*, Paris : Fayard
- Maslow A., 2003, *L'accomplissement de soi : de la motivation à la plénitude*, Eyrolles
- Merleau-Ponty M., 1997, *L'union de l'âme et du corps chez Malebranche, Biran et Bergson*,

Paris : Vrin

- Mias C., 1998, *L'implication professionnelle dans le travail social*, Paris : L'harmattan
- Misrahi, R., 1998, *Le corps et l'esprit dans la philosophie de Spinoza*, Paris : Le Seuil, Collection Les Empêcheurs de penser en rond
- Moustakas C., 1990, *Heuristic Research : Design Methodology and Applications*, Beverly Hills : Sage
- Moustakas C., 1994, *Phenomenological Research Methods*, Thousand Oaks : Sage
- Mucchielli A., 1994, *Les méthodes qualitatives*, Paris : PUF, 2^{ème} éd.
- Mucchielli A., 2004, Méthode d'analyse phénoménologique. In A. Mucchielli (sous la direction), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* ; Paris : Armand Colin, 2^{ème} éd., pp. 191-192
- Newman N., 1979, *Theory development in nursing*, Philadelphia : Fa Davis
- Noël A., 2000, *La gymnastique sensorielle selon la méthode Danis Bois*, Paris : Point d'appui
- Olry P., Lang N., Froissard-Monet M-T., 2005, *Distance thérapeutique et corps à corps, l'exemple du traitement de la douleur en masso-kinésithérapie*, Paris : Éducation Permanente n° 165/2005-4.
- Onnis L. 1985, *Corps et contexte. Thérapie familiale des troubles psychosomatiques*, Paris : ESF
- Quarti C. & Renaud J., 1972, *Neuropsychologie de la douleur*, Paris : Hermann
- Pailard J., 1971, « *Les déterminants moteurs de l'organisation de l'espace* », Cahiers de psychologie, Vol 14 n° 4, pp. 261-316
- Paillard J., 1976, *Tonus, posture et mouvements*, Paris : Kayser-Flammarion
- Paillard J., 1987, « *Vers une psychobiologie de l'intentionnalité* », in Recherches en A.P.S. 2, pp. 163-194
- Petit J. L., 1994, *Neurosciences et philosophie de l'action*, Paris : Vrin
- Paillé P., 1994, L'analyse par théorisation ancrée, *Cahier de recherche sociologique*, n°23, pp. 147-181
- Paillé P., 1997, La recherche qualitative... sans gêne et sans regrets. *Recherche en soins infirmiers*, N°50, pp. 60-65

- Paillé P., 1998, Un regard sur la recherche qualitative en éducation au niveau des mémoires de maîtrises et des thèses de doctorat dans les universités Québécoises francophones (années 1980 et début des années 1990). *Recherches qualitatives*, 18, pp. 187-216
- Paillé P., 2004a, Analyse qualitative, In A. Mucchielli (dir.). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin , pp. 210-212
- Paillé P., 2004b, Recherche heuristique, In A. Mucchielli (dir.). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris : Armand Colin. pp. 225-226
- Paillé P., 2006, Lumières et flammes autour de ma petite histoire de la recherche qualitative, *Recherches Qualitatives*, vol. 26(1), pp. 139-153
- Paillé P. & Mucchielli A., 2005, *Analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris : Armand Colin
- Quéré N., 2004, *La pulsologie méthode Danis Bois*, Paris : Point d'appui
- Ranty Y., 1994, *Les somatisations*, Paris : L'Harmattan
- Rey R., 2000, *Histoire de la douleur*, Paris : La découverte et Syros
- Reich W., 1971, *L'analyse caractérielle*, Paris : PBP
- Richir M., 1993, *Le corps. Essai sur l'intériorité*. Paris : Hatier
- Rogers C. R., 1979, *Un manifeste personnaliste*, Paris : Dunod
- Rogers C. R., 1998, *Le développement de la personne*, Paris : Dunod
- Rogers C. R., 2001, *L'approche centrée sur la personne*, Paris, : Randin
- Rogers C. R., 2005, *La relation d'aide et la psychothérapie*, 14^{ème} édition, Paris : ESF
- Roll J.-P., 1993. Le sentiment d'incarnation : arguments neurobiologiques. *Revue de médecine psychosomatique*, N° 35, pp.75-90.
- Roll J.-P., Roll R., 1996, « *Le sixième sens* », dans *Science et vie* N° 195, juin
- Roll J.-R., 1998, Proprioception et motricité, cours magistral, D.I.U. « *Bases neurophysiologiques de la rééducation motrice et psychomotrice* », CNRS de Marseille
- Roux M. L. & Dechaud-Ferbus M., 1993, *Le corps dans la psyché, La psychothérapie de*

relaxation, Paris : L'harmattan

Rouxel K. & Lani, F., 2006, *L'enseignement de la psychosociologie en IFMK : vers une histoire naturelle des prises en charge kinésithérapiques*, Paris : fnt mag, n°80

Schilder P., 1934, *L'image du corps*, Paris : Gallimard

Schreiber F., 2003, *L'identité tonique, Mémoire de Post-graduation universitaire « Art et thérapie du mouvement »*, Université Moderne de Lisbonne, Portugal

Soulairac A., 1971, *Les Mécanismes de la douleur*, Paris : Roussel

Straus, A. & Corbin J., 2004, *Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*, Academic Press Fribourg.
Traduit de l'anglais par Marc-Henry Soulet.

Thérapie et mouvement, 2000, *1er congrès international Méthode Danis Bois*, Paris : Point d'appui

Thomas R., 1991, *Préparation psychologique du sportif*, Paris : Vigot

Tournebise T., 2004, Communication thérapeutique, documents publiés en ligne,

www.maieusthesie.com/nouveautes/article/aide.htm

Tournebise T., 2005, *L'écoute thérapeutique*, Paris : ESF

Van Manen M. (1990). *Researching Lived Experience*, New York: SUNY Press

Vanotti, M., Gennart M., 2006, *La phénoménologie : son intérêt dans une conception systémique de l'homme malade*, cours on line, www.cerfasy.ch/pheno.html

Vermersch P., 1994, *L'entretien d'explicitation, Nouvelle édition enrichie d'un glossaire*, Issy les Moulineaux : ESF

Vermersch P., 2006a, Les fonctions des questions, *Explicititer*, N° 65

Vermersch P., 2006b, Préface, dans D. Bois, *Le Moi renouvelé*, Paris : Point d'appui

ANNEXES

Analyse de l'entretien de P1

Femme

51 ans

Kinésithérapeute

Française

Impacts du toucher psychotonique sur la relation d'aide au patient

Le ressenti de l'expérience et les prises de conscience corporelles	La qualité de la relation d'aide manuelle	La réaction face à la relation d'aide manuelle
<p>« quand la globalité à nouveau apparaît, quand j'ai cette sensation qui, qui me gagne à nouveau jusqu'au bout des pieds là-bas. C'est effectivement c'est à nouveau une forme, c'est pas uniquement un trajet de système neurovégétatif, un diaphragme qui circule, c'est, c'est à nouveau une forme, une forme humaine (...) c'est la mienne en gros » (L 286-290)</p> <p>« Je la ressens comme ma forme, comme une forme, comme un volume, mais un volume aplani, c'est toujours assez étonnant quand j'ai cette sensation-là, c'est un volume qui s'étale c'est un volume qui cherche à reprendre place dans quelque chose de plus plat. J'ai</p>	<p>« c'est toujours très impliquant, très concernant où que ce soit » (L 77)</p> <p>« Il est plus qu'aidant, il est, il est déclencheur » (L 221)</p> <p>« il redevient le guide de cette, le modèle enfin la référence, le guide de cette de ce mode de perception là » (L 230, 231)</p> <p>« La justesse est quelque chose qui est interpellant, la justesse en terme de, c'est, c'est l'endroit, c'est l'endroit juste, c'est... en terme d'endroit juste c'est un... » (L 236, 237)</p> <p>« l'appui va chercher le petit étirement nécessaire, va chercher à contourner, à contourner parfois la chose (...) à la remettre, à redonner une espèce de forme de consistance, comme si elle,</p>	<p>« quand l'info émane du corps et quand je suis plus entrain de la rechercher c'était ça mon changement le plus important qui est arrivé au cours du traitement » (L 359-3631)</p> <p>« ça vient à ma conscience » (L 193)</p> <p>« Et elle fait du bien, non seulement elle me fait du bien, mais elle va de pair avec le bien et elle fait du bien, c'est ça... C'est ce que j'appelais tout à l'heure un nouveau possible » (L 205,206)</p> <p>« C'est quand (...), j'y accède à nouveau à cette, à cette sensation d'accueillir les choses, de laisser aller, qu'à ce moment elles m'émanent des orteils, de la jambe » (L 210-211)</p> <p>« c'est le corps qui commence (...) c'est ça qui amène la</p>

<p>souvent des sensations de, de forme... » (L 294-297)</p> <p>« Oui, des parties, oui c'est ça. C'est tout, c'est du tout présent qui apparaît. » (L 132)</p>	<p>j'ai l'impression que ça reprend forme humaine, j'ai l'impression qu'elle était en train à nouveau presque de remodeler la chose. » (251-255)</p>	<p>qualité de présence » (L 216-219)</p> <p>« c'était incroyable comme il y avait une sensation de solution qui apparaissait et solution voulant dire que ça arrête de me faire mal avant tout » (L 14, 15)</p> <p>« Il y a un vrai besoin d'éclaircissement dans le monde de la perception » (L 370-371)</p> <p>« Donc c'est évident que la simple conscientisation ne colle pas forcément à la verbalisation » (L 362-363)</p>
--	--	--

Ce que rapportent les patients des changements cognitifs pendant le traitement

Changement d'attention	Changement d'état affectif	Changement de perception
<p>« cette attention possible à nouveau ailleurs, c'est en soi une solution » (L 51)</p> <p>« C'est, c'est une attention posturale, et,... une espèce de mécanique et d'attention focalisée qui, qui, qui,..., qui me rigidifie, qui me posture qui me monopolise et l'attention est là avec et l'attitude » (L 166-168)</p> <p>« c'est souvent des, des tensions de gorge, de glotte quelque chose comme ça. J'ai remarqué et ça je retrouve ça souvent dans mes postures de travail par</p>	<p>« Il y avait beaucoup de sensations qui étaient de l'ordre presque de la, de l'angoisse et de la panique dans le thorax qui me forçaient à déglutir, et vraiment, une espèce de tension de gorge qui pouvait évoquer l'inquiétude, quelque chose comme ça » (L 93-95)</p> <p>« ça devient petit, léger et que ça se diffuse et que ça devient, et ça c'est apaisant pour moi ça » (L 80, 81)</p> <p>« Quand il n'y a pas d'inquiétude c'est, c'est quoi,</p>	<p>« Elle change de regard, elle change, ..., elle est moins focale. (...) Oui elle se focalise moins petit à petit » (L 153-155)</p> <p>« les perceptions m'arrivent d'ailleurs, plus du regard » (L 184, 185)</p> <p>« La sensation d'hémicorps gauche aussi, qui s'ouvre, qui se réouvre à nouveau, le thorax qui se, qui reprend sa place, qui se recale dans l'épaule aussi une sensation d'axe qui se remet. » (L 318-320)</p> <p>« j'ai vraiment la sensation</p>

<p>exemple, tout à coup je sens quand je suis dans une espèce d'attention très concentrée, je retrouve ce truc-là. » (L 107-110)</p> <p>« Ce qui me fait le plus de bien, c'est quand justement les choses s'étalent plus, sont moins concentrées et attentionnelles. » (L 78, 79)</p>	<p>c'est du confort, c'est, c'est de la, c'est de la sécurité, c'est, de la sécurité, du confort » (L 102,103)</p> <p>« j'en ai beaucoup moins (...) j'en ai vu apparaître quelques-unes tout à coup mais très fugace ce qui est assez étonnant d'ailleurs (...) c'est comme une sensation fugace qui apparaît et qui disparaît » (L 96-98)</p> <p>« l'inquiétude c'est toujours une espèce d'éveil exacerbé pour moi et quelque chose qui redescend à nouveau quoi, qui se pose à nouveau » (L 10(, 106)</p>	<p>de dépliage, de déroulage plutôt. » (L 325-326)</p> <p>« c'est des sensations un peu liquidiennes comme si les tissus s'imbibaient de nouveau. » (L 326-327)</p>
--	---	---

Difficultés et voies de passage rencontrées pendant le traitement et rapportées par les patients

<p align="center">Voies de passage offertes par le toucher psychotonique</p>	<p align="center">Difficultés révélées par le toucher psychotonique</p>
<p>« l'impression que plus on est que ce soit en crânien ou en très distal par exemple, je sais plus tu as fait travailler à partir des mollets ou des pieds, c'était incroyable comme il y avait une sensation de solution qui apparaissait et solution voulant dire que ça arrête de me faire mal avant tout. » (L 12-15)</p> <p>« il y a dans les sensations de points d'appui qui lâchent, c'est que ça sort de cette simple sensation pointue et ça devient une circulation d'hémicorps, de corps entier » (L 36-38)</p> <p>« c'est une attention qui est permise à nouveau</p>	<p>« la zone douloureuse est comme titillée et appelée (...) que tu travailles sur l'épaule, sur le crâne ou sur le ventre ça revient systématiquement mettre comme en éveil, en alerte cette zone » (L 7-9)</p> <p>« je sens une zone de friction (...) c'est comme si les choses à cet endroit là précisément était une zone qui ne liasse pas, c'est une entrave à une circulation, voilà quelque chose comme ça » (L 24-26)</p> <p>« le mouvement tente de faire obtenir</p>

<p>ailleurs, plus qu'un relâchement, c'est ça, c'est comme une attention qui est à nouveau possible ailleurs » (L 48-49)</p> <p>« le mouvement il est à ce moment là envahissant on va dire en amplitude à ce moment là, c'est, les jambes aussi sont concernées, les épaules aussi sont concernées, c'est une circulation d'hémicorps, de corps entier, de, le pointu disparaît, l'irascible disparaît » (L 40-43)</p> <p>« c'est quand ça s'étale, quand ça se répartit, et quand ça à ce moment-là effectivement c'est de la globalité. C'est les quatre morceaux de moi ou c'est un hémicorps qui retrouve l'autre » (127-129)</p> <p>« La reconstruction de la globalité... c'est l'étendue qui donne accès à ça... » (L 157)</p> <p>« J'ai plutôt tendance à chasser un peu les pensées pour essayer (...) de ressentir pendant le traitement » (L 144-147)</p> <p>« Oui, éclaircir (...) éclaircir les choses. Que le verbe mais pas le verbe tout seul, le verbe qui colle de près à la perception » (L 366, 367)</p>	<p>une circulation qui ressemblerait à ça, comme deux choses qui sont capables de se confronter de se mettre en circulation » (L 28-30)</p> <p>« le mouvement essaie de réapparaître et c'est quand ce mouvement, ces deux mouvements contraires qui tout d'un coup ne peuvent pas se faire, donc ça c'est irritant et brûlant » (L 34-36)</p> <p>« C'est une posture intérieure (...) Et une attention en même temps, et un regard, voilà, une crispation et de posture et de regard, quelque chose comme ça... » (L 176-179)</p> <p>« je me sens presque trop présente et ça, ça veut dire que c'est, voilà je suis trop présente dans un premier temps avec cette posture-là qui essaie d'extirper la chose. » (L 208-210)</p> <p>« je me perds beaucoup dans les perceptions, comme je leur donne beaucoup de place et d'importance (...) ça rend les choses encore plus confuses quand elles sont pas classifiées, rangées » (L 368-370)</p> <p>« Clarifier, d'en sortir l'info essentielle, elle est là ma difficulté » (L 375)</p> <p>« La difficulté, elle est là, sortir l'info essentielle qui émane, (...) elle est pas toujours visible » (L 384, 385)</p>
---	--

Analyse de l'entretien de E1

Femme

56 ans

Psychothérapeute

Française

Impacts du toucher psychotonique sur la relation d'aide au patient

Le ressenti de l'expérience et les prises de conscience corporelles	La qualité de la relation d'aide manuelle	La réaction face à la relation d'aide manuelle
<p>« ça me donne un sentiment de plus de globalité » (L12)</p> <p>« Ce que je sens là par contre, c'est que tu vois dans toute cette zone là, je suis plus présente » (L 180,181)</p> <p>« Comme avec un sentiment d'existence aussi, plus grand » (L 184)</p> <p>« Je sais pas comment on peut appeler ça (...), je sais pas si c'est... je dirai de la présence à moi » (L 187,188)</p> <p>« la présence, la présence à moi, elle est dans la profondeur » (L 244)</p> <p>« comparativement à la surface, la profondeur c'est à l'intérieur » (L 140)</p> <p>« ça donne plus d'existence, d'incarnation » (L 291)</p> <p>« tu vois en te parlant je suis dans la présence à moi, voilà... » (L 188)</p>	<p>« tu mets une main, et (...), donc je sens qu'il se passe quelque chose, qui est savoureux, qui est bon (...) c'est ça qui est étrange, c'est que (...) ça fait exister de plus en plus grand » (L 22-24)</p> <p>« tu as étiré, et j'ai senti que ça allait beaucoup plus loin que la réalité. J'avais vraiment cette sensation d'élasticité, et ça c'est extrêmement bon aussi » (L 27-29)</p> <p>« De toute façon j'étais touchée (...), il y a des moments où j'étais plus touchée » (L 162,163)</p> <p>« j'ai envie de dire c'est comme s'il y avait un appui (...) Qui vient faire exister ça (...) Cette présence là » (L 218-223)</p> <p>« Qui l'aide, qui l'aide, qui</p>	<p>« Il va au-delà de ça parce que toute seule je peux y être dans la présence à moi » (L 204)</p> <p>« je parlais de la profondeur tout à l'heure, c'est vrai que ça met plus dans la profondeur » (206,207)</p> <p>« Disons la globalité, je suis pas certaine parce que je peux m'y mettre aussi » (207,208)</p> <p>« la profondeur dont je parlais tout à l'heure, ça je peux pas l'avoir, je l'ai pas forcément toute seule » (L 234,235)</p> <p>« Elle était différente parce que, (...) la présence à moi, (...) à un moment donné (...) elle peut être décidée et expérimentée et elle me ... enfin elle me surprend pas, si elle s'impose à moi... Là, tu venais par ton intervention</p>

	est aidant parce que... mais c'est pas la même sensation effectivement quand tu t'y mets toute seule que... C'est pas la même chose... » (L 225, 226)	extérieure... donner autre chose (...) ça faisait exister autre chose » (L 256-260) « Enfin ça me faisait percevoir (...) je ne sentais pas ta main, je sentais ce que ça réveillait, ce que ça faisait exister, c'est ça... » (L 251, 252)
--	---	--

Ce que rapportent les patients des changements cognitifs pendant le traitement

Changement d'attention	Changement d'état affectif	Changement de perception
<p>« Mon attention (...), enfin mon attention, (...) à ce qui se passait localement mais qui s'étalait très vite à plus grand » (L 51-53)</p> <p>« mon attention qui pouvait être locale se délocalisait et s'élargissait parce que la sensation s'élargissait » (L 76-77)</p> <p>« Elle n'était pas forcément où tu posais la main » (L 79)</p>	<p>« j'ai eu même un moment (...) qui était presque de l'euphorie, (...) je me suis dit calme, parce que sinon je me serais mis à rire, c'était vraiment quelque chose qui avait envie de jaillir » (L 41-44)</p> <p>« il y a eu des moments (...) où c'était un peu plus, ça allait un peu plus profond » (L 122,123)</p> <p>« Ca touchait plus dans la profondeur, c'était plus profond (...) Je me rendais compte qu'il y avait quelque chose dans la profondeur » (L 133,134)</p> <p>« au départ c'était plus extérieur avec ce que j'ai appelé de la saveur... qui était intérieure quand même... mais j'ai quand même cette sensation que,</p>	<p>« c'est peut-être que l'évolution était dans le sens de... il y avait... c'était moins localisée la sensation que... qu'au départ, voilà... ça faisait exister » (69-70)</p> <p>« je percevais qu'il y avait quelque chose qui était inaccessible à la perception, voilà... j'avais pas accès à ça » (L 105,106)</p> <p>« il y a certains moments, où je faisais plus la différence, je sentais pas que tu étais à la surface, j'avais vraiment..., c'est comme si c'était à l'intérieur, tu vois ? J'avais cette impression que ça appuyait à l'intérieur comme s'il n'y avait plus les limites du corps, quoi, ça je le sentais » (L 123-126)</p> <p>« Il n'y avait pas d'intérieur et d'extérieur » (L 246)</p>

	<p>que... pendant le déroulement de la séance, il a pu y avoir... ça a pu aller plus, plus profond... il me semble... » (L 278-281)</p> <p>« C'est plus à l'intérieur, voilà, encore plus, encore plus intériorisé, même si c'était déjà intérieur au départ, je pense que ça allait plus profond » (L 283,284)</p>	
--	---	--

Difficultés et voies de passage rencontrées pendant le traitement et rapportées par les patients

Voies de passage offertes par le toucher psychotonique	Difficultés révélées par le toucher psychotonique
<p>« quand je suis dedans, vraiment dedans (...) dans la concentration de ce que tu fais, (...) il y a une grande (...) enfin j'ai appelé ça de la saveur, (...) c'est vraiment bon (...) quand je suis vraiment dedans » (L 9-12)</p> <p>« ce qui était étrange aussi, à un moment, j'ai senti que tu étais à, je ne sais plus à quel endroit, tu faisais un point d'appui à un endroit et j'ai senti que ça réveillait quelque chose de très agréable, (...) à un autre endroit » (L 39-41)</p> <p>« au moment d'un point d'appui, je sentais que (...) ailleurs, c'est comme si ce point d'appui à un endroit, faisait jaillir quelque chose ailleurs » (L 84-85)</p> <p>« Tu étais à la tête et tu faisais un point d'appui un peu plus bas, et j'ai senti que ça ouvrait... ça ouvrait et il y avait l'espace du cœur qui s'ouvrait à ce moment là (...)</p>	<p>« ça doit dépendre aussi, moi de, de, mon état de concentration et de présence je pense » (L 32-33)</p> <p>« à certains moments où ça touchait, quand même, l'espace respiratoire, je, je j'avais du mal là, parce que je ne voulais pas perturber donc j'essayais de respirer à minima mais j'avais envie vraiment de faire des grandes respirations » (L 36-38)</p> <p>« j'avais envie de respirer et (...) je savais que si je faisais une grande respiration ça allait..., ça allait aller à l'encontre de ce que tu faisais au bout du point d'appui donc là ça paraissait un peu difficile de ne pas respirer amplement, j'avais..., j'avais vraiment envie de respirer » (L 89-92)</p> <p>« Ce que je sais, c'est que comme j'étais fatiguée, (...) j'ai décroché, (...) pas souvent, mais j'ai décroché, je partais..., je revenais</p>

<p>c'était très bon et ça s'ouvrait... ça libérait quelque chose » (L 152-154)</p> <p>« je me laissais être touchée » (L 166)</p> <p>« je percevais plus dans le corps (...), quand tu mettais les mains sur le ventre » (L 319, 320)</p> <p>« C'est une autre perception que le point d'appui sur le corps... où, oui..., où ça réveillait des sensations à d'autres endroits » (L 106, 107)</p> <p>« C'était ce qui se passait dans le moment, la sensation qui se passait dans le moment et là où tu... où tu posais la main parce que je n'étais pas forcément dans la globalité ni... oui, c'était dans l'instant présent » (L 263-265)</p>	<p>vite » (L 66-67)</p> <p>« Pas que je n'étais pas présente mais que je n'avais pas la conscience. Enfin (...) Que la conscience de ce qui se passait ça m'était inaccessible encore » (L 112,113)</p> <p>« des moments où (...) je prenais un petit peu plus la place de spectatrice tout en sentant quand même » (L 163,164)</p> <p>« Notamment quand tu traitais au niveau du crâne, je sentais que... C'était un autre toucher que..., que le point d'appui que tu faisais sur le corps, il y avait quelque chose qui était... je percevais qu'il y avait quelque chose qui était inaccessible à la perception, voilà... j'avais pas accès à ça, tu vois ? » (L 103-106)</p> <p>« il y avait comme un morceau de conscience en moins quoi, tu vois ? Parce que je sens bien, je sens bien le mouvement en général, plus facilement dans la tête que dans le corps, tu vois ? Et là je, je... je crois que tu n'étais pas au même niveau et je pouvais pas le percevoir ce niveau là, c'est ça qu'il me semble » (L 309-313)</p>
--	--

Analyse de l'entretien de C1

Femme
33 ans
Professeur de français, histoire et géographie
Française

Impacts du toucher psychotonique sur la relation d'aide au patient

Le ressenti de l'expérience et les prises de conscience corporelles	La qualité de la relation d'aide manuelle	La réaction face à la relation d'aide manuelle
<p>« j'ai ressenti globalement plutôt un relâchement et ... comment dire...et ... comment dire... une présence... je n'arriverai pas à trouver... j'ai ressenti mon corps » (L 6-8)</p> <p>« ce n'est pas de l'énergie mais c'est un truc qui fait qu'on se remplit et que petit à petit on se ressent » (L 12, 13)</p> <p>« j'ai ressenti les différents éléments de mon corps » (L 10)</p> <p>« c'est une manière de ressentir petit à petit, de prendre conscience, de l'enveloppe » (L 93, 94)</p> <p>« C'est comme si on se gonflait, on s'épaississait mais pas rempli d'air, pas rempli de vide » (L 100, 101)</p> <p>« oui c'est une présence » (L</p>	<p>« c'est quelque qui ... qui est simple, qui... qui est juste qui... ça se trompe pas...et qui...oui (...) qui nous amène à nous quoi » (L 178-180)</p> <p>« forcément on est présent à ce qui se passe » (L 188)</p> <p>« forcément on suit ce qui se passe, on ressent, on est vraiment à l'écoute de ce qui se passe » (L 194, 195)</p> <p>« une relation déjà de confiance parce qu'il y a aucun stress...non il n'y a aucun stress, on est en confiance, on se laisse guider, on...une détente absolue et donc on se laisse complètement guider...oui on est en relation de confiance » (L 224-227)</p>	<p>« on ressent tous les éléments de notre corps au fur et à mesure. Et on se détend, à mesure qu'on prend conscience on se détend. C'est de la détente » (L 13, 15)</p> <p>« ça se détendait vraiment alors que j'avais pas la sensation en arrivant que j'étais tendue en fait.» (L 70, 71)</p> <p>« Je ressentais rien dans ma colonne mais en fait dans le dos, c'est surtout que je ressentais nettement par ailleurs » (L 122-24)</p> <p>« ça met en travail le corps mais ça met en travail aussi l'esprit » (L 199, 200)</p> <p>« il y a une meilleure conscience de son corps, ça s'est... ça c'est évident » (L 263, 264)</p> <p>« une conscience en soi et une</p>

<p>104) « je ressentais nettement une présence des mes cuisses, dans mes jambes, dans mes pieds, dans mon ventre. » (L 138 , 139) « L'impression de découvrir toutes les cellules » (L 104) « l'impression d'avoir toutes les cellules qui sont là qui se matérialisent... dont je prends conscience » (L 113, 114)</p>		<p>conscience de soi » (L 280, 281) « je peux difficilement penser à autre chose. Ca devait arriver un quart de seconde et ça revient très vite » (L 192-194)</p>
---	--	---

Ce que rapportent les patients des changements cognitifs pendant le traitement

Changement d'attention	Changement d'état affectif	Changement de perception
<p>« il y a des fois où on sent vraiment des vides, enfin où on sent rien... d'autres fois où bon...on a l'impression d'être là et en fait ça se remplit quand même encore un peu plus » (L 98, 100) « tu penses à... « tiens ça se détend », à « là je sens que c'est tendu », « ah, tiens là, il y a un mouvement qui se dessine...qui s'amplifie » » (L 204, 205) « on suit par la pensée » (L 211) « je me parle et je me dis ce qui est en train de se passer » (L 212)</p>	<p>« quand je ressens bien la douleur, oui, c'est un inconfort, ça reste pas...ça reste pas juste sur le ventre...on se sent mal globalement quoi » (L 245, 247) « En arrivant je la sentais pas tellement... après... tout au début, tu as bien mis une main sur une partie douloureuse... donc ça l'a... ça a relancé un petit peu et...après...et après... la douleur a disparu...elle a disparu dans la sensation de détente en fait » (L 238, 240) « je sais que j'ai découvert plein de choses et qui sont justement très agréables et</p>	<p>« j'ai vraiment un ressenti très important à l'intérieur de mon corps...et c'était pas simplement des trucs mécaniques je monte l'épaule, je baisse l'épaule, c'était plus... vraiment plus global » (L 182-184) « C'est animé mais sans que...enfin comment dire...c'est animé sans que forcément ça bouge » (L 149, 150) « la sensation d'un malaxage de la boîte crânienne, d'abord... d'un gonflement, enfin... oui... une extension » (L 34, 35) « de malaxage des intestins » (L 70)</p>

	<p>qui amènent un bien être au quotidien » (L 279, 280)</p>	<p>« L'impression que le cerveau prenait toute sa place dans la boîte crânienne » (L 39, 40)</p> <p>« le crâne s'étirait enfin s'expansait, c'était plus en étirement » (L 52, 53)</p> <p>« à la fin je sentais, je sentais mon ventre rempli partout » (L 67, 68)</p> <p>« tout au début, quand tu avais une main sur les épaules et un peu sur le thorax, j'ai tout de suite senti mes jambes, mes jambes mes cuisses... je sentais bien mon... mon ventre, mon thorax » (L 21, 24)</p> <p>« petit à petit j'ai ressenti au fur à mesure justement mon dos, en partant du bas. C'est remonté aussi jusque dans le cou et puis après un petit un petit peu derrière la tête » (L 26, 27)</p> <p>« j'ai senti l'avant du cou, toute la gorge très rapidement et très intensément et puis après... et puis après c'était donc un peu plus l'avant de la tête petit à petit, les yeux, le nez » (L 32-34)</p>
--	---	---

Difficultés et voies de passage rencontrées pendant le traitement et rapportées par les patients

Voies de passage	Difficultés
<p>« quand tu avais une main sur les épaules et un peu sur le thorax, j'ai tout de suite senti mes jambes, mes cuisses (...) mon ventre, mon thorax » (L 22, 24)</p> <p>« je ressentais nettement une présence des mes cuisses, dans mes jambes, dans mes pieds, dans mon ventre » (124, 125).</p> <p>« j'avais vraiment l'impression que tu avais quatre mains. Il y en avait deux sur ma tête mais qu'il y en avait deux qui travaillaient, une qui était posée sur ma colonne et une sur mon ventre et ça travaillait sur mon ventre et sur les lombaires » (L 55-58)</p> <p>« tu as du mettre tes mains sous... sous mon dos et puis là petit à petit j'ai senti au fur à mesure justement mon dos, en partant du bas. . C'est remonté aussi jusque dans le cou et puis après un petit un petit peu derrière la tête » (L 25-27)</p> <p>« en mettant les mains sur la tête (...) là j'ai senti l'avant du cou, toute la gorge très rapidement et très intensément et puis après... et puis après c'était donc un peu plus l'avant de la tête petit à petit, les yeux, le nez » (L 29-34)</p> <p>« j'ai vraiment eu l'impression d'être très, très à droite et que... tout revenait dans un mouvement, tout se réaxait, ma tête se réaxait sur mon corps » (L 43-45)</p> <p>« je me suis posée bien dans l'axe » (L 49)</p>	<p>« je sentais bien mon... mon ventre, mon thorax et c'est vrai que je n'avais pas tellement de ressenti dans le dos... et pas tellement dans le cou et dans la tête » (L 23-25)</p> <p>« j'avais rien sur la face du visage sur le nez, les yeux, la bouche, l'avant du visage c'était pas... c'était pas encore là. » (L 28, 29)</p> <p>« je n'avais pas trop d'effet quand tu mettais les mains là (...) très fort sur (...) les pommettes... » (L 48-51)</p>

1 **Entretien de C1, réalisé le 26 avril 2007**

2

3 **CC** : Est-ce que tu peux me décrire un petit peu ce que tu as ressenti pendant le traitement ?
4 Tu vas essayer de dérouler ta pensée et puis après je te poserai éventuellement des questions
5 pour préciser un petit peu certaines choses.

6 **C1** : Pendant le traitement j'ai ressenti globalement plutôt un relâchement et ... comment
7 dire...et ... comment dire... une présence... je n'arriverai pas à trouver... j'ai ressenti mon
8 corps

9 **CC** : D'accord

10 **C1** : J'ai ressenti les différents éléments de mon corps... qui... s'amplifient, je ne sais pas de
11 quoi... on ne peut pas dire... ce n'est pas de l'énergie parce que l'énergie il y a un côté...
12 bouillonnant où ça part dans tous les sens. C'était pas... ce n'est pas de l'énergie mais c'est
13 un truc qui fait qu'on se remplit et que petit à petit on se ressent... on ressent tous les
14 éléments de notre corps au fur et à mesure. Et on se détend, à mesure qu'on prend conscience
15 on se détend. C'est de la détente

16 **CC** : Est-ce que tu peux juste un tout petit peu détailler par rapport aux différentes prises ?
17 Quand on a... quand on parlait là tout à l'heure, tu me disais... par exemple quand j'étais au
18 niveau du thorax ce que tu ressentais dans ton dos, quand j'étais au niveau de la tête ce que tu
19 ressentais... tu vois... est-ce que tu sentais que par ce toucher là... il y a une action locale,
20 est-ce que... tu vois est-ce que tu pourrais développer un petit peu plus ce toucher là par
21 rapport aux différentes prises, aux effets ?

22 **C1** : Par rapport, tout au début, quand tu avais une main sur les épaules et un peu sur le
23 thorax, j'ai tout de suite senti mes jambes, mes jambes mes cuisses, je sentais bien mon...
24 mon ventre, mon thorax et c'est vrai que je n'avais pas tellement de ressenti dans le dos... et
25 pas tellement dans le cou et dans la tête. Après...après, tu as dû mettre tes mains sous... sous
26 mon dos et puis là petit à petit j'ai ressenti au fur à mesure justement mon dos, en partant du
27 bas. C'est remonté aussi jusque dans le cou et puis après un petit... un petit peu derrière la
28 tête mais j'avais rien sur la face du visage sur le nez, les yeux, la bouche, l'avant du visage
29 c'était pas... c'était pas encore là. Et puis après... après tu as dû... en mettant les mains sur la
30 tête, le premier effet qui a été assez immédiat c'est... une sensation de chaleur dans la gorge
31 assez forte pourtant j'avais eu l'impression que le cou était déjà présent mais en fait c'était
32 juste l'arrière du cou et là j'ai senti l'avant du cou, toute la gorge très rapidement et très
33 intensément et puis après... et puis après c'était donc un peu plus l'avant de la tête petit à

34 petit, les yeux, le nez et puis, la sensation d'un malaxage de la boîte crânienne, d'abord...
35 d'un gonflement, enfin... oui... une extension, je ne sais pas comment on peut dire, le fait que
36 ça...

37 **CC** : S'expande ?

38 **C1** : Une expansion et puis après une rétractation, pour de nouveau mieux s'étendre et puis
39 après la même chose avec le cerveau. L'impression que le cerveau prenait toute sa place dans
40 la boîte crânienne et puis après il était... pas rétrécis comme un petit pois quand même mais
41 restreint et...oui il se rétractait et puis après tout s'est remis en place.

42 **CC** : Tout s'est remis en place ?

43 **C1** : Oui... et à ce moment là ce travail... l'impression de travail sur le cerveau, j'ai vraiment
44 eu l'impression d'être très, très à droite et que... tout revenait dans un mouvement, tout se
45 réaxait, ma tête se réaxait sur mon corps, c'était vraiment... un mouvement... une diagonale
46 courbe qui partait de la droite et...hop... je me suis posée bien dans l'axe. Et puis voilà...
47 après... qu'est-ce qu'il y a d'autre ?... et puis après il y a encore un ... tu as travaillé... au
48 début je ne comprenais pas trop ce... je n'avais pas trop d'effet quand tu mettais les mains là
49 sur très fort sur les pommes...oui... les fossettes... je ne sais pas comment dire, les pommes,
50 les joues...

51 **CC** : Les pommettes...

52 **C1** : Les pommettes... je savais bien que c'était pas le mot... sur les pommettes. Et puis là
53 j'ai eu l'impression que au lieu que le crâne s'étirait enfin s'expansait, c'était plus en
54 étirement. J'avais l'impression que ma tête s'étirait... et puis après... pendant que tu
55 travaillais sur l'avant en fait, sur l'avant de la tête, là j'avais vraiment l'impression que tu
56 avais quatre mains. Il y en avait deux sur ma tête mais qu'il y en avait deux qui travaillaient,
57 une qui était posée sur ma colonne et une sur mon ventre et ça travaillait sur mon ventre et sur
58 les lombaires

59 **CC** : Qui est en fait la zone où tu as des douleurs ?

60 **C1** : Oui

61 **CC** : D'accord...

62 **C1** : Voilà je crois que c'est à peu près...

63 **CC** : Le ventre ?

64 **C1** : Et puis après oui une main sur le ventre... de là l'action a été, on va dire, un petit
65 peu...vraiment locale

66 **CC** : Oui...

67 **C1** : D'abord, je sentais plus à gauche alors que j'ai plutôt mal à droite et à la fin je sentais, je

68 sentais mon ventre rempli partout. Autant il y avait une zone de vide au départ un peu à droite
69 autant... autant ça s'était rempli aussi à droite et là s'était vraiment la libération de tensions.
70 Vraiment une grosse sensation de détente, de malaxage des intestins et ce qui fait que ça se
71 détendait vraiment alors que j'avais pas la sensation en arrivant que j'étais tendue en fait.

72 **CC** : D'accord. Alors je vais juste te demander si dans les perceptions que tu as eu
73 aujourd'hui, il y avait des choses un petit peu nouvelles par rapport aux traitements habituels
74 ou est-ce que c'est des perceptions que tu avais déjà ressenties ?

75 **C1** : ... Il y avait beaucoup de choses que je connaissais... Il y a le travail sur les pommettes
76 là qui fait que... ça j'avais jamais senti cette impression de... que le crâne s'étirait mais
77 dans le sens haut-bas quoi. Ca s'était nouveau... Mais... Une autre sensation... C'est une
78 sensation que... quand tu as commencé à traiter juste sur le ventre et que tu as appuyé sur des
79 points un peu... un peu douloureux, j'ai eu vraiment un flash... un gros flash lumineux dans
80 les yeux que j'avais pas avant et que j'ai pas... des fois quand j'ai un peu mal, j'ai la tête qui
81 tourne ou des choses comme ça mais j'ai pas du tout eu ça. Par contre oui, tout à coup c'était
82 très, très jaune un peu vert jaune anis et vraiment très, très lumineux et puis... et puis c'est...
83 au fur et à mesure du traitement ça s'est calmé. Cette perception là dans les yeux, le côté vif et
84 lumineux s'est atténué. Et après... après je sais pas... des nouvelles... Je dis pas que je
85 connais tout par cœur mais... non je saurai pas dire...

86 **CC** : D'accord... est ce que tu peux juste... on va revenir un tout petit peu sur deux ou trois
87 mots que j'aimerais que tu me précises un petit peu. Quand tu parles de remplir, c'est un mot
88 que tu as employé plusieurs fois, est-ce que tu peux juste me dire ce que ça veut dire pour toi
89 remplir ? Est-ce que c'est en lien avec quelque chose de vide ? Et puis si ça se remplit est ce
90 que tu sais par quoi et comment ça se remplit ?

91 **C1** : C'est la grosse question. Ca s'est vraiment... c'est le truc qui est difficile à nommer à
92 matérialiser. C'est ce que je te disais tout à l'heure c'est pas rempli d'énergie, c'est pas...
93 c'est pas de l'énergie... c'est... c'est une manière de ressentir petit à petit, de prendre
94 conscience, de l'enveloppe...enfin comment dire... ça s'est vraiment difficile à dire
95 autrement que remplir et... mais remplir de quoi...

96 **CC** : Et est-ce que... Simplement est-ce que ça veut dire que c'est vide avant ?

97 **C1** : Vide, totalement vide non... mais... mais... ça se gonfle quoi, ça se... ça s'amplifie...
98 ce qui est avant...c'est pas... pas pour tout...il y a des fois où on sent vraiment des vides,
99 enfin où on sent rien... d'autres fois où bon...on a l'impression d'être là et en fait ça se
100 remplit quand même encore un peu plus. C'est comme si on se gonflait, on s'épaississait mais
101 pas rempli d'air, pas rempli de vide quoi... c'est difficile à dire...ça c'est vraiment difficile...

102 **CC** : Est-ce que ça te remplit de mouvement ? Est-ce que ça se remplit de...d'une présence à
103 toi ?

104 **C1** : Oui...oui c'est une présence... L'impression de découvrir toutes les cellules quoi, enfin
105 que... je sais pas... là j'ai ma main et... elle est là je la sens bien... et quand... ça donnerait
106 une idée que en fait toute la...je ressens toutes les cellules de la surface de la peau...enfin
107 comment dire ? J'ai l'impression de prendre conscience de tout... jusqu'à la surface de la
108 peau alors que... enfin habituellement c'est pas quelque chose qu'on ressent quoi... c'est
109 comme...oui c'est l'image du ballon qui se remplit mais en même temps ça se remplit pas
110 d'air, ça se remplit de quelque chose de...qui est pas de...

111 **CC** : Est-ce que ça se remplit de ta présence à toi non ?

112 **C1** : Oui, oui et en même temps je sais pas bien non plus ce que ça veut dire présence à moi...
113 enfin... oui... de la présence... l'impression d'avoir toutes les cellules qui sont là qui se
114 matérialisent... dont je prends conscience... je suis perdue

115 **CC** : C'est pas...c'est pas un problème. Alors peut-être c'est en lien ou peut-être pas. Un
116 moment tu as dit que tu n'avais pas de ressenti dans le dos, ça veut dire quoi ? Quelque part,
117 c'est un peu inverse cette phrase là, parce que quand je dis que je n'ai pas de ressenti, ça veut
118 dire qu'il y en a un. Alors est-ce que ce qui est difficile c'est cette nuance et cette
119 comparaison un peu avant, avant le traitement, avant que la zone soit remplie et après ? Est-ce
120 que c'est ce passage là qui est difficile où est-ce que c'est... que c'est difficile de décrire
121 quand il n'y a pas de ressenti et de décrire quand il y en a ?

122 **C1** : Oui... c'est, c'est...en fait c'est pas par contraste quoi, c'est par opposition. Je ressentais
123 rien dans ma colonne mais en fait dans le dos, c'est surtout que je ressentais nettement par
124 ailleurs... je ressentais nettement une présence des mes cuisses, dans mes jambes, dans mes
125 pieds, dans mon ventre. Et du coups par contraste, oui...

126 **CC** : D'accord, donc là...Excuse moi... De nouveau tu réemploies le mot « présence » alors
127 peut-être c'est plus simple si tu me dis ce que c'est pour toi qu'une présence ? Est-ce que, je
128 sais parce qu'on en a déjà discuté que tu as une perception du mouvement interne. Est-ce que
129 tu fais un lien entre la présence, le remplissage, le vide et la conscience parce que tu as
130 associé ça aussi à un moment et... est-ce que tu fais des liens entre tous ces paramètres là ?
131 Ou est-ce que c'est un petit peu flou ? Un petit peu de tout, la même chose pour toi ? Est-ce
132 que tous ces mots ça veut un petit peu dire la même chose ou est-ce que tu arrives bien à
133 discerner quand c'est une présence à toi...quand c'est une conscience nouvelle qui arrive...
134 quand c'est le mouvement qui... tu sens qui rentres dans une zone où il était jamais allé ?

135 **C1** : Je vais faire une réponse de normand, c'est un petit tout à la fois. Parfois c'est assez

136 vague et en même temps, il y a vraiment des moments où je sens le mouvement clairement
137 avec une sensation par exemple de... d'un mouvement qui va du haut vers le bas. Ca, par
138 moment je le sens nettement et en même temps quand tout à l'heure je disais je sens une
139 présence dans mes cuisses, dans mon ventre... c'est un peu l'idée même si je sens pas le
140 mouvement... un mouvement haut-bas ou un mouvement, mais je me dis, enfin je pense que
141 c'est... il est là et... il serait très vite là... il a pas besoin de beaucoup... de grand chose pour
142 être sollicité... que je sente le mouvement.

143 **CC** : D'accord, donc là ce que j'ai l'impression de comprendre dans ce que tu dis mais tu vas
144 me confirmer, c'est que pour toi la sensation de mouvement interne c'est un mouvement qui
145 par exemple fait haut-bas, mais est-ce que quand tu sens une zone qui est, on peut dire, on
146 peut employer le terme animée, est-ce pour toi ça c'est le mouvement interne ou pas ?

147 **C1** : Ca comment dire... ça se matérialise pas forcément par un... par un mouvement haut-
148 bas...enfin, il y a des fois où je sens juste que c'est là... mais c'est pas clairement un
149 mouvement linéaire comme ça... C'est animé mais sans que...enfin comment dire...c'est
150 animé sans que forcément ça bouge... C'est ce que tu voulais entendre ?

151 **CC** : Mais non c'est pas ce que je voulais entendre mais animé quelque part quand tu dis
152 animé c'est que ça bouge. Après c'est...c'est pour ça que je me permets d'insister un petit peu
153 c'est que j'ai un peu l'impression que... mais je peux me tromper... même quand tu dis
154 présence ou quand tu dis conscience que c'est une forme d'animation à laquelle toi tu es
155 présente ou qui est présente à toi après ça peut être l'un ou l'autre... et que du moment que
156 c'est une animation et qu'il n'y a pas d'orientation définie tu mets pas le mot mouvement.

157 **C1** : Oui peut-être...

158 **CC** : J'ai l'impression que c'est un petit peu ça... Or en fait... après c'est la représentation
159 qu'on a du mot mouvement

160 **C1** : Oui voilà le...oui... donc moi c'est vrai que assez rapidement le mouvement, ça va être
161 des choses très... oui le mouvement de base, linéaire et d'ailleurs plus facilement le
162 mouvement haut-bas que droite-gauche. C'est pas quelque chose qui me vient facilement
163 droite-gauche. Avant-arrière un peu plus mais oui quand je pense à mouvement c'est plus
164 facilement un mouvement haut-bas. C'est animé et ... le mouvement est là même si ça ne
165 bouge pas... et si je mets une main je fais facilement partir dans du haut-bas, dans le
166 mouvement qui bouge.

167 **CC** : Ah... c'est plus clair quand même... bon, on va continuer parce que là, j'ai t'ai un petit
168 peu, je t'ai un petit peu... pas harcelée...mais...

169 **C1** : Non, non...mais

170 **CC** : On a fouillé un peu ça... alors on va revenir... on a pas quitté l'expérience mais on va
171 revenir un petit peu de manière différente. Est-ce que tu peux me parler un petit peu de... de
172 ce toucher là...cette forme de toucher là. Qu'est ce que tu pourrais en dire ? Peut-être par
173 rapport à une autre forme de toucher ? Ou...voilà...je sais pas si je suis très claire dans ma
174 question ? En même temps tu as bien répondu aussi...donc c'est un peu plus...

175 **C1** : Même si... enfin le toucher c'est quelque chose qui...c'est pareil c'est quelque chose
176 de...pas naturel mais c'est un peu le mot qui me vient mais c'est... je sais pas par rapport ...
177 quand tu dis par rapport à d'autres touchers... le toucher en kinésithérapie classique...tu as
178 l'impression que c'est une intrusion quoi...et puis qu'il y a...alors que là c'est quelque qui ...
179 qui est simple, qui... qui est juste qui... ça se trompe pas...et qui...oui...qui anime toutes
180 les... qui nous amène à nous quoi... Enfin... tout de suite on ressent des choses...enfin...je
181 sais pas si c'est parce que j'ai l'habitude, je me rappelle plus comment c'était tout au début
182 mais...enfin là... pour... du coup sur cette séance là, dès le début je sens...j'ai vraiment un
183 ressenti très important à l'intérieur de mon corps...et c'était pas simplement des trucs
184 mécaniques je monte l'épaule, je baisse l'épaule, c'était plus... vraiment plus global...

185 **CC** : Donc est-ce que tu dirais que tu t'es senti...tu as parlé beaucoup de présence mais est-ce
186 que tu as eu l'impression que ça sollicitait une part active chez toi ce toucher ?

187 **C1** : Oui... tu peux pas être...enfin...je sais pas si c'est juste porté...enfin forcément
188 ça...forcément on est présent à ce qui se passe...enfin c'est...c'est...

189 **CC** : tu veux dire que cette forme de toucher... tu me dis si je me trompe... cette forme de
190 toucher oblige quelque part à ce que toi tu sois active dans le...et tu pourrais dire un petit peu
191 pourquoi ? Par exemple est-ce que tu pourrais t'endormir, ou est-ce que ?

192 **C1** : Je ne pourrai pas m'endormir, je ne pourrais pas...je peux difficilement penser à autre
193 chose. Ca devait arriver un quart de seconde et ça revient très vite quoi...enfin c'est...on peut
194 pas se laisser...non...c'est...forcément on suit ce qui se passe, on ressent, on est vraiment à
195 l'écoute de ce qui se passe, on peut...enfin moi je peux pas m'endormir. Être très détendu
196 mais pas...pas m'endormir, non

197 **CC** : Et tu penses que c'est ce toucher, c'est le toucher qui fait que tu ne peux pas
198 t'endormir ? Ou c'est-ce parce que tu n'as pas sommeil ? Ou...

199 **C1** : Ah non, non, j'ai vraiment l'impression que c'est le toucher...ça fait, ça met en travail le
200 corps mais ça met en travail aussi l'esprit quoi... c'est...oui c'est pas autant...on peut se faire
201 bouger...je sais pas...chez le kiné traditionnel on fait une rééducation d'une entorse, on va
202 faire de la muscu, on peut bouger le genou, la cheville, le fémur tout en pensant à sa liste de
203 course qu'on peut faire, tiens « faut que je prenne mes enfants, etc... », là c'est pas possible

204 quoi, tu peux pas penser à autre chose, et tu es...tu penses à... « tiens ça se détend », à « là je
205 sens que c'est tendu », « ah, tiens là, il y a un mouvement qui se dessine...qui s'amplifie »...

206 **CC** : C'est des pensées que tu as pendant le traitement ça ?

207 **C1** : Oui

208 **CC** : D'accord

209 **C1** : Pendant le déroulement... je te disais tout à l'heure par exemple le travail sur le
210 crâne...l'impression que ça s'étend, que ça s'expande et puis après...ça se rétrécit, ça se
211 rétracte... et puis enfin voilà...et on suit par la pensée...j'ai l'impression de me parler à
212 chaque... je me parle et je me dis ce qui est en train de se passer...en gym sensorielle c'est un
213 peu ça...des fois tu dis et ça me fait écho quoi... et je me le répète...c'est les seules pensées
214 que je puisse avoir...

215 **CC** : D'accord...

216 **C1** : Des fois quand on est bien fatigué en gym sensorielle...on n'a pas de pensées

217 **CC** : Oui mais là on parle du toucher

218 **C1** : Oui mais avec le toucher on...

219 **CC** : D'accord...alors une autre petite question : comment est-ce que tu qualifierais la nature
220 et la qualité de la relation thérapeutique qui s'installe pendant le traitement ?

221 **C1** : Quelle est la qualité de la relation thérapeutique ?

222 **CC** : Là c'est plus que le toucher, c'est vraiment ce qui s'installe comme relation
223 quoi...Brièvement quoi

224 **C1** : Quelle est la qualité de la relation thérapeutique qui s'installe... une relation...une
225 relation déjà de confiance parce qu'il y a aucun stress...non il n'y a aucun stress, on est en
226 confiance, on se laisse guider, on...une détente absolue et donc on se laisse complètement
227 guider...oui on est en relation de confiance...

228 **CC** : D'accord...Quand tu parles de guidage, est-ce que tu sens parfois que c'est un peu
229 intrusif ou ?

230 **C1** : Non...

231 **CC** : D'accord, ça marche...

232 **C1** : Quand tu malaxes le cerveau, j'ai pas l'impression que ça soit...

233 **CC** : Intrusif ?

234 **C1** : Pourtant il y aurait de quoi mais... non, non c'est pas intrusif...

235 **CC** : D'accord...alors.. donc par rapport à...si on prend...on change un petit peu de catégorie
236 de question. Par rapport à la douleur, au niveau du ventre, est-ce que ta douleur elle a changé
237 pendant le traitement ou pas ? Peut-être tu la sentais pas en arrivant non plus...

238 **C1** : En arrivant je la sentais pas tellement... après... tout au début, tu as bien mis une main
239 sur une partie douloureuse... donc ça l'a... ça a relancé un petit peu et...après...et après... la
240 douleur a disparu...elle a disparu dans la sensation de détente en fait.

241 **CC** : D'accord...

242 **C1** : Avec la sensation de détente...

243 **CC** : D'accord, et alors est-ce que tu sentais que cette douleur générait une forme d'inconfort
244 global ou général ou pas ?

245 **C1** : Là, aujourd'hui particulièrement pas vraiment, mais sinon... quand je ressens bien la
246 douleur, oui, c'est un inconfort, ça reste pas...ça reste pas juste sur le ventre...on se sent mal
247 globalement quoi...

248 **CC** : Mais là on va pas...j'entends...mais...on pourra pas voir s'il y a un effet, par exemple
249 direct, sur l'effet du toucher sur l'inconfort général donc on va laisser...

250 **C1** : La douleur, elle était pas suffisamment présente, on va dire pour...

251 **CC** : Alors ensuite, est-ce que tu penses que cette forme d'expérience, de vécu du corps, de
252 conscience, de détente, voilà...est-ce que ça t'apporte quelque chose dans la compréhension
253 que tu as de toi-même, de ton corps, de ta douleur, est-ce que tu as eu ce que nous on
254 appelle... je sais que tu connais, un peu des faits de conscience, des faits de connaissance, des
255 choses qui t'ont amené une compréhension un peu nouvelle ? Par rapport à toi, par rapport à
256 ton corps, par rapport à la douleur, par rapport à...d'une manière générale ?

257 **C1** : Par rapport à moi, oui, par rapport à mon corps, oui, par rapport à la douleur...

258 **CC** : C'était pas adapté particulièrement aujourd'hui en fait ?

259 **C1** : Oui...et même...enfin généralement quand j'ai une douleur quelque part je n'arrive pas
260 forcément à faire un lien avec le reste...enfin...pas retrouver l'origine, c'est pas l'idée mais je
261 n'ai pas... je n'arrive pas à avoir un ressenti global...c'est une douleur là mais ça vient peut-
262 être de quelque chose d'un peu plus général, d'un peu plus vaste... ça je l'ai pas... par
263 contre...par contre oui... il y a une meilleure conscience de son corps, ça s'est... ça c'est
264 évident...

265 **CC** : Et est-ce que tu ferais un lien entre une meilleure conscience et une meilleure
266 compréhension ? Tu vois un petit peu la nuance ou pas ?

267 **C1** : ...Compréhension...

268 **CC** : Est-ce que tu te comprends mieux si je résume...très...très succinctement ?

269 **C1** : Je n'arrive pas...non je ne me comprends pas mieux...

270 **CC** : D'accord, allez on va bientôt...on arrive à la fin...alors dans ce que tu viens de vivre là,
271 la séance qu'on vient de faire et puis les autres aussi, est-ce que tu pourrais décrire un tout

272 petit peu quels sont les éléments ou qu'est ce qui te motive à continuer à faire des séances de
273 thérapie...en plus par rapport à toi, étant donné que tu fais aussi de la gymnastique
274 sensorielle, que tu viens aussi au stage, qu'est ce qui fait...que tu as encore une
275 motivation...qu'est ce qui fait que tu continues à avoir entre guillemets, on va dire besoin, de
276 ce toucher là ?

277 **C1** : Moi ça me convient très bien, disons, parce que...parce que le toucher thérapeutique
278 quand même, il amplifie énormément ce que moi je peux ressentir par moi-même toute seule.
279 Donc...je...comment dire...oui je sais que j'ai découvert plein de choses et qui sont
280 justement très agréables et qui amènent un bien être au quotidien et voilà...enfin... une
281 conscience en soi et une conscience de soi... et c'est vrai qu'après, c'est un gros coup de
282 booster le toucher thérapeutique, ça... ça amplifie quand même les sensations et puis... et
283 puis il y a des moments où quand la douleur est là... je sais que j'arrive pas...j'arrive pas
284 vraiment à travailler toute seule dessus... voilà... un petit coup de fatigue, un coup de moins
285 bien, oui j'arriverai à me détendre en faisant quelques exercices, et voilà...après une grosse
286 douleur...j'arrive pas à les régler toute seule...et puis même, sans parler après des douleurs, il
287 faut entretenir, il faut...parce qu'on a vite fait de retomber...dans les anciens schémas... la
288 vie étant ce qu'elle est...on a vite fait d'oublier, d'oublier tout ce qu'on apprend en fascia,
289 quoi... par le mouvement...voilà...

290 **CC** : D'accord...bon...est-ce que tu as quelque chose à rajouter ?

291 **C1** : Je ne crois pas...comme ça spontanément non

292 **CC** : D'accord...alors je te remercie beaucoup

293 **C1** : De rien...

294 **CC** : D'avoir...est-ce que tu as l'impression d'avoir appris quelque chose dans cet entretien ?

295 **C1** : C'est le côté... c'est la mise en mot du remplissage, de l'animation et... le mouvement
296 c'est pas forcément que quand ça bouge... on peut parler d'animation même si ça bouge
297 pas...même si on a pas l'impression que ça bouge mais c'est quand même du mouvement et
298 ça c'est aussi quand même un truc qui est difficile à...comment dire...à comprendre et à
299 intérioriser... je crois qu'il faudra encore un petit peu que je me le rappelle quelquefois pour
300 que ça soit bien clair.

301 **CC** : Peut-être il faut le vivre un peu plus tout simplement...ça passe souvent par l'expérience
302 vécue... Super...bon merci

303 **C1** : De rien

1 **Entretien de E1, réalisé le 19 avril 2007**

2

3

4 **CC** : Je vais t'interviewer dans le cadre de ma recherche. Donc, en fait je vais te poser
5 quelques questions sur ton vécu pendant le traitement, d'accord ? Pour débiter simplement
6 est-ce tu peux me dire, un petit peu, ce que tu as ressenti pendant le traitement au niveau de
7 ton corps ?

8 **E1** : Il y avait différentes périodes. Dans un premier temps, il y a eu, il y a eu..., les..., quand
9 j'arrive à me..., quand je suis dedans, vraiment dedans dans ..., dans la concentration de ce
10 que tu fais, je..., il y a un début de..., il y a une grande..., enfin j'ai appelé ça de la saveur, je
11 ne sais pas si c'est la même que..., mais c'est, c'est vraiment bon et quand, quand je suis
12 vraiment dedans, je... ça, ça me donne un sentiment de plus de globalité, de plus de globalité,
13 je ne sais pas si je suis entièrement, mais en tous les cas, et j'ai eu à certains moments du bleu,
14 j'ai eu, j'ai eu beaucoup de bleu et puis à d'autres à d'autres moments furtivement ça
15 apparaissait. En fait, c'est le principal, après, après, oui c'est essentiellement ça

16 **CC** : Donc il y a eu des sensations plutôt agréables, c'est ça ?

17 **E1** : Oui, oui, oui, plutôt agréables, oui

18 **CC** : Qui ont été déclenchées par le traitement ?

19 **E1** : Oui, oui, oui

20 **CC** : D'accord, mais la globalité, pour toi, tu, comment tu la ressentais, comment tu, c'était à
21 des moments précis, c'était... ?

22 **E1** : Alors, il y a, il y a, tu vois..., tu mets une main, et..., donc je sens qu'il se passe quelque
23 chose, qui est savoureux, qui est bon, et ça fait que..., c'est pas que là quoi, tu vois,
24 ça...c'est..., c'est ça qui est étrange, c'est que, ça prend, ça fait exister de plus en plus grand,
25 voilà... c'est ça que je dis, je...

26 **CC** : D'accord...

27 **E1** : Et il y a eu un moment aussi où tu étais avec la tête, et tu as étiré, et j'ai senti que ça
28 allait beaucoup plus loin que la réalité. J'avais vraiment cette sensation d'élasticité, et ça c'est
29 extrêmement bon aussi.

30 **CC** : D'accord, donc en fait, tu veux dire que le fait de faire un point d'appui avec la main,
31 c'est ça qui déclenche ?

32 **E1** : C'était pas systématique, ça doit dépendre aussi, moi de, de, mon état de concentration et
33 de présence je pense. Quand j'étais dans la présence... ? Je ne sais pas..., ce n'était que des

34 points d'appui que tu as fait, non ?

35 **CC** : J'ai fait, oui des points d'appui, tu ressens les points d'appui ?

36 **E1** : Oui, oui, oui, mais je sentais..., à certains moments où ça touchait, quand même,

37 l'espace respiratoire, je, je j'avais du mal là, parce que je ne voulais pas perturber donc

38 j'essayais de respirer à minima mais j'avais envie vraiment de faire des grandes respirations,

39 mais je sentais... Oui ce qui était étrange aussi, à un moment, j'ai senti que tu étais à, je ne

40 sais plus à quel endroit, tu faisais un point d'appui à un endroit et j'ai senti que ça réveillait

41 quelque chose de très agréable, bien à..., à un autre endroit, tu vois, oh oui..., j'ai eu..., j'ai

42 eu même un moment qui était lié à tout ce que je te dis là , qui était presque de l'euphorie,

43 hein..., je me suis dit calme, parce que sinon je me serait mis à rire, c'était vraiment quelque

44 chose qui avait envie de jaillir quelque part ... tu vois...

45 **CC** : Donc, tu as bien senti ces moments où en fait, les points d'appui sur ton corps

46 déclenchaient en toi, tu as dit une saveur, une présence aussi, puisque tu parles à un moment

47 donné que tu es présente. Mais est-ce que tu peux me dire si c'est toi qui te rends présente où

48 est-ce que c'est la main qui déclenche une présence ? Comment tu vois ça ?

49 **E1** : Alors, alors, quand je le disais, quand je le disais, c'était ma présence qui,...

50 **CC** : Ton attention ?

51 **E1** : Mon attention voilà plutôt, mon attention, qui..., enfin mon attention, euh... à ce qui se

52 passait localement mais qui s'étalait très vite à plus grand, tu vois ? C'est pas facile

53 d'expliquer... hein...

54 **CC** : Oui, c'est, c'est, comment dire..., et cette présence, est-ce qu'elle a évolué au fil du

55 traitement, c'est-à-dire que tu as dit à un moment donné que tu avais l'impression de

56 t'enfoncer. Est-ce que pendant le traitement tu as senti que ton attention changeait ? Au début

57 tu fais un effort d'être présent. Est-ce qu'il y a des changements là-dedans, dans la qualité de

58 ta présence, de ton attention ?

59 **E1** : Je ne sais pas si c'est... je, je, je... là je peux pas te répondre. Je..., je sais pas vraiment

60 **CC** : D'accord, c'est à dire que, est-ce que pendant le traitement tu as senti une évolution

61 dans la manière de..., dont tu étais impliquée dans le traitement ?

62 **E1** : ...

63 **CC** : Au début, tu es dans une certaine réceptivité, ou attitude ?

64 **E1** : Oui...

65 **CC** : Et pendant le traitement est ce que tu sens que cet observateur, il change ?

66 **E1** : ... Ce que je sais, c'est que comme j'étais fatiguée, j'ai..., j'ai décroché, pas..., pas

67 souvent, mais j'ai décroché, je parlais..., je revenais vite.... Maintenant... Je pense que oui, il

68 y a, il y a eu une évolution quand même, oui... de... pas de l'attention, c'est...c'est peut-être
69 que l'évolution était dans le sens de... il y avait... c'était moins localisée la sensation que...
70 qu'au départ, voilà... ça faisait exister...

71 **CC** : Donc en fait au début tu étais focalisée, enfin concentrée et c'était plutôt une dilatation ?

72 **E1** : Oui, oui, oui

73 **CC** : De ton attention, c'est ça ?

74 **E1** : Pas de l'attention, de la sensation, tu vois ? Voilà, c'est plus ça...

75 **CC** : Mais la sensation tu y étais présente ?

76 **E1** : Oui, oui, oui, mais la sensation... mon attention qui pouvait être locale se délocalisait et
77 s'élargissait parce que la sensation s'élargissait, voilà...

78 **CC** : D'accord... d'accord

79 **E1** : Elle n'était pas forcément où tu posais la main...

80 **CC** : D'accord, donc tu as perçu en fait que là où je posais ma main, ton attention y était mais
81 que ton attention était attirée par d'autres endroits qui...

82 **E1** : Voilà, qui se réveillait à ce moment là...

83 **CC** : Au moment de la... d'accord.

84 **E1** : Et c'est ce que je disais tout à l'heure, au moment d'un point d'appui, je sentais que
85 ailleurs, c'est comme si ce point d'appui à un endroit, faisait jaillir quelque chose ailleurs. Tu
86 vois...

87 **CC** : Et au niveau de..., donc..., des sensations de ton corps, est-ce que tu as senti des phases
88 de résistance, de tension, est-ce que tu as eu des choses comme ça ?

89 **E1** : Je te dis, les tensions, c'était quand je..., j'avais envie de respirer et que je savais que si
90 je faisais une grande respiration ça allait..., ça allait, un petit aller à l'encontre de ce que tu
91 faisais au bout du point d'appui donc là ça paraissait un peu difficile de ne pas respirer
92 amplement, j'avais..., j'avais vraiment envie de respirer..

93 **CC** : D'accord...

94 **E1** : Donc effectivement, ça pouvait créer une tension

95 **CC** : Et dans d'autres parties du corps ?

96 **E1** : Non je n'ai pas...

97 **CC** : Le traitement a toujours été dans le bien-être ?

98 **E1** : Oui, oui, oui...

99 **CC** : Pas de sensation parfois de difficulté... de ?

100 **E1** : Non, non, je n'ai pas, je n'ai pas, eu conscience de ça en tout cas...

101 **CC** : D'accord..., euh..., au niveau du toucher maintenant, est ce que tu as une... Comment

102 tu as ressenti le toucher ? Comment tu as ressenti le point d'appui ? Comment tu as...

103 **E1** : Je sentais que c'était précis... Notamment quand tu traitais au niveau du crâne, je sentais
104 que... C'était un autre toucher que..., que le point d'appui que tu faisais sur le corps, il y
105 avait quelque chose qui était... je percevais qu'il y avait quelque chose qui était inaccessible à
106 la perception, voilà... j'avais pas accès à ça, tu vois ? C'est une autre perception que le point
107 d'appui sur le corps... où, oui..., où ça *réveillait* des sensations à d'autres endroits

108 **CC** : Donc il y avait des points d'appui qui te..., qui te faisait en gros prendre conscience que
109 tu n'étais pas présente à ce niveau-là, à ce moment là, c'est ça ?

110 **E1** : Oui, oui, probablement, probablement...

111 **CC** : C'était des points d'appui qui...

112 **E1** : Pas que je n'étais pas présente mais que je n'avais pas la conscience. Enfin que... Que la
113 conscience, que... Que la conscience de ce qui se passait ça m'était inaccessible encore, tu
114 vois...

115 **CC** : Et au niveau... est-ce que tu as ressenti le point d'appui, les mouvements... le toucher
116 comme quelque chose d'aidant, de..., comment tu as trouvé ça toi ? Comment tu as ressenti
117 ça toi ?

118 **E1** : Il y a avait... Je... J'étais en réceptivité... Il y avait une grande confiance parce que...,
119 voilà, je me disais que tu savais... donc... Il y avait quand même une certaine, oui...
120 réceptivité ...

121 **CC** : Tu as senti que le point d'appui était toujours de la même intensité ?

122 **E1** : Oui je crois, oui... enfin non, il y a eu des moments où tu..., où c'était un peu plus, ça
123 allait un peu plus profond... D'ailleurs, je...il y a certains moments, où je faisais plus la
124 différence, je sentais pas que tu étais à la surface, j'avais vraiment..., c'est comme si c'était à
125 l'intérieur, tu vois ? J'avais cette impression que ça appuyait à l'intérieur comme s'il n'y avait
126 plus les limites du corps, quoi, ça je le sentais

127 **CC** : Et tu sentais comme quoi par rapport à ton..., comment tu ressentais ces différences...
128 ce changement ?

129 **E1** : Je, je...

130 **CC** : C'était juste constater... où tu te disais « tiens », tu étais touchée différemment ?

131 **E1** : Oui probablement.

132 **CC** : Concernée différemment ?

133 **E1** : Ça touchait plus dans la profondeur, c'était plus profond... tu vois... Je... Je me rendais
134 compte qu'il y avait quelque chose dans la profondeur

135 **CC** : Et quand tu dis dans la profondeur pour toi, c'est... comment tu expliques, comment tu

136 pourrais expliquer ça toi la profondeur ?
137 **E1** : Alors la profondeur...
138 **CC** : Comment tu le ressentais ?
139 **E1** : Ah... C'est pas évident à décrire... c'est quelque chose... qui n'est pas à la surface,
140 voilà... comparativement à la surface, la profondeur c'est à l'intérieur quoi, voilà...
141 **CC** : D'accord
142 **E1** : Ca je le sentais
143 **CC** : Et à l'intérieur de toi ?
144 **E1** : Oui...
145 **CC** : Donc c'était une profondeur de sensation ? C'était physique, une profondeur physique ?
146 **E1** : Oui, oui, oui
147 **CC** : Et au niveau du... des.. de ce que tu as ressenti, au niveau du corps, est-ce que tu as
148 ressenti ce qui se passait dans toi, dans ta conscience ? Qu'est ce que tu as ressenti pendant ce
149 qui se passait avec ces différents points d'appui, ces différents changements de... Est-ce qu'il
150 y avait des changements ou des choses que tu te... ?
151 **E1** : Il y avait... il y avait à un moment donné, j'ai senti quand ça s'étalait, quand il y avait...
152 Tu étais à la tête et tu faisais un point d'appui un peu plus bas, et j'ai senti que ça ouvrait... ça
153 ouvrait et il y avait l'espace du cœur qui s'ouvrait à ce moment là tu vois... c'était très bon et
154 ça s'ouvrait... ça libérait quelque chose tu vois... Mais c'est vrai que c'était pas toujours là
155 ça... en fonction de... En fait ça a été... plein de moments différents... avec pas la même
156 consistance, voilà
157 **CC** : Et tous ces moments différents, pour toi, c'était aussi des moments où tu te percevais
158 différemment ou...?
159 **E1** : La situation était différente, mais est-ce que je me percevais différemment...
160 **CC** : Tu pouvais te percevoir plus proche, plus distante, plus touchée, moins touchée, plus
161 concernée, est-ce que tu as repéré une gamme de variations ?
162 **E1** : C'est possible oui, c'est possible... De toute façon j'étais touchée... il y avait, il y
163 avait... je me rends compte que effectivement, il y a des moments où j'étais plus touchée, des
164 moments où j'étais plus, je prenais un petit peu plus la place de spectatrice tout en sentant
165 quand même, j'étais quand même dans le ressenti mais un peu plus avec ça, tu vois, puis
166 après je revenais à, j'étais... je me laissais être touchée voilà, il y avait ces allers et retours tu
167 vois
168 **CC** : D'accord, des fois tu étais plus distante, des fois plus impliquée ?
169 **E1** : Oui, oui

170 **CC** : Et ça... ça dépendait de... de la qualité de mon... du toucher ou tu sentais que c'était
171 des zones ?

172 **E1** : Je sais pas, ça dépendait de mon attention sans doute...

173 **CC** : Et au niveau des pensées, tu as eu des pensées ?

174 **E1** : C'était assez, ça venait et ça repartait, parce que c'est vrai qu'il y avait du bruit à côté
175 donc ça faisait un peu partir. Plus quelques préoccupations du moment qui m'ont donné... Je
176 suis pas restée dedans, j'étais vraiment présente le plus souvent... Il y a eu... c'était des allers
177 et retours assez rapides

178 **CC** : Et au niveau des parties de ton corps qui ont été touchées. Est-ce que tu as eu des
179 surprises ?

180 **E1** : Je sais pas si ça peut, si on peut appeler ça des surprises... Ce que je sens là par contre,
181 c'est que tu vois dans toute cette zone là, je suis plus présente quoi... il y a...

182 **CC** : Et là après le traitement tu te sens plus présente, et quand... et ça veut dire quoi être plus
183 présente pour toi ?

184 **E1** : Comme avec un sentiment d'existence aussi, plus grand

185 **CC** : Que tu ressens comment, que tu... tu ressens ça comment au niveau de... si tu pouvais
186 le décrire ?

187 **E1** : Je sais pas comment on peut appeler ça comme ça, je sais pas si c'est... je dirai de la
188 présence à moi, tu vois en te parlant je suis dans la présence à moi, voilà...

189 **CC** : D'accord, et ça c'est quelque chose que... ?

190 **E1** : Oui je le connais, je connais... c'est vrai que c'est une journée où je n'ai pas été dans la
191 présence à moi beaucoup. Aujourd'hui, je... c'est bien que je venais, je savais que je venais,
192 c'est peut-être pour ça que j'ai pas fait de temps de pause... C'est connu, c'est devenu de plus
193 en plus nécessaire de toute façon...

194 **CC** : Pour toi ? Ce travail sur la présence à soi ?

195 **E1** : Oui

196 **CC** : C'est quelque chose qui te.. c'est quelque chose que comment dire ? Que tu traduirais
197 comment pour toi dans ta... dans ce que tu te donnes comme objectif si tu veux ? C'est
198 quelque chose qui de vient une nécessité, c'est quelque chose qui... ?

199 **E1** : Oh, oui quand tu as commencé avec ça, et que... tu...

200 (Interruption : une personne qui entre dans la salle)

201 **CC** : C'est quelque chose que tu... qui est plus près ... comment dire ? quelque chose qui
202 apparaît plus fort pour toi après le traitement ? C'est-à-dire que le traitement, pour toi, il
203 participe à te rendre plus présent à toi-même ?

204 **E1** : Il va au-delà de ça parce que toute seule je peux y être dans la présence à moi... ça je sais
205 faire aujourd'hui. Maintenant, maintenant,... je pense que, bon je parlais de la... je sais pas si
206 c'est la même profondeur mais... je parlais de la profondeur tout à l'heure, c'est vrai que ça
207 met plus dans la profondeur plus... Disons la globalité, je suis pas certaine parce que je peux
208 m'y mettre aussi mais bon... c'est pareil, je peux faire un accordage dans la journée et je
209 peux... tu vois je peux toucher la globalité à ce moment là

210 **CC** : Là c'est le fait d'être, d'avoir l'intervention d'un praticien sur toi ?

211 **E1** : Oui, oui, oui

212 **CC** : Tu sens que c'est différent ?

213 **E1** : Oui, oui, oui... je pense qu'il y a autre chose là

214 **CC** : Et c'est autre chose tu peux me le préciser ? Par rapport à faire seul ? Est-ce que tu
215 ressens... justement quand c'est plus profond, est-ce que c'est parce qu'on va chercher des
216 choses que toute seule tu ne peux pas aller chercher ? Ou c'est le fait d'être touchée ?

217 **E1** : Oui c'est comme si il y avait... je ne sais pas si c'est le bon terme, d'autant plus que tu
218 fais des points d'appui mais... j'ai envie... j'ai envie de dire c'est comme s'il y avait un
219 appui... tu vois...

220 **CC** : Un appui pour... qui te...

221 **E1** : Qui vient faire exister ça...

222 **CC** : Qui vient faire exister cette présence ?

223 **E1** : Cette présence là oui

224 **CC** : Ou qui la... comment dire... qui la fait exister pour toi ? dans ta conscience ?

225 **E1** : Qui l'aide, qui l'aide, qui est aidant parce que... mais c'est pas la même sensation
226 effectivement quand tu t'y mets toute seule que... C'est pas la même chose...

227 **CC** : C'est intéressant ce que tu dis, c'est intéressant au niveau de... comment justement le
228 toucher manuel trouve sa place dans une relation d'aide... sa particularité, par rapport à... je
229 veux dire au travail seul ou corporel ou mental... pour toi le toucher a une importance
230 capitale ?

231 **E1** : C'est différent, c'est différent... et je pense que

232 **CC** : Est-ce que tu veux dire qu'avec le toucher manuel, tu vas toucher... comme tu l'as dit
233 une profondeur en toi que seule tu pressens mais que tu n'arrives pas forcément à rejoindre ?

234 **E1** : Oui, à certains moments oui, là la profondeur dont je parlais tout à l'heure, ça je peux pas
235 l'avoir, je l'ai pas forcément toute seule, tu vois...

236 **CC** : Et cette profondeur c'est, c'est, c'est une présence à toi, toujours pour toi, la profondeur
237 c'est... ?

238 **E1** : Et encore que, je dis que je peux pas l'avoir, je suis pas certaine, je suis pas certaine
239 quand je me mets en intériorisation...

240 **CC** : Non, mais c'est intéressant dans notre... Comment tu... Si tu fais le lien entre une
241 certaine profondeur et une proximité avec quelque chose de toi qui est une présence à toi ?
242 Est-ce que pour toi, la présence à toi c'est, c'est quelque chose qui n'est pas superficielle mais
243 qui est une profondeur ?

244 **E1** : Oui la présence, la présence à moi, elle est dans la profondeur... maintenant ce que je
245 nommais tout à l'heure, c'était une profondeur, c'était... C'est pas évident à décrire... Il n'y
246 avait pas d'intérieur et d'extérieur, tu vois, c'est ça que je disais

247 **CC** : D'accord, d'accord

248 **E1** : C'est ça que je percevais, je sais pas si c'est le mot, si le mot est approprié finalement.
249 Profondeur c'est peut-être pas ça mais en tout les cas... Tu vois ta main, ta main ne s'arrêtait
250 pas à la limite de ma peau, c'était, c'était, elle était bien à l'extérieur... C'était aussi bien à
251 l'extérieur qu'à l'intérieur... Enfin ça me faisait percevoir... enfin je ne sentais pas ta main, je
252 sentais ce que ça réveillait, ce que ça faisait exister, c'est ça...

253 **CC** : Et ce type de toucher faisait exister une présence à soi ? En tout cas la révélait, ou la
254 rendait plus, plus consciente pour quelqu'un comme toi qui la connaît mais ça la précisait, ça
255 la... ?

256 **E1** : Elle était différente parce que, parce que... tu vois, quand... la présence à moi, elle...
257 elle... à un moment donné elle, elle peut être décidée et expérimentée et elle me ... enfin elle
258 me surprend pas, si elle s'impose à moi... Là, tu venais par ton intervention extérieure...
259 donner autre chose quoi, tu vois.... ça faisait exister autre chose... Forcément il y a une
260 coloration différente parce qu'il y a ton intervention... voilà, c'est ça que je perçois

261 **CC** : Et c'était quelque chose de nouveau pour toi, des sensations, ça correspondait à mettre
262 en évidence dans ta présence à toi des sensations nouvelles ?

263 **E1** : C'était ce qui se passait dans le moment, la sensation qui se passait dans le moment et là
264 où tu... où tu posais la main parce que je n'étais pas forcément dans la globalité ni... oui,
265 c'était dans l'instant présent

266 **CC** : Ça la faisait évoluer... ce qui m'aurait intéressé c'est de... c'est comment cette... c'est
267 comment cette présence à toi, tu la sentais se construire et évoluer... ?

268 **E1** : Ça je n'ai pas perçu... je n'ai pas

269 **CC** : Parce que tu dis qu'elle était différente donc je me dis que si tu dis qu'elle était
270 différente c'est que tu as probablement senti des nuances et donc quand tu dis non c'était pas
271 tout à fait comme d'habitude, c'était plus comme ci, c'était plus comme ca, plus... tu

272 comprends ce que je veux dire ?

273 **E1** : Oui, oui, oui, pendant le temps de la séance tu veux dire ?

274 **CC** : Oui, c'est à dire que pendant le temps de la séance, tu dis « tiens », avec le retour là tu

275 dis tiens, si j'avais à préciser en quoi cette présence à soi pendant le traitement, pendant le

276 toucher était différente, ce serai en ces termes là : elle est plus, je sais pas, elle est plus

277 intense, je sais pas trop, elle est plus claire ou plus globale ?

278 **E1** : Si, ce que je peux dire quand même, c'est qu'au départ c'était plus extérieur avec ce que

279 j'ai appelé de la saveur... qui était intérieure quand même... mais j'ai quand même cette

280 sensation que, que... pendant le déroulement de la séance, il a pu y avoir... ça a pu aller plus,

281 plus profond... il me semble...

282 **CC** : Et plus profond, c'est ? Quand tu fais le geste vers...

283 **E1** : C'est plus à l'intérieur, voilà, encore plus, encore plus intériorisé, même si c'était déjà

284 intérieur au départ, je pense que ça allait plus profond, tu vois...

285 **CC** : Plus incarné ?

286 **E1** : Peut-être oui... ça peut-être, oui, ce terme là qui, qui est le plus approprié

287 **CC** : D'accord, et ça te rendait... plus... ta présence à toi, ça te la rendait comment plus... par

288 rapport à la saveur, plus savoureuse, plus présente tu vois, comment tu... ce mouvement

289 d'intériorisation de cette présence ça lui donnait quoi comme texture... par rapport à celle qui

290 était comme tu disais à celle un petit peu extérieure au début ?

291 **E1** : Oui, ça donne plus d'existence, d'incarnation, quoi, c'est ça oui...

292 **CC** : D'accord, c'est ça le plus, le mot le plus fort ?

293 **E1** : Oui je pense que c'est plus... c'est ça qui définit en tout cas, oui

294 **CC** : D'accord, ça marche, non c'est bon, au niveau des sensations physiques... tu as du bleu,

295 tu as eu de la globalité...

296 **E1** : De la saveur...

297 **CC** : Pas de zone plus dense, plus fixe, plus... Est-ce que tu as fait des liens par exemple

298 entre, comme tu l'as dit, des zones du corps et certaines... certaines... et l'évolution de la

299 présence à toi ?

300 **E1** : Des liens entre la... ?

301 **CC** : Des zones du corps, par exemple des zones où tu étais traitée et des zones où tu... qui

302 étaient plus présentes à toi et dans lesquelles tu te sentais plus ou moins présentes, est-ce que

303 tu as fait des liens entre ça... parce que je suis allée traité plusieurs endroits. Est-ce que pour

304 toi, c'était... il y en avait certaines qui étaient... ?

305 **E1** : Déjà là ?

306 **CC** : Oui, où d'autres qui étaient, qui n'étaient pas présentes ? Tu me l'as dit au niveau du
307 crâne, tu avais l'impression que la tête...

308 **E1** : Ce qui est étrange parce qu'en général, c'est ce que je sens le plus à l'intérieur de la tête,
309 tu vois, et là, c'est ça qui me fait dire... c'est ça qui me fait dire que... il y avait comme un
310 morceau de conscience en moins quoi, tu vois ? Parce que je sens bien, je sens bien le
311 mouvement en général, plus facilement dans la tête que dans le corps, tu vois ? Et là je, je...
312 je crois que tu n'étais pas au même niveau et je pouvais pas le percevoir ce niveau là, c'est ça
313 qu'il me semble

314 **CC** : Et ça a évolué ça ?

315 **E1** : Dans la séance ? Non, non...

316 **CC** : C'est toujours resté... ?

317 **E1** : Oui, oui...

318 **CC** : D'accord

319 **E1** : Maintenant... je percevais plus dans le corps, à la limite, je sais pas, quand tu mettais les
320 mains sur le ventre

321 **CC** : D'accord, et donc pas de zones où tu as eu des sensations de tension, de... tu n'avais pas
322 de tension ?

323 **E1** : Non, sauf... cette envie de respirer là qui fait que je bloquais, je bloquais un peu...

324 **CC** : C'est surprenant, parce que des fois j'appuyais assez fort... et tu ressentais pas ça... ?

325 **E1** : Comme une, comme une tension ?...

326 **CC** : La pression manuelle, tu la ressentais... pourtant j'appuyais par moment ?

327 **E1** : C'était pas gênant, non, non c'était pas gênant, c'était...non, non...

328 **CC** : Je n'appuyais pas trop fort ?

329 **E1** : Non, non, c'était...non, c'était... tonifiant j'ai envie de dire... mais c'est vrai que j'avais,
330 je ne sais pas si c'est une bonne chose, finalement j'aurai peut-être... si j'avais, si j'avais
331 respiré normalement qu'est-ce qui serait passé ? Est-ce que ça aurait gêné ta perception non ?

332 **CC** : Non, non, parce que, sous mes mains, il y avait des zones qui étaient plus, plus denses,
333 plus serrées, plus... alors je me suis dit que tu avais peut-être perçu ces changements de
334 texture...

335 **E1** : Non, non, ça je perçois pas encore... j'ai encore un bout de chemin

336 **CC** : Ok

1 **Entretien de P1, réalisé le 21 avril 2007**

2

3

4 **CC** : Peux-tu déjà essayer de me dire ce que tu as ressenti pendant la séance au niveau de ton
5 corps, au niveau du vécu, comment ça s'est passé pour toi ?

6

7 **P1** : Alors ça démarre toujours de la même façon à savoir que la zone douloureuse est comme
8 titillée et appelée quelque soit... que tu travailles sur l'épaule, sur le crâne ou sur le ventre ça
9 revient systématiquement mettre comme en éveil, mettre en alerte, cette zone qui est le
10 diaphragme, qui est côte. Là, la grande chose qui apparaît en ce moment, c'est qu'il n'y a pas
11 que des manœuvres d'éveil, ça peut être apaisé. Et c'est, quand je te disais que le crânien était
12 essentiel pour moi, l'impression que plus on est que ce soit en crânien ou en très distal par
13 exemple, je sais plus tu as fait travailler à partir des mollets ou des pieds, c'était incroyable
14 comme il y avait une sensation de solution qui apparaissait et solution voulant dire que ça
15 arrête de me faire mal avant tout. Et puis, surtout, ça arrête d'être la zone qui en interpellant
16 cache le reste. C'est aussi une zone qui est trop qui est comme trop exacerbée quelque chose
17 comme ça. Donc l'idée, c'est de sortir de ça de cette exacerbation là. Et ça ça commence à
18 arriver en sensation et en sentiment puisque le point n'est pas uniquement un point
19 douloureux mais c'est quand même autre chose qu'un point douloureux

20 **CC** : Tu sens des changements ?

21 **P1** : Pour moi, il y a énormément de choses qui se mettent...

22 **CC** : Au niveau de... ces changements, c'est, comment dire, comment tu sens, est-ce que tu
23 sens par exemple une résistance, est-ce que tu sens une tension pendant que tu es traitée ?

24 **P1** : Euh, je sens une zone de friction, qui, qui, une zone de friction c'est comme si les choses
25 à cet endroit là précisément était une zone qui ne laisse pas, c'est une entrave à une
26 circulation, voilà quelque chose comme ça

27 **CC** : D'accord

28 **P1** : C'est, c'est piquant, brûlant et irritant, voilà quand, quand le mouvement, le mouvement
29 tente de faire d'obtenir une circulation qui ressemblerait à ça, comme deux choses qui sont
30 capables de se confronter de se..., de se ..., de se mettre en circulation

31 **CC** : Et pendant le traitement, il y a différentes phases ? Tu sens des différences des comment
32 des phases comment dirai je des phases de point d'appui, des phases de comment tu sens ça
33 de l'intérieur ?

34 **P1** : Il y a des phases de mouvement, où justement le mouvement essaie de réapparaître et
35 c'est quand et c'est quand cette ce mouvement ces deux mouvements contraires qui tout d'un
36 coup ne peuvent pas se faire, donc ça c'est irritant et brûlant et puis tout d'un coup, il y a dans
37 les sensations de points d'appui qui lâchent, c'est que ça sort de cette simple sensation
38 pointue et ça devient une circulation d'hémicorps, de corps entier et j'ai eu un surtout avec le
39 travail crânien il y a très souvent des sensations des sensations de solution qui apparaissent
40 quand, euh, oui c'est ça quand la quand je suis plus interpellé par ça et que le mouvement il
41 est à ce moment là envahissant on va dire en amplitude à ce moment là, c'est, les jambes aussi
42 sont concernées, les épaules aussi sont concernées, c'est une circulation d'hémicorps, de
43 corps entier, de, le pointu disparaît, l'irascible disparaît

44 **CC** : Tu veux dire que dès que tu as une sensation de globalité la douleur est moins forte ?

45 **P1** : C'est ça, c'est la globalité

46 **CC** : C'est une globalité de quoi ? de conscience ? c'est quoi ? c'est, c'est ton attention est
47 ailleurs, est diffusée ou, ou c'est un relâchement ? c'est quoi ?

48 **P1** : C'est une attention qui est permise à nouveau ailleurs, plus qu'un relâchement, c'est ça,
49 c'est comme une attention qui est à nouveau possible ailleurs

50 **CC** : Et quand tu dis que tu perçois des solutions ça se traduit comment ?

51 **P1** : Euh, eh bien de part cette attention possible à nouveau ailleurs, c'est en soi une solution.
52 Au niveau physique de sortir de ça de son point douloureux au niveau mental apaisement de
53 d'entrevoir à nouveau euh

54 **CC** : Et cette zone de tension que tu sens dans le ventre, tu la ressens comment à l'intérieur de
55 toi ? C'est simplement une douleur ou tu sens autre chose dedans ?

56 **P1** : Pendant le traitement, c'est... c'est un... c'est comme une... comment dire ça, c'est
57 comme une sensation de, c'est un peu inflammatoire comme douleur, c'est, c'est une
58 sensation de tissu accroché, tirillé, quelque chose comme ça, tissu tirillé, et c'est très
59 estomac, c'est très lié à l'estomac.

60 **CC** : Et cette tension, elle est seulement physique ?

61 **P1** : Euh, le pointu de cette tension là il est physique, c'est une sensation vraiment de tissu...

62 **CC** : C'est quelque chose qui est court ? C'est quoi, quelque chose qui n'est pas ouvert ?
63 Comment tu définirais ça ? Si tu avais à définir cette....

64 **P1** : L'image que j'y mettrai par exemple, si tu veux, c'est une sensation que entre tout ce qui
65 est très proche du diaphragme, entre tissus du dessus et tissus du dessous, et le diaphragme
66 lui-même, il y a comme des points d'accroche et d'adhérence et que toute mise en circulation
67 que ce soit tout bêtement mécanique de s'incliner de se pencher en avant ou que ce soit une

68 circulation d'organe de plèvre ou d'estomac il y a un, une espèce de zone rétrécie de zone
69 d'accroche et que tout mouvement met une tension, sur une zone qui ne laisse pas faire. ça
70 c'est la partie un peu mécanique de la douleur. Et autrement, en sensation qui m'enquiquine
71 encore bien que, beaucoup moins en ce moment, mais c'est les sensations d'estomac, comme
72 les faims, des fausses faims, des borborygmes des fausses faims des choses comme ça
73 **CC** : Mais, est-ce que tu sentais des différences de sensation au niveau du ventre du crâne ?
74 Est-ce que c'est partout pareil ? Est ce que tu es impliquée de la même manière ?
75 **P1** : Est-ce que je suis impliquée de la même manière ?
76 **CC** : Concernée de la même manière ?
77 **P1** : C'est toujours très impliquant, très concernant où que ce soit mais ce que je recherche
78 comme sensation c'est justement sortir de ce trop impliqué. Ce qui me fait le plus de bien,
79 c'est quand justement les choses s'étalent plus, sont moins concentrées et attentionnelles. Ce
80 que je recherche en sensation, c'est quand tout à coup ça,...., ça devient petit, léger et que ça se
81 diffuse et que ça devient, et ça c'est apaisant pour moi ça, et non seulement pour moi mais
82 pour ça, pour ça si ça n'est pas à moi.
83 **CC** : Et au niveau de tes états psychologiques, comment tu sens pendant le traitement ?
84 Comment tu te sens pendant le traitement ? Indépendamment de sentir les zones de tension de
85 douleur dans le corps ? Est-ce que tu sens une évolution en fonction des changements ?
86 **P1** : Il y a eu énormément de changements, s'il faut faire le rappel des, entre ce que je peux
87 avoir en mémoire des toutes premières séances de traitement...
88 **CC** : Non on va rester sur celle-là
89 **P1** : On va rester sur celle-là. Euh. Des changements...
90 **CC** : Est-ce que par exemple tu sens, tu sens une évolution, un relâchement ? C'est quoi les
91 sensations qui sont autres que physiques qui accompagnent le traitement, s'il y en a ?
92 **P1** : Oui. J'ai parfois beaucoup moins, je suis obligé de faire référence à des séances
93 précédentes. Il y avait beaucoup de sensations qui étaient de l'ordre presque de la, de
94 l'angoisse et de la panique dans le thorax qui me forçaient à déglutir, et vraiment, une espèce
95 de tension de gorge qui pouvait évoquer l'inquiétude, quelque chose comme ça. Et ça j'en
96 ai,...., j'en ai, j'en ai beaucoup moins si ce n'est que j'en ai vu apparaître quelques-unes tout à
97 coup mais très fugace ce qui est assez étonnant d'ailleurs parce que ça prend, c'est, c'est
98 comme une sensation fugace qui apparaît et qui disparaît d'une façon...
99 **CC** : Qui est remplacée par quoi ?
100 **P1** : Quand...
101 **CC** : Quand il n'y a pas d'inquiétude, c'est quoi ?

102 **P1** : Quand il n'y a pas d'inquiétude c'est, c'est quoi, c'est du confort, c'est, c'est de la, c'est
103 de la sécurité, c'est, de la sécurité, du confort, du non euh, du non, du non comment une
104 espèce d'éveil un peu exacerbé, comme une espèce de présence un peu exacerbée qui, boum,
105 qui, qui descend, comme voilà, c'est ça l'inquiétude c'est toujours une espèce d'éveil
106 exacerbé pour moi et quelque chose qui redescend à nouveau quoi, qui se pose à nouveau, et
107 cet éveil exacerbé c'est toujours, c'est souvent des, des tensions de gorge, de glotte quelque
108 chose comme ça. J'ai remarqué et ça je retrouve ça souvent dans mes postures de travail par
109 exemple, tout à coup je sens quand je suis dans une espèce d'attention très concentrée, je
110 retrouve ce truc-là. Je suis obligée de me, d'être dans une attention particulière pour la faire
111 descendre

112 **CC** : Et sinon, tu n'as pas d'autre, d'autres sensations pendant le traitement, des pensées ou
113 des états ? Par exemple, l'état sécurité, c'est un état qui apparaît pendant le traitement ou c'est
114 quelque chose qui, qui, qui se construit comment ?

115 **P1** : Qui va de pair, qui va de pair avec l'apaisement

116 **CC** : Et comment tu ressens cet apaisement, comment tu, comment ça se passe ? C'est
117 déclenché par le traitement ?

118 **P1** : Mmmh, vraisemblablement... ou, euh...

119 **CC** : A quel moment, par exemple, tu sens « tiens ça s'apaise » ? A un moment précis ? c'est
120 une zone précise ?

121 **P1** : Ca va de pair avec, ça y est, je sors enfin de mon inter..., de mon interpellation pointue et
122 irritante, c'est, ça va de pair avec cette sensation qui m'envahit, cette globalité qui m'envahit,
123 ça va de pair avec ça...

124 **CC** : Ton sentiment d'apaisement et de sécurité, il est lié à une perception globale de ton
125 corps ?

126 **P1** : Oui on peut dire, en tout cas c'est quand voilà, et c'est quand j'en sors de ma zone
127 d'interpellation, c'est quand ça ce, c'est quand ça s'étale, quand ça se répartit, et quand ça à
128 ce moment-là effectivement c'est de la globalité. C'est les quatre morceaux de moi ou c'est
129 un hémicorps qui retrouve l'autre, c'est... des équilibres

130 **CC** : c'est des parties de ton corps qui se reconstruisent, qui se rejoignent. Tu sens ça pendant
131 le traitement ?

132 **P1** : Oui, des parties, oui c'est ça. C'est tout, c'est du tout présent qui apparaît.

133 **CC** : Comme si la douleur avait tendance à te morceler, c'est cela ?

134 **P1** : Oui c'est cela oui, la douleur est une interpellation...

135 **CC** : Et que le traitement reconstituait, euh, ...

136 **P1** : Remette les choses autour
137 **CC** : Une globalité ?
138 **P1** : Oui, autre chose comme ça autour, me rendait dans cette autre chose qui existe, quoi,
139 c'est, qui ferait de moi quelque, quelque chose comme ça oui. Qu'est ce qu'il y a d'autre dans
140 le traitement. Comme j'essaie de rester dans le traitement, j'essaie de rester très branchée euh,
141 très branchée, perception, perception émanant du corps, donc, euh, j'ai plutôt tendance
142 à....
143 **CC** : Tu veux dire, que pendant le traitement, oui, oui vas-y,....
144 **P1** : J'ai plutôt tendance à chasser un peu les pensées, pour essayer de,....
145 **CC** : Tu essayes de ressentir pendant le traitement,
146 **P1** : Oui
147 **CC** : De ressentir pendant le traitement
148 **P1** : Oui de ressentir sans essayer d'intervenir, comme c'était fort à la mode, fut un temps, de
149 mener, d'essayer
150 **CC** : Pendant le traitement tu sens ta qualité d'observateur qui change ?
151 **P1** : Euh
152 **CC** : Cette perception, elle évolue comment ?
153 **P1** : Elle change de regard, elle change, ..., elle est moins focale
154 **CC** : Pendant le traitement ?
155 **P1** : Oui elle se focalise moins petit à petit
156 **CC** : Et qu'est-ce qui déclenche cela ?
157 **P1** : La reconstruction de la globalité, euh, c'est l'étendue qui donne accès à ça...
158 **CC** : L'étendue te donne une perception plus globale de toi ou de ton corps ?
159 **P1** : De, de moi puisque à ce moment-là ça fait aussi rentrer dans des systèmes apaisants, non
160 éveillés, une espèce d'éveil exacerbé, quelque chose qui, d'accessible à nouveau, par ailleurs,
161 enfin,....
162 **CC** : Et quand tu dis éveil exacerbé, c'est..., exacerbé c'est quoi, parce qu'avant c'était
163 endormi ?
164 **P1** : Éveil exacerbé c'est,....
165 **CC** : Qu'est ce qui s'éveille ?
166 **P1** : C'est, c'est une attention posturale, et,.... une espèce de mécanique et d'attention
167 focalisée qui, qui, qui,...., qui me rigidifie, qui me posture qui me monopolise et l'attention est
168 là avec et l'attitude
169 **CC** : Ca c'est, c'est ça, tu l'as avant ou pendant le traitement ?

170 **P1** : Avant le traitement, et c'est ça qui s'apaise
171 **CC** : En même temps ?
172 **P1** : En même temps...
173 **CC** : C'est, c'est quoi, c'est tendu ? C'est une posture ?
174 **P1** : Oui, c'est une posture...
175 **CC** : Intérieure ?
176 **P1** : C'est une posture intérieure...
177 **CC** : Et une attention en même temps...
178 **P1** : Et une attention en même temps, et un regard, voilà, une crispation et de posture et de
179 regard, quelque chose comme ça...
180 **CC** : Et ça... ça fond pendant le traitement ?
181 **P1** : Et ça... ça fond pendant le traitement
182 **CC** : Et ça laisse place à quoi donc ? A quel type d'observation ? Puisque tu as cet
183 observateur qui
184 **P1** : Et à ce moment-là, ça laisse place à ça laisse place à en terme de perception, les
185 perceptions m'arrivent d'ailleurs, plus du regard
186 **CC** : Ca vient d'où ?
187 **P1** : Ca peut venir d'un peu partout, c'est...
188 **CC** : Tu veux dire que tu sens que c'est ton corps qui ressent plus que, c'est quoi, ton corps
189 qui, qui...
190 **P1** : En terme d'immédiateté, au moment du traitement c'est à ce moment là où j'ai ces
191 sensations de globalité, donc des sensations qui émanent du bout des pieds,...
192 **CC** : Ca vient de ta conscience
193 **P1** : Et ça, ça vient à ma conscience
194 **CC** : Ce sont les sensations qui viennent à toi
195 **P1** : Voilà
196 **CC** : Plus que tu vas aux sensations, c'est ça ?
197 **P1** : C'est ça
198 **CC** : C'est cette observation-là qui change ? C'est-à-dire que tu accueilles les choses plus que
199 tu va vers ?
200 **P1** : C'est ça ? Oui, tu l'as dit, j'ai accouché j'ai cru que j'allais pas le sortir
201 **CC** : Tu es plus accueillante que
202 **P1** : C'est ça les choses viennent, je ne suis pas en train de les pêcher, en train de les extirper
203 avec un tire-bouchon

204 **CC** : Cette attitude-là elle change pendant le traitement et elle fait du bien ?

205 **P1** : Et elle fait du bien, non seulement elle me fait du bien, mais elle va de pair avec le bien

206 et elle fait du bien, c'est ça... C'est ce que j'appelais tout à l'heure un nouveau possible

207 **CC** : Et est ce que tu te sens présente pendant le traitement ?

208 **P1** : Je dirai presque que je me sens presque trop présente et ça, ça veut dire que c'est, voilà

209 je suis trop présente dans un premier temps avec cette posture-là qui essaie d'extirper la

210 chose. C'est quand, bloum, j'y accède à nouveau à cette, à cette sensation d'accueillir les

211 choses, de laisser aller, qu'à ce moment elles m'émanent des orteils, de la jambe, j'ai eu

212 beaucoup de sensations de, de petits picotements, comme une espèce de sensations un peu

213 fluide, tu sais, de liquide qui imprègne à nouveau ces zones là

214 **CC** : Et ça, c'est, tu ne sais pas dire si c'est, si c'est ta présence qui change ou si c'est ton

215 corps qui change, tu sais pas qui commence, si ?

216 **P1** : Si je dirai que c'est le corps qui commence

217 **CC** : C'est à partir des changements de ton corps que tu sens qu'il y a un changement de ta

218 qualité de présence ?

219 **P1** Tout à fait, c'est ça qui est premier en tout cas où c'est ça qui amène la qualité de présence

220 **CC** : Et tu sens que pour cela le toucher est aidant le fait de te faire traiter ?

221 **P1** : Il est plus qu'aidant, il est, il est déclencheur

222 **CC** : Tu veux dire que le toucher, il déclenche une nouvelle présence à toi ?

223 **P1** : Oui, oui parce que, c'est, ... cette sensation-là que le corps m'amène des infos, ..., ou

224 alors il faut qu'il faut qu'il soit sollicité et c'est plus qu'une technique de facilitation, c'est,

225 ...il faut qu'il redevienne, il faut qu'il redevienne l'instrument...

226 **CC** : Qui permette de, pour toi le toucher, il va au delà de modifier le corps, il va modifier ta

227 conscience ta présence à, à toi ?

228 **P1** : Il est, euh...

229 **CC** : Il modifie ton regard ?

230 **P1** : Il redevient, ce qu'il cesse parfois d'être, il redevient le guide de cette, le modèle enfin la

231 référence, le guide de cette de ce mode de perception là

232 **CC** : Pour aller dans le toucher, comment tu sens toi le toucher, comment tu sens que,

233 comment tu ressens les pressions manuelles, les points d'appui, les mises en mouvement,

234 comment tu ressens cela ? Est-ce que tu sens que c'est interpellant que c'est juste comment tu

235 ressens cela ?

236 **P1** : La justesse est quelque chose qui est interpellant, la justesse en terme de, c'est, c'est

237 l'endroit, c'est l'endroit juste, c'est... en terme d'endroit juste c'est un...

238 **CC** : C'est, quand c'est l'endroit juste, tu sens que c'est juste par rapport à quoi ? Pour toi ?
239 Quand tu dis « tiens c'est juste » ? C'est au bon endroit ?
240 **P1** : C'est au bon endroit et c'est...
241 **CC** : Comment tu sais que c'est juste en gros ?
242 **P1** : Ca vient chercher,... c'est en quête de solution, je suis en quête de solution, et la main est
243 juste quand elle est sur cette zone, cette zone qui, cette zone qui pose question, donc, c'est en
244 terme, elle est, ... en fait je reviens toujours à cette, résoudre la chose et en terme de
245 résolution c'est...
246 **CC** : Tu trouves que la main elle, ..., c'est quoi, est-ce qu'elle donne une réponse, elle te
247 permet d'avoir des réponses ou elle te permet d'avoir une solution que tu n'as pas encore.
248 C'est quoi, tu sens, tu sens quelque chose qui est, tu sens une réponse, tu vois ce que je veux
249 c'est quoi, comment tu la définirais cette main qui, ou cette sensation qui te fait contacter avec
250 un ... Pourquoi ce serait une solution ? Parce que tu n'entends pas de mot ?
251 **P1** : Je n'entends pas de mot. J'entends pas de mots mais elle va chercher, l'appui va chercher
252 le petit étirement nécessaire, va chercher à contourner, à contourner parfois la chose, à, à, à la
253 remettre, à redonner une espèce de forme de consistance, comme si elle, j'ai l'impression que
254 ça reprend forme humaine, j'ai l'impression qu'elle était en train à nouveau presque de
255 remodeler la chose.
256 **CC** : Tu sentais que ça reconstruisait quelque chose ?
257 **P1** : Ca voilà ça reconstruit quelque chose et ça donne à nouveau à la chose,..., du possible
258 une circulation possible de l'hydratation possible, de la consistance à nouveau possible du
259 mouvement possible, enfin c'était accès à des possibles, voilà c'est ça
260 **CC** : Et donc tu sens que le toucher, on l'a vu, il est juste, tu sens qu'il est juste parce qu'il te
261 touche là ou il faut c'est ça ?
262 **P1** : Oui c'est ça parce qu'il rentre dans la problématique le toucher, quant il est quand, il est
263 dans la problématique, pas seulement être dans la problématique mais en tout cas chercher la
264 solution, tenter de trouver la solution autour de ça
265 **CC** : Disons que la main, en fait elle,..., elle dialogue avec toi ou pas ? Tu sens un dialogue ?
266 **P1** : Ca, ça arrête la chose, ça la pose en... ça vient chercher le point douloureux, ça et en
267 terme de..., j'ai beaucoup l'impression par exemple qu'avec le crânien, tout le travail, j'avais
268 presque envie de te poser la question mais « tu as pas l'impression que tu es en train de
269 travailler exactement, c'était avec les cervicales, on avait vraiment l'impression que tu étais
270 en train de travailler exactement avec la cervicale porteuse de je ne sais quel petit ganglion
271 neurovégétatif qui venait interpeller exactement cette striction estomac, tu vois cette, comme,

272 presque envie de dessiner, de faire un petit dessin d'anatomie qui se baladait à ce moment là
273 **CC** : Ce qui apparaît, c'est que le toucher te redonne, tu me diras si c'est ça, te redonne une
274 certaine conscience de ton anatomie, mais une conscience pas extérieure mais intérieure ?
275 **P1** : Oui, on peut, oui, c'est
276 **CC** : Il te redonne un contour, il te redonne une forme, c'est ça ?
277 **P1** : Il redonne un contour, oui, il redonne,...

278 **CC** : Une consistance, ce sont des mots que tu as employé consistance, forme contour, et tu
279 sens que cette consistance, cette forme, ce contour, ça reconstitue une certaine identité aussi
280 ou pas ? Une présence ?
281 **P1** : Une identité je ne sais pas si je dis le mot identité mais... une certaine...

282 **CC** : Consistance, une consistance, c'est toi qui prends une consistance, tu vois ? ou c'est
283 juste ton corps ? Une forme, c'est juste une forme du corps, quelque chose qui est extérieur à
284 toi ou c'est, c'est ma forme ? C'est ça que je voudrais que tu précises. C'est juste une forme
285 anatomique ou tu sens que c'est aussi le contour de toi-même qui se dessine ?
286 **P1** : Ca, c'est ce qui arrive, quand, quand la globalité à nouveau apparaît, quand j'ai cette
287 sensation qui, qui me gagne à nouveau jusqu'au bout, jusqu'aux pieds là-bas. C'est
288 effectivement c'est à nouveau une forme, c'est pas uniquement un trajet de système
289 neurovégétatif, un diaphragme qui circule, c'est, c'est à nouveau une forme, une forme
290 humaine, comme tu disais tout à l'heure, c'est la mienne en gros

291 **CC** : C'est la tienne ?
292 **P1** : C'est la mienne
293 **CC** : Tu la ressens comme ta forme ça ?
294 **P1** : Je la ressens comme ma forme comme une forme, comme un volume, mais un volume
295 aplani, c'est toujours assez étonnant quand j'ai cette sensation-là, c'est un volume qui s'étale
296 c'est un volume qui cherche à reprendre place dans quelque chose de plus plat. J'ai souvent
297 des sensations de, de forme...

298 **CC** : C'est un volume, une forme dans ta forme physique ? C'est ça ? À l'intérieur ?
299 **P1** : C'est, ce serait comme un volume liquidien qui s'étalerait à nouveau, qui prendrait plus
300 de place au sol quelque chose comme ça

301 **CC** : Mais est-ce que tu n'as pas l'impression dans ce volume qui s'étale, de reprendre ta
302 place, de retrouver ton espace ?
303 **P1** : Oui, c'est peut-être ça, d'habiter à nouveau cet espace, de sortir de cette forme éveil
304 exacerbé tendu et retrouver quelque chose

305 **CC** : Qui réduit ton espace ?

306 **P1** : C'est, c'est une belle image, ça, c'est un volume plus à plat et plus liquidien qui est à moi
307 **CC** : A plat c'est pour toi quelque chose qui s'étale dans l'étendue de ton corps ?
308 **P1** : C'est ça
309 **CC** : Et qui te redonne une forme et c'est la forme qui se remplit, ou... ?
310 C'est la forme qui se remplit
311 **CC** : Et qui te redonne une consistance, et ... et qui te rend ton espace ?
312 **P1** : C'est une histoire d'espace plutôt, je sors de ces notions de consistance quand...
313 **CC** : Et c'est associer aussi à un sentiment de, pas seulement de tension, de rigidité, de
314 regard, de concentration mais à quelque chose qui se dilue, c'est ?
315 **P1** : C'est ça, et c'est à ce moment, c'est dans ces moments-là que les sensations émanent
316 d'un petit peu partout et donc plus quelque chose qui est très visualisée, construite
317 **CC** : Tu es moins dans le regard de tes yeux et plus dans ton corps ?
318 **P1** : Ca va avec ça oui. La sensation d'hémicorps gauche aussi, qui s'ouvre, qui se réouvre à
319 nouveau, le thorax qui se, qui reprend sa place, qui se recale dans l'épaule aussi une sensation
320 d'axe qui se remet. Même si elle a retrouvé toute sa mobilité, ça reste une zone que je sens
321 fermée, que je sens en restriction, les sensations sont très liées
322 **CC** : Tu sens que le traitement, quand tu dis les ouvertures, le toucher, le traitement, il te
323 permet de..., j'allais dire de reconstruire ton espace corporel, intérieur, tu sens que tout se
324 déplie, c'est quoi ?
325 **P1** : C'est plus ténu que ça, là ça se déplie. Dans ce côté-là, j'ai vraiment la sensation de
326 dépliage, de déroulage plutôt. Autrement, c'est, c'est des sensations un peu liquidiennes
327 comme si les tissus s'imbibaient de nouveau. Un petit décalage, des petits haut-bas, un petit
328 peu ici là dans la sacro-iliaque, un petit ici un peu petit peu là, c'est du liquidien qui imbibe
329 **CC** : Sinon au niveau du toucher, tu sens le toucher plutôt aidant, plutôt,... Si tu avais à
330 définir comment le toucher t'aide, tu dirais quoi dans ce qu'il t'apporte ?
331 **P1** : He bien, C'est la voie d'accès à cette, à sortir de cette polarisation
332 **CC** : Pour toi c'est clair que le toucher, il te permet de renouer avec tout ça ton espace ta
333 globalité ?
334 **P** : C'est ça
335 **CC** : C'est ça qui est le plus fort ?
336 **P1** : C'est ça le plus fort
337 **CC** : Et ça, ça te fait du bien ?
338 **P1** : Hé j'en redemanderai pas, oui, oui ça fait du bien
339 **CC** : Ca t'aide à gérer la situation ?

340 **P1** : Ca fait plus que du bien, je crois, que c'est un des éléments, enfin c'est un gros élément
341 constructeur

342 **CC** : Et toi en tant que thérapeute tu es consciente de ça ? Parce que là tu as une posture de
343 patiente mais est-ce que faire l'expérience et d'en parler, ça a du sens pour toi dans ta thérapie
344 est-ce que tu en avais pris conscience ?

345 **P1** : J'en avais pris conscience pour moi

346 **CC** : Pour toi mais pour toi en tant que thérapeute auprès de tes patients de valider. Que le
347 toucher participe à soutenir la personne parce qu'il aide à garder cette globalité, cette présence
348 à soi

349 **P1** : Dans ma posture de thérapeute, j'ai l'impression, enfin c'est ce que je recherche dans ma
350 posture de thérapeute

351 **CC** : Disons que cette expérience-là comment elle influence le thérapeute, qu'est ce que ça
352 génère chez le thérapeute ? Comme réflexion ?

353 **P1** : De quoi le traitement manuel ?

354 **CC** : Le traitement manuel, l'explication qu'on a autour de ce traitement. Est-ce que ça
355 déclenche chez toi en tant que thérapeute une prise de conscience en tant que thérapeute ? En
356 disant tiens cela... Qu'est que ça t'apporte à toi cet entretien, en quoi ça t'aide déjà par
357 rapport au traitement manuel, est ce que ça t'apporte quelque chose ?

358 **P1** : Eh oui, parce que tu as bien vu avec quel mal j'ai réussi, c'est toi qui l'a extirpé, de venir
359 à bout de la chose essentielle, la chose essentielle qui était de dire que le, quand l'info émane
360 du corps et quand je suis plus entrain de la rechercher c'était ça mon changement le plus
361 important qui est arrivé au cours du traitement et comme j'ai eu du mal à le verbaliser, il a
362 fallu que tu viennes le tracter. Donc c'est évident que la simple conscientisation ne colle pas
363 forcément avec la verbalisation.

364 **CC** : Ca que tu sens que c'est important par exemple dans la compréhension de ta souffrance,
365 de ta douleur ?

366 **P1** : Oui, éclaircir ça c'est sur que ça fait partie, éclaircir les choses. Que le verbe mais pas le
367 verbe tout seul le verbe, le verbe qui colle de près à la perception ça c'est vrai qu'il est
368 tellement important. C'est pas forcément facile, je me perds beaucoup dans les perceptions,
369 comme je leur donne beaucoup de place et d'importance que du coup quelquefois ça rend les
370 choses encore plus confuses quand elles sont pas classifiées, rangées. Il y a un vrai besoin
371 d'éclaircissement dans le monde de la perception, c'est vrai que

372 **CC** : Donc pour toi, c'est plutôt classifier, éclaircir l'entretien, c'est plutôt en cela qu'il t'aide.
373 Et en tant que thérapeute maintenant ?

374 **P1** : Voilà, en tant que thérapeute, c'est, c'est la difficulté est bien évidemment la même.
375 Clarifier d'en sortir l'info essentielle, elle est là ma difficulté.

376 **CC** : Ce que ça te fait dire, c'est que tu, c'est qu'en tant que thérapeute, tu...

377 **P1** : J'écoute, j'entends,...je

378 **CC** : Tu donnes plus de place aux sensations que...

379 **P1** : Oui

380 **CC** : Que...

381 **P1** : C'est souvent très descriptif ce que j'obtiens, je vais guère au-delà

382 **CC** : Là le fait de le faire, ça t'apporte des voies de passage... ?

383 **P1** : Oui il me semble que ça me, quelques grandes lignes de traction de mots, d'essentiel.
384 C'est vrai que la difficulté, la difficulté elle est là de sortir l'info essentielle qui émane, c'est
385 pas forcément, elle est pas toujours visible

386 **CC** : Ce qui était important là, dans ce cas précis, en dehors de mon entretien de recherche,
387 c'est de voir comment, le transfert de la posture de patient, donc de sujet peut être aidant pour
388 un thérapeute, dans quelle mesure.