

Université Catholique de Louvain



Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation
Institut de Formation en Sciences de l'éducation - F.O.P.A.

Corps et formation en fasciathérapie
*Une nouvelle pratique du toucher à l'épreuve de
la phénoménologie*

Co-promoteurs :
Guy de Villers Grand-Champs
Franco Cortesi

Mémoire présenté en vue de
l'obtention du grade de licenciée en
Sciences de l'éducation

Accompagnateur :
Franz Baro

par Arni Corinne

Louvain-la-Neuve
Septembre 2009

Je remercie Guy de Villers pour son accompagnement attentif tout au long de ce processus de mémoire et sa connaissance qui m'a permis de m'articuler à ce nouveau champ théorique.

Franco Cortesi pour sa disponibilité, sa générosité et ses conseils judicieux, me remettant sur le chemin du mémoire.

Franz Baro pour son soutien inébranlable à notre champ de pratique.

Danis Bois pour le rôle fondamental qu'il a tenu toute au long de ma formation professionnelle et existentielle.

Fabienne Le Coq pour la présence et l'humanité qu'elle offre aux étudiants, leur permettant d'acquérir la fasciathérapie au sein d'un lieu profondément humain.

Mes collègues, proches ou lointains, pour leur soutien et leur présence.

Julie Decarroux Dougoud pour la pertinence et l'intelligence de ces corrections.

Miche Coq pour la constance de son accompagnement.

Mon père, trop vite disparu, qui ne verra pas l'aboutissement de ce travail.

Nos étudiants pour leur confiance émouvante et la confiance qu'ils nous accordent. Je leur dédie ce mémoire avec respect.

Sommaire

1. Introduction	8
2. Contexte	11
2.1 Le champ des pratiques de soin	13
2.1.1 Le champ de la médecine	13
▶ La notion de santé	15
▶ La notion de maladie	16
▶ La notion de guérison.....	18
▶ La notion de corps.....	19
▶ La notion de toucher.....	21
2.1.2 Le champ de la kinésithérapie	22
▶ La notion de santé	23
▶ La notion de maladie	24
▶ La notion de guérison.....	25
▶ La notion de corps.....	26
▶ La notion de toucher.....	27
2.1.3 Le champ de la fasciathérapie.....	29
▶ La notion de santé	31
▶ La notion de maladie	33
▶ La notion de guérison.....	35
▶ La notion de corps et le concept de « corps sensible »	37
▶ La notion de toucher et le concept de « toucher du Sensible »	39
2.1.4 Conclusion	43
2.2 Originalité de la fasciathérapie.....	46
▶ La perception du Sensible	46
▶ L'expérience extra-quotidienne	48
▶ Le paradigme du Sensible.....	51

2.3 Le champ de la formation professionnelle	52
2.3.1 Le champ de la formation professionnelle de la kinésithérapie en Belgique	53
▶ La formation des professionnels de la santé	53
▶ La formation en kinésithérapie	54
2.3.2 Le champ de la formation professionnelle de la fasciathérapie	55
▶ Description de la formation en fasciathérapie	55
▶ Formation professionnelle continue	61
▶ Formation au soin	62
▶ Formation par l'expérience	66
▶ Processus d'apprentissage.....	69
▶ Apprentissage du toucher	71
▶ Effets de formation	75
▶ Conclusion	78
3. Cadre théorique	80
3.1 La perception	81
3.1.1 Percevoir le monde	82
▶ Réflexion épistémologique sur la différence entre sensation et perception	82
▶ Phénoménologie de la perception.....	84
▶ Conclusion	89
3.1.2 Faire l'expérience du monde	90
▶ L'expérience perceptive	90
▶ Processus de genèse de l'expérience perceptive.....	91
▶ La surprise perceptive	95
▶ L'expérience comme épreuve.....	96
3.1.3 Percevoir le corps	97
▶ Evidence du corps vécu : ni tout à fait sujet, ni tout à fait objet.....	98
▶ La structure du corps propre	101
▶ Le corps comme chair	103
▶ Le corps comme relation à soi	105
▶ L'expérience corporelle.....	107
▶ Le corps comme relation à l'autre	108
▶ Conclusion	113
3.2 Toucher et être touché	114
3.2.1 Physiologie du toucher.....	114
▶ La peau, interface entre soi et le monde	115
▶ Le toucher, sens du contact.....	116
▶ La doubleté du toucher	116
▶ Toucher l'autre en souffrance	118
3.2.2 Phénoménologie du toucher	119
▶ La perception tactile	119
▶ La doubleté du touchant-touché	120
▶ Toucher autrui	121
▶ Conclusion	123

4. Synthèse, discussion théorique et questions de recherche	126
4.1 Synthèse	126
4.1.1 Question sur l'apprentissage du toucher	126
▶ De la perception du toucher sur soi et autrui	127
▶ Apprentissage du toucher	133
4.1.2 Question des effets de l'apprentissage du toucher sur le sujet en formation	135
4.2 Discussion	137
▶ Conditions d'accès à l'expérience perceptive	138
▶ Le processus perceptif.....	139
▶ Concepts centraux de « chair » et du « Sensible »	141
▶ Conclusion	142
4.3 Questions de recherche.....	143
5. Choix méthodologiques	145
5.1 Méthodologie théorique.....	145
5.1.1 Une recherche qualitative.....	145
5.1.2 Entretien semi-directif.....	146
5.1.3 Construction du modèle d'analyse	147
5.1.4 Analyse qualitative	147
5.1 Méthodologie pratique	148
5.2.1 Public cible	148
5.2.2 Construction du modèle d'analyse	148
▶ Concept d'autrui	148
▶ Concept du soi	150
▶ Concept de corps	151
▶ Concept du toucher	151
▶ Champ de la formation au toucher.....	153
5.2.3 Modalités du recueil de données	154
▶ Guide d'entretien	154
▶ Rôle et choix de l'intervieweur.....	166
5.2.4 Analyse du matériau.....	156
▶ Retranscription des entretiens.....	156
▶ Modalités d'analyse du matériau	157
6. Interprétation des données	158
6.1 Interprétation <i>cas par cas</i>.....	159
6.1.1 Béatrice	159

▶ A la manière de Béatrice.....	159
▶ En réponse aux questions de recherche.....	162
6.1.2 Christophe	165
▶ A la manière de Christophe.....	166
▶ En réponse aux questions de recherche.....	168
6.1.3 Deborah	171
▶ A la manière de Deborah.....	171
▶ En réponse aux questions de recherche.....	174
6.1.4 Elodie.....	176
▶ A la manière d'Elodie.....	176
▶ En réponse aux questions de recherche.....	180
6.1.5 Félicie	183
▶ A la manière de Félicie.....	183
▶ En réponse aux questions de recherche.....	186
6.1.6 Geneviève.....	188
▶ A la manière de Geneviève	189
▶ En réponse aux questions de recherche.....	191
6.2 Interprétation <i>transversale</i>	194
6.2.1 Conditions perceptives.....	194
▶ Principale question de recherche : Quels processus perceptifs l'étudiant met-il en œuvre en situation d'apprentissage du toucher ?.....	194
▶ Interrelation entre sujet et monde	194
▶ Processus de genèse de l'expérience perceptive.....	195
▶ Interrelation entre sujet et monde, et processus perceptifs.....	197
6.2.2 Etre touché	198
▶ Question de recherche : Quand l'étudiant est touché par autrui, qu'apprend-il du toucher	198
6.2.3 Apprentissage du toucher	200
▶ Question de recherche : Quelles situations pédagogiques permettent d'apprendre de son expérience du toucher	200
6.2.4 Effets de formation existentiels	201
▶ Question de recherche : Qu'apprend l'étudiant de son existence quand il est formé au toucher ?	201
6.2.5 Conclusion	202
7. Conclusion et perspectives	203
Bibliographie	205

1

Introduction

Assise à mon bureau, mes doigts courent sur le clavier de l'ordinateur, essayant par là de capturer une pensée fugace et de lui donner une forme lisible. Tout mon corps est tendu dans cet objectif d'écriture et est à l'écoute des pensées jaillissantes, de questionnements inattendus, d'idées innovantes. Tout mon corps est prêt à bondir pour ne rien perdre de cette réflexion précieuse. Le corps n'est-il qu'un instrument au service de la pensée et de la réflexion ? Quand je réfléchis, quand je lis un texte difficile, mon corps se tasse, change de posture pour essayer de trouver une solution corporelle à la réflexion ; mais là encore, il est au service de la pensée. Le corps ne participe-t-il pas au processus d'apprentissage qui est en train de se dérouler ? Je pressens une *donation incarnée*, une réflexion corporelle qui accompagne mon processus cognitif. Ainsi, le corps deviendrait partenaire actif de la réflexion.

Pour vaincre ma timidité, pour oser communiquer, pour oser être et faire, j'ai puisé dans l'infinitude de mon corps. Ses possibilités d'expression m'ont fait découvrir la joie d'une communication visible mais encore inaudible. Mon corps a été un partenaire fidèle et plein de surprises dans cette recherche d'une intériorité nourrie par le monde et d'une extériorité non coupée de l'intériorité. Dans mon rôle de thérapeute, le corps est également un partenaire avec lequel j'entre en communication. Je découvre autrui à travers le dialogue tonique qu'il m'offre, un dialogue de chair « ressentant » ne demandant qu'à offrir son sens, sa profondeur, sa tonalité, son intimité. Les paroles ne sont plus nécessaires pendant cet échange mais vont le devenir pour rendre compte de l'expérience, pour rendre vivantes ces sensations fugitives, intimes et signifiantes, afin de donner une chance à une guérison et au processus de transformation de soi.

La relation que j'ai pu établir au corps depuis le début de ma formation en fasciathérapie en 1991 a profondément enrichi le rapport perceptif que je peux établir à moi-même, aux autres et au monde. L'autre n'est plus cet inconnu que je n'ose appréhender, il résonne en moi et je peux ainsi l'approcher, le découvrir et l'interroger. C'est parce qu'il m'émeut dans ma chair que je peux communiquer avec lui de manière audible et inaudible.

La formation de trois ans suivie à la FOPA a été riche d'apprentissages et de transformations, et ceci malgré son approche cognitive ne mettant pas en jeu le vécu corporel ! Ainsi, j'ai pu expérimenter que toute formation, qu'elle soit corporelle ou cognitive, est source de transformations, de nouveaux regards et de démarche compréhensive de sa vie.

Aujourd'hui, c'est en puisant dans mon expérience de formatrice d'adultes, responsable administrative d'un organisme de formation en fasciathérapie et fasciathérapeute dans un cabinet de pratique privée, que j'aborde ce mémoire. Mais il ne peut se dérouler sans une attitude distanciée acquise par ma formation à la FOPA. C'est en adoptant une posture de praticien-chercheur, une « double posture – combien paradoxale – [...] d'acteur engagé à la fois dans une pratique socio-professionnelle de terrain *et* dans une pratique de recherche ayant pour objet et pour cadre son propre terrain et sa propre pratique. » (Bourgeois, 2004, p. 5) C'est au sein d'une conciliation entre proximité à ma pratique et mise à distance demandée par la recherche, que l'écriture de ce mémoire s'est effectuée.

La fasciathérapie est une nouvelle thérapie manuelle qui a pour premier objectif de soulager les douleurs et les souffrances, de rétablir une fonctionnalité et un bien-être au patient, par un toucher qui prend en compte le corps et la dimension psychique de la personne. C'est au sein de la formation professionnelle en fasciathérapie que se situe ce mémoire.

Mon expérience professionnelle du toucher manuel me fait découvrir l'amplitude du toucher au-delà de sa partie thérapeutique, même si cette dernière est quelque fois surprenante. Toucher l'autre, c'est toucher à sa relation au monde, à son intériorité, à son identité, c'est également toucher à un espace de connaissance.

Mon objectif, au sein de ce mémoire, est de comprendre les moments formateurs dans l'acquisition d'un toucher, ceux qui font sens pour l'étudiant, et de

détecter les comportements qu'il met à l'œuvre dans son apprentissage. Cette recherche est l'occasion d'interroger les étudiants sur leurs processus d'apprentissage qu'ils nous révèlent rarement en stages de formation.

Quand les kinésithérapeutes arrivent en formation de fasciathérapie, c'est avec un bagage de connaissances et de savoir-faire acquis au sein de diverses formations et au sein leur pratique professionnelle. Les deux premières questions s'adressent à l'apprentissage du toucher :

Qu'est-ce qui, dans le toucher et le fait d'être touché, est formateur pour le kinésithérapeute dans l'apprentissage de la fasciathérapie ? Derrière cette question se trouve également l'idée qu'éprouver sur soi forme à l'apprentissage du toucher.

Le toucher peut-il faire l'objet d'une formation ? Un toucher, en dehors de son aspect technique, est-il transmissible ?

La troisième question concerne les effets de cet apprentissage sur le sujet en formation. La vie n'est pas un long fleuve tranquille, elle charrie avec elle des événements prévus et imprévus, attendus et inattendus, heureux et malheureux. Une formation s'inscrit au sein de cette vie, elle a un espace et un temps, tout comme la vie s'inscrit au sein de la formation. En tant que formatrice, je désire introduire cette dimension existentielle et transformatrice à la formation de fasciathérapie dont j'ai, en partie, la responsabilité. La question posée est à la suivante : *Quels sont les effets de l'apprentissage du toucher en fasciathérapie sur le sujet en formation ?*

Ces questions, faisant largement référence à la fasciathérapie et à son enseignement, seront contextualisées dans un premier chapitre. C'est dans l'objectif d'effectuer une première mise à distance, souvent difficile vu la proximité à mon corps et mon vécu sensible, que des auteurs externes à la fasciathérapie ont été convoqués. Cette première mise à distance est longue mais nécessaire pour intégrer de manière distanciée ce nouveau champ de pratique. Elle permet d'inscrire ses concepts originaux au sein d'une conception plus globale de soins et de formation au soin.

Ce mémoire se situe dans ce lien entre soin et formation, cette relation formative de soigné – où l'étudiant éprouve sur lui le soin – et de soignant – où il perçoit les effets de son action sur autrui.

La phénoménologie, par son apport théorique, élargit la compréhension classique de la perception, du corps et d'autrui. C'est avec cette compréhension nouvellement acquise que les concepts de la fasciathérapie peuvent être discutés de manière théorique, puis dans la confrontation avec les données récoltées auprès des étudiants.

2

Contexte de la recherche

Situer le contexte de la recherche, c'est présenter le terrain des pratiques professionnelles concerné par la question de départ. Ce mémoire a pour objectif de comprendre les moments formateurs dans l'acquisition d'un toucher et les effets de cet apprentissage sur le sujet en formation, dans le champ pratique de la formation professionnelle continue en fasciathérapie, une thérapie manuelle émergente du champ des thérapies somatiques. Dans cet objectif, nous présenterons dans un premier temps les techniques de soin en situant la fasciathérapie au sein du champ de la médecine. Puis une description des concepts spécifiques de la fasciathérapie sera effectuée, dans le but futur de les articuler avec le champ phénoménologique du cadre théorique. Finalement, la question de la formation au toucher sera également abordée en la situant dans le champ de la formation professionnelle continue.

Dans ce chapitre, nous aborderons les différents concepts sous l'angle de la pratique. L'étude proposée abordera le toucher, par une description de l'usage fait par les différents métiers.

Afin de pouvoir comprendre à quel soin forme la fasciathérapie, nous allons dans la première partie de ce chapitre, situer cette thérapie au sein du contexte général des pratiques de soin, et plus particulièrement au sein de la médecine et de la kinésithérapie dont elle est issue. L'objectif de cette contextualisation de la question de recherche n'est pas de présenter de manière exhaustive le champ de la médecine mais bien d'en pointer certains aspects pour leur pertinence dans la construction d'une première mise en perspective. Après une rapide contextualisation du champ de la

médecine, nous aborderons successivement la médecine allopathique, médecine officielle de notre société occidentale, la kinésithérapie et la fasciathérapie, thérapie manuelle qui fait l'objet de ce mémoire.

L'écriture de cette première partie fait référence à des auteurs issus du champ de la médecine et/ou de la philosophie dans l'objectif d'effectuer un premier croisement entre pratique professionnelle et réflexion philosophique. C'est par une exploration des conceptions de la santé, de la maladie, de la guérison, du corps et du toucher, véhiculées au sein de chaque discipline, que nous pourrons analyser l'influence de ces conceptions sur les gestes, les attitudes et les comportements des soignants. C'est également par la confrontation entre le vécu subjectif du malade et la technique objective du soignant que nous aborderons la pratique médicale.

La deuxième partie est consacrée aux concepts spécifiques et originaux de la fasciathérapie, thérapie qui situe le toucher au sein de la relation thérapeutique et qui a pour objectif de soigner le corps du patient. Comme la fasciathérapie est une nouvelle pratique du champ des thérapies corporelles, nous consacrerons une partie de la contextualisation à la présentation de ses concepts. Cette thérapie, issue de la pratique d'un homme, Danis Bois, fait actuellement l'objet d'une démarche de recherche des fondements scientifiques de sa pratique sur laquelle nous nous baserons.

La troisième partie de ce chapitre abordera la question de la formation au toucher et des effets de cette formation sur le sujet. Après une contextualisation de la formation au sein du champ de la formation professionnelle continue, nous présenterons la formation de fasciathérapie telle qu'elle existe en Belgique francophone. Le programme de la formation et les situations pédagogiques spécifiques à l'apprentissage du métier de fasciathérapeute seront détaillés, dans l'objectif de comprendre le type de transmission effectué par les formateurs.

Pour donner un cadre de réflexion aux témoignages des étudiants qui seront interrogés sur les effets perçus de la formation en fasciathérapie, différents aspects de la formation d'adulte seront abordés.

2.1 Le champ des pratiques de soin

Qu'entendons-nous par soin ? L'étymologie latine du mot soin, *cura*, désigne à la fois souci et soin : le souci de mettre en relation une préoccupation d'un autre fragilisé par une situation et le soin, en tant qu'acte de faire des soins. Cette définition englobe les soins parentaux portés aux enfants, ceux sociaux apportés aux plus démunis et les soins médicaux apportés aux personnes malades.

Dans le champ des pratiques de soin, le soin médical se situe au sein d'une relation entre un soignant et une personne en souffrance, dans un cadre déterminé par la profession du soignant, où la préoccupation première est de débarrasser le patient de la maladie par les moyens à disposition du soignant. Le soin ne se conçoit pas sans la notion de *prendre soin d'autrui*, sans une forme de relation à l'autre.

Dans le cadre de ce mémoire, nous entendons par pratiques de soin toutes les pratiques thérapeutiques, qui offrent un soin et prennent soin de l'autre, situées dans une relation entre un soignant et un soigné.

2.1.1 Le champ de la médecine

La médecine peut être définie comme un « ensemble spécialisé des savoirs et savoir-faire nécessaires aux soins du corps humain, qui commence par le souci de bien se porter chaque jour et s'achève par les interventions les plus sophistiquées pour maintenir en vie un corps souffrant et menacé. » (Wunenburger, 2006, p. 17) Cette définition très large de la médecine en tant que pratique de soins apportés au corps humain, ne différencie pas les différentes approches thérapeutiques présentes dans notre société occidentale.

Une distinction peut être proposée entre médecine officielle – une médecine conventionnée par une validation institutionnelle – et médecines parallèles ou alternatives – des médecines qualifiées de non scientifiques. Cette distinction s'appuie sur le type d'études (cadre institutionnel/cadre non institutionnel) et sur la scientificité des protocoles thérapeutiques.

- ***Médecine allopathique***

La médecine officielle, enseignée au sein des universités, est la seule médecine autorisée à poser un diagnostic et à définir le choix d'une thérapeutique appropriée. Afin de pouvoir établir un diagnostic sur la physiologie invisible du corps, elle établit un modèle général de son fonctionnement et explore le corps à la recherche de signes cliniques, par des moyens d'explorations scientifiques de plus en plus performants. De ce fait, elle morcèle le corps humain en éléments distincts qui peuvent être observés et analysés de façon indépendante. Dans cette perspective allopathique, la lutte contre la maladie se fait de façon mécanique, par une utilisation de médicaments, une intervention chirurgicale ou une radiothérapie.

Cette conception allopathique de la médecine est également présente, comme nous le verrons, au sein de la kinésithérapie qui, en Belgique, est enseignée au sein des universités et des hautes écoles. En formant des kinésithérapeutes et des médecins, et en poursuivant une démarche de recherche des fondements scientifiques de sa pratique, les formateurs en fasciathérapie montrent leur appartenance au champ de la médecine allopathique même si leur enseignement n'est pas académique.

- ***Médecines alternatives***

Les médecines alternatives sont, par opposition à la médecine officielle, des pratiques soignantes qui font appel à des principes thérapeutiques différents de ceux de la médecine scientifique. Elles « se préoccupent davantage de l'état général du patient, de son équilibre propre, de son renforcement, de prévention à long terme de pathologies, que d'interventions ponctuelles et localisées et surtout urgentes. » (Wunenburger, 2006, p. 122) Cette définition du champ de pratique des médecines alternatives met l'accent sur l'état général du patient, et non sur la maladie, et sur la préservation d'un état de santé. Elle situe les pratiques dans une vision plus holiste de l'homme où les parties de son corps sont interdépendantes et non morcelées, où le psychisme se mêle aux phénomènes vitaux et où le corps n'est pas observé séparément de l'homme qui l'habite.

Les médecines alternatives, quand elles ne sont pas pratiquées par des médecins, ne sont pas autorisées à poser des diagnostics ou à prescrire des soins, ce qui ne les empêche pas d'effectuer un bilan du patient dans leur champ de compétence. D'autre part, ces médecines ne sont pas enseignées dans un cadre académique mais s'effectuent souvent au sein d'organismes privés extra-universitaires.

Ces pratiques sont également centrées sur l'exploitation du potentiel d'auto-guérison de l'organisme humain. Ainsi, elles ne proposent pas « d'enlever » la partie du corps malade mais bien de favoriser la libre circulation du potentiel d'auto-guérison du corps. La fasciathérapie, en posant la régulation du corps sur le potentiel d'auto-guérison, en touchant le corps de manière globale et non séparée de la personne, fait également partie du champ des médecines alternatives.

Nous n'allons pas discuter plus avant de cette distinction entre la médecine classique et alternative présente en fasciathérapie, mais bien distinguer en quoi les concepts de la fasciathérapie sont novateurs. Pour ce faire, nous proposons une exploration des conceptions particulières de la santé, de la maladie, de la guérison et des modèles thérapeutiques, du corps et du toucher, au sein de la médecine et de la kinésithérapie.

► La notion de santé

La notion de santé présente des contours plus flous que celle de maladie et est souvent décrite par la négative, par un état où l'on est ni malade, ni souffrant, ni handicapé, ni déficient mentalement. Cette conception d'une santé définie par son contraire est celle que propose la médecine allopathique occidentale, une médecine tournée vers les résultats d'examens.

Au début du siècle, la santé est définie par René Leriche comme un état où les fonctions corporelles s'accomplissent de manière insensible : « La santé c'est la vie dans le silence des organes. » (cité par Canguilhem, 2002, p. 50) Définir la santé par son silence c'est dire qu'elle n'a pas de manifestation propre, qu'elle ne fait pas de bruit et qu'elle n'est pas objectivable pour le médecin, alors qu'elle est un état vécu par le patient.

La santé énoncée par le patient est souvent entrevue de manière « suspicieuse » par le médecin. En effet, se sentir en bonne santé peut être une sensation erronée de la situation où tout semble bien aller mais où les réalités biologiques et médicales peuvent montrer des signes pathologiques.

Du point de vue du patient, être en bonne santé est un état subjectif de bien-être qui va de soi : « La santé s'inscrit moins dans une dimension empirique et descriptive que dans une approche évaluative et subjective : on s'estime ou non en

santé. » (Massé, 2007, p. 839) Cette définition fait appel au vécu du patient, à sa manière de la percevoir et non à des résultats d'analyse.

L'OMS, dans le préambule de sa Constitution (1946), définit l'état de santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Cette définition positive de la santé qui implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits dans tous les domaines – qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels – est un idéal difficilement accessible. La santé est entrevue comme un bien-être permettant à l'homme d'interagir avec son environnement et de délimiter lui-même son espace de mobilité. Etre en bonne santé, c'est éprouver le sentiment d'existence dans toute son amplitude, c'est donner consistance au monde.

Nous nous retrouvons avec deux conceptions très différentes de la santé selon le point de vue adopté. Vue du médecin, la santé est celle mesurée par des appareils, vue du patient, elle est libre, non conditionnée, et, pour reprendre les termes de Canguilhem (2002), elle est une « authenticité d'existence ». Concilier ces deux aspects de la santé c'est introduire le vécu subjectif du patient dans la conception médicale de la santé : « La définition de la santé qui inclut la référence de la vie organique au plaisir et à la douleur éprouvés comme tels introduit subrepticement le concept de *corps subjectif* dans la définition d'un état que le discours médical croit pouvoir décrire en troisième *personne*. » (Canguilhem, 2002, p. 64)

► La notion de maladie

Du point de vue de la médecine allopathique, la maladie est vue comme « *un ensemble de symptômes dus à une pathologie organique sous-jacente*. » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 17) Selon cette conception biomédicale, la maladie provient d'un problème organique. L'objectif du médecin, dans ce cadre, est d'identifier les symptômes, de définir la pathologie, d'évaluer sa gravité et de proposer les traitements les plus appropriés. Pour cela, il s'appuie sur les résultats des examens paracliniques qui donnent des données quantitatives et statistiques sur l'état du corps, permettant ainsi de confirmer ou infirmer le diagnostic pressenti au vu des symptômes décrits par le patient.

Dans cette conception où la maladie est principalement définie par les examens de laboratoire, la médecine procède à une dissociation progressive de la maladie et du malade, faisant des médecins des « ingénieurs d'un organisme décomposé comme une machinerie. » (Canguilhem, 2002, p. 41)

La médecine classique se situe au sein du modèle ontologique tel que décrit par François Laplantine (1992) dans lequel la maladie est différenciée en « quelque chose quelque part » (p. 63) et considérée comme une entité ennemie et étrangère. Ce modèle trouve son origine épistémologique dans le « modèle botanique fondé sur le repérage des propriétés 'essentiels' des maladies qui peuvent désormais être cataloguées. » (Laplantine, 1992, p. 56) Les maladies sont isolables, différenciées, classifiées et localisées à un endroit précis du corps. Le médecin connaît l'endroit exact du mal et la cause de la lésion qu'il peut expliquer au patient. Cette représentation géographique de la maladie est rassurante pour le patient qui sait que c'est un organe en lui, qui n'est pas tout à fait lui-même, qui ne va pas. « Affirmer que la maladie est un corps étranger à expulser, une présence ennemie à juguler, une adjonction de quelque chose de mauvais à extraire, c'est délibérément refuser qu'elle puisse venir de soi-même et impliquer la personnalité du malade. » (Laplantine, 1992, p. 110) C'est refuser que la maladie vienne de soi, de son mode de vie, de ses habitudes alimentaires.

Mais la médecine oublie que « la maladie, c'est le risque du vivant en tant que tel. » (Canguilhem, 2002, p. 35) La maladie fait partie de toute vie, elle est un fait biologique universel qui rappelle à l'homme sa précarité, sa fragilité, le fait que toute vie tend vers une mort imprévisible et inéluctable. Il est donc normal de tomber malade du moment que l'on est vivant. Autrefois, la maladie se déroulait en temps réel, elle était un épisode majeur suivi par toute la famille qui vivait dans l'inquiétude et l'espoir d'une guérison. Actuellement, l'expérience de la maladie se fait plus rare, elle est immédiatement éradiquée par la pratique d'antibiothérapie et les vaccinations systématiques durant l'enfance.

Cette conception d'une médecine qui doit soigner à tout prix et rapidement entraîne une revendication du patient à un droit à la santé. Le malade ne trouve plus normal de souffrir, il oublie que la maladie est une épreuve inévitable qui teste et renforce les défenses de l'organisme, il veut retrouver immédiatement son état antérieur.

Etre malade, c'est voir toute sa vie envahie par la maladie, sa vie psychique, sa relation à soi et aux autres, c'est voir son champ d'action sur le monde amputé. Le patient se vit comme un sujet malade et ne peut se résoudre à considérer uniquement son organe comme malade. La maladie, en plus d'être source de douleurs et de souffrance, est également vécue comme épreuve existentielle questionnant le sens de la maladie, de la vie et de la mort. Etre malade, c'est vivre de l'intérieur la fragilité de la vie.

Nous nous retrouvons à nouveau avec deux conceptions différentes de la maladie, celle vécue en première personne par le patient avec toute la détresse affective et celle en troisième personne du médecin. Cette connaissance médicale « objective » du médecin, qui nécessite une distance avec le malade pour pouvoir le soigner, dissocie la maladie du malade. Cette médecine qui est à la recherche d'une cause lésionnelle à toute pathologie a peu de choses à apprendre du discours du patient, de son vécu et de son individualité.

► La notion de guérison

Le médecin, en identifiant les symptômes et en définissant la pathologie, propose un traitement en effectuant des correspondances entre la pathologie et le traitement. La guérison est le résultat du suivi d'un protocole thérapeutique adapté au diagnostic établi. Les correspondances peuvent agir soit sur les affinités (traiter le mal par le mal), soit sur les oppositions (traiter le mal par le bien). La médecine allopathique vise à juguler les symptômes par les contraires, en administrant une contre-agression de l'agent pathogène au patient, ou par une ablation de l'organe (Laplantine, 1992). Cette médecine très interventionniste va contre la nature et vise à accélérer la guérison. Elle est également très efficace mais entraîne souvent des effets secondaires.

Du côté objectif du médecin, « la guérison est visée dans l'axe d'un traitement validé par l'enquête statistique de ses résultats » (Canguilhem, 2002, p. 70), elle est le traitement le mieux étudié et expérimenté que la médecine peut offrir au patient.

Du côté du malade, la guérison est « ce que le malade attend du médecin, mais non ce qu'il en obtient toujours » (Canguilhem, 2002, p. 69), la guérison est ce que lui doit la médecine. Il attend la guérison de l'extérieur et ne considère pas la maladie

comme faisant partie de lui. Pour lui, la guérison est vitale car la maladie peut mettre en danger sa vie, il veut retrouver sa vie d'avant la maladie, retrouver la santé.

Mais que signifie guérir ? Guérir, selon l'étymologie, « c'est protéger, défendre, munir, quasi militairement, contre une agression ou une sédition. » (Canguilhem, 2002, p. 73) Assimiler la guérison à une bataille menée contre la maladie qui provoque un désordre au sein du corps, c'est la concevoir comme un retour à l'ordre antérieur, c'est retrouver la santé, se rétablir.

Mais, comme le souligne Canguilhem (2002), la guérison n'est pas un retour à un état normal antérieur, mais un effort dans la conquête d'une santé consciente de la précarité de sa valeur, une santé bouleversée par l'épreuve de la maladie qui, quelquefois, ne disparaît pas totalement. La guérison demande « d'avoir traversé l'épreuve de la maladie. En ce sens, elle implique un travail de deuil, celui de la maladie. » (le Blanc, 2006, p. 114) Guérir, selon ce point de vue, c'est perdre en maladie et gagner en santé, c'est substituer un nouvel ordre vital à l'ancien.

A nouveau, sont confrontés deux points de vue, celui du médecin pour qui la guérison est liée à des valeurs biologiques, et celui du patient pour qui la guérison est un retour à la santé après une traversée initiatique de l'épreuve de la maladie. Concilier ces deux points de vue nécessite de concevoir la guérison comme un processus entraînant des interventions physiques, physiologiques et humaines. Nous l'avons vu, « l'homme est [...] ouvert à la maladie non par une condamnation ou par une destinée mais par sa simple présence au monde. » (Canguilhem, 2002, p. 89) Dans cette vision où la maladie fait partie de la vie, la guérison est un processus qui permet à l'homme de surmonter les capacités altérées par la maladie, tout en sachant qu'elle contient un risque, celui de son insuccès.

► La notion de corps

Le corps qui se trouve au sein de l'interaction entre le soignant et le patient, est un corps malade, en souffrance. Il se trouve être « l'objet » de soin et le motif de contact avec le professionnel de la santé. Quand le patient vient avec un bras cassé, c'est bien le bras qui fera l'objet des soins, « mais c'est la globalité de l'être au monde du blessé, rendu invalide dans certains de ses gestes les plus quotidiens, qui se trouve

affectée. » (Vinit, 2007a, p. 12) Nous nous retrouvons, comme dans les autres notions déjà établies, avec un double regard sur le corps que nous allons détailler.

Le médecin, pour explorer le corps de son patient à la recherche de signes, utilise des techniques d'exploration au détriment de l'examen clinique du corps par ses cinq sens. Les appareils d'imagerie offrent une nouvelle visibilité du corps, créant ainsi une nouvelle représentation de celui-là qui conditionne l'intervention du médecin. Le corps devient un objet mis à plat, sous forme d'images et de chiffres, et peut être consulté en l'absence du patient, permettant ainsi une meilleure objectivité. Même s'il est possible de contempler le corps sur un écran, on ne peut oublier qu'il s'agit là d'une représentation qui procède du dehors et qui éloigne du corps, qu'il s'agit d'une reconstruction du corps selon un modèle. L'imagerie offre une vision de l'intérieur du corps, alors même que cette intériorité est inaccessible à celui qui vit le corps.

La médecine moderne, par l'utilisation des nouvelles technologies telles que prélèvement et greffe d'organes, procréation in vitro, clonage, considère le corps comme un objet familier qu'il est possible de se représenter et de manipuler. En séparant le corps de l'homme qu'il incarne, la médecine donne au corps une valeur d'objet, négociable en fonction des besoins. Dans un extrême de cette conception du *corps objet* appartenant à l'individu, il est possible de le séparer de la personne et de le vendre, d'en négocier une partie. La médecine moderne s'adresse donc au corps, en délaissant la personne qui l'habite, et pose la question de la valeur de la vie : « Elle écarte de ses soins l'homme malade, son histoire personnelle, sa relation à l'inconscient, pour ne considérer que les processus organiques qui se jouent en lui. » (Le Breton, 2005, p. 10) Elle estime possible de soigner la maladie en excluant l'homme malade.

Cette vision où le corps vécu est ignoré, où la subjectivité est évacuée, véhicule l'idée que la vie humaine dépend entièrement de l'équilibre des processus physico-chimiques et biologiques, que le corps est une masse physique constituée de parties partiellement remplaçables, au service de la raison et du vouloir.

Le malade voit son existence réduite aux seuls besoins de son corps, la maladie laisse son empreinte au corps, empreinte souvent douloureuse qui encombre tout l'espace de sa vie. Le corps malade sort de son silence pour devenir objet d'attention et de soins : il est lourd, douloureux et modifié par les effets secondaires des traitements. Il refuse de se faire oublier. Le patient vit souvent la pathologie comme un

envahissement de son intimité, transformant ainsi son corps en un corps étranger qu'il ne reconnaît plus.

A nouveau, le corps est perçu de manière différente par le médecin et le patient. Le médecin le considère comme un objet qu'il est possible de manipuler et de séparer de la personne pour effectuer des analyses. Pour le patient, le corps malade est douloureux, envahissant, le rappelant constamment à sa présence. Nous allons voir que le toucher utilisé par le médecin, n'est pas un toucher qui offre une réconciliation entre le corps objet vu et le corps sujet vécu.

► La notion de toucher

Dans la culture médicale dominante, « l'attitude soignante se caractérise généralement par l'évitement du corps du patient en dehors des gestes techniques exigés par les soins. » (Vinit, 2007a, p. 14) Le médecin touche peu le patient. Lorsqu'il le fait pendant le temps de l'auscultation, son toucher est guidé par un savoir préétabli du corps dans l'objectif de chercher ce qui permettra le diagnostic. Il palpe un corps objet à la recherche de signes cliniques, sans tenir compte des réactions du patient à son toucher, à l'exception de la douleur.

Le toucher médical est également instrumentalisé quand le médecin touche le patient à travers son stéthoscope, lors d'une prise de sang ou d'examens radiologiques. Ce toucher n'est pas toujours vécu de manière agréable par le patient, il peut même être douloureux.

Le toucher du médecin n'est pas à proprement parlé une technique de soin, il ne représente pas la possibilité d'une communication émotionnelle entre patient et soignant ou l'expérience d'une présence à soi et à l'autre. Nous verrons, avec la kinésithérapie et la fasciathérapie, que le toucher peut être abordé par lui-même comme une technique thérapeutique spécifique de la relation soignant-soigné.

Le patient, quant à lui, attend du médecin qu'il le touche, qu'il le rassure et qu'il prenne en compte son vécu subjectif.

En conclusion, nous pouvons dire que le modèle biomédical de la santé tel qu'il est actuellement présent dans la médecine, privilégie le curatif sur le préventif, ce qui n'est pas sans influencer la relation de soins établie entre le médecin et son patient.

En premier lieu, en privilégiant une conception de la santé mesurée par les appareils à une santé entrevue comme un bien-être permettant à l'individu d'interagir avec l'environnement, elle se centre sur la maladie au détriment du malade et de son monde. En second lieu, cette vision d'une médecine tournée à soigner la maladie qui a une cause organique, établit une prédominance de l'organique, donc du corps, sur le psychologique, créant une réelle coupure entre corps et esprit. Troisièmement, la relation établie entre le médecin qui détient la connaissance médicale et le patient qui ne sait rien, est de type paternaliste. Elle privilégie donc le médecin au sein de la relation soignant-soigné. Finalement, en favorisant la technicité sur le relationnel et le social, elle écarte en majeure partie le vécu subjectif du patient de sa maladie.

Ce modèle biomédical de la santé, qui véhicule l'idée que la vie humaine dépend de l'équilibre des processus biologiques, est centré sur la maladie, l'organique, le soignant et la technique.

2.1.2 Le champ de la kinésithérapie

La kinésithérapie est définie par le dictionnaire Petit Robert (2006) comme l'« emploi thérapeutique des mouvements de gymnastique et des diverses formes de massages. » (p. 1444) Cette définition permet de différencier, au sein de la kinésithérapie, la rééducation motrice qui vise au rétablissement de la fonction motrice et la massothérapie qui est basée sur la manipulation des tissus mous par des techniques de massage.

Le champ d'application de cette profession s'est étendu pour inclure la revalidation respiratoire et cardiaque, l'orthopédie, la pédiatrie, la neurologie et la maternité. Le kinésithérapeute n'est plus seulement amené à soigner les déficiences physiques, il est également actif dans la réintégration de la personne dans son milieu social et professionnel.

Michel Barat (2007) différencie plusieurs techniques utilisées en kinésithérapie : les techniques de renforcement musculaire, les techniques de facilitation et de reprogrammation neuromotrice, la kinébalnéothérapie et le massage thérapeutique. Les traitements de kinésithérapie utilisent le toucher (techniques de massage, de mobilisation, etc.), le mouvement (techniques de rééducation, de facilitation

proprioceptive, de renforcement musculaire, etc.) ou des appareils (électrothérapie, etc.).

L'acte kinésithérapique inclus le diagnostic des besoins et des potentiels de l'individu en matière de mouvement, l'établissement d'un plan de traitement avec des objectifs quantifiables, l'intervention kinésithérapique et l'évaluation de celle-ci (WCPT, 2003). Pour résumer, nous pouvons dire que la pratique kinésithérapique consiste en deux processus d'activité conjoints : traiter le patient dans le but de retrouver une mobilité qui occasionne la gêne quotidienne et établir un bilan-diagnostic permettant de définir une thérapeutique adaptée (Olry, Lang & Froissart-Monet, 2003).

La kinésithérapie est une profession paramédicale dont la formation et la pratique sont sous le contrôle de l'autorité médicale. En effet, les actes effectués par les kinésithérapeutes sont régis, en Belgique, par une prescription rédigée par un médecin qui indique le diagnostic établi, les prestations demandées et le nombre de séances de traitement à effectuer par le kinésithérapeute.

Dans ce sens, la kinésithérapie fait partie du champ de la médecine allopathique. Mais, selon Jacques Vaillant (2003), la kinésithérapie, en bénéficiant d'une image de thérapie manuelle auprès du public, peut être vue comme une alternative à la médecine. La kinésithérapie, selon cette conception, fait également partie du champ des thérapies alternatives.

► La notion de santé

Selon Gatto (2005), la kinésithérapie, quand elle met la maladie au centre du dispositif de soins, se situe dans le modèle biomédical de la santé. Au sein de cette logique positiviste où l'objectif est de corriger la déficience, la dimension curative du soin est prédominante. Nous nous retrouvons dans le modèle dominant de la médecine allopathique.

Selon la World Confederation for Physical Therapy (WCPT, 2003) « la kinésithérapie est un ensemble de services rendus aux personnes et aux populations dans le but de développer, d'entretenir et de restaurer des capacités maximales de mouvement et de fonction tout au long de la vie. » (p. 34) Elle s'adresse donc à toutes personnes dont le mouvement est menacé par le vieillissement, la blessure ou la maladie, au sein des sphères de la promotion de la santé, de la prévention, du

traitement et de la réhabilitation. Son objectif est de rétablir la fonction motrice pour permettre au patient de retrouver la fonctionnalité de son corps.

L'originalité de cette conception de la kinésithérapie est d'inclure la promotion de la santé dans son champ de compétences. La promotion de la santé est définie par l'OMS (1986) dans sa Charte d'Ottawa, comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. »

La France s'est adaptée à cette nouvelle demande de promotion de la santé (loi du 4 mars 2002) en demandant aux acteurs de santé d'articuler de nouvelles compétences éducatives à leurs compétences biomédicales. Cette modification demande aux kinésithérapeutes de faire évoluer leur pratique en incluant dans leurs soins une éducation à la santé. Toujours selon Gatto (2005), cette modification des compétences place la kinésithérapie au sein du modèle global de la santé, en ajoutant au modèle biomédical une notion d'équilibre entre l'individu et son environnement. Ce modèle préconise une prise en charge thérapeutique, éducative et sociale du patient.

Cette dimension éducative n'est, pour l'instant, pas présente dans les programmes de formation de la kinésithérapie en Belgique et ne fait pas l'objet, à notre connaissance, d'une volonté des pouvoirs publics.

La kinésithérapie, telle qu'elle est pratiquée et enseignée en Belgique, est centrée sur la dimension curative du soin. Être en bonne santé c'est, pour un kinésithérapeute, la possibilité de tout être humain, quel que soit son âge, de pouvoir utiliser ses potentialités motrices de manière optimale et non douloureuse.

► La notion de maladie

Le kinésithérapeute est amené à s'occuper de pathologies diagnostiquées par un médecin et préalablement traitées ou opérées. Dans ce cas, la conception de la maladie véhiculée par la kinésithérapie est celle de la médecine et appartient au modèle ontologique tel que décrit par Laplantine (1992). D'autre part, le kinésithérapeute est également amené à s'occuper de pathologies fonctionnelles, comme une arthrose de genou, où la maladie est considérée « comme un dérèglement soit par excès, soit par défaut. » (Laplantine, 1992, p. 63) Dans ce modèle fonctionnel, la maladie n'est plus entrevue comme une lésion mais comme une fonction qui s'est altérée par excès ou par défaut au fil du temps, incluant ainsi la temporalité dans son concept.

En appréhendant l'organisme de manière locale et de manière dynamique et fonctionnelle, la kinésithérapie a une conception de la maladie qui est à la fois ontologique et fonctionnelle.

► La notion de guérison

La kinésithérapie est une thérapie du mouvement humain. Le mouvement permet à l'homme de s'engager dans la vie en manifestant son expérience et son vécu personnel. Proposer une rééducation du mouvement, c'est donc permettre à la personne de retrouver une liberté gestuelle en incluant sa subjectivité dans l'acte thérapeutique. La notion de guérison est entrevue comme une restauration des potentialités motrices de l'homme aux différentes périodes de sa vie.

Nous allons reprendre la différenciation des moyens d'action de la kinésithérapie (la massothérapie et la rééducation motrice) pour étudier leurs modes thérapeutiques spécifiques.

La massothérapie est une technique de soin où le patient, le plus souvent allongé, est massé par le thérapeute dans l'objectif de retrouver une fonctionnalité vivante par une manipulation des tissus mous. Dans ce soin, la relation entre le kinésithérapeute et le patient est directe et asymétrique, dans le sens où le premier est actif et le second passif. Le thérapeute, quand il a pour objectif de détendre et/ou de renforcer les muscles, est assimilé à « un combattant engageant une véritable guerre contre la maladie » (Laplantine, 1992, p. 209). Par contre, le temps du massage est également un temps de communication qui offre une relaxation et une détente au patient. C'est un moment où la subjectivité du patient est prise en compte.

Par son côté combattant, la massothérapie est assimilée au modèle ontologique de la médecine classique, et par la prise en compte de la subjectivité, elle s'apparente plus au modèle fonctionnel.

La rééducation motrice est une action thérapeutique qui permet au patient de retrouver une fonctionnalité motrice tout en se mobilisant lui-même. Elle demande au patient d'être actif dans son processus de guérison en effectuant lui-même des répétitions de mouvement, avec ou sans l'aide d'appareils, dans l'objectif de renforcer

sa musculature. Nous nous retrouvons dans un modèle fonctionnel où la maladie est vécue comme une défaillance, un amoindrissement.

Le kinésithérapeute a également un rôle pédagogique dans l'éducation du patient à acquérir une nouvelle mobilité. Nous nous retrouvons dans un modèle où « la fonction thérapeutique [est] dévolue au malade lui-même considéré comme l'agent principal de la cure, alors que le thérapeute est plutôt un passeur aidant ce dernier à évoluer d'un état à un autre. » (Laplantine, 1992, p. 215) Ce modèle est évidemment éloigné de l'approche médicale occidentale et confère à la maladie un sens à prendre en compte dans l'acte thérapeutique.

Tout en privilégiant une conception de la guérison qui fait appel au modèle fonctionnel de la médecine, la kinésithérapie se retrouve également au sein du modèle ontologique. Sa particularité est de proposer une massothérapie et une rééducation motrice du geste humain qui ne peut faire abstraction de l'homme qui bouge. Nous avons vu que tout en étant interventionniste, elle laisse également le patient prendre en charge sa rééducation, permettant ainsi de rééquilibrer la relation thérapeute-patient.

► La notion de corps

Au sein de nos sociétés occidentales, le corps en bonne santé se vit de manière naturelle et est souvent cantonné au silence et à l'effacement, au contraire du corps malade ou blessé qui rappelle sa présence en limitant son champ d'action. Pendant le temps de la maladie, le corps se modifie, se morcelle et le travail du kinésithérapeute est de rendre au corps une unité fonctionnelle.

La kinésithérapie est tournée autour du soin du corps. Son champ d'action est vaste et mobilise le corps dans différentes situations. Le corps peut être mis en mouvement dans l'eau des thermes pour faciliter la rééducation du mouvement, en position debout ou assise dans une salle de gymnastique pour être mobilisé passivement ou activement ; le corps peut être étendu sur une table pour être mobilisé, massé ou enveloppé ; il peut être musclé et endurci pour lui permettre de retrouver sa force et prévenir la maladie.

Nous pouvons dire que le kinésithérapeute s'adresse à un *corps objet* quand le massage ou les techniques appliquées se font de manière machinale, quand le toucher

est non touchant, à distance du patient. Nous entendons par *corps objet* un corps mobilisé comme une machine au service d'une volonté, quand la personne-sujet est ravalée au rang d'un objet. D'autre part, ce corps objet est également présent chez les patients quand ils arrivent chez le kinésithérapeute en demandant de « réparer » leur épaule qui ne bouge plus, comme s'ils amenaient une partie de leur corps « en réparation ».

Mais le kinésithérapeute s'adresse également au *corps sujet* quand le massage interpelle la dimension affective du patient, quand la technique utilisée permet au patient d'être à l'écoute d'informations provenant de son corps et de créer un nouveau rapport à son corps. Dans ce cas, le patient témoigne, après un massage, d'un bien-être qui provient d'un état de relâchement de son corps et d'une contagion de ce bien-être sur son état psychologique. Un simple massage permet d'établir une relation entre le corps et l'esprit.

Finalement, ce ne sont pas les techniques utilisées qui font que le kinésithérapeute s'adresse à un *corps objet* ou à un *corps sujet*, mais bien la manière de les utiliser, même si certaines techniques sont plus propices que d'autres à éveiller une relation sensorielle au corps. C'est en prenant le temps d'écouter la plainte du patient et de l'intégrer dans son protocole thérapeutique, en offrant le temps au patient de ressentir les effets de l'action thérapeutique que le corps devient une présence moins douloureuse, sans perdre de sa consistance. « La valeur thérapeutique du massage ne saurait en ce sens être séparée, sinon à en faire une forme de technicité froide, de l'importance plus générale du contact humain. » (Vinit, 2007b, p. 558)

► La notion de toucher

Le kinésithérapeute est un soignant qui fait du toucher un outil d'investigation et d'instrument de soin. Boris Dolto (2006) fait une distinction entre le palper du médecin qui a pour objectif de localiser une anomalie et d'établir un diagnostic, et le toucher du masseur qui cherche la raison des désordres corporels et qui rend au patient une fonction accidentellement perdue. Le kinésithérapeute inclut une dimension thérapeutique à son toucher qui n'est pas présente dans le palper du médecin.

Le massage thérapeutique consiste à mobiliser une partie du corps par des techniques d'effleurage, de pétrissage, de friction et de percussion. Cette forme de rééducation utilise les mouvements passifs et réflexes du corps. Les bienfaits du massage sont

traditionnellement exprimés en termes de relâchement des tensions musculaires, d'évacuation des toxines et de diminution de la douleur. Par ailleurs, « les études existantes démontrent notamment l'incidence du massage sur la croissance des prématurés, sur la douleur des patients atteints de cancer, sur la capacité de concentration des adolescents souffrant du syndrome de déficit de l'attention, ainsi que sur les symptômes reliés à la fibromyalgie à la fibrose kystique. » (Field, 2003, cité par Vinit, 2007b, p. 557)

Le massage thérapeutique est un massage où les gestes posés sont codifiés dans un objectif thérapeutique et de mise à distance du patient pour le protéger. En effet, par son toucher, le kinésithérapeute pénètre dans l'intimité tant physique que psychologique de l'individu. Il est donc important que le thérapeute norme la relation afin d'éviter tout dérapage ultérieur, et une façon de le normer est d'utiliser un toucher codifié.

Le massage, nécessitant un temps de présence conséquent, permet au thérapeute d'instaurer une relation de confiance et d'échange avec le patient qui peut librement confier sa peine, ses émotions et sa vie. Ainsi, le kinésithérapeute, tout en rééduquant le corps, place également le patient au centre de ses soins.

En conclusion, nous pouvons dire que le modèle de santé que nous retrouvons au sein du champ de la kinésithérapie en Belgique est essentiellement un modèle biomédical tel que nous l'avons décrit dans le champ de la médecine, par le fait qu'elle est sous le contrôle de l'autorité médicale. Sa spécificité, qui est d'utiliser principalement le mouvement et le toucher dans ses actes thérapeutiques, va offrir des nuances que nous allons nommer.

En premier lieu, tout en privilégiant l'aspect curatif du soin, le kinésithérapeute, par le temps conséquent passé avec le patient, peut établir une relation de confiance avec le patient. Cette relation permet au patient de prendre plus de place au sein de la relation soignant-soigné, même si cette dernière reste asymétrique. Elle permet également d'offrir, tout en s'adressant à la pathologie, une forme de prévention par l'apprentissage de gestes plus fonctionnels. D'autre part, le kinésithérapeute peut inclure dans son geste thérapeutique centré sur le corps, le vécu subjectif du patient, offrant ainsi une dimension psychologique à son toucher.

Ainsi, la kinésithérapie offre un modèle biomédical moins radical en voulant rétablir l'unité fonctionnelle du corps, et en introduisant le corps et la personne dans l'acte thérapeutique. Son acte reste toutefois centré sur la pathologie et sur

l'organique tout en incluant le patient dans son corps vécu et en apportant une dimension subjective au toucher.

2.1.3 Le champ de la fasciathérapie

La fasciathérapie, technique manuelle élaborée en 1981 par Danis Bois, actuellement professeur à l'Université Fernando Pessoa, a pour premier objectif de soigner une personne qui souffre de douleurs physiques. Dans cet accompagnement, une grande place est donnée au geste manuel thérapeutique dans le but de soulager et de supprimer la cause de la douleur, dans la mesure où l'origine de cette douleur est de son ressort.

La fasciathérapie, comme son nom l'indique, s'adresse en premier lieu au fascia¹ qui a la particularité d'offrir une unité fonctionnelle corporelle. Ainsi, tout geste thérapeutique qui s'adresse au fascia concerne la globalité corporelle de la personne, de la superficie de la peau à la profondeur du périoste.

La fasciathérapie est également une thérapie du mouvement, dans le sens où elle propose une rééducation du geste tout en envisageant le mouvement comme un mode de rapport à soi. Dans ce sens, en parlant de rééducation sensorielle du geste, elle allie le mouvement objectif et moteur à la perception sensorielle de ce geste. Elle propose donc, au sein du même geste, de soigner et d'éduquer le patient à une perception de son corps en mouvement. La pratique de la gymnastique sensorielle tout en enrichissant la gestuelle de nouvelles possibilités et la relation au corps de nouvelles perceptions, a pour objectif d'exprimer son vécu intérieur dans une gestuelle visible authentique.

En sollicitant le lien entre corps et psychisme, la fasciathérapie inclut également dans son approche thérapeutique une relation d'aide verbale permettant d'interroger le vécu du patient pendant ou après le temps du soin. Cette dimension du soin, où l'attention est posée sur les effets du traitement mettant le patient en relation avec sa vie, ses émotions et ses projets, est à l'origine de la somato-psychopédagogie, nouvelle

¹ Le fascia est un tissu conjonctif qui a la particularité d'envelopper toutes les structures anatomiques, formant ainsi une unité fonctionnelle corporelle.

discipline émergeant du champ de la fasciathérapie. Ainsi, « la méthode, qui jusqu'alors s'était déployée sur le mode du toucher et du geste, s'enrichissait d'une vocation formative visant à créer une activité perceptive et cognitive capable de saisir et de traiter le sens contenu dans l'expérience sensible. » (Bois, 2008, p. 11)

La relation au corps peut être décrite comme un processus d'accès et de déploiement, du vécu et du sens associé à ce vécu. Ce sens, quand il est confronté aux représentations, nécessite souvent une transformation de leurs contours (Berger & Bois, 2007). La formalisation de cette pratique donne lieu au modèle de la *modifiabilité perceptivo-cognitive*² de Danis Bois (2005). Ce modèle en sept étapes est issu de la formalisation de centaine de sujets ayant fait l'expérience du corps sensible et « se situe à une échelle temporelle large : il nomme de grandes étapes au sein d'une expérience d'accès au sens. » (Berger & Bois, 2007, p. 29) Danis Bois (2007), dans sa thèse de doctorat, a étudié le lien entre contenu de vécu et transformation de la représentation, et constate que l'instauration d'un nouveau rapport à son corps, à son vécu et à sa pensée entraîne une transformation existentielle de la personne qui vit en conscience sa relation au corps.

Cette brève présentation de la somato-psychopédagogie a pour objectif de montrer l'étendue actuelle de la fasciathérapie, même si ce mémoire est focalisé sur la fasciathérapie proprement dite, et plus particulièrement sur le toucher manuel et le champ de son apprentissage.

La spécificité de la fasciathérapie est de proposer une démarche thérapeutique qui repose sur la perception du *mouvement interne*, force vitale qui anime les organes et les articulations du corps, qui existe quelle que soit notre activité. Ce mouvement interne, support de tout soin effectué en fasciathérapie, n'est pas visible à l'œil nu, mais perceptible à un toucher entraîné. Nous allons voir qu'il est central dans les conceptions de soin, de santé et de maladie en tant que véritable force de vie et de guérison. La fasciathérapie, en s'appuyant sur la puissance du mouvement interne dans ses protocoles de soin, ne peut faire abstraction du sens donné à la vie par le patient et ne manquera pas d'interroger cette relation existentielle lors d'un soin.

La fasciathérapie est une profession paramédicale enseignée dans différents pays au sein d'organismes privés non académiques, à un public composé de kinésithérapeutes et de médecins. Cette profession n'a pas de reconnaissance officielle, dans le sens où

² Pour une description détaillée du modèle de la modifiabilité perceptivo-cognitive de Danis Bois, nous renvoyons le lecteur au livre d'Eve Berger (2006), *La somato-psychopédagogie ou comment se former à l'intelligence du corps*.

elle ne délivre pas de diplôme d'état ou de master, même si elle est enseignée dans des cycles supérieurs universitaires.

Les actes fasciathérapeutiques sont, en Belgique, effectués par des kinésithérapeutes qui, par ailleurs, sont sous le contrôle de l'autorité médicale. Nous pouvons donc dire que la fasciathérapie, telle qu'elle est pratiquée en Belgique, fait partie du champ de la médecine officielle et de la kinésithérapie. D'autre part, et nous allons le voir par ses concepts de santé et de maladie, la fasciathérapie place son originalité dans le champ des thérapies alternatives.

► La notion de santé

La fasciathérapie, par sa proximité à la kinésithérapie, se place naturellement dans le champ biomédical de la santé, dans le sens où le soin qu'elle propose est curatif. Nous l'avons vu, son premier objectif est de soulager le patient de ses douleurs et souffrances.

Par contre, elle s'éloigne du champ biomédical en s'inscrivant dans une conception de la santé décrite non plus comme absence de maladie, mais « comme source, comme provenance du dynamisme non seulement de notre maintien en vie, mais du déploiement de cette vie portée vers son accomplissement. » (Honoré, 2003, p. 13) Concevoir la santé comme une force de vie à conquérir, c'est aborder la santé telle que la vit le patient et c'est la considérer comme un bien intérieur que l'on peut percevoir. La santé n'est plus un silence des organes mais une tonalité particulière, subjective et perceptible qui se découvre au sein de l'expérience corporelle.

La fasciathérapie, en assimilant la santé au processus de la vie elle-même et à une qualité de présence à son corps, offre une possibilité de relation à sa santé et à soi-même en tant que vivant cette santé. Cette dernière, dans cette conception, est entrevue comme la perception d'un état du corps qui sert de référence interne à la personne, lui permettant ainsi de se sentir en bonne ou mauvaise santé.

Pour parvenir à cet objectif d'une relation à sa santé, la fasciathérapie propose une éducation à son geste par la perception de son corps en mouvement. Lors des séances de rééducation gestuelle, le fasciathérapeute enseigne des combinaisons de mouvements au patient qui, par sa participation active au geste, l'implique dans son processus de soin. En proposant la restauration d'une bonne fonctionnalité corporelle, ces enchaînements sont évidemment thérapeutiques tout en permettant « d'instaurer

un nouveau rapport au corps, au vécu et à la pensée » (Bois, 2008, p. 10). Dans ce sens, tout geste thérapeutique a une fonction soignante et en même temps formative, dans le sens où tout geste est une possibilité de se percevoir et d'apprendre de soi.

La dimension formative du soin est, pour Danis Bois (2007), indissociable de sa dimension curative : « La santé est soumise à certaines conditions et notamment à la condition de faire de sa vie un terrain d'apprentissage permanent. » (p. 31) Dans cette dimension formative du soin, le patient devient acteur de sa santé, il n'est plus « patient » mais un apprenant de lui et de son bien-être. Ainsi, le soin devient *formatif* pour le patient dans le sens où il va modifier ses conceptions de la santé, de son rapport à lui-même et aux autres.

D'autre part, permettre au patient d'être acteur de sa santé c'est, pour le thérapeute, offrir une approche du soin centrée sur la personne, laisser une place à l'écoute du patient qui souffre, c'est-à-dire permettre au patient d'investir la relation thérapeutique. Ainsi, comme le souligne Pierre Dominicé (2005), « la prise en compte de l'expérience du patient et la reconnaissance de sa capacité à comprendre ce dont il souffre et à prendre en charge sa condition de malade introduit dans la pratique médicale une dimension formatrice. » (p. 71) Une éducation à la santé demande au thérapeute d'être éducateur de soins et au patient acteur de sa santé.

Apporter conjointement une dimension curative et formative au soin, c'est tout d'abord enrichir le modèle biomédical de la santé d'une dimension formative. C'est également envisager le soin comme une réponse à une absence de santé et comme un apport au maintien de la santé. Le soin, dans ce cadre, s'adresse autant à la maladie qu'à la santé. C'est finalement considérer le soin comme une opportunité de s'éprouver en tant qu'être humain.

En proposant un concept de santé comme un processus où le sujet est actif, qui ne subit plus le monde mais interagit activement avec lui, la fasciathérapie se rapproche de la *promotion à la santé* préconisée par l'OMS dans sa charte d'Ottawa (1986) sans toutefois couvrir l'étendue de ce concept. La fasciathérapie propose bien une éducation de son corps dans sa relation à lui-même et à la santé au sein de l'acte thérapeutique, mais ne peut, à elle seule, répondre à tous les besoins fondamentaux de l'homme. Une telle conception de la santé demanderait une approche pluridisciplinaire. D'autre part, les fasciathérapeutes-kinésithérapeutes belges sont soumis à la prescription médicale, et ne peuvent proposer une éducation à la santé que dans le cadre d'une pathologie. Finalement, une telle conception de la santé demanderait à

être soutenue par un contexte social et politique favorable à une telle conception de la santé.

► La notion de maladie

Pour comprendre la conception de la maladie décrite par la fasciathérapie, nous allons nous tourner vers l'anthropologie et la sociologie de la santé qui proposent trois concepts complémentaires de la maladie (*disease*, *illness* et *sickness*), issus de la langue anglaise (Massé, 2007).

Le concept de *disease* se réfère aux troubles organiques objectivables ayant des symptômes identifiables. C'est la maladie en tant que « réalité biologique », maladie identifiée par le médecin. Le concept d'*illness* correspond à l'expérience subjective des patients en relation avec les *diseases*. C'est la maladie en tant que « signification ». Le concept de *sickness* traduit les choix thérapeutiques des individus. C'est la maladie en tant qu' « itinéraire de soins ». La fasciathérapie prend en compte les dimensions de la maladie en tant que réalité biologique (*disease*) et vécu signifiant (*illness*), et peut être une étape dans l'itinéraire de soins (*sickness*) vécu par le patient.

La maladie est tout d'abord entrevue comme une rupture avec une physiologie (*disease*) qu'il faut restaurer (Bois, 2006). Cette conception de la maladie place la fasciathérapie dans le modèle fonctionnel de Laplantine (1992) qui repère un continuum entre la maladie et la santé. Dans ce modèle, la maladie n'est plus considérée comme deux entités en lutte, l'une bienfaisante et l'autre malfaisante, mais est décrite en termes de modifications physiologiques.

Nous retrouvons une conceptualisation de l'ensemble des réactions biologiques et physiologiques, qui traduisent l'adaptation spontanée du corps face à un choc ou un stress, dans le modèle de la *voie de résonance d'un choc*³ établie par Danis Bois (Bois & Berger, 1990). La *voie de résonance d'un choc* constitue un modèle de lecture et de libération du processus d'installation de la pathologie au sein des tissus et de son impact psychologique en prenant en compte tout le corps, et non uniquement la région ou l'organe lésé.

Quand la personne est en forme et que sa vitalité est suffisante, les réactions ne durent que le temps de l'adaptation, le corps retrouvant ensuite rapidement son état

³ Pour une description détaillée de la voie de résonance d'un choc, nous renvoyons le lecteur au livre de Nadine Quéré (2004), *La pulsologie Méthode Danis Bois*.

de base. Mais quand l'intensité du choc dépasse les capacités d'absorption du moment, certaines phases peuvent perdre leur réversibilité et s'inscrire dans les tissus. Une crispation des tissus ou un ralentissement du débit sanguin peut ainsi entraîner un symptôme ou une pathologie, expression finale d'un long processus silencieux de dégradation. Ce modèle de la *voie de résonance d'un choc* montre que le processus pathologique s'installe dans le corps soit par excès, soit par défaut.

D'autre part, et la *voie de résonance d'un choc* nous le montre également, la fasciathérapie privilégie la cause endogène en considérant « préférentiellement la réaction de l'organisme [...] à l'agent d'excitation » (Laplantine, 1992, p. 106), dans l'explication de la pathologie et dans le traitement manuel qu'elle propose. Cette conception endogène, où la maladie est générée par l'homme, souligne la responsabilité du malade dans le processus pathologique. Être responsable de sa maladie n'est pas une posture facile à endosser, elle peut même devenir culpabilisante ou éprouvante dans la quête de sens qu'elle demande. La fasciathérapie offre un accompagnement du sens individuel mis à l'œuvre par la maladie en s'appuyant sur la relation au corps qui est vécue comme source de significations.

Trouver un sens à la pathologie, c'est considérer le symptôme non plus « comme une aberration à juguler, mais comme un message à écouter et à décrypter. » (Laplantine, 1992, p. 134) Le symptôme est considéré comme une réponse adéquate de l'organisme face à l'événement et constitue l'amorce d'un processus de guérison. La *voie de résonance d'un choc* montre bien ce processus où, tout en offrant une lecture de l'installation du processus pathologique, permet également de restaurer la force interne de la personne au sein de son corps et de sa psychologie.

Trouver un sens à la pathologie, c'est également donner un sens à sa vie qui est momentanément entravée par la maladie. C'est placer le patient au centre du soin et le considérer dans son histoire. C'est considérer la maladie comme un long processus inscrit dans la temporalité du patient.

Être malade, nous l'avons vu, c'est voir sa vie envahie par la maladie et voir son corps devenir un corps étranger. La fasciathérapie, en concevant la santé comme une force de vie, ne considère pas la maladie comme une force opposée de non-vie, mais comme un empêchement à l'épanouissement de la vie. Mais libérer les tensions corporelles empêchant cette expansion de la vitalité ne permet pas toujours de guérir, ce qui fait de cette force une vitalité humaine et non une toute puissance divine.

La conception de la maladie véhiculée par la fasciathérapie privilégie le modèle fonctionnel de la maladie (*disease*) en plaçant les modifications physiologiques dans un continuum entre maladie et santé. Elle privilégie également la cause endogène à la cause exogène en plaçant le patient au sein du processus thérapeutique, comme nous le montre la *voie de résonance d'un choc*.

Nous retrouvons ici une vision de la maladie qui prend en compte l'homme se trouvant derrière toute maladie (*illness*), son histoire, son vécu de la pathologie (*sickness*) et le sens qu'il lui donne, et qui donne un sens positif au processus pathologique dans sa tentative de restaurer l'équilibre perdu.

► La notion de guérison

Le soin proposé par la fasciathérapie tout en s'adressant au corps souffrant du patient et à sa force d'auto-guérison, va inclure dans son geste la globalité de la personne. Le malade est avant tout une personne en chair et en os qui voit sa relation à son corps et au monde se modifier par l'événement de la maladie. Le soin va donc s'adresser à cette personne située dans son corps et dans le monde. Le malade est également une personne en vie qui questionne le sens de son existence. Prendre soin, c'est questionner la personne dans sa relation à son existence, à sa maladie, à sa souffrance.

Aux deux conceptions du soin comme *faire des soins* et *prendre soin de l'autre*, la fasciathérapie apporte à la notion de soin une dimension existentielle. Tout comme pour Bernard Honoré (2003), elle considère le soin comme indissociable de la sauvegarde de l'existence, comme une dimension de toute existence. Ainsi, prendre soin d'une personne, c'est aller au-delà des symptômes et porter son attention sur le sens de la maladie pour celui qui souffre, « c'est adopter une démarche dont l'allure tient à une conception du soin pratiqué dans le souci de l'existence de la personne malade. » (Honoré, 2003, p. 47)

Une telle posture n'est pas sans impliquer le soignant lui-même dans sa relation à sa santé et à son existence. Tout homme est, à des moments critiques de sa vie, en demande de soin pour sauvegarder son existence. Ainsi, tout soignant se retrouve à des moments particuliers de sa vie dans la posture de soigné, et ne peut omettre cette posture dans la relation inverse de soin qu'il établit dans sa profession. Il ne peut s'oublier en tant qu'être humain et vulnérable dans la relation soignante qu'il établit, il ne peut oublier de prendre soin de son existence. « A la fois soignant et soigné, sur des

plans différents et à des périodes différentes de son histoire, il existe au monde dans l'obligation du soin pour assumer, prendre en charge sa condition de 'vivant en coexistence'. » (Honoré, 2003, p. 127)

Nous avons vu avec G. Canguilhem (2002) que guérir ce n'est pas retrouver sa santé d'avant, mais bien substituer un nouvel ordre vital à l'ancien. Le soin en fasciathérapie se retrouve également dans cet accompagnement de la vie du patient qui est momentanément fragilisée par l'événement de la maladie qu'il ne peut gérer tout seul, en tentant d'apporter une réponse cohérente et humaine à la vulnérabilité dévoilée par le patient.

Concevoir la maladie comme un empêchement à l'épanouissement de la force de vie c'est, pour la fasciathérapie, aborder la guérison comme un processus où le mouvement interne est considéré comme une force de vie qui joue un rôle actif. En effet, la fasciathérapie s'appuie sur la conviction que le corps connaît la solution à son problème mais que le patient a souvent besoin de la main d'un thérapeute pour dénouer les tensions empêchant l'épanouissement de cette force vitale de guérison. Le processus thérapeutique proposé est une mobilisation de la force interne considérée comme une véritable force d'auto-guérison. Adopter une telle conception de la guérison où le mouvement interne et la relation que le patient établit à cette force de vie joue un rôle aussi important, c'est considérer le fasciathérapeute comme un passeur qui suit, au sein du corps, le cheminement qui conduit du symptôme à son origine, et où la guérison provient de l'intérieur du patient (Laplantine, 1992).

D'autre part, en considérant les manifestations pathologiques comme des réponses adéquates de l'organisme et comme l'amorce d'un processus de guérison, la fasciathérapie, par son acte thérapeutique, renforce la faculté de l'organisme à agir dans le sens d'un rééquilibrage.

La fasciathérapie, tout comme la kinésithérapie, propose une rééducation gestuelle dont l'objectif est non pas un renforcement de la musculature, telle qu'elle est proposée en kinésithérapie, mais une éducation du geste selon une biomécanique qui respecte les lois du mouvement interne. Cette rééducation a la particularité de privilégier le rapport perceptif à son geste, permettant au patient d'entrer en relation avec lui et d'exprimer un ressenti intérieur. Dans cette conception, la maladie est vécue comme une défaillance et la thérapie associée comme un apport : « Ce qui est demandé n'est pas l'extraction du mal, mais la prévention du malheur par renforcement, l'efficacité symbolique empêchant l'irruption du 'mauvais' dans le

champ domestique de l'individu. » (Laplantine, 1992, p. 205) En effet, libérer le mouvement interne des entraves physiques et physiologiques permet de renforcer l'efficacité thérapeutique.

Nous avons également vu avec Bernard Honoré (2003) que le soin ne peut se concevoir sans sa dimension formative. La fasciathérapie a également un enjeu formatif dans sa volonté d'émanciper le patient des soins prodigués par son thérapeute. Ainsi, lorsque la personne engagée dans un processus de soin a récupéré suffisamment d'autonomie, elle est accompagnée dans l'apprentissage de mouvements qu'elle peut ensuite effectuer par elle-même. Le soin devient alors une dimension de l'existence dans la réappropriation faite des soins portés à elle-même, ne laissant plus le seul professionnel à s'occuper d'elle ; le soin thérapeutique devenant ainsi un soin formatif, au sens large du terme.

La fasciathérapie, en assignant au thérapeute un rôle pédagogique en plus de son rôle de soignant, et en demandant au patient de se prendre en charge, se place dans le champ des médecines alternatives. Toutefois, nous ne pouvons omettre le rôle curatif du fasciathérapeute qui restaure la fonctionnalité du corps par son toucher, plaçant également cette thérapie dans le champ de la médecine allopathique.

► La notion de corps et le concept de « corps sensible »

- *Du corps objet au corps sujet*

Nous retrouvons au sein de la fasciathérapie, tout comme nous l'avons noté au sein de la kinésithérapie, une double conception du corps, en tant qu'objet et sujet. Quand le patient se sent à distance de son corps, le corps est objet utilitaire. Il devient sujet quand il est vécu en relation avec soi-même et son monde environnant, quand il se donne à soi et qu'il se manifeste comme l'expression d'un corps que *je suis*.

La fasciathérapie en privilégiant la dimension du contact corporel permet une rencontre corporelle avec un corps sujet. Ce dernier devient le lieu de contact avec soi-même par l'intermédiaire du toucher du thérapeute et par la perception de son propre corps en mouvement.

Nous l'avons vu avec la notion de soin, le thérapeute est impliqué dans sa relation à sa santé et à son existence. Il en est de même avec son corps. Le fasciathérapeute est impliqué dans sa relation corporelle quand, pour percevoir les modifications tissulaires de son patient, en plus des mains entraînées à percevoir, il engage son corps au sein du processus perceptif. Pour que son corps devienne un réceptacle de sensations, le soignant l'implique dans la relation thérapeutique, en accompagnant physiquement le mouvement de ses mains avec son corps, ce qui lui permet de percevoir les tonalités physiques et de trouver les postures qui les expriment. Cette réciprocité entre patient et thérapeute permet au corps du patient de se livrer, offrant ainsi une nouvelle alternative au corps : « Cette réciprocité est dans la présence à l'autre : présence de celui qui est touché à celui qui touche et présence de celui qui touche à celui qui est touché. » (Josso, 2009, p. 18-19)

La fasciathérapie s'adresse, au sein d'un même toucher, tant au corps objet, au corps physique douloureux, qu'au corps sujet qui souffre dans son histoire. A ce stade, corps et psychisme ne sont plus dissociés. D'autre part, la participation active du corps sujet du thérapeute joue un rôle essentiel dans la perception des tonalités physiques de son patient et dans la résonance vécue du patient. Le corps n'est 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.

- ***Le concept de corps sensible***

La spécificité de la fasciathérapie, nous l'avons déjà vu, est de s'adresser au mouvement interne considéré comme force de vie et d'auto-guérison. Le corps, quand il est animé du mouvement interne, est désigné par la fasciathérapie comme *corps sensible* : « une certaine caractéristique du fonctionnement corporel qui lui permet, *via* le mouvement interne qui anime sa matière, de se faire la chambre d'écho de toute expérience du sujet. » (Berger & Bois, 2007, p. 27)

Ce corps est sensible au sens où il permet de se percevoir par la mise en œuvre des cinq sens extéroceptifs et du sens proprioceptif, considéré comme un 6^e sens par de nombreux auteurs (Sherrington, Roll, etc.). Le sens proprioceptif est le sens qui nous permet au sujet de dire que c'est bien lui qui bouge et pas quelqu'un d'autre. Il témoigne du fait que le sujet se perçoit comme étant lui-même, il est donc à l'origine du sentiment d'identité. Percevoir son corps, c'est donc se percevoir en tant que sujet vivant et en tant que soi-même.

C'est bien au sein du corps sensible que l'homme vit les tonalités de toute expérience et c'est également au sein du corps que les tonalités prennent forme et sens pour le sujet qui le vit. Le corps sensible constitue une « caisse de résonance de toute expérience, qu'elle soit perceptive, affective, cognitive ou imaginaire. » (Berger, 2005, p. 52) L'expérience n'est pas seulement vécue, elle livre également son sens profond : « 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, 2005, p. 60)

La surprise qu'offre la fasciathérapie est de pouvoir percevoir un corps sensible fait de tonalités internes et de significations au sein d'une relation d'aide manuelle adéquate. C'est par le dialogue silencieux qu'établit avec le tissu corporel le thérapeute, que le patient peut établir une communication intime faite de significations avec lui-même.

La notion de corps sensible emporte avec elle une notion de réciprocité entre la relation que la personne établit à son corps et les effets de cette relation sur la conscience qui observe : « Ainsi le corps sensible est-il le lieu d'émergence perpétuelle d'une forme singulière de rapport entre soi et soi, qui devient le primat du rapport entre soi et le monde. » (Bois & Austry, 2007, p. 10) La notion de corps sensible emporte également avec elle la notion d'une relation avec soi comme préalable à une relation à l'autre et au monde.

Par corps sensible, la fasciathérapie entend un corps animé du mouvement interne qui offre un nouveau champ perceptif de soi et du monde. C'est en éduquant sa relation au corps sensible que le sujet entre en relation avec une sensibilité qui apparaît comme une capacité à se ressentir. De plus, cette expérience vécue du corps livre son sens profond au sujet qui la vit. La relation au corps devient ainsi le lieu d'une rencontre avec sa singularité la plus intime et son appartenance au monde.

► **La notion de toucher et le concept de « toucher du Sensible »**

Le toucher est central dans l'approche thérapeutique proposée par la fasciathérapie, il est à la fois outil d'investigation et technique de soin.

Le toucher n'est pas unique, il varie selon les intentions du thérapeute et les besoins du patient. Nous allons explorer la multiplicité de ce toucher qui concerne le patient dans sa totalité, en nous appuyant sur la catégorisation établie par Danis Bois (2007) des différents types de toucher, et sur la synthèse effectuée par Didier Austry (2007).

Nous allons rapidement définir les touchers techniques et de relation que nous avons déjà rencontrés dans notre exploration du toucher en kinésithérapie. Parmi les différents touchers spécifiques à la fasciathérapie, nous aborderons plus longuement le toucher du Sensible.

- ***Le toucher technique***

Le premier niveau de toucher correspond au geste technique que nous retrouvons dans les différentes prises, les pressions possibles, etc. Ce toucher s'adresse à la pathologie en effaçant le patient de son geste, il s'adresse à un corps conçu comme un objet manipulable et mobilise une « main effectrice » (Bois, 2007) du thérapeute.

- ***Le toucher de relation***

Le second niveau de toucher, le toucher de relation, établit un dialogue tissulaire entre le thérapeute et son patient, entre les mains qui touchent et le corps touché. « La qualité 'soignante' du toucher vient alors rendre compte de la disponibilité d'une présence indépendante de la seule volonté thérapeutique. Envisager le toucher comme un soin revient ainsi à mettre en évidence une dimension affective, non exclusive d'un savoir faire technique mais pouvant s'y ajouter. Le toucher devient soin lorsque le praticien accepte de donner place, à travers les gestes qu'il connaît, aux possibles de la rencontre intersubjective. » (Vinit, 2007c, p. 939) Le toucher de relation est un toucher soignant qui, donne une place à la relation et au vécu subjectif du patient.

Dans le toucher de relation, la main qui prend soin est soignante, elle touche le corps physique et le corps sujet, elle touche la personne incarnée dans ce corps. C'est par une « main sujet » (Bois, 2007) qui prend en compte la personne dans son geste que peut émerger le corps sujet. Cette main sujet nécessite une intention du thérapeute à vouloir inclure la personne dans son toucher et une attention aux effets de son geste.

Prendre en compte le vécu de l'autre dans son geste demande au thérapeute une qualité de présence et d'être. Le toucher, dans ces conditions, devient double : il vise le patient et le propre ressenti du thérapeute. Il demande au thérapeute d'éprouver le corps du patient via son propre ressenti, et d'être présent à l'autre. La fasciathérapie fait de l'éprouvé ressenti par le thérapeute dans son corps une sorte d'indication sur l'état du corps de la personne touchée : « Le schéma de lecture de la biomédecine s'enracine dans un postulat scientifique, découlant d'une réduction biologique du corps, celui du toucher alternatif fait de 'l'éprouvé' du corps le guide de son action et la vérité de son discours. » (Vinit, 2007a, p. 144)

Ce qui est visé par le toucher de relation en fasciathérapie, c'est un corps fait de sensations manifestant la subjectivité du patient.

En plus d'offrir une relation entre soignant et soigné, le toucher permet également d'inclure, au sein du même geste, la dimension somatique et psychique du patient. C'est en s'adressant au tonus musculaire, et plus particulièrement à la modulation tonique constatée au cours d'un soin, que l'atmosphère psychique se dévoile : « Je constatais que la fasciathérapie avait une influence simultanée, par le jeu d'une modulation psycho-tonique interne, sur les plans somatique et psychique. A l'évidence, les deux pôles s'influençaient réciproquement car, dès que le corps était touché de manière profonde, ce n'était pas seulement l'organisme qui était concerné, mais l'être vivant dans sa totalité. » (Bois, 2008, p. 9)

Ainsi, le fasciathérapeute, toujours par l'intermédiaire de son toucher, ouvre le champ du soin somatique à la dimension psychique en établissant un lien conscient entre ressenti et pensée. Son toucher permet au patient de se vivre de l'intérieur, d'accueillir son essence.

- ***Le toucher du Sensible***

Dans la pratique, nous pouvons distinguer deux temps au sein du toucher en fasciathérapie : le temps du *voyage* où les mains du thérapeute suivent la mobilité tissulaire et le temps de *point d'appui* où les mains s'immobilisent pour permettre au corps du patient de se mobiliser. Pendant le temps du point d'appui, le mouvement interne se mobilise pour trouver une solution au blocage, c'est le temps où le patient est sollicité dans sa force d'auto-guérison. Alors que pendant le temps du voyage, le thérapeute amplifie la libération perçue au point d'appui et l'incarne dans un voyage tissulaire. Ainsi, le toucher s'adresse en même temps au symptôme et à la force de

résolution, et laisse le corps, dans le dialogue qu'il établit au sein du point d'appui, offrir lui-même la solution à sa problématique. Cette codification du toucher en deux temps permet de résoudre une problématique fonctionnelle tout en offrant un espace d'expression au patient où il peut exprimer sa volonté ou son refus de passer l'obstacle.

Au sein de cet espace d'expression que lui laisse le toucher, le patient est également amené à livrer son histoire. En effet, quand le fasciathérapeute pose ses mains sur des zones immobiles, des tensions, des crispations inscrites dans le fascia, il s'adresse en permanence à l'histoire tissulaire du patient, à la dimension biographique du corps (Bois, 2008). Ce déroulement de son histoire s'effectue par l'écoute des impulsions du patient (à la sortie des points d'appui) faisant ainsi du traitement un enchaînement personnalisé de temps de mobilité et d'immobilité. De même, les mains du thérapeute se déplacent sur le corps du patient pour libérer le corps de ses entraves, explorant ainsi la géographie corporelle de manière inédite, surprenant le patient dans la justesse des prises correspondant à ses envies profondes. L'ensemble des gestes établit une chorégraphie à chaque fois renouvelée, manifestant ainsi par le toucher une qualité de présence à l'autre.

Le toucher du Sensible est un toucher curatif qui concerne – au sein d'un projet de soin – le corps biographique du patient, son histoire particulière et les significations qui en émergent. Le corps n'est plus un organisme à propos duquel on parle, c'est un corps qui se déploie, qui donne à lire et à ressentir les traces de son vécu.

C'est parce qu'il a la conviction que le corps est animé d'une force de vie et de guérison et que le corps connaît la solution à son problème, que le fasciathérapeute suit le mouvement tissulaire du patient pour trouver une solution à ses tensions.

Pour conclure, nous pouvons dire que le toucher, tel qu'il est pratiqué en fasciathérapie, est un toucher de relation dans le sens où il propose un dialogue tissulaire entre le soignant et le soigné. C'est en incluant dans son geste la dimension somatique et psychique du patient, qu'il touche « le lieu du corps où, au plus profond d'une intériorité corporalisée et conscientisée, on peut se percevoir comme sujet de son expérience. » (Rugira, 2008, p. 128)

Le toucher du Sensible est un toucher qui englobe dans un même geste les dimensions corporelle, expressive, psychique et existentielle. C'est en s'adressant en même temps au symptôme et au mouvement interne, véritable force de résolution du patient, que le toucher devient véritablement sensible et englobe la personne dans sa totalité. D'autre part, le toucher du Sensible inclut à la fois une intention

thérapeutique et une attention portée sur soi et l'autre, il laisse émerger un lieu de rencontre, de réciprocité vivante entre le corps sensible du thérapeute et celui du patient.

2.1.4 Conclusion

Pour conclure cette première partie, nous allons reprendre les concepts de la médecine et de la kinésithérapie pour les confronter à ceux de la fasciathérapie, afin de délimiter un premier contour des principes thérapeutiques de cette dernière.

Nous avons dans un premier temps abordé le champ de la médecine allopathique que nous avons défini comme la médecine officielle qui explore le corps du malade à la recherche de signes cliniques pour définir une thérapeutique de type allopathique. Puis nous avons étudié la kinésithérapie, une profession paramédicale qui a pour objectif d'entretenir et de restaurer les capacités de mouvement de l'homme. Finalement, nous nous sommes intéressés au champ de la fasciathérapie qui offre une formation continue aux kinésithérapeutes et médecins. Sa spécificité est d'allier dans son geste manuel la fonction soignante à une fonction perceptive de soi.

Le modèle biomédical de la santé, tel qu'il est actuellement présent au sein de la médecine, privilégie le curatif sur le préventif. La santé, décrite comme le silence des organes, est mesurée par des appareils qui vont sonder l'invisible et l'inaudible du corps. Cette conception ontologique de la santé, centrée sur la maladie, se fait au détriment du malade et de son vécu.

Le kinésithérapeute, en appréhendant l'organisme de manière locale et de manière dynamique et fonctionnelle, a une conception de la maladie qui est à la fois ontologique et fonctionnelle.

La fasciathérapie tout en conservant une dimension curative du soin, privilégie la dimension formative au sein du même geste manuel. Elle propose un concept de la santé comme un processus où le sujet est actif et interagit avec son environnement. Elle enrichit le concept biomédical de la santé d'une dimension formative. La conception de la maladie véhiculée par la fasciathérapie privilégie le modèle fonctionnel de la maladie et la cause endogène à la cause exogène, comme le montre la *voie de résonance d'un choc*, modèle des réactions biologiques et physiologiques à un

stress. De plus, elle conçoit également la maladie comme un empêchement à l'épanouissement de la force de vie.

Au sein de la conception biomédicale, la guérison est liée à des valeurs biologiques, elle a pour objectif de soigner la cause organique de la maladie.

La kinésithérapie, tout en s'apparentant à ce modèle, s'en détache également en proposant une rééducation motrice du geste humain qui ne peut faire abstraction de l'homme qui bouge et qui demande au patient de prendre en charge activement sa rééducation. Dans ce sens, sa conception de la guérison fait également référence au modèle fonctionnel de la médecine.

Le fasciathérapeute englobe dans son geste thérapeutique, le corps douloureux du patient, sa souffrance et sa force d'auto-guérison. La fasciathérapie conçoit la guérison comme la recherche d'une meilleure fonctionnalité et la sauvegarde de l'existence, tout en accompagnant le vécu du patient. En privilégiant la force d'auto-guérison du mouvement interne, elle adopte une conception d'une guérison qui vient de l'intérieur du patient. Cette conception place le patient au sein de sa thérapie et le responsabilise dans la prise en charge du processus de guérison.

En privilégiant l'organique sur le psychologique, la médecine crée une coupure entre corps et esprit. Le médecin considère le corps comme un objet manipulable qu'il peut séparer de la personne pour effectuer des analyses.

La kinésithérapie se retrouve à nouveau dans une double posture selon la manière dont le praticien utilise les techniques. Il s'adresse à un corps objet quand les techniques sont effectuées de manière machinale, et à un corps sujet quand il interpelle la dimension affective du patient. En incluant le vécu subjectif du patient, le kinésithérapeute offre une dimension psychologique à son toucher, sans toutefois réellement unifier corps et esprit.

La fasciathérapie s'adresse, au sein du même toucher, au corps objet, c'est-à-dire au corps physique douloureux, et au corps sujet qui souffre dans son histoire. Le corps est envisagé comme le médiateur privilégié de la rencontre entre deux personnes. La spécificité de la fasciathérapie réside dans le concept de « corps sensible » qu'elle définit comme un corps animé du mouvement interne considéré comme force de vie et d'auto-guérison. Faire l'expérience du corps sensible c'est faire l'expérience d'un corps qui offre des tonalités somatiques et la signification des tonalités. La relation au corps devenant ainsi un lieu de rencontre avec soi.

Le médecin privilégie la technique au détriment du toucher. Son toucher est un outil d'investigation et non une technique de soin.

Le toucher, pour le kinésithérapeute, est à la fois un outil d'investigation et une technique de soin. Le massage est un lieu où le thérapeute, établissant une relation de confiance avec le patient, permet à ce dernier de se dévoiler dans sa subjectivité. C'est parce que le massage dure un certain temps, et non parce qu'il est un toucher sensible, que le patient livre sa subjectivité.

L'originalité du toucher en fasciathérapie est d'inclure au sein de son geste manuel les dimensions corporelles et psychiques du patient. Le toucher du sensible est celui qui, tout en englobant les dimensions de l'être, s'adresse au symptôme, à la force d'auto-guérison et permet au patient de devenir sujet de son expérience. Ce toucher inclut à la fois une intention thérapeutique et une attention portée sur soi et l'autre, il laisse émerger un lieu de rencontre, de réciprocité vivante entre le corps sensible du thérapeute et celui du patient.

2.2 Originalité de la fasciathérapie

Pour continuer ce parcours du champ de la fasciathérapie, nous allons présenter, dans cette deuxième partie, l'originalité de la fasciathérapie en nous appuyant sur les travaux réalisés par Danis Bois et ses collaborateurs, et plus particulièrement sur les articles scientifiques parus au sein du CERAP (Centre d'Etude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive) de l'Université Fernando Pessoa de Porto, sur les articles parus dans d'autres revues, sur les travaux universitaires (masters et doctorats), et sur les livres écrits sur la fasciathérapie et la somato-psychopédagogie.

Nous remarquons l'émergence, après une première période descriptive et interprétative, d'un désir de conceptualisation de cette nouvelle discipline. Nous allons donc baser notre travail sur les articles et ouvrages écrits pendant cette période de conceptualisation, en ne puisant que peu dans les ouvrages plus anciens. D'autre part, nous ne mentionnons pas tous les concepts élaborés par Danis Bois, nous ne faisons référence qu'à ceux qui servent notre propos sur la question de l'expérience du toucher.

A cet effet, nous reprenons les thèmes de la perception, de l'expérience, du corps et du toucher, thèmes déjà abordés dans la première partie du champ théorique. Notre objectif est d'offrir le regard que porte la fasciathérapie sur ces thèmes, pour ensuite les discuter avec notre premier regard philosophique.

► La perception du Sensible

La particularité de la fasciathérapie est de s'inscrire dans un champ expérientiel très spécifique, qui est celui du Sensible. Nous allons définir ce champ qui conditionne notre perception du monde et de l'autre.

- *Un champ d'expériences*

La première particularité du Sensible se situe dans l'existence et la prise en compte du mouvement interne qui anime tout homme. Le mouvement interne est

définit comme « une animation de la profondeur de la matière portant en elle une force qui participe non seulement à la régulation de l'organisme, mais aussi à l'équilibre du psychisme. » (Bois & Austray, 2007, p. 7-8) Cette force vitale qui émerge du corps pour en animer les organes et les articulations, qui est invisible et ne produit pas de déplacement, existe quelle que soit notre activité et est perçue comme une véritable force d'auto-guérison somato-psychique. Le Sensible, dans cette première approche, est le champ d'expériences que le sujet peut vivre quand il est en contact avec le mouvement interne.

- ***Un rapport réciproque et impliquant***

Ce champ d'expériences ne se donne pas spontanément, il est soumis à des conditions d'accès. La deuxième particularité du Sensible réside dans le type de rapport nécessaire à la perception du monde sensible. Ce type de rapport a été dénommé *réciprocité actuante*. Danis Bois & Didier Austray (2007) entendent par *réciprocité* le mode d'implication partagée – du pédagogue avec son étudiant, du thérapeute envers son patient et, surtout, du sujet envers son propre mouvement – par lequel le Sensible se donne : « En effet, c'est par l'implication totale du sujet dans la relation de perception de soi que le Sensible se dévoile » (p. 11). Ils entendent par *actuante*, le fait que le sujet pose un acte conscient, qu'il met en œuvre des conditions d'accès pour établir une relation au Sensible.

Le Sensible, pour qu'il se dévoile, nécessite une implication totale du sujet qui met en œuvre les conditions d'accès spécifiques au sein de son acte perceptif. La notion de perception prend un sens nouveau car la qualité d'implication du sujet percevant est prise en compte et influence les phénomènes à percevoir. Le Sensible, dans cette seconde approche, se dévoile au sein « d'un rapport d'implication et d'influences réciproques » (Bois & Austray, 2007, p. 11) entre sujet et monde sensible.

La *réciprocité actuante* est donc un rapport d'implication et d'influences réciproques entre un sujet et le monde sensible.

- ***Une modalité perceptive***

La troisième particularité du Sensible se situe au niveau de la perception qui se distingue de la perception sensible commune, de ce qui est perçu par les sens. L'expérience du mouvement interne, de cette mobilité épaisse et lente qui se meut à l'intérieur de soi, ne semble relever ni des sens extéroceptifs, ni proprioceptif. Pour le

sujet qui en fait l'expérience, cette sensibilité particulière ne semble pas provenir d'un sens en particulier, mais de tout son corps en éveil, d'une capacité à ressentir de manière incarnée toute expérience. Eve Berger & Danis Bois (2007) postulent que le mouvement interne joue le rôle d'un « organe de perception » permettant ainsi au corps de recevoir l'expérience perceptive et d'y répondre.

Le Sensible, dans cette troisième approche, désigne « la modalité perceptive elle-même, par laquelle le sujet peut accéder aux messages ainsi délivrés dans et par son corps. » (Berger & Bois, 2007, p. 27) Dans cette expérience, le sujet vit un univers de tonalités qui peuvent prendre la forme de sensations cinétiques, d'informations signifiantes, de prises de conscience ou d'une présence corporisée qui se capte elle-même en tant que présence. « Faire l'expérience du Sensible n'est plus alors percevoir le monde, ce n'est plus non plus percevoir son corps, c'est *se percevoir percevant*. » (Bois & Austry, 2007, p. 9)

- ***Une éducation au Sensible***

Une éducation au Sensible est une éducation des sens à percevoir le Sensible animé d'un mouvement interne. Cette éducation demande à l'apprenant d'établir un lien de réciprocité actuante entre lui et le monde sensible, réciprocité qui lui fait vivre l'expérience perceptive fait de tonalités internes. Cette expérience perceptive vient ainsi, toujours au sein de cette réciprocité, nourrir et modifier les organes des sens de l'apprenant. Le Sensible devient ainsi une modalité perceptive en elle-même et permet au sujet de se percevoir percevant. Éprouver le corps, au sein de cette réciprocité actuante, c'est éprouver un corps « qui véhicule une signification préréflexive. » (Bois, 2007, p. 59)

▶ **L'expérience extra-quotidienne**

Nous venons de le voir, le Sensible ne se donne pas spontanément, nous ne pouvons le percevoir que sous certaines conditions. Pour accéder à l'expérience telle qu'elle se donne au sein du Sensible, la fasciathérapie propose une mise en situation extra-quotidienne, par opposition à l'expérience quotidienne qui offre peu de perceptions, afin de solliciter une attitude perceptive et une disponibilité à ce qui est à venir.

- ***Une expérience provoquée***

Le cadre extra-quotidien va en quelque sorte ‘provoquer’ une expérience qui sort le sujet de son attitude naturelle et qui le place dans un rapport à son vécu. « Les conditions extra-quotidiennes servent à produire des perceptions inédites qui créent l'étonnement, qui font qu'un intérêt va se dessiner de la part de la personne pour des aspects d'elle-même et de son expérience qu'elle ne connaissait pas jusque-là et, donc, qu'un sens nouveau va pouvoir apparaître. » (Berger & Bois, 2007, p. 28-29) Nous le voyons, c'est la mise en situation extra-quotidienne qui produit des perceptions inédites qui vont créer un étonnement chez le sujet percevant. Cet étonnement va attirer son attention et lui permettre d'éprouver une nouvelle perception et le sens qu'elle véhicule.

- ***Des conditions d'expérience***

Faire le choix d'une mise en situation extra-quotidienne, c'est faire le choix d'installer des conditions d'expérience et de sortir des conditions habituelles perceptives qui nous précipitent dans l'objet à percevoir. Les mises en situation pratique de la fasciathérapie « sont conçues pour réaliser des conditions dites ‘extra-quotidiennes’ d'expérience de son propre corps, c'est-à-dire qui échappent aux habitudes perceptives, motrices et même conceptuelles qui enferment le rapport usuel au corps. » (Berger & Bois, 2007, p. 28) Ces mises en situation offrent un silence au bruit, elles permettent de ralentir le rythme, de sortir de la prédominance du regard et de s'offrir un temps pour soi.

L'objectif de ces mises en situation est de montrer à percevoir le mouvement interne dans ses caractéristiques. En ce qui concerne l'expérience de la thérapie manuelle, c'est en respectant la lenteur de déroulement du mouvement et les temps de pause (ou points d'appui) que le fasciathérapeute crée les conditions qui vont permettre au patient d'expérimenter le mouvement interne. Pendant le temps de déroulement du mouvement, c'est en posant son attention sur la lenteur de déroulement que le sujet accède au déploiement de sa présence. Le temps du point d'appui est l'occasion pour le patient de stabiliser son attention et de se tenir « dans une attente ouverte aux frontières du connu et de l'inconnu. » (Bois & Austry, 2007, p. 10)

En résumé, les mises en situation extra-quotidiennes sortent le patient de ses habitudes perceptives, le surprennent par la lenteur de déplacement des mains sur son corps et les temps de pause, et le placent dans un rapport à son expérience. Elles sollicitent une mobilisation perceptive et cognitive inhabituelle pour la personne qui, par la surprise qu'elles vont provoquer, attirent son attention sur ce qui apparaît dans son champ perceptif.

- ***Une expérience perceptive vécue***

Les conditions d'expérience extra-quotidiennes, en mettant le sujet dans un rapport intime et singulier à l'expérience du Sensible, permettent le dévoilement de significations.

Nous allons préciser le processus d'émergence du sens. Au début du processus, c'est un inédit, sous la forme de manifestations du mouvement interne, qui vient attirer l'attention du sujet. Le sujet, en posant son attention sur cet inédit créé par le mouvement, et en établissant un rapport impliquant à lui-même, permet au mouvement de venir se manifester sous la forme de tonalités et d'état, créant ainsi une réciprocité. Un sens peut émerger des variations de tonalité, une pensée intelligible se déploie progressivement et se glisse en mots dans le silence. Pour que la pensée émerge à notre conscience, « il faut réaliser un effort d'immanence, ne rien retenir, ne rien attendre, rester comme suspendu à tous les possibles, à toutes les orientations, peut-être même à l'impossible, à l'inconcevable. » (Bois & Austry, 2007, p. 19) Un temps de latence est nécessaire au déploiement de la pensée sous une forme intelligible.

C'est parce que le sujet crée des conditions d'expérience extra-quotidiennes que le mouvement interne se donne à percevoir dans son vécu sensoriel et dans la signification qu'il véhicule. L'expérience vécue au sein de la fasciathérapie, dans ces mises en situation, est une expérience du Sensible où « les sensations internes qui naissent du rapport au corps, la perception de ces sensations et les significations qui naissent de cette perception, émergent toutes ensemble du phénomène expérientiel, se fondant en une sorte de 'geste perceptivo-cognitif' fondateur. » (Berger & Bois, 2007, p. 30)

► Le paradigme du Sensible

Faire l'expérience du Sensible, c'est faire une expérience concrète et tangible du corps sensible qui ouvre à un déploiement de nouvelles connaissances. Ce type d'expérience est novateur dans le champ des thérapies manuelles et de la formation professionnelle, il demande donc de s'inscrire au sein d'un nouveau paradigme, le paradigme du Sensible. Par l'instauration de ce nouveau paradigme, le projet de Danis Bois et de Didier Austray (2007) « est de contribuer à réhabiliter le corps sensible, en tant que dimension expérientielle et en tant que source de connaissances. » (p. 6)

Rappelons que ce paradigme est né de l'expérience, que c'est au sein de l'expérience intime avec le corps que s'est progressivement construite une réflexion et une théorisation de la perception et du corps. Les concepts que nous avons présentés sont tous issus de la pratique du fondateur et de ses collaborateurs, une pratique mise à l'épreuve de la réflexion et confrontée à différents courants de pensée.

Au sein du paradigme du Sensible, les différents concepts sont entrelacés : « De la posture du sujet dépend la qualité de l'expérience ; celle-ci donne un certain contenu de vécu subjectif qui est à son tour source d'une connaissance particulière ; d'un autre côté, le cadre d'expérience oriente l'attention et l'attitude du sujet, et prédispose celui-ci à certains contenus d'expérience et à pas d'autres. » (Bois & Austray, 2007, p. 16)

2.3 Le champ de la formation professionnelle

L'objectif de cette dernière partie est de contextualiser la formation de fasciathérapie au sein du champ de la formation des professionnels de la santé, et plus particulièrement de celui des kinésithérapeutes, comme nous l'avons fait dans la première partie de ce chapitre.

Nous présenterons rapidement le champ de la formation professionnelle des kinésithérapeutes, puisque c'est le champ dans lequel s'inscrit la formation en fasciathérapie.

Afin de comprendre comment une formation en fasciathérapie est organisée, une description de son histoire, des acteurs, du programme et du déroulement d'un stage de formation sera effectuée. Cette description permettra de situer plus globalement la formation au sein des divers champs connus.

S'adressant aux adultes, elle s'inscrit naturellement dans le champ de la formation des adultes, et s'adressant à des professionnels de la santé, elle s'inscrit dans le champ de la formation professionnelle continue. La prise en compte de cette inscription dans le monde de la formation d'adultes conditionne les protocoles pédagogiques mis en place et les processus d'apprentissage effectués par les étudiants.

S'adressant spécifiquement au soin, nous ne manquerons pas d'interroger Bernard Honoré dans la relation qu'il établit entre formation et soin.

S'adressant au toucher, la formation nécessite une expérience du toucher. Nous aborderons le champ expérientiel de la formation d'adultes afin de déterminer le type d'expérience proposé en formation. Notre objectif de recherche portant sur l'apprentissage du toucher, la question de la transmission d'un geste humain destiné à une personne vivante sera posée.

Nous explorerons également les enjeux liés à une formation destinée à un public de professionnels adultes. Toute formation destinée à un adulte présuppose l'idée que l'adulte peut encore apprendre. Pour expliquer les processus d'apprentissage spécifiques à ce public, nous avons fait le choix de nous situer au sein du paradigme constructiviste de l'apprentissage qui considère l'adulte non comme une *tabula rasa* mais comme un sujet qui aborde les nouveaux apports avec des connaissances

antérieures. Cette théorie de l'apprentissage fournira également un cadre aux processus de transformation liés à l'apprentissage.

Pour conclure, nous ne manquerons pas d'interroger les effets de l'apprentissage d'un nouveau toucher sur le sujet en formation.

2.3.1 Le champ de la formation professionnelle de la kinésithérapie en Belgique

► La formation des professionnels de la santé

Le statut légal des professions médicales (médecin, dentiste, pharmacien, etc.) et paramédicales (kinésithérapeute, infirmier, ergothérapeute, etc.) est régi par l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions de soins de santé du 10 novembre 1967. Cette loi précise que seules les personnes titulaires d'un diplôme légal peuvent exercer.

La formation de base des professionnels de la santé peut être suivie, en Belgique, après l'obtention du Certificat d'enseignement secondaire supérieur (CESS). Ces formations sont destinées à de jeunes adultes qui, pour la plupart, ne sont pas encore insérés dans le monde professionnel. La formation des professionnels de la santé se situe dans le champ de la formation professionnelle initiale.

La formation des professionnels de la santé est liée aux concepts que chaque métier véhicule : une approche segmentée du corps humain en régions, organes, fonctions, etc. conditionne la formation en différentes disciplines d'études du corps (anatomie, physiologie, pathologie, biologie, biochimie, etc.). Les programmes de formation situent rarement l'homme dans sa globalité tant anatomique que physiologique, psychologique et humaine.

► La formation en kinésithérapie

L'exercice de la kinésithérapie est régi par la loi du 6 avril 1995 qui stipule que seules les personnes titulaires d'un diplôme d'enseignement, universitaire ou non universitaire en kinésithérapie et d'un agrément délivré par le Service public fédéral (S.P.F.) Santé public, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, peuvent exercer.

L'exercice légal de la kinésithérapie consiste à procéder à des interventions sur l'appareil locomoteur, des examens et des bilans de motricité du patient, la conception et la mise au point de traitements et à la gymnastique prénatale et postnatale. Les thérapies utilisées sont la mobilisation passive et active, la massothérapie médicale et la physiothérapie (thérapies physiques qui consistent à appliquer des stimuli physiques, des ultra-sons, des rayonnements électromagnétiques, et de la balnéation).

La formation au métier de kinésithérapeute est réglementée par le décret du 31 mars 2004 qui définit l'enseignement supérieur, suite à la déclaration de Bologne signée le 19 juin 1999 modifiant le paysage de la formation supérieure en Europe. La formation de kinésithérapie est un enseignement de type supérieur qui comprend deux cycles. Le premier cycle, de transition, dure trois ans (180 crédits⁴) et conduit au grade de bachelier. Le deuxième cycle, professionnalisant, dure un an (60 crédits) ou deux ans (120 crédits) et conduit au grade de master. Deux filières de formation à la kinésithérapie existent en Belgique : le master délivré par un enseignement supérieur paramédical de type long (4 ans - 240 crédits) et le master délivré par un enseignement universitaire (4 ans - 240 crédits ou 5 ans - 300 crédits).

La formation supérieure de type long, dispensée par les hautes écoles, est centrée sur l'intégration de cours scientifiques (108,5 crédits) et sur une approche de la pratique professionnelle (131,5 crédits). Cette formation hors université vise une efficacité opérationnelle immédiate par l'acquisition de savoirs théoriques et de savoir-faire technique et pratique.

La formation universitaire est centrée sur une formation en sciences biomédicales et sur l'acquisition de compétences techniques. L'accès à la profession est envisageable après la réussite de la 4^e année. La 5^e année, facultative, propose une spécialisation en sciences de la motricité et de la méthodologie de la recherche.

⁴ Un crédit est « une unité correspondant au temps consacré, par l'étudiant, au sein d'un programme d'études, à une activité d'apprentissage dans une discipline déterminée » (décret du 31 mars 2004 définissant l'enseignement supérieur en Belgique). Un an d'étude correspond à 60 crédits.

La formation en kinésithérapie, telle qu'elle est enseignée au sein de l'Université catholique de Louvain (UCL), s'articule autour des axes suivants :

- formation en sciences exactes et biomédicales qui fournit les bases scientifiques nécessaires à la compréhension du mouvement et l'activité physique,
- formation en sciences humaines qui aborde le mouvement sous l'angle de la philosophie et de la psychologie,
- formation théorique en sciences et sciences de la motricité qui fournit les socles théoriques spécifiques aux sciences de la motricité
- formation motrice qui permet l'acquisition des compétences nécessaires au kinésithérapeute en psychomotricité et activités physiques.

Cette formation intègre des cours théoriques, des travaux pratiques permettant de vérifier la compréhension des cours théoriques, des cours pratiques de motricité, des cours pratiques d'apprentissage des gestes professionnels et des stages pratiques offrant une première expérience professionnelle. La pratique joue un rôle central dans l'acquisition des gestes professionnels, le développement des aptitudes motrices, l'intégration des notions théoriques et l'acquisition de l'expérience professionnelle.

2.3.2 Le champ de la formation professionnelle de la fasciathérapie

► Description de la formation en fasciathérapie

- *Les formations de fasciathérapie*

C'est sous l'égide de Danis Bois, fondateur de la fasciathérapie, que la première formation de fasciathérapie a vu le jour en France en 1986. Nous n'allons pas détailler l'évolution de cette formation mais préciser qu'elle est actuellement enseignée en France et en Belgique. D'autre part, la fasciathérapie a été redéfinie comme une

formation continue professionnelle destinée aux kinésithérapeutes et aux médecins, ce qui n'a pas toujours été le cas. En effet, pendant une longue période, cette formation accueillait un public provenant d'horizons divers.

La scission des publics a permis l'émergence de la formation en somato-psychopédagogie destinée à un public plus large comprenant les professionnels de la santé, du secteur éducatif et social, du corps et du mouvement ainsi que les professions artistiques. La spécificité de la formation en somato-psychopédagogie est d'allier la relation établie au corps à la psychopédagogie et d'étendre le champ de la formation à celle de la formation de soi au sein d'un soin corporel. Cette formation est actuellement enseignée en France, en Suisse, en Grèce, en Allemagne, au Québec et au Brésil.

En France, la formation en fasciathérapie est enseignée dans le cadre de la société Point d'Appui, Institut académiquement affilié à l'Université Fernando Pessoa. Cette affiliation lui permet de proposer des formations universitaires de type diplôme universitaire et master, offrant ainsi une ouverture académique aux kinésithérapeutes français.

Danis Bois, également fondateur de la société Point d'Appui à Paris, est le garant de l'orthodoxie de la formation. Tous les formateurs restent en contact avec lui au sein de relations qui reposent sur une confiance mutuelle et l'adhésion à un projet commun.

Une formation continue dirigée par Danis Bois permet aux formateurs de se rencontrer pour suivre son enseignement et discuter des problématiques liées à celui-là. C'est également le moment de la création des programmes communs de formation, qui seront ensuite adaptés aux spécificités de chaque pays.

Les formateurs actuellement en charge des formations ont tous été formés par Danis Bois. A l'exception des formateurs français salariés de la société Point d'Appui, ceux des autres pays sont indépendants et assument les formations régionales au sein d'organismes qu'ils ont eux-mêmes créés.

La formation en fasciathérapie en Belgique est enseignée en région flamande depuis 1995 et en région francophone depuis 2003. La formation en région flamande a démarré en 1995 sous l'impulsion de Paul Sercu, kinésithérapeute et ostéopathe formé à la fasciathérapie en France. L'asbl flamande a également ouvert une formation à Namur en 2003 pour les kinésithérapeutes francophones. En 2006, nous avons créé, avec Fabienne Le Coq, une nouvelle asbl formant les kinésithérapeutes à la fasciathérapie en

langue française. Deux groupes de formation ont vu le jour, le premier en novembre 2006 et le second en janvier 2008. Les étudiants interrogés au sein de ce mémoire ont débuté leur formation avec le premier groupe à l'automne 2006. Nous allons donc détailler le programme de la formation en Belgique francophone, lieu de notre récolte de données.

Cette formation en fasciathérapie est dispensée par l'asbl *Espace du corps* située à Bruxelles. La formation est privée, dans le sens où l'asbl ne reçoit pas de subside et qu'elle n'a pas de lien avec une institution académique. La formation est payée directement par les étudiants.

- ***Le programme de formation en Belgique francophone***

La formation en fasciathérapie a pour objectif de former des kinésithérapeutes à l'exercice professionnel de la fasciathérapie. Elle est orientée sur l'acquisition des fondements théoriques et pratiques de la fasciathérapie, l'apprentissage des différentes approches manuelles et gestuelles spécifiques et leur application dans le champ particulier de la kinésithérapie. Cette formation donne des outils pour mener une action curative et éducative auprès de patients souffrant de douleurs physiques, de pathologies chroniques et de maladies graves.

La formation en fasciathérapie en Belgique se déroule sur quatre années scolaires. Elle comprend au total 20 séminaires de trois jours et demi chacun comprenant 25h00 chacun, soit un total de 500 heures de formation. Un certificat de fasciathérapie est obtenu après la réussite des épreuves théoriques et pratiques lors du 10^e séminaire. Le diplôme est obtenu au 20^e séminaire après la rédaction et la soutenance d'un mémoire.

La formation en fasciathérapie s'articule autour des axes suivants :

- une formation complémentaire en sciences exactes et biomédicales : anatomie (crâne et viscères), physiologie et pathologie appliquées au champ pratique de la fasciathérapie, biologie cellulaire appliquée au stress, théories de la douleur et de la souffrance, méthodologie du mémoire professionnel ;
- une formation en sciences humaines : philosophie de la perception, psychologie du développement et de la santé, éducation à la santé, théories de la communication et théories de l'accompagnement en soins de santé ;

- une formation théorique en sciences de la perception et de la motricité spécifique à la fasciathérapie : neurophysiologie du mouvement et de la perception kinesthésique, psychologie de l'attention et de la perception ;
- une formation théorique aux concepts de la fasciathérapie avec application au sein des différents modes thérapeutiques : concept d'autorégulation du corps vivant, concept de la biomécanique sensorielle et de la biorythmie, concept du psychotonus, concept de la pulsologie, modèle de la voie de résonance d'un choc, paradigme du Sensible ;
- une formation théorique et pratique aux modes thérapeutiques : formation au toucher, à la rééducation sensorielle, à la gymnastique sensorielle, à l'introspection sensorielle et aux techniques de communication.

La formation en fasciathérapie offre au kinésithérapeute un complément de formation en sciences de la santé et en sciences humaines, une formation aux concepts propres à la fasciathérapie et une application pratique des apports théoriques au sein du toucher et du mouvement gestuel.

- ***Description d'un stage de fasciathérapie***

En Belgique francophone, un stage de formation professionnelle de trois jours et demi est composé de cours théoriques et de temps d'expérimentation de la pratique au sein des différents modes thérapeutiques. L'enseignement de la théorie s'effectue par des cours, généralement magistraux. Selon le thème du cours, un travail cognitif en petits groupes est effectué dans l'objectif d'articuler la théorie avec un champ pratique.

L'enseignement pratique est primordial au sein de la formation, il est le lieu d'acquisition des gestes professionnels et d'une éducation à la perception du corps. Nous utilisons intentionnellement le terme *éducation*, pour souligner que percevoir son corps nécessite une réelle éducation dans le sens d'une formation à de nouvelles dispositions, car l'homme est peu habitué à percevoir son corps. L'apprentissage pratique s'effectue autour des différents modes thérapeutiques, qui font également l'objet de situations pédagogiques : la pédagogie manuelle, gestuelle et l'introspection sensorielle.

Avant de détailler ces différentes situations pédagogiques, nous aimerions préciser que leur objectif est à la fois un apprentissage de protocoles thérapeutiques et une éducation à la perception, outil indispensable dans l'application des protocoles. Cette éducation perceptive s'effectue dans le respect des capacités perceptives individuelles. Dans un premier temps, l'attention de l'étudiant est dirigée vers la dimension objective de son expérience puis elle est progressivement orientée par le formateur vers des informations sensorielles plus subjectives. Enfin, l'étudiant peut distinguer au sein de son expérience perceptive les informations sensorielles qui sont connues et celles qui ne le sont pas, ainsi que les informations pertinentes venant nourrir son projet thérapeutique.

- *Pédagogie manuelle*

Les séances d'apprentissage du toucher manuel occupent une place centrale au sein de la formation. Leur objectif est l'acquisition des différents touchers thérapeutiques et de protocoles évolutifs dans le traitement des pathologies et l'exploration du mouvement interne tissulaire. Au-delà de l'aspect technique des gestes faisant appel à une connaissance anatomo-physiologique précise, au-delà de leur enjeu thérapeutique, les séances d'apprentissage du toucher manuel sont également le lieu d'apprentissage à toucher l'autre pour le connaître, et à être touché pour se reconnaître.

Les pratiques manuelles sont guidées verbalement par un formateur qui prend en charge la totalité du groupe. Les étudiants se mettent par pair, et se trouvent alternativement à la place de l'étudiant-thérapeute, quand ils sont dans une posture de thérapeute et suivent les consignes verbales du formateur, et à la place de l'étudiant-patient, quand ils sont allongés ou assis dans la posture du patient.

D'autre part, les formateurs passent de groupe en groupe, pour proposer une aide à l'apprentissage du toucher et répondre aux éventuelles questions. Dans un premier temps, le formateur corrige la prise de l'étudiant-thérapeute en observant le lieu où les mains sont posées et la forme de la prise. Puis, en posant ses mains sur les mains de l'étudiant-thérapeute, le formateur peut le toucher – et l'étudiant-patient à travers les mains de l'étudiant-thérapeute – pour connaître ce qu'il touche réellement et comment il le touche. Toujours dans cette posture où l'étudiant-patient se retrouve avec quatre mains sur lui, le formateur guide l'étudiant-thérapeute dans l'apprentissage du toucher.

- *Pédagogie gestuelle*

Le mouvement gestuel est un outil d'exploration de soi en train de bouger. Cette exploration peut se faire au sein d'une chorégraphie prédéfinie (le mouvement codifié) ou dans une gestuelle libre. C'est en installant un rapport perceptif à son geste que l'étudiant se perçoit et exprime son ressenti intérieur. Les séances de mouvement sont des lieux d'acquisition de nouvelles aptitudes motrices et perceptives et d'un nouveau rapport à soi.

La chorégraphie déployée au sein des séances de mouvement est également utilisée comme outil de rééducation. Dans ce cas, les étudiants se mettent par deux et se retrouvent dans la même posture que lors des séances de thérapie manuelle. L'étudiant-thérapeute demande à l'étudiant-patient d'exécuter des mouvements dans l'objectif de prolonger les effets du traitement et de l'impliquer dans le processus thérapeutique.

Au sein de la formation, les séances d'apprentissage du mouvement sont collectives et animées par un formateur qui exécute le mouvement tout en donnant des consignes verbales précises sur le mouvement qu'il effectue. Ainsi l'étudiant, tout en apprenant les détails de la chorégraphie, éprouve les effets de son mouvement et apprend à différencier les perceptions.

- *Introspection sensorielle*

Les temps d'introspection sensorielle sont des temps de perception du mouvement interne. L'étudiant, en position assise avec les yeux fermés, est invité par le formateur à explorer sa vie intérieure animée du mouvement interne. C'est un moment individuel d'apprentissage de la relation perceptive établie avec soi-même. L'objectif de ces séances d'introspection est de « développer sa capacité à maintenir un contact conscient avec l'expérience corporelle interne, et à l'explorer de manière attentionnée. » (Berger, 2006, p. 80)

Nous le voyons, la formation en fasciathérapie est découpée, à des fins pédagogiques, en temps bien distincts : cours théoriques, pratiques manuelles, gestuelles et introspectives. Par contre, tout l'art du formateur sera d'offrir à l'étudiant une vision globale de l'homme et de la fasciathérapie, d'établir un lien de

continuité entre les différentes pratiques thérapeutiques sans séparer la connaissance théorique de la pratique. Même si l'approche du corps humain peut paraître segmentée, l'objectif de cette formation est d'offrir une vision et un toucher concernant la personne dans sa globalité et sa spécificité.

► Formation professionnelle continue

La formation en fasciathérapie est une formation professionnelle continue destinée à des professionnels du champ de la santé (kinésithérapeutes et médecins). Elle s'inscrit donc dans le champ des formations professionnelles continues qui est définie par l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques) dans les termes suivants : « On entend par FPC pour adultes tous les types de formations organisées, financées ou patronnées par les pouvoirs publics, offertes par les employeurs ou financées par les bénéficiaires eux-mêmes [...], toutes les activités organisées et systématiques d'enseignement et de formation auxquelles les adultes participent pour acquérir des connaissances et/ou des qualifications nouvelles dans le cadre de leur emploi du moment ou dans la perspective d'un emploi futur, pour améliorer leur salaire et/ou leurs possibilités de carrière dans l'emploi qu'ils occupent ou dans un autre et, d'une façon générale, pour augmenter leurs chances d'avancement et de promotion. » (OCDE, 1997, pp. 206-207, cité par Conter & Maroy, 1999, p. 5-6)

La formation en fasciathérapie est destinée à des adultes. Nous définissons comme personne adulte, toute personne qui n'est plus inscrite dans le système d'enseignement initial et qui est donc membre de la population active. L'adulte en formation est donc en possession d'un diplôme de kinésithérapie ou de médecine, et travaille au sein d'un milieu hospitalier ou dans un cabinet privé.

L'adulte en formation continue professionnelle n'arrive pas vierge de toutes connaissances. Il vient avec un bagage d'expériences de connaissances acquises lors de ses formations antérieures et de son expérience professionnelle. Toute formation proposée à des adultes nécessite une relation pédagogique prenant en compte l'apprenant dans son expérience et ses acquis antérieurs.

D'autre part, tout projet de formation s'inscrit dans un contexte de vie particulier, dans une temporalité de l'histoire personnelle de l'apprenant. Le temps de la formation est également teinté des événements de vie, des crises existentielles, des mutations professionnelles, des ruptures, des naissances, etc. Cette histoire de vie,

même si elle ne rentre pas de plein pied dans l'espace protégé de la formation, ne peut être occultée par les formateurs.

► Formation au soin

- *Formation au vivant*

Former au soin, c'est former un être humain à donner des soins et prendre soin d'un autre être humain. C'est une formation à l'humain qui place le soin au sein d'une relation entre deux personnes. La formation dans le champ des pratiques de soin demande donc d'acquérir des compétences techniques et relationnelles.

Former à un soin, c'est former à des situations pratiques et humaines qui varient. En effet, chaque patient vit sa pathologie de manière singulière, chaque patient vient avec un corps douloureux qu'il faut soulager, un corps qu'il va falloir toucher. La relation que le patient établit à son corps est singulière, pour certains il n'est présent que par la douleur, pour d'autres, il est source de bien-être malgré la maladie.

Former à prendre soin d'un être humain vivant nécessite des temps de pratique d'acquisition des gestes devant allier technicité et douceur, efficacité et humanité. Dans un premier temps, les pratiques s'effectuent sur des étudiant-cobayes lors des séminaires de formation, puis sur des patients lors de stages en milieu hospitalier (formation en kinésithérapie) ou dans leur cabinet (formation en fasciathérapie). La formation en fasciathérapie ne prévoit pas de stages cliniques comme le proposent les formations initiales. Par contre, des temps de discussion autour des cas pratiques rencontrés dans les cabinets sont prévus lors de chaque séminaire, permettant ainsi de faire un lien entre la pratique enseignée et leur mise en pratique professionnelle.

La vie est mouvement, elle transforme tout sur son passage. Une formation qui a pour objectif le maintien de l'existence d'une personne ne peut la maintenir dans un état inchangé. Former au soin, c'est également former au changement. « Le soin accompagne le déroulement des processus de changement qui supportent et entraînent notre démarche vers un accomplissement de notre existence. » (Honoré, 2003, p. 137) Former au soin, c'est prendre en compte l'accomplissement de l'existence du patient et du thérapeute.

- ***Le corps dans le processus de soin***

L'objet des formations au soin est le corps des patients, corps qui doit également être pris en compte au sein de la formation. Nous avons vu différentes conceptions du corps, allant d'un corps objet à un corps sensible, conceptions qui vont influencer le type de formation. En effet, une conception de corps objet va entraîner un apprentissage de gestes techniques, celle de corps sensible, un apprentissage d'une compétence tactile permettant une réciprocité au sein du toucher.

Le corps du thérapeute est naturellement pris en compte dans les formations en kinésithérapie et fasciathérapie, thérapies qui ont pour objectif de restaurer les potentialités motrices de l'homme. Les aptitudes motrices du kinésithérapeute en formation sont développées lors des cours de motricité individuelle, aquatique et collective, dans l'objectif de donner une formation nécessaire à la réalisation des exercices avec les patients. La formation en fasciathérapie, en plus d'une éducation aux aptitudes motrices réalisées dans un cadre spécifique, propose une éducation aux aptitudes perceptives du thérapeute en formation. L'objectif de cette formation perceptivo-motrice, nous l'avons vu, est la réalisation d'une rééducation motrice et sensorielle dans l'objectif de retrouver une meilleure motricité et une perception de soi grâce au mouvement.

L'originalité de la formation en fasciathérapie est d'inclure le corps du thérapeute au sein du toucher manuel. Pour que le corps devienne un instrument de travail fiable, il demande une éducation somatique et perceptive que nous allons détailler.

- ***Une éducation somatique***

Au sein de l'enseignement scolaire qui privilégie la capacité de raisonnement cognitif, le corps de l'élève n'est que peu pris en compte. Les exigences du corps ont mauvaise presse, elles peuvent même venir troubler le travail mental. Cette éducation implicite à un corps absent, facteur de troubles, reste très ancrée dans la vie de l'adulte.

Nous retrouvons ce corps absent chez les étudiants en formation. Apprendre aux étudiants à éduquer un patient à une meilleure santé nécessite d'éduquer en premier lieu les étudiants. Cet apprentissage demande aux étudiants de prendre soin d'eux, d'être actif non plus seulement avec leurs patients, mais avec eux-mêmes.

D'autre part, apprendre à prendre soin de son corps, c'est également apprendre à ne plus être dépendant de l'aide fournie par d'autres en matière de soin, ce qui du point de vue de Pierre Dominicé (2005) génère une résistance aux mesures de prévention : « Prendre sa part de soin ne s'impose, pour la plupart de nous, qu'en cas de souffrance devenue insupportable ou de maladie repérée comme grave. Chacun vit, à vrai dire, l'immédiateté de son état de santé. » (p. 68) Etre en bonne santé, pour la majorité d'entre nous, est un état naturel qui ne nécessite pas de soins.

Pierre Dominicé (2005), lors de sa collaboration avec le professeur Assal autour d'un projet d'éducation de patients diabétiques, comprend « que la dépendance du patient à l'égard de l'expertise scientifique médicale risque de prévenir sa capacité à prendre au sérieux la part d'apprentissage qui relève de sa responsabilité. » (p. 70) Une éducation à la santé est possible, selon cet auteur, à condition de lui donner une place au sein de la démarche pédagogique et de lui permettre d'explicitier le « processus au travers duquel l'histoire de sa vie a pris forme ». Ainsi, apprendre à prendre soin de soi, c'est prendre en compte son expérience et considérer que la part subjective de la santé a un impact thérapeutique.

La pratique médicale devient formatrice quand elle prend en compte l'expérience du patient, sa capacité à comprendre sa souffrance et quand le patient se prend en charge (Dominicé, 2005). Elle devient formatrice quand elle s'adresse au malade et non plus seulement à la maladie ou à la santé. Ainsi, la fasciathérapie, en proposant une éducation perceptive à son corps et à son geste, offre au patient un moyen de se prendre activement en charge et donne une dimension formative à sa pratique curative.

- ***Formation et soin***

La première relation entre formation et soin réside dans la nécessité d'une formation professionnelle à la pratique de soins, en rendant accessible les connaissances et les pratiques nécessaires à la sauvegarde du patient (Honoré, 2003). Elle offre à l'apprenant des connaissances servant à la mise en œuvre du soin, elle forme donc aux conceptions de pathologies et de guérison, et aux moyens de l'activité soignante.

D'autre part, nous pouvons également établir une relation entre soin et formation en considérant le soin comme formatif, non plus au sein d'une formation mais dans la vie en général. Ainsi, la pratique curative de la fasciathérapie est formatrice quand elle enseigne au patient à se percevoir dans l'objectif d'une meilleure relation à soi et à sa santé. Cette éducation demande une mise en place de conditions pédagogiques adéquates au sein de situations pratiques (manuelles, gestuelles, introspectives) où l'attention du patient est portée à la fois sur l'expérience corporelle concrète et sur l'expérience subjective. Prendre soin de soi demande une éducation somatique.

Mais éduquer à une pratique formative nécessite d'être engagé dans une démarche formative pour soi. Eduquer un patient à sa santé, nécessite d'avoir vécu soi-même cette éducation, d'avoir éprouvé sur soi ses résistances et ses joies, les douleurs et les plaisirs. Comme le dit Pierre Dominicé (2005), « ... prendre soin de soi ne fait guère partie des préoccupations courantes de la vie adulte. Lors de troubles portant atteinte à la santé, le corps est d'une certaine manière, confié à autrui, tant lors d'une consultation médicale que dans les cas de difficultés plus graves justifiant un traitement hospitalier. » (p. 66) Prendre soin de soi, c'est se réapproprier son corps, c'est le vivre comme sien, c'est s'investir dans la sauvegarde de son existence.

En offrant la possibilité à l'apprenant de prendre soin de son propre mouvement existentiel, la formation devient soignante (Honoré, 2003). « La formation s'avère 'soignante' en ce qu'elle délivre des contraintes formelles pour laisser libre cours au mouvement de l'existence dans le remaniement des formes donnant accès à des possibilités nouvelles » (p. 148), c'est-à-dire en allant librement sur le chemin du sens. Ainsi, prendre soin en formation permet à l'apprenant de sortir de son connu, son habitude, son discours habituel pour être en bonne santé. La santé, nous dit Georges Canguilhem (2002) n'est pas seulement un corps en bonne santé, c'est également connaître : « Je me *porte* bien dans la mesure où je me sens capable de *porter* la responsabilité de mes actes, de *porter* des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi, mais qui ne seraient pas ce qu'ils sont sans elles. » (p. 68)

Former au soin, c'est allier, dans un espace et un temps déterminé, des actions de formation et de soin. C'est également placer le sujet en formation au centre de la formation et du soin, en le considérant comme un être humain en devenir. Nous retrouvons au sein de la formation en fasciathérapie une conception de l'apprenant comme un être à former à prendre soin de lui et de l'autre, et dans le type de

formation qu'elle enseigne, une formation tournée vers le soin. La relation soignante et formatrice qu'elle propose passe par une relation au corps vécu comme lieu de gestion de sa santé et comme lieu possible de formation. Elle allie au sein d'un même geste la formation et le soin, rendant les deux processus indissociables : « Nous existons en formation et en soin. » (Honoré, 2003, p. 11) La formation et le soin sont destinés à un sujet qui les vit au sein de son parcours de vie, processus qui ne peuvent être dissociés.

► Formation par l'expérience

L'apprentissage du toucher nécessite de faire l'expérience du toucher. Elle ne peut se concevoir uniquement par une acquisition de connaissances, même si ces dernières sont indispensables. Cette expérience sollicite des compétences tactiles et kinesthésiques (mouvements de la main) nécessaires à la manipulation. L'apprentissage du toucher sensible demande également un savoir-faire qui va relancer le potentiel d'autorégulation et la force de renouvellement que le patient porte en lui.

La formation au toucher se situe au sein du courant de la formation expérientielle telle que définie par Bézille & Courtois (2006) : « La formation par l'expérience est une formation par contact direct mais réfléchi, avec soi, les autres, l'environnement. » (p. 14) Une telle conception de la formation place le sujet au centre du processus d'apprentissage, sujet qui est amené à faire une expérience concrète qui sera ensuite réfléchie dans l'objectif de produire du sens.

• *L'expérience en formation d'adultes*

Pour définir l'expérience, Guy de Villers (1991) fait référence à A. Bailly qui en dégage deux sens principaux : l'un tourné vers l'avenir – dans ce sens l'expérience est un essai dans l'objectif d'obtenir un résultat –, et l'autre tourné vers le passé – ici, l'expérience, qui a été vécue, a permis d'acquérir des connaissances. Dans cette conception, l'expérience est à la fois passée et à venir. Toute expérience tournée vers l'avenir proposée en formation d'adultes ne peut se faire sans tenir compte des connaissances acquises au sein d'expériences passées.

D'autre part, pour que l'expérience sensible soit source de connaissances au sein d'une formation d'adultes, elle doit, selon Guy de Villers (1991), rompre avec ses habitudes et ses « convictions érigées en raison. » (p. 19) Cette posture demande de

revisiter l'expérience après l'avoir faite et de l'interroger dans l'objectif de modifier ses représentations antérieures, processus que nous retrouvons dans une conception constructiviste de l'apprentissage. Elle demande également de suspendre les évidences, acte que nous retrouvons au sein de la phénoménologie.

Bernard Honoré (2003) place l'expérience dans un présent qui se déroule : « L'expérience est caractérisée par l'acquisition d'informations et de significations lors de la rencontre de quelque chose ou de quelqu'un, dans une situation particulière ou lors de la survenue d'un événement. » (Honoré, 2003, p. 134) Dans cette conception, l'expérience doit être soignée, elle nécessite une attention au sens des actes posés. Acquérir de nouvelles connaissances demande, selon l'auteur, de « prendre soin de l'expérience elle-même, pour ne pas se retrouver sans base dans le flux des activités soignantes. » (Honoré, 2003, p. 135)

Pour que l'expérience soit formative, elle doit être soignée pendant le temps de son déroulement et être confrontée aux connaissances acquises lors d'expériences passées dans l'objectif de les modifier. Pierre Dominicé (1991) souligne que « dans les récits biographiques, l'expérience évoquée comme centrale pour la formation est toujours celle qui a eu un écho ultérieur, qui a eu l'occasion d'être pensée ou symbolisée. » (p. 55) De plus, cette réflexion doit revêtir une signification personnelle pour l'étudiant, elle doit faire écho à une situation de sa vie.

Mais l'expérience passée peut être un obstacle à l'apprentissage. En effet, « le savoir issu de l'expérience revêt une autre nature. Il est plus solide, plus précis, mais aussi plus rigide. » (Dominicé, 1989, p. 58) L'expérience acquise devient une expertise qu'il est souvent difficile de modifier. Nous allons explorer le processus d'apprentissage tel qu'il est décrit par le constructivisme pour tenter de trouver une solution à cette problématique.

- ***L'expérience en formation de fasciathérapie***

L'expérience proposée par la fasciathérapie est une expérience corporelle sensible qui dévoile des significations singulières. Cette conception d'une expérience sensible du monde à la base de la connaissance rejoint celle d'Aristote (de Villers, 1991).

Mais il n'est pas facile de sortir de l'attitude naturaliste qui tend à interpréter les données perceptives en fonction de ses attentes et de ses représentations. Une éducation à la perception nécessite de créer des conditions pédagogiques qui permettent de rompre avec l'attitude naturaliste. Dans cet objectif, Danis Bois (2008) a instauré un « cadre d'expérience extra-quotidien » qui consiste à mettre l'apprenant dans une situation d'apprentissage inhabituel qui allie un mouvement relâché effectué à vitesse lente au sein d'un mouvement linéaire, avec une attention tournée vers l'intériorité du corps et un rapport au silence.

Ces conditions extra-quotidiennes non naturalistes sont créées par le formateur lors des séances d'apprentissage, puis sont reproduites par le fasciathérapeute auprès de ses patients. L'expérience proposée est collective et provoquée par un formateur dans un objectif de formation.

Toutefois, l'étudiant, en s'inscrivant au sein de cette expérience collective demandée par le formateur, vit une expérience personnelle teintée de résonances singulières. C'est au sein d'un cadre défini par le formateur que l'apprenant peut faire l'expérience du toucher et observer les effets de celui-là sur le patient : « Toute expérience, même lorsque celle-ci est vécue de manière collective, comporte des résonances singulières. Chaque apprenant vit l'expérience à sa façon. Il élabore le sens attribué à l'expérience en fonction de sa sensibilité propre ou de son cadre symbolique de référence. » (Dominicé, 2006, p. 10) La particularité d'une connaissance basée sur une expérience est son caractère subjectif et implique nécessairement les acquis et la sensibilité propre de l'apprenant.

Cette conception d'un apprentissage expérientiel où c'est par la modification du cadre d'expérience et non pas par une modification des connaissances préalables que le sujet est amené à sortir de l'attitude naturaliste, est novatrice. Dans ce sens, les connaissances initiales ne nécessitant pas de transformation, la formation ne prévoit pas de temps de formalisation du vécu de l'expérience. Nous verrons que la thèse de Danis Bois (2007) vient bouleverser cette conception de l'apprentissage en constatant qu'une transformation des représentations est nécessaire à l'acquisition de nouvelles compétences au sein du cadre d'expérience extra-quotidien. Cette découverte récente demande à être intégrée au sein de la formation.

► Processus d'apprentissage

Placer l'apprentissage d'un toucher sensoriel au sein de l'approche constructiviste de l'apprentissage qui situe l'activité cognitive du sujet au centre du processus d'apprentissage, peut paraître étrange. Danis Bois (2007) montre dans sa thèse de doctorat que la nature des connaissances mises en jeu dans l'expérience du Sensible est soumise à une négociation cognitive telle que décrite par le constructivisme.

Les kinésithérapeutes ont tous suivi une formation professionnelle de base aux modèles biomédicaux de la santé, de la maladie et du corps. Suivre la formation de fasciathérapie requiert de s'inscrire dans un nouveau paradigme demandant aux étudiants de modifier leur conception de la santé, de la maladie, du corps et plus globalement du soin apporté au patient. Les kinésithérapeutes ont également une pratique professionnelle plus ou moins longue et certains sont devenus des experts dans leur domaine, expérience qui peut être un frein dans l'apprentissage de nouvelles pratiques. Quelles sont les conditions nécessaires à l'apprentissage de nouveaux concepts et de nouvelles pratiques ?

Pour comprendre comment une représentation se transforme, nous allons étudier le modèle du constructivisme, tel que présenté par Bourgeois et Nizet (1999a).

Apprendre, pour l'approche constructiviste, c'est construire des connaissances. Le constructivisme postule que le sujet « confronté à une situation donnée [...], va activer une structure de connaissances préexistante, stockée en mémoire à long terme, à partir de laquelle il va traiter l'information. » (Bourgeois & Nizet, 1999a, p. 31) L'apprenant va donc traiter toutes les nouvelles connaissances transmises en les confrontant à ses connaissances préalables activées par la situation d'apprentissage. Cette conception de l'apprentissage tient compte des connaissances du sujet qui vont orienter le traitement cognitif des informations. « En ce sens, apprendre, ce n'est pas substituer des connaissances nouvelles à des connaissances préalables mais bien transformer des connaissances préalables en connaissances nouvelles. On ne peut donc apprendre qu'avec les connaissances préalables. » (Bourgeois & Nizet, 1999a, p. 34)

La première condition à une transformation de ses représentations est la convocation de connaissances existantes stockées en mémoire, au sein de l'expérience, afin de pouvoir la modifier. Cette structure de connaissances préexistantes va orienter le traitement cognitif de l'expérience.

Pour que les connaissances préalables se transforment, elles doivent entrer en « conflit cognitif » avec les informations nouvelles afin d'être déstabilisées et remises en cause. La seconde condition est de créer un déséquilibre, un conflit entre la structure de connaissances préexistantes et l'information nouvelle.

Mais le sujet peut ne pas modifier les connaissances préexistantes, en cherchant au contraire à adapter son environnement à ses propres structures. Ce processus d'assimilation se caractérise par une série de biais qui permet de rendre intelligible – de manière économique, efficace et socialement acceptable – le monde physique et social qui nous entoure. Ces mécanismes de régulation contribuent à maintenir de façon dynamique la stabilité des structures de connaissances de l'individu face aux nombreux changements qui se produisent constamment.

Il peut également modifier les connaissances préexistantes à son environnement, et se retrouver dans un processus d'accommodation. Pour que la structure d'accueil se modifie, elle doit faire face à l'inertie de maintien des structures de connaissances existantes. « En ce sens, apprendre c'est *aussi* agir *contre* des connaissances préalables. » (Bourgeois & Nizet, 1999a, p. 35)

Les conditions nécessaires au changement au sein de l'approche constructiviste de l'apprentissage, telles que l'activation des structures de connaissances, la confrontation à des informations nouvelles qui entrent en conflit, ne suffisent pas toujours à produire un changement. Bourgeois & Nizet (1999b) mettent en lien le changement des structures de connaissance avec la transformation identitaire et font l'hypothèse « que les adultes qui vivent des transformations identitaires importantes auront tendance à changer également au plan cognitif, dans la mesure où ces changements viennent, d'une manière ou d'une autre, soutenir la transformation identitaire en cours. » (p. 74) Pour ces auteurs, la plasticité des connaissances préétablies, permettant une résolution positive du conflit cognitif, est liée aux enjeux identitaires du sujet apprenant. Etienne Bourgeois (1996) constate que « 'toucher' à la structure de pensée ou d'action implique *ipso facto* que l'on touche à la structure identitaire du sujet sur laquelle elle s'appuie. » (p. 29)

Pour Guy de Villers (1991), « le phénomène de crise existentielle d'une part et celui de rupture au cœur des convictions érigées en raison d'autre part, constituent des conditions nécessaires à la remise en jeu des comportements et des représentations en relation d'étayage réciproque. » (p. 19) La crise ou la rupture de vie sont des moments de danger qui peuvent créer des inquiétudes, des angoisses face à l'inconnu qui se

dévoile. Ce sont également des moments d'ouverture sur une opportunité, sur une nouvelle manière de voir le monde et de s'y mouvoir.

Ainsi, selon Etienne Bourgeois (1996), « si dans sa trajectoire le sujet vit une crise existentielle et est ainsi engagé dans un processus de transformation identitaire, alors l'apprentissage est non seulement possible mais il peut en outre constituer un élément central de la *stratégie identitaire* du sujet. » (p. 31) C'est seulement dans ce cas que les structures de connaissance en jeu sont un moteur puissant d'apprentissage.

Si nous reportons cette conception de l'apprentissage à celui d'un toucher, nous pouvons dire que l'étudiant doit convoquer, au sein de la séquence pratique d'apprentissage, sa conception et son expérience du toucher afin de pouvoir les transformer. Il ne peut apprendre sans transformer son toucher, et sans toucher à sa structure identitaire qui est très liée au toucher.

Une formation continue destinée à des adultes ayant déjà des connaissances et une pratique professionnelle, doit donc tenir compte des connaissances antérieures des étudiants, s'appuyer dessus et proposer des situations pédagogiques permettant de confronter les nouvelles connaissances aux leurs. Une telle approche de l'apprentissage dans un contexte de formation permet aux étudiants de modifier des attitudes par une modification de leurs connaissances.

► Apprentissage du toucher

L'homme est amené à toucher son monde environnant et ses proches de manière quotidienne. Cette modalité perceptive et motrice s'est formée pendant son enfance et façonnée par son environnement familial et social : « L'expérience sensorielle et perceptive du monde s'instaure dans la relation réciproque entre le sujet et son environnement humain et écologique. » (Le Breton, 2006b, p. 32) L'expérience perceptive se module tout au long de la vie à travers les échanges, les expériences et le vécu.

Soigner l'autre par le toucher demande une formation professionnelle qui va s'adresser autant au geste technique qu'au vécu de ce geste. En effet, une bonne prise manuelle n'est pas seulement une manière de prendre, mais c'est également trouver la bonne pression, le lieu du corps en demande, c'est percevoir les tensions pour pouvoir les détendre, etc. D'autre part, l'apprentissage du toucher doit également prendre en

compte l'expérience perceptive de l'étudiant, sa sensibilité, sa manière de toucher et de saisir le monde.

Le toucher est un sens tactile qui met en jeu la perception et la motricité. Apprendre un toucher nécessite donc d'apprendre le geste visible et d'éduquer des compétences perceptives déployées au sein de ce geste.

- ***Transmission d'un geste***

Nous allons dans un premier temps nous intéresser à la partie technique et visible du geste qui est un aspect incontournable du traitement médical. Chaque catégorie professionnelle, nous l'avons vu, impose à l'individu un rapport déterminé au corps, qui va conditionner l'apprentissage des techniques de soin.

Le geste technique a une double fonction, « il vient rassurer le patient sur la qualité et le sérieux de sa prise en charge, voire sur ses chances de guérison ; mais il est aussi une protection chez le soignant contre la mise en jeu subjective induite par la rencontre avec le patient et son corps malade. » (Vinit, 2007a, p. 97) Le geste technique est l'intermédiaire entre le soignant et le soigné permettant au premier de prendre de la distance et au second d'être pris en charge. Nous pouvons définir « le geste professionnel [...] comme une action motrice réalisée à partir d'automatismes (Fernandez, 2004) et finalisé par un but au sein d'un contexte donné. » (Tomás, 2008, p. 2)

L'apprentissage du geste technique s'acquiert en imitant le geste de l'expert utilisé comme modèle puis en le soumettant à ses propres intentions : « L'imitation est donc ce mouvement d'appropriation qui transpose le geste de l'autre dans l'activité du sujet : source externe de mon apprentissage, il doit se convertir en ressource interne de mon propre développement. » (Clot, 1999, p. 2-3) La transmission du geste est un processus qui, dans un premier temps, va du dehors vers le dedans, où l'apprenant s'efface en tant que sujet devant le geste qu'il veut réaliser. L'imitation est d'abord une action du sujet sur lui-même (Clot, 1999). Puis dans un second temps, il s'agit d'un processus qui va du dedans vers le dehors, où l'apprenant met ce geste au service de sa propre action dirigée vers le monde. Yves Clot (1999) rajoute un troisième temps à l'apprentissage, celui d'une appropriation personnelle du geste en l'enrichissant de son expérience, ce qui fait que « le geste vraiment transmis, c'est-à-dire approprié, n'est plus tout à fait le même geste. » (p. 3)

Pour que cet apprentissage soit efficace, il nécessite d'apprendre le même geste avec des personnes différentes qui l'exécutent d'une manière personnelle, afin de pouvoir s'approprier son propre geste par un jeu de contrastes et de comparaisons. Il est donc important, au sein d'une situation pédagogique, que le même geste soit transmis par des formateurs différents, pour aider l'étudiant à faire le geste sien.

Jean-Luc Tomás, dans un article sur la transmission des gestes de métier en chirurgie cardiaque, rappelle que cet apprentissage se fait sur une personne vivante, qu'il ne peut être fait sur des cadavres, et que le but est le retour du patient à une bonne santé. L'apprentissage de certains gestes ne peut être appris lors de simulation, ils doivent être exécutés dans une situation réelle qui, dans la relation de soin, doit tenir compte de l'urgence de maintenir en vie le patient. Un tel apprentissage nécessite un encadrement de l'interne par des experts qui lui donnent la main, dans certaines conditions. Par contre, d'autres gestes, comme celui de faire une piqûre à un patient, peuvent s'apprendre au sein de situations fictives avant de l'effectuer sur une personne vivante.

- ***Transmission d'une compétence tactile***

Le toucher sensible, tel qu'il est enseigné au sein de la formation en fasciathérapie, demande une connaissance anatomique et une perception du corps de l'autre. L'apprentissage du toucher inclut l'acquisition d'un savoir anatomique qui permet au praticien de poser sa main au bon endroit et de manière adéquate, en respectant la forme osseuse par exemple. Dans ce sens, le toucher est un geste technique dans le sens où nous venons de le décrire.

Mais l'efficacité du toucher sensible réside principalement dans la part invisible du geste. Nous l'avons vu, le mouvement interne est invisible mais perceptible à toute personne formée à le percevoir. Le sujet peut percevoir une dynamique tissulaire, des degrés de malléabilité ou de densité intérieure, des états de tension ou de relâchement, il peut faire l'expérience de son ambiance interne. Le mouvement interne se perçoit comme une évidence, comme un état corporel clair et distinct, une certitude immédiate, comme le dit Descartes : « Ce qui se présenterait si clairement et si distinctement à mon esprit que je n'eusse aucune occasion de le mettre en doute. » (cité par Russ, 1991, p. 99) Cette intuition du mouvement interne est une intuition sensible, provenant de nos sens, elle ne se montre pas, elle est perçue.

Eduquer à la perception du mouvement interne, c'est éduquer à vivre une évidence. Nous reprenons à notre compte la question de Franz Baro, lors d'une réunion de la commission d'accompagnement de ce mémoire : comment forme-t-on un étudiant à vivre une évidence ?

Nous l'avons vu, c'est en proposant un cadre d'expérience extra-quotidien qui est au plus près des caractéristiques du mouvement interne que peut se transmettre l'évidence du mouvement interne. Ce cadre est une mise en visibilité d'un invisible du corps. Ainsi, le thérapeute, qui vit les manifestations internes de ce mouvement au sein de son corps, peut aider le sujet à le découvrir. Dans un premier temps, c'est en mobilisant les tissus du patient dans le respect du mouvement interne, en verbalisant les orientations et la vitesse du mouvement, que le sujet peut percevoir son intériorité mouvante. C'est à nouveau en extériorisant à la frontière du corps les mouvements internes que le sujet est entraîné à le percevoir. C'est donc en postulant que le fasciathérapeute peut percevoir le mouvement interne du sujet, qu'il peut lui transmettre cette perception par l'extériorisation provisoire du mouvement, avant que le sujet devienne autonome dans sa perception.

Le formateur fait de même avec l'étudiant-thérapeute. C'est en plaçant ses mains sur les siennes et en décrivant le monde du sensible qu'il offre à percevoir le mouvement interne et les modifications tissulaires.

Le corps du thérapeute est très présent dans cet apprentissage du toucher. Ses mains touchent le corps du patient à la recherche d'informations sensibles lui permettant de faire un bilan. Les perceptions sensibles résonnent dans le corps du thérapeute et viennent éveiller des états intérieurs signifiants.

L'apprentissage du toucher passe également par une éducation perceptive. Lors de mises en situation de pratique individuelle, l'étudiant apprend à utiliser les outils pour améliorer ses capacités perceptives. En effet, c'est en percevant sur lui-même qu'il peut percevoir l'autre. Il est également amené à faire l'expérience du toucher de l'autre sur lui-même lors des séances d'apprentissage. Florence Vinit (2007a) nous fait remarquer que vivre sur soi le bienfait de certains gestes permet, par la suite, d'être plus attentif au patient : « Autant il n'est pas nécessaire d'avoir été malade pour être un bon soignant dans la pratique médicale ou infirmière officielle, autant les pratiques de toucher s'apprennent en effet sur la base d'une expérience personnelle propre : le massage s'apparente à une pratique qu'on apprend autant en étant massé qu'en massant. » (Vinit, 2007a, p. 143-144) Nous posons l'hypothèse qu'être touché est indispensable à l'apprentissage du toucher sensible.

- ***Education d'une modalité sensorielle***

Nous l'avons mentionné plusieurs fois, apprendre à toucher c'est éduquer des compétences perceptives manuelles et corporelles, c'est éduquer la modalité sensorielle du toucher. Comme le dit David Le Breton, « l'éducation d'une modalité sensorielle consiste à rendre discret ce qui paraît continu à ceux qui ne disposent pas des clés pour en comprendre le sens, à décliner ce qui se ressemblait tant de prime abord en différences innombrables. Cette virtuosité apparente provoque l'étonnement du profane, mais elle est le fruit d'une éducation doublée, d'une sensibilité particulière qui en accroît la finesse. » (Le Breton, 2006b, p. 37-38) L'éducation permet d'affiner sa sensibilité, de spécifier ses moindres variations, de questionner les effets de son toucher. Elle permet d'ouvrir sa propre corporéité à l'autre, d'être à l'écoute de l'autre.

Nous avons vu que le toucher, pour le patient, est une « intrusion » dans sa zone intime, et pour le thérapeute, une expression de son identité. Apprendre un nouveau toucher, ce n'est pas seulement acquérir un nouveau geste technique extérieur à soi, c'est modifier en profondeur sa manière de percevoir, d'agir, de toucher l'autre. C'est également rencontrer des résistances, des manières d'être à adoucir ou à solidifier, des parties de soi à mettre en avant ou en recul. Apprendre à toucher, c'est s'apprendre.

Apprendre à toucher un corps sensible « passe nécessairement par un renouvellement du rapport au corps – le sien propre et celui d'autrui, ce qui implique au moins autant un renouvellement des conditions de sa perception qu'un renouvellement des représentations qui l'accompagnent. » (Berger, 2005, p. 59)

► Effets de formation

Nous avons vu qu'apprendre, c'est construire des connaissances, c'est transformer des connaissances acquises en connaissances nouvelles. Nous avons également vu que transformer ses représentations, c'est également transformer ses attitudes et renouveler ainsi un rapport à soi et à son corps. Nous pouvons donc dire que toute formation crée des effets qui vont transformer le sujet en formation à plusieurs niveaux.

- ***Effets professionnels***

Parmi les effets de formation nous pouvons distinguer les effets professionnels, des effets, attendus par les formateurs et les organisateurs de la formation, sur les compétences, les savoirs et savoir-faire liés au toucher, au mouvement et à l'introspection sensorielle. D'autres effets plus personnels, moins attendus mais néanmoins rencontrés par les étudiants, sont ceux qui touchent plus globalement à leur manière d'être, leur identité, leur comportement et attitude. Nous allons tenter de donner un premier contour théorique aux effets de formation avant de laisser la place aux étudiants, dans l'analyse que nous ferons de leur interview, dans le chapitre portant sur l'interprétation des données.

Nous avons vu qu'un apprentissage ne se fait pas à distance de soi, qu'il nécessite une implication active du sujet en formation et une transformation de ses représentations. Il est clair également que modifier un geste sensible, qu'éduquer une compétence perceptive ne modifie pas uniquement la manière de toucher au sein d'un geste professionnel, mais également la manière de toucher ses proches et sa vie.

L'objectif de toute formation est donc de modifier la signification des choses. Dans la vie courante, nous nous en tenons souvent aux apparences des choses. « Il faut généralement qu'un autre regard ouvre une perspective pour que notre attention se déplace des choses telles qu'elles répondent à nos préoccupations vers la manière de découvrir leur présence et se révèlent alors propres à une utilisation différente. Dans le monde, les choses se dévoilent à nous selon leur signification dans la compréhension que nous avons d'elles. » (Honoré, 2003, p. 106) La formation permet de modifier ses représentations au sein d'un cadre délimité et d'être accompagné par des formateurs et le groupe en formation.

La formation est également un temps de prise de distance avec sa vie professionnelle et privée qui génère des réflexions : « Quel est le sens, et quelles sont les conséquences de ce que, dans le temps et les lieux de presque toute activité de formation, la distance prise avec la vie quotidienne invite chacun, de quelque manière, à une réflexion *sur sa vie* ? » (Honoré, 1992, p. 27) Prendre du temps pour étudier, pour acquérir de nouvelles compétences professionnelles, c'est également prendre du temps pour soi, pour s'offrir un nouveau regard sur ses habitudes de pensée et de faire.

- ***Effets identitaires***

Nous ne pouvons parler d'effets de formation sans parler de la motivation. En effet, il n'y a pas d'apprentissage sans activité du sujet apprenant, sans une motivation d'apprendre. Quels sont les facteurs qui conditionnent la motivation à l'apprentissage d'un public composé d'adultes en formation continue ?

Dans le courant de la formation pour adultes, les recherches portant sur l'engagement en formation et les dynamiques identitaires peuvent éclairer notre questionnement. En effet, l'engagement dans une formation est coûteux dans le sens où celle-là demande de remettre en question ses structures de connaissances et renoncer à d'autres projets.

Selon Mokhtar Kaddouri (2006), le degré d'implication de l'apprenant dans le processus de formation est largement lié à sa dynamique identitaire en cours. Nous avons également vu avec Etienne Bourgeois et Jean Nizet (1999a) que la plasticité cognitive – ou la capacité à transformer ses représentations initiales – est liée aux enjeux identitaires de l'apprenant. De plus, pour Etienne Bourgeois (1996) et Guy de Villers (1991), la crise existentielle va constituer un élément central dans la stratégie identitaire et ainsi devenir un moteur puissant d'apprentissage, sous certaines conditions bien entendu.

Nous pouvons donc dire que l'engagement en formation d'un adulte est fortement lié à la dynamique identitaire en cours et que cette dernière va conditionner les apprentissages. Ainsi, les effets de la formation dépendent également du degré d'implication de l'apprenant dans le processus de formation.

- ***Accompagnement du changement***

Nous avons vu que toute formation ne peut s'effectuer sans une transformation de ses représentations. Jeanne-Marie Rugira (2008) va plus loin en mentionnant que tout projet de formation à l'accompagnement du changement est une occasion de percevoir et comprendre le monde de manière différente. Si nous considérons l'apprentissage du toucher comme un accompagnement aux changements corporels livrant de nouvelles significations, nous pouvons dire qu'elle est une occasion de se percevoir différemment, de se comprendre soi-même et les autres d'une manière renouvelée. C'est par la découverte d'un nouveau rapport à son corps que l'étudiant se découvre autrement, et peut donner sens à ce qu'il perçoit.

Nous laisserons la parole aux étudiants faciathérapeutes en formation nous préciser les nouveaux rapports et nouvelles manières d'être que la formation a provoqués chez eux.

► Conclusion

Cette mise en contexte du champ de la formation en fasciathérapie nous a permis de soulever plusieurs aspects des conditions d'apprentissage d'un toucher sensible. Son inscription au sein de la formation professionnelle continue nous indique que les apprenants sont des adultes qui arrivent en formation avec des connaissances et des compétences antérieures.

Former au soin, c'est allier, dans un espace et un temps déterminé, des actions de formation et de soin. Interroger Bernard Honoré (2003) sur les liens entre formation et soin nous a permis de comprendre que le soin est formatif et que la formation est soignante. C'est en proposant une relation au corps vécu comme lieu de gestion de sa santé et comme lieu possible de formation, que la fasciathérapie allie au sein du même geste la formation et le soin.

Former au toucher, nécessite de faire l'expérience du toucher et d'être touché. Le courant de la formation expérientielle nous apprend que toute expérience n'est pas source de connaissances. Pour que l'expérience soit formative, elle doit être soignée pendant le temps de son déroulement et être confrontée aux connaissances acquises lors d'expériences passées dans l'objectif de les modifier.

L'approche constructiviste apporte un éclairage au processus de transformations des connaissances acquises. Elle nous apprend que la transformation des représentations nécessite de résoudre le conflit de manière positive entre les connaissances préalables activées par la situation d'apprentissage et les connaissances nouvelles. Des résistances peuvent apparaître à cette transformation des représentations, résistances que Bourgeois et Nizet (1999b) attribuent à la structure identitaire de l'apprenant. Pour ces auteurs, la plasticité des connaissances préétablies, permettant une résolution positive du conflit cognitif, est liée aux enjeux identitaires du sujet apprenant.

Pour que l'expérience corporelle sensible dévoile des significations singulières, elle nécessite un « cadre d'expérience extra-quotidien », comme le nomme Danis Bois (2008). Ce cadre d'expérience a pour objectif de rompre avec l'attitude naturaliste qui tend à interpréter les données perceptives selon ses représentations. Il s'agit d'une sorte de mise entre parenthèse de notre façon habituelle de percevoir dans l'objectif d'assister à l'émergence du sentir.

Apprendre un toucher nécessite un apprentissage du geste visible de la main et une éducation aux compétences perceptives invisibles déployées au sein du geste visible. L'apprentissage du geste technique s'acquiert par imitation du geste d'un expert. L'éducation aux compétences perceptives demande une éducation du thérapeute dans son rapport à lui et à autrui. Cette éducation demande de vivre l'évidence du mouvement interne et également de pouvoir transmettre cette évidence au patient. C'est à nouveau par l'utilisation du cadre d'expérience extra-quotidien que la fasciathérapie propose une éducation somatique et sensorielle.

Apprendre un toucher sensible c'est également se transformer au contact de cet apprentissage et du Sensible. Au-delà des transformations de ses compétences et de sa pratique professionnelle, la formation génère des transformations identitaires. Les recherches effectuées par Kaddouri (2006), Bourgeois (1996) et de Villers (1991) montrent que les effets de formation dépendent du degré d'implication de l'apprenant dans le processus de formation.

Pour conclure, nous pouvons dire que la fasciathérapie est une formation, dans le sens où elle propose une mise en forme de soi dans une relation sensible à soi et à l'autre.

Egalement, que la formation en fasciathérapie est une éducation, dans le sens où l'entend René Barbier (2006) : « Eduquer veut dire d'abord 'nourrir, prendre soin de'. » (p. 229) En proposant une éducation perceptive à soi et à l'autre, la formation propose de prendre soin de soi, d'autrui et de la vie. « Eduquer, sous cet angle, consiste à accompagner le sujet vers une autonomie d'existence où il trouvera les moyens d'accomplir cette prise en compte de son élan vital. » (Barbier, 2006, p. 229) Eduquer, c'est également « conduire hors de », nous dit René Barbier (2006, p. 229). La fasciathérapie, par son côté novateur et en perpétuel mouvement, éduque également à sortir des sentiers battus, à entrevoir de nouvelles possibilités perceptives et cognitives.

3

Cadre théorique

Cette partie théorique nous permettra de donner un cadre conceptuel à notre première question de départ : *Qu'est-ce qui, dans le toucher et le fait d'être touché, est formateur pour le kinésithérapeute dans son apprentissage du métier de fasciathérapeute ?* L'objectif du cadre théorique sera de dérouler les thèmes de la perception de soi et d'autrui, du toucher et du touchant et de l'expérience perceptive et corporelle.

Au sein de ce cadre théorique, notre choix s'est porté sur la phénoménologie de Merleau-Ponty pour plusieurs raisons. Tout d'abord, Merleau-Ponty place le corps avec ses pouvoirs perceptifs et expressifs à l'origine de toutes les visées, point de vue qui nous semble essentiel pour traiter la question de l'expérience du toucher. D'autre part, sa quête d'une perception située à son émergence, en amont de tout préjugé, nous a interpellés. Elle semble venir en écho à la pratique professionnelle de la fasciathérapie qui est mienne qui tente de faire émerger un sens d'une expérience à médiation corporelle.

Nous ferons également appel à des auteurs qui ont fortement influencé la pensée de Merleau-Ponty, comme Husserl par ses travaux sur la phénoménologie, ou Henri Wallon par ses travaux sur la psychologie du développement de l'enfant. Nous mentionnerons également des phénoménologues contemporains qui, par leurs écrits, ont souvent permis de comprendre la complexité de la pensée de Merleau-Ponty. D'autre part, les pensées propres de ces auteurs offrent également un regard complémentaire à celui de notre auteur de référence.

La première partie de ce chapitre est consacrée à l'exploration de la perception telle qu'elle est décrite par la physiologie avant de la confronter à la vision merleau-pontienne. Cette partie est essentielle, car elle met en avant l'originalité du point de vue phénoménologique et constitue un fond de compréhension sur lequel pourront venir s'appuyer d'autres concepts.

Après une exploration du processus de genèse de l'exploration perceptive telle qu'elle est décrite par Husserl et Merleau-Ponty, nous mentionnerons les apports de Maldiney et Tengelyi qui tentent d'offrir une alternative à la réduction phénoménologique ; notre objectif étant de questionner l'expérience perceptive et l'expérience corporelle dans ce qu'elles peuvent nous apprendre sur comment se percevoir et percevoir autrui.

Les bases de la perception étant posées, nous étudierons ensuite les différents concepts de corps issus des traditions philosophiques et plus particulièrement le concept original de *chair* tel qu'il a été développé par Merleau-Ponty. Cette chair, tout à la fois chair du corps et chair du monde, est un tissu perceptif dans lequel l'homme peut s'insérer.

Le concept de chair nous amènera, dans une seconde partie, à étudier la question du touché et du touchant. A nouveau, nous nous baserons sur la physiologie du toucher pour ensuite aborder la conception merleau-pontienne du toucher, sans oublier de mentionner la fameuse expérience de la main touchée et touchante.

3.1 La perception

Quelles sont les compétences nécessaires à la perception de l'autre, à la perception de soi ? Parmi les cinq sens constituant la perception, notre étude porte sur le toucher. Quel statut pouvons-nous donner aux perceptions tactiles, sensibles et sensorielles ? Donnent-elles des éléments suffisamment fiables pour établir un bilan et une stratégie thérapeutique ? Quelles sont les attitudes perceptives sous-jacentes au toucher ?

Pour une longue tradition philosophique, les qualités données par les sens sont illusoire et seuls la conscience, l'intelligible, le jugement et la réflexion sont à prendre en compte dans une connaissance du monde. La phénoménologie apparaît au sein de cette civilisation qui privilégie la raison et l'objectivité et nous intéresse dans sa pensée radicalement nouvelle, ouverte à la subjectivité et au monde. Comment les phénoménologues perçoivent-ils le monde ? Nos sens sont-ils trompeurs ou nous offrent-ils une vision du monde sur laquelle nous pouvons baser une réflexion ? Comment étudient-ils « ce qui apparaît à la conscience » ?

3.1.1 Percevoir le monde

► **Réflexion épistémologique sur la différence entre sensation et perception**

Avant d'étudier le point de vue de la phénoménologie sur la question de la perception, il semble nécessaire d'effectuer une brève description de cette notion telle qu'elle est décrite dans la physiologie classique. Notre objectif n'est pas de détailler les différents courants existants actuellement dans ce domaine, mais de donner une description classique du processus perceptif, nous permettant ainsi d'entrevoir l'originalité de la phénoménologie.

La perception est le processus neurophysiologique qui nous permet de recueillir des informations provenant de notre environnement intérieur et extérieur et qui nous met en relation avec le monde. Nous pouvons donc voir la perception comme une communication qui met en contact un monde extérieur (non langagier) avec un esprit (une pensée). Dans son processus physiologique, elle présuppose donc une relation entre un objet perçu dans le monde et un sujet percevant.

La science objective décompose ce processus en trois étapes principales. La première se trouve au niveau des stimuli de l'environnement qui vont déclencher une réponse au niveau des récepteurs sensoriels. La deuxième étape est celle des processus sensoriels qui se situent à l'interface entre stimuli et sensations. La troisième et dernière étape est celle de la sensation, volet psychologique du processus. La

perception, dans ce cadre, est définie comme le produit final des mécanismes de traitement des informations sensorielles.

Classiquement, la perception est vue comme un processus afférent – effectué en dehors de notre conscience – provenant des organes des sens se trouvant à la périphérie en direction des fonctions centrales, cognitives. La perception se fait donc à l'intérieur d'un sujet qui reçoit passivement des sensations et qui ensuite les organise. La science objective cherche à reconstruire la perception en se basant sur une représentation de « l'organisme humain comme un système physique en présence de stimuli définis eux-mêmes par leurs propriétés physico-chimiques » (Merleau-Ponty, 1945, p. 33). Cette conception de la perception ne tient pas compte de la relation établie par le sujet à son environnement.

- ***Définitions de « perception » et « sensation »***

Les conceptions classiques distinguent « la sensation qui a pour objet une qualité sensible déterminée (un son, une odeur), et la perception, qui a pour objet une chose matérielle unifiée (une cloche, un fruit). » (Séverac, 2006, p. 365) La sensation provient d'un seul organe des sens, c'est un élément abstrait qui, dans la réalité, ne se présente jamais seul. Je ne vois pas du rouge, mais une robe rouge que je peux également être en train de toucher. Ainsi, « une sensation est toujours inscrite doublement dans un ensemble qui la dépasse : une durée et un contexte perceptif. » (Tinoco, 1997, p. 30-31) Nous entendons donc par perception, le processus de synthèse effectué entre les informations variées provenant des différents sens, c'est-à-dire les sensations qui aboutissent à une signification.

Comme le précise De Waelhens (1970), « ce fonctionnement suppose une distinction nette entre l'organe excité et l'excitant qui est, lui aussi, défini avec précision grâce à notre connaissance du physico-chimique : c'est [...] un objet constitué ou inféré par la théorie scientifique, non un 'perçu'. » (p. 62) Cette description de la perception laisse déjà entrevoir une distance entre le sujet percevant et l'objet perçu, comme si l'objet et le sujet ne vivaient pas dans le même monde. Elle permet de donner un premier cadre à notre questionnement, même si elle n'offre que peu de perspectives sur la perception de la subjectivité corporelle. Elle pose également plusieurs questions quant à la nature de l'objet perçu – est-il donné ou construit ? – et au rôle du sujet percevant – est-il un récepteur passif ou actif dans la genèse du perçu ?

D'autre part, cette description ne correspond pas à notre vécu de la perception où nous avons l'impression que le monde nous est spontanément donné. La

phénoménologie, plus proche de notre expérience vécue de la perception au sein du monde, apparaît alors comme la méthode philosophique à interroger.

► Phénoménologie de la perception

La phénoménologie, comme son nom l'indique, interroge les conditions d'apparition des phénomènes, ce qui se montre, ce qui se manifeste à la conscience. Elle est décrite par Husserl (1859-1938), philosophe allemand et « père » de la phénoménologie, comme une « méthode analytique et descriptive permettant de faire 'retour aux choses mêmes' » (cité par Fontaine, 2007, p. 441) dans le but de percevoir la vérité des choses. Pour Merleau-Ponty (1908-1961), phénoménologue français qui s'est inspiré des travaux de Husserl, « la phénoménologie [...] étudie l'*apparition* de l'être à la conscience, au lieu d'en supposer la possibilité donnée d'avance. » (Merleau-Ponty, 1945, p. 88) Le phénoménologue fait ainsi l'expérience du monde pour lui donner sens et ne présuppose pas de signification *a priori* avant l'acte de perception.

- ***La signification est contenue dans l'acte de percevoir***

Pour faire l'expérience du monde, le phénoménologue place le sujet au centre de celui-ci. Le monde est présent à tous les actes du sujet, il est réel, il ne peut se résumer à une analyse réflexive ou à une théorie scientifique. En effet, même si le monde perçu ne peut apparaître à un homme sans un appareil sensoriel, la physiologie n'explique pas son mode d'apparaître (Merleau-Ponty, 1964).

Dans son étude, Merleau-Ponty place également le sujet au centre de la perception, il ne l'exclut pas du processus perceptif, il le place au sein d'une relation à double sens entre lui et le monde, sans prédominance de l'un sur l'autre. Il se situe donc à contre-courant de la perspective intellectualiste (Alain, Lagneau, Descartes) où l'activité cognitive du sujet joue un rôle essentiel dans la saisie perceptive de l'objet et à l'encontre de la perspective empiriste (Locke, Berkeley) où la perception est une voie directe à la réalité des choses, où le sujet de la perception est ignoré.

Nous nous retrouvons dans un processus où d'un côté, les perceptions sensorielles jettent physiquement l'homme dans le monde, l'enracinent dans celui-ci, et de l'autre côté, les activités perceptives de l'homme lui permettent de déchiffrer le monde et de le transformer en tissu familier. Dans cette vision, le monde n'est pas

donné, il ne transmet pas aux organes sensoriels des messages originaux, le sens s'instaure dans la relation particulière que l'homme établit avec lui : « La chose ne peut jamais être séparée de quelqu'un qui la perçoive, elle ne peut jamais être effectivement en soi parce que ses articulations sont celles mêmes de notre existence et qu'elle se pose au bout d'un regard ou au terme d'une exploration sensorielle qui l'investit d'humanité. Dans cette mesure, toute perception est une communication ou une communion » (Merleau-Ponty, 1945, p. 376). La perception ne peut se faire sans une relation sensorielle entre sujet et objet.

C'est également au sein de cette relation entre sujet et objet, au sein de la saisie perceptive qu'émerge la signification. Dans cette conception d'une perception directe non thématifiée par une réflexion, le sujet percevant ne s'impose pas au monde perçu, ni le monde au sujet, les deux pôles du processus perceptif ont leur rôle à jouer. Merleau-Ponty situe la perception dans cette interrelation active entre objet perçu et sujet percevant, entre invitation du monde et accueil du sujet. Au sein de cette interrelation, nous allons détailler les rôles spécifiques de l'objet perçu situé dans le monde et du sujet percevant.

- ***Le monde à percevoir est sensible***

Le monde, pour Merleau-Ponty, existe avant toute analyse, avant toute réflexion. Même si le monde existe avant que l'homme pose son regard dessus, il n'a de sens qu'au moment où l'homme l'aperçoit. La phénoménologie peut être décrite comme « une philosophie pour laquelle le monde est toujours 'déjà là' avant la réflexion, comme une présence inaliénable, et dont tout l'effort est de retrouver ce contact naïf avec le monde pour lui donner enfin un statut philosophique. » (Merleau-Ponty, 1945, p. 7) C'est sur ce fond du monde que la description phénoménologique de l'expérience vécue a lieu.

Ce monde perçu par l'homme est, pour Merleau-Ponty (1945), sensible, entendu saisi par nos sens : « le sensible est ce qu'on saisit avec les sens » (p. 33). C'est l'homme, par sa perception, qui rend le monde sensible, permettant aux choses de naître et d'exister. Sans cette présence de l'homme au monde, ce dernier n'existerait pas.

C'est au sein de ce rapport engagé et non distant au monde que la signification s'offre au sujet : « la perception est [...] cet acte qui crée d'un seul coup, avec la

constellation de données, le sens qui les relie, – qui non seulement découvre le sens *qu'elles ont* mais encore fait *qu'elles aient un sens*. » (Merleau-Ponty, 1945, p. 61). La perception ne se présente jamais nue, elle est toujours chargée d'un sens, d'une signification. L'objet devient alors un objet immédiat imprégné d'une signification immanente, d'un sens, d'une structure. Percevoir, c'est donc percevoir une signification.

Pour Merleau-Ponty, le monde est toujours présent et prend son sens au sein de la relation qu'établit avec lui un sujet incarné. Le monde est également sensible, il offre des perceptions actives qui portent en elles une signification. Dans cette description, le sujet est immergé dans le monde qu'il perçoit passivement. Nous allons voir que le sujet a également un rôle actif au sein du processus perceptif.

- ***Le sujet percevant est actif***

La phénoménologie étudie la perception telle qu'elle est vécue par le sujet, elle revient donc à s'étudier soi-même comme sujet percevant au sein du processus perceptif. La place du sujet est primordiale, car pour éprouver le monde, le sujet percevant doit être présent.

Tout en étant passif, le sujet de l'expérience du monde est à la fois impliqué : « Le sujet de la sensation n'est ni un penseur qui note une qualité, ni un milieu inerte qui serait affecté ou modifié par elle, il est une puissance qui co-naît à un certain milieu d'existence ou se synchronise avec lui. Les rapports du sentant et du sensible sont comparables à ceux du dormeur et de son sommeil : le sommeil vient quand une certaine attitude volontaire reçoit soudain du dehors la confirmation qu'elle attendait. » (Merleau-Ponty, 1945, p. 256) Ainsi, le sens de la perception naît dans cette coïncidence entre objet à percevoir – où le sujet est passif – et intention de percevoir cet objet – où le sujet est actif.

Le sujet joue également un rôle actif dans la signification qu'il attribue au monde : « Le fonctionnement normal doit être compris comme un processus d'intégration où le texte du monde extérieur est non pas recopié, mais constitué. » (Merleau-Ponty, 1945, p. 32) Le cerveau de l'homme ne copie pas le monde par ses circuits sensoriels, il le constitue au sein de la relation qu'il établit à l'objet. C'est parce que cet objet m'attire et parce que je pose mon attention sur lui que je le perçois. En ce sens, la perception est intentionnelle et constitue l'objet qui peut

recouvrir de multiples significations. Ainsi, la perception est un processus dynamique où des stimuli identiques vont avoir des impacts sensibles différents : « l'objet perçu n'est pas une chose-en-soi mais [...] il s'insère toujours en diverses perspectives, selon lesquelles il peut être saisi, et entre lesquelles nous avons le choix. » (De Waelhens, 1970, p. 64) Eprouver le monde, c'est donc le percevoir avec son style propre.

La perception n'est pas seulement active dans la constitution du monde par des processus cognitifs, elle l'est également dans son interaction avec le monde. En effet, la phénoménologie, en se basant sur les théories de la Gestalt, énonce que le simple fait de poser son regard à tel endroit du champ perceptif suscite une transformation radicale de ce dernier : « Le donné sensible, toujours déjà inscrit dans des processus d'organisation, ne cesse donc de se transformer en même temps que des significations en émergent » (Gély, 2005, p. 9). Les sens ne sont pas neutres et ne se posent pas sur un monde insensible, le regard donne des informations sur le monde et le modifie par son acte. L'homme, par la relation perceptive qu'il établit au monde, le modifie constamment et fait qu'à chaque nouvelle tentative de le percevoir, il est déjà différent.

Le sujet percevant, dans ce cadre phénoménologique, a une double fonction : une fonction passive de perception du monde et une fonction active dans son intention de percevoir et dans la signification attribuée au monde. Eprouver le monde, c'est donc le percevoir avec son style propre, son corps, son histoire, sa culture. Percevoir le monde, c'est également le modifier par son action perceptive. Nous pouvons donc conclure que toute perception nécessite un sujet percevant activement ouvert au monde.

- ***La perception est immanente au sensible et constituée par le sujet***

En résumé, l'expérience immédiate, la signification contenue dans la perception, est tout à la fois immanente au sensible et constituée par le sujet percevant. La perception est autant ouverture à la réalité telle qu'elle est, et retour à notre façon particulière de traiter cette réalité, à travers nos états. Elle se fait dans le monde et en nous-même, elle est ouverture à une extériorité telle qu'elle se vit à l'intérieur de nous-même. Ainsi, la perception de la table sur laquelle je travaille, est tout à la fois perception des aspects objectifs de cette table (en bois avec des pieds métalliques) et perception du sens que prend cette table pour moi au sein de mon présent (support me permettant d'écrire ce texte).

Ce qui nous intéresse dans cette vision de la perception, c'est la prise en compte de ce qui se passe entre le sujet et le monde. La perception n'est plus entrevue comme une addition d'éléments isolés recueillis dans le monde et/ou dans l'homme, ni comme une relation de pouvoir de l'un sur l'autre. Elle est située dans une interrelation, comme une réponse à une question confuse que le sujet pose à l'objet pour lui donner le moyen de se déterminer : « Sans l'exploration de mon regard ou de ma main et avant que mon corps se synchronise avec lui, le sensible n'est rien qu'une sollicitation vague. » (Merleau-Ponty, 1945, p. 259)

La perception, telle que nous venons de l'entrevoir, est tout à la fois présence directe et implicite au monde, et saisie de la réalité du monde.

- ***La signification émerge d'un enchevêtrement des sens***

Dans notre vie quotidienne, un flot de sensations provenant de nos sens nous envahit de manière continue. Au niveau neurologique, chaque organe sensoriel déploie un champ perceptif particulier où les stimuli provenant du monde extérieur sont codés puis acheminés vers une aire corticale spécifique. Ainsi, chaque modalité sensorielle constitue un système spécialisé de traitement doté de fonctionnalités précises et chaque modalité sensorielle offre une sensation particulière du monde.

Cependant, nous percevons un objet dans sa globalité et non dans une succession de sensations provenant d'organes différents. Nous ne percevons pas d'abord la vision d'un feu d'artifices, puis son bruit et son odeur, mais nous contemplons un spectacle. C'est par une synchronisation des sensations provenant des sens extéroceptifs et non par une addition successive des informations provenant de chaque organe sensoriel que le sens de l'expérience perceptive est donné. Ainsi, l'expérience sensible est fragmentée selon les différents sens qui constituent chacun un point de vue divergent sur le monde puis reconstruite au sein d'une communication neuronale pour former une « synesthésie ».

C'est au sein de cet enchevêtrement où chaque sens contribue à enrichir la perception d'ensemble que s'établit la signification. Mais cette signification, rappelons-le, ne peut s'effectuer sans un sujet immergé dans l'expérience sensible du monde, « ce ne sont pas ses yeux qui voient, ses oreilles qui entendent ou ses mains qui touchent, il est tout entier dans sa présence au monde et les sens se mêlent à tout instant dans le sentiment qu'il a d'exister. » (Le Breton, 2006a, p. 26)

D'autre part, « la perception nous fait assister à ce miracle d'une totalité qui dépasse ce qu'on croit être ses conditions ou ses parties » (Merleau-Ponty, 1964, p. 23),

elle offre un spectacle supérieur à la somme des sensations de chaque modalité sensorielle, elle nous fait accéder à un monde qui nous surprend par sa richesse dès qu'on s'immerge dans celui-là. C'est bien au sein du corps que naît la perception, mais ce corps s'efface au profit de la perception, offrant tout son espace au spectacle. La perception ne peut donc saisir le corps en train de percevoir (Merleau-Ponty, 1964).

► Conclusion

La phénoménologie se situe radicalement dans le monde à percevoir et consiste à réveiller l'expérience du monde, expérience qui précède la connaissance. Pour ce faire, elle décrit le processus perceptif tel que vécu par l'homme, dans son émergence de sens avant toute réflexion, et non tel que vécu lors d'expériences effectuées en laboratoire qui isolent l'homme de son environnement et de lui-même. Le sens de l'expérience perceptive émerge de l'interrelation entre l'émanation de sens provenant de l'objet et l'implication du sujet et de son histoire dans cet acte perceptif. Pour répondre à nos questions sur la nature de l'objet et du sujet au sein de la perception, nous retiendrons que l'objet est tout à la fois donné par son caractère sensible et constitué par le sujet qui le perçoit ; et que le sujet est à la fois passif et actif dans cette interrelation.

Cette manière de voir l'émergence du sens au sein d'un environnement qui le constitue, cette conception d'une perception qui se fait dans le monde et dans soi, par une synchronisation des sensations et avant toute réflexion, va influencer la suite de notre travail.

Nous notons également que la perception, telle que nous l'avons décrite, s'adresse à un objet situé dans le monde, à un extérieur à soi en tant que corps. En relation avec la question qui mène notre recherche – celle de la perception du toucher sur un corps humain vivant – nous allons étudier le concept de corps, avant d'aborder le toucher.

3.1.2 Faire l'expérience du monde

En philosophie, l'expérience a des significations différentes selon les courants théoriques. Elle peut être définie comme « la voie d'accès aux réalités du monde sensible » ou être dénoncée au profit d'une « connaissance vraie par l'intuition des idées pures. » (de Villers, 1991, p. 15) Nous retrouvons dans la conception de l'expérience cette dichotomie entre connaissance sensible illusoire et connaissance vraie provenant d'une réflexion.

Pour Kant, « la connaissance n'a accès qu'au monde des apparences, des phénomènes » (de Villers, 1991, p. 15), des objets construits par le sujet qui fait l'expérience du monde. Dans cette conception de l'expérience, c'est l'esprit humain qui produit du savoir, en se référant aux objets précédemment construits.

Le terme *expérience* peut recouvrir de nombreux aspects que nous ne détaillerons pas. L'expérience qui nous intéresse au sein de ce mémoire, est celle que nous pouvons faire dans notre corps, quand nous touchons et quand nous sommes touchés. Il s'agit donc d'une expérience corporelle intérieure, d'un vécu corporel, provoqués par une main venant toucher notre corps.

► L'expérience perceptive

Pour la phénoménologie qui privilégie la subjectivité, l'expérience précède tout jugement, elle est antéprédicative. D'autre part, l'expérience ne peut être comprise en dehors de la dimension sensorielle : « Je me vis comme étant totalement présent en chacune de mes expériences, je m'y éprouve comme le sujet que je suis et je me vis comme ouvert à autrui, auprès de lui. » (Gély, 2000, p. 11)

Au sein de la phénoménologie, parler d'expérience implique nécessairement de la vivre. Le sujet de l'expérience perceptive, le sujet percevant, « n'est ni un penseur qui note une qualité, ni un milieu inerte qui serait affecté ou modifié par elle, il est une puissance qui co-naît à un certain milieu d'existence ou se synchronise avec lui. Les rapports du sentant et du sensible sont comparables à ceux du dormeur et de son sommeil : le sommeil vient quand une certaine attitude volontaire reçoit soudain du dehors la confirmation qu'elle attendait. » (Merleau-Ponty, 1945, p. 256) Nous allons

approfondir ce que Husserl et Merleau-Ponty entendent par l'attitude nécessaire à la perception.

► Processus de genèse de l'expérience perceptive

Dans l'expérience quotidienne de notre environnement, le monde va de soi, le monde tel que nous le percevons nous apparaît comme une évidence. Nous sommes naturellement projetés dans un monde qui est constamment là, les choses nous semblent données sans que nous ayons le sentiment d'exercer une action pour les comprendre et nous leur prêtons spontanément une réalité. Nous sommes pris dans cette « attitude naturelle », cette manière d'être habituelle et spontanée de vivre le monde, c'est notre manière d'être au monde.

Mais cette attitude naturelle, cette familiarité du monde nous détourne de la chose *telle qu'elle est*, du phénomène en tant que tel. Le réel familier semble « cacher » le phénomène. Comment sortir de cette foi perceptive, de cette adhésion sans preuve à notre certitude d'être branché sur le monde par notre regard, pour retrouver ce contact naïf avec le monde ? La phénoménologie va mettre en suspens l'attitude naturelle pour ainsi permettre l'accès aux phénomènes, à une perception plus proche de son émergence, en se mettant au plus près de son expérience : « Porter son attention à l'expérience en train de se vivre, c'est s'efforcer de développer le moins de projections, de préjugés ou de présuppositions à son endroit, de façon à la laisser apparaître pour elle-même dans sa fraîcheur native. » (Depraz, 2006, p. 8)

Pour accéder à la nudité de cette expérience, la phénoménologie propose de retourner aux choses elles-mêmes, de s'ouvrir à de nouveaux horizons non perceptibles au sein de l'attitude naturelle. Retourner aux choses mêmes, n'est pas une attitude spontanément présente, elle demande l'effort de « décrire les 'objets' qui se donnent à la conscience, comme ils se donnent, et ce, au moyen de l' 'intuition donatrice', dans la mesure où les phénomènes qui existent pour ma conscience se donnent à elle dans un vécu qui les lui 'présente'. » (Fontaine, 2007, p. 441) Elle fait donc appel à « l'intuition donatrice » où l'objet visé se donne à la conscience directement, dans une intuition immédiate et actuelle, sans médiation d'un représentant quelconque. » (Fontaine, 2007, p. 441)

Comment accéder à l'expérience perceptive originaire, dans son jaillissement, et la conduire à l'expression de son propre sens ? Comment un objet peut-il se donner

comme tel au sein d'une perception phénoménologique, sans qu'il soit une représentation ? Dans la vie courante, les choses nous sont d'emblée données, nous leur prêtons spontanément une réalité. Mais accéder à l'expérience perceptive originaire, en amont de notre attitude naturelle, demande un effort particulier que nous allons décrire.

- ***La réduction selon Husserl : une mise à distance de soi***

Pour revenir au phénomène tel qu'il apparaît à la conscience, la démarche phénoménologique nécessite un « retour aux choses mêmes » par une suspension de l'attitude naturelle pour permettre l'accès aux phénomènes situés en amont des perceptions spontanément présentes. Dans cette quête, Husserl a mis au point un chemin initiatique en trois étapes permettant de saisir le phénomène dans sa phénoménalité la plus pure : *l'épochè*, la *réduction phénoménologique* et la *réduction transcendantale*.

La première attitude permettant de saisir le phénomène est celle de *l'épochè*⁵, de la mise de côté des idées préconçues et des préjugés concernant les objets visés, de la suspension de l'existence des objets du monde. Il s'agit donc d'abandonner tout savoir théorique, toute interprétation traditionnelle, toute opinion personnelle pour se mettre dans une attitude descriptive neutre. Cette première attitude limite donc le fonctionnement naturel de la conscience qui nous pousse dans une acceptation irréfléchie du monde, elle permet à l'objet visé de se donner sans médiation.

La deuxième attitude, celle de la réduction phénoménologique ou première réduction, permet de comprendre l'objet comme phénomène. Cette conversion de l'attitude naturelle en une attitude philosophique permet de se détourner de l'existant pour opérer un retour vers le phénomène et pour sortir de l'attitude naturelle ou naïve spontanément présente lors de l'expérience. Mais la réduction n'est pas spontanée, elle demande l'effort de poser un regard rétrospectif vers son vécu, elle est « une attitude seconde par rapport à l'attitude naïve dans laquelle nous nous vivons nous-mêmes en percevant, en imaginant » (Gély, 2002, p. 165).

La troisième attitude, celle de la réduction transcendantale ou deuxième réduction, nous permet de revenir à nous-mêmes pour nous appréhender comme sujet

⁵ Terme grec qui signifie *abstention*

percevant⁶ incarné dans un corps au sein du monde. Cette réduction permet au phénoménologue de comprendre comment nous nous vivons, de comprendre nos comportements à partir de l'expérience que nous faisons de nous-mêmes comme sujet. Cette étude de l'homme ne le coupe pas de son expérience propre. Pour Husserl, « le sujet se vit comme à l'origine de ce qu'il vit, au sens, en effet, où ce qu'il vit, c'est lui qui le vit. » (Gély, 2002, p. 168)

Pour résumer, la phénoménologie, dans l'étude de l'expérience telle que nous la vivons de manière naturelle, constate que nos préjugés sur le monde nous empêchent d'accéder aux choses telles qu'elles sont. Husserl, pour nous amener à faire l'expérience du monde tel qu'il nous apparaît, propose de viser un objet, puis d'effectuer un *epochè* – de mettre de côté ses idées du monde – et finalement de pratiquer une réduction phénoménologique et transcendantale – se tourner vers le phénomène dans le but de le comprendre et de nous appréhender comme sujet.

Ainsi, nous pouvons dire que pour nous tenir à l'émergence de notre rapport au monde, avant toute réflexion, une mise à distance de soi à soi est nécessaire. Cette mise à distance, permettant de décrire la façon dont moi, sujet percevant, je vis ma perception et la façon dont mes vécus prennent sens, est effectuée dans un second temps, après l'expérience. Ne serait-il pas possible d'effectuer une mise à distance au sein de l'expérience même, pendant son déroulement ? Afin de tenter de répondre à cette question, interrogeons la pratique phénoménologique proposée par Merleau-Ponty.

- ***La réduction selon Merleau-Ponty : une immersion dans le monde est nécessaire à l'émergence du monde perceptif***

Merleau-Ponty se place au sein de l'expérience perceptive et c'est en plongeant dans le monde qu'il décrit la relation perceptive sans recourir à des présupposés ou des catégories extrinsèques : « L'expérience est alors originaire (et non déjà dérivée), pré-objective et pré-prédicative. Expérience 'muette et antéprédicative' et, toutefois, grosse d'un 'sens irréductible', bien qu'elle ne paraisse pas nécessiter la médiation du mot, ni du jugement. » (Matos Dias, 2001, p. 26) Pour Merleau-Ponty, la signification du perçu se trouve dans cet entrelacement entre un univers qui n'est pas encore le monde objectif et un être perceptif qui n'est pas encore déterminé : « Percevoir n'est pas éprouver une multitude d'impressions [...], c'est voir jaillir d'une constellation de

⁶ Le sujet percevant est « une puissance qui co-naît à un certain milieu d'existence ou se synchronise avec lui. » (Merleau-Ponty, 1945, p. 256)

données un sens immanent. » (Merleau-Ponty, 1945, p. 46) La perception est jaillissante, elle n'est pas une construction d'impressions isolées qui vont permettre de découvrir un sens au fil d'une « inspection de l'esprit ».

Nous le voyons, pour Merleau-Ponty la perception est immédiate et le sens se donne dans un jaillissement pendant le temps de l'expérience perceptive, à condition de dévoiler le mécanisme de la constitution de l'objet. Comment faire l'expérience du monde originaire sous-jacent à la conscience réflexive et ouvrir la possibilité d'une description des phénomènes ? « Comment peut-on revenir de cette perception façonnée par la culture à la perception 'brute' ou 'sauvage' ? En quoi consiste l'information ? Quel est l'acte par lequel on la défait ? » (Merleau-Ponty, 1964, p. 261-262) Ce questionnement nous amène à décrire l'attitude préconisée par Merleau-Ponty pour retourner à la chose telle qu'elle est, au monde originaire.

Merleau-Ponty, dans sa description du processus perceptif, adopte l'attitude de l'*epochè* telle que décrite précédemment par Husserl, même si ce terme apparaît rarement dans sa littérature. Effectuer un *epochè* du « préjugé du monde », véritable mise entre parenthèse de sa foi perceptive dans le monde, n'est pas suffisant pour que le phénomène se déploie au sein de sa conscience, pour que les choses elles-mêmes apparaissent.

Pour accéder au phénomène tel qu'il se déploie, une première réduction est présente dans la relation perceptive proposée par Merleau-Ponty, elle se résume à une mise entre parenthèse de toute interprétation du perçu, pour tenter de mettre en évidence le monde de l'expérience naturelle.

Par contre, c'est dans sa conception de la seconde réduction que Merleau-Ponty s'éloigne de Husserl. Pour Husserl, au sein de la réduction transcendantale, « tout effort pour comprendre du dedans, et à partir des sources, le spectacle du monde exige que nous nous détachions du déroulement effectif de nos perceptions et de notre perception du monde. » (Merleau-Ponty, 1964, p. 68-69) C'est cette posture de détachement au sein du déroulement de l'expérience qui demande une attitude réflexive sur l'expérience que Merleau-Ponty critique.

En effet, pour le philosophe, l'homme fait partie du monde, il ne peut s'en extraire, ni le suspendre pour l'observer ; « le but n'est pas d'arriver, au moyen d'une seconde réduction, à un sujet pur, mais de revenir au 'jaillissement immotivé du monde', au monde originaire et vivant, jusque là en sommeil. » (Matos Dias, 2001, p. 39)

Nous allons nous appuyer sur l'analyse effectuée par Isabel Matos Dias (2001), pour différencier deux temps dans le processus de réduction de Merleau-Ponty. Le premier temps de la réflexion radicale est un mouvement d'immersion dans le fond opaque de l'irréfléchi : « Si donc la réflexion ne doit pas présumer de ce qu'elle trouve et se condamner à mettre dans les choses ce qu'elle feindra ensuite d'y trouver, il faut qu'elle ne suspende la foi au monde que pour *le voir*, que pour lire en lui le chemin qu'il a suivi en devenant monde pour nous, qu'elle cherche en lui-même le secret de notre lien perceptif avec lui, qu'elle emploie les mots *pour dire* ce lien prélogique, et non pas conformément à leur signification préétablie, qu'elle s'enfonce dans le monde au lieu de le dominer, qu'elle descende vers lui tel qu'il est au lieu de remonter vers une possibilité préalable de le penser [...], qu'elle lui fasse dire, enfin, ce que dans son silence *il veut dire*... » (Merleau-Ponty, 1964, p. 60)

Le deuxième temps est un mouvement d'émergence du monde perceptif pour éclairer l'irréfléchi. Pour pouvoir traduire en signification le sens de la chose, Merleau-Ponty s'extrait du sensible : « Je vois, je sens, et il est sûr que, pour me rendre compte de ce que c'est que voir et que sentir, je dois cesser d'accompagner le voir et le sentir dans le visible et le sensible où ils me jettent, et ménager, en deçà d'eux-mêmes, un domaine qu'ils n'occupent pas et d'où ils deviennent compréhensibles selon leur sens et leur essence. » (Merleau-Ponty, 1964, p. 56-57)

Merleau-Ponty nous propose une démarche permettant de vivre l'expérience perceptive originaire en amont de toute idée préconçue du monde, sans s'extraire de l'expérience pour l'observer. Mais cette plongée dans le monde de l'irréfléchi, nous l'avons vu, ne peut se faire sans une transformation de notre processus perceptif habituel. Cette transformation de l'expérience perceptive, pour qu'elle prenne sens pour l'individu, doit être accompagnée de la saisie d'une signification.

► La surprise perceptive

Le processus perceptif que nous venons de décrire s'effectue lorsque le sujet vise un objet et qu'il effectue un *epochè* et une réduction. Mais est-il possible de vivre l'expérience originaire sans une visée préalable ? Est-il nécessaire d'avoir une intention pour percevoir le phénomène tel qu'il se déploie ?

En nous parlant de *l'apparaître*, Henry Maldiney (1912-) donne une première indication : « *L'apparaître* est le moment le plus paradoxal qui puisse exister, il ne peut être fondé sur rien. Rien ne peut apparaître à partir de quelque chose : ce ne serait pas apparaître puisque déjà la prémisse et le commencement étaient là. Ici il n'y a aucun préalable. Ce contact vous laisse suspendu [...] à ce qui se produit là. » (Maldiney, 1990a, p. 202) Ainsi le sens phénoménologique n'apparaît pas en visant un objet qui crée une prémisse, mais bien dans des situations exceptionnelles, au sein d'une surprise : « Pour Henry Maldiney, en effet, nous n'avons phénoménologiquement la chose que dans la surprise. La genèse du sens phénoménologique de l'expérience perceptive ne se donne à vivre que dans des situations propices à un tel événement, les conditions de celui-ci ne relevant pas seulement des dispositions subjectives du sujet à se laisser bouleverser. » (Gély, 2005, p. 81-82)

Cette conception de la perception comme une capacité d'être bouleversé par un apparaître nous intéresse particulièrement. Cette rencontre ne remplit pas l'attente du sujet, elle le bouleverse et le transforme, lui offrant ainsi un nouveau champ perceptif à explorer. Dans cette conception, le réel est ce qui vient nous surprendre.

► L'expérience comme épreuve

Une expérience, nous l'avons vu, se caractérise par son vécu. László Tengelyi (2006) propose d'appréhender l'expérience comme *épreuve*, comme « un événement que la conscience subit et éprouve plutôt qu'elle ne le maîtrise. » (p. 14) Concevoir l'expérience comme un événement brusque qui vient surprendre la conscience, c'est considérer que l'expérience vient renverser des convictions préalables et réfuter des idées préconçues. L'expérience vue comme une épreuve se donne dans cet événement qui précède la conscience en venant lui offrir un sens nouveau.

Dire que l'expérience vient offrir un sens nouveau à la conscience, c'est dire que « toutes les formations de sens dans le monde contiennent en elles-mêmes des moments de sens qui ne se laissent pas déduire d'une conscience donatrice de sens » (Tengelyi, 2006, p. 16), c'est dire que la conscience n'est plus seule donatrice de sens et que l'expérience est une épreuve subie par la conscience.

Dans cette conception, percevoir la réalité du monde c'est capter un sens nouveau au sein de l'expérience. En effet, « dans l'expérience, le réel se révèle être un processus ou, mieux encore, un événement qui ne se laisse pas capter par des possibilités chaque fois présumées. » (Tengelyi, 2006, p. 21)

L'originalité de la pensée de Tengelyi (2006) est de concevoir qu'un sens peut émerger de soi et se former spontanément en amont d'une activité donatrice de sens. D'autre part, nous retrouvons dans la pensée de Tengelyi l'idée de la surprise perceptive de Maldiney où c'est le réel qui vient nous surprendre.

3.1.3 Percevoir le corps

Percevoir le monde ne peut se faire sans le corps, médium indispensable à une relation entre soi et le monde. Le corps est tout à la fois réceptacle d'informations qui viennent nourrir le cerveau et la chair – il est une nécessité pour la perception –, et émetteur d'intentions – il est une nécessité pour l'action. Grâce à sa sensibilité, il perçoit le monde et grâce à son appareil locomoteur, il s'ouvre au monde : « Le corps est le véhicule de l'être au monde, et avoir un corps c'est pour un vivant se joindre à un milieu défini, se confondre avec certains projets et s'y engager continuellement. » (Merleau-Ponty, 1945, p. 111)

Le corps, tout en nous permettant de percevoir le monde, est également perceptible, il nous permet tout à la fois de toucher le monde et d'être touché par lui. Grâce à lui, nous pouvons faire l'expérience du monde, d'autrui et de nous-même.

Percevoir le corps d'autrui et son propre corps sont nécessaires à toute pratique thérapeutique manuelle. Percevoir le corps d'autrui, c'est percevoir un autre corps que le sien avec son propre corps, qui a une vie propre. C'est donc mettre le corps au centre de la perception et de notre propos, ce qui demande de le définir. En effet, la question du corps se pose, car le fasciathérapeute dans son geste thérapeutique, au-delà du corps biologique, s'adresse également aux significations pouvant émerger à son contact. L'expérience de notre corps en interaction avec le corps d'autrui est-elle suffisamment fiable pour fonder une connaissance au service d'un projet thérapeutique ?

Pour répondre à cette question, nous allons explorer une première distinction entre corps objet et corps sujet, distinction qui a une longue histoire que nous ne détaillerons pas, mais qui est toujours d'actualité. Notre propos fera largement

référence à Merleau-Ponty (1945) qui se place au sein de son expérience subjective du corps pour l'étudier, au contraire du psychologue qui, pour étudier le corps, se penche sur un « objet », en oubliant qu'il est lui-même ce fait dont il traite. Dans ce contexte, nous ne manquerons pas d'aborder les concepts de *corps propre* et de *chair*, tels que Merleau-Ponty les a développés, concepts qui nous permettront d'élargir la vision du corps.

► Evidence du corps vécu : ni tout à fait sujet, ni tout à fait objet

- *Un corps sans âme*

Le corps est considéré comme un *objet* (étymologiquement : jeté devant moi) quand il est décrit comme une étendue géométrique limitée dans l'espace et dans sa forme physique, un ensemble d'organes, ou une construction sur le modèle type de la machine, sans âme et sans un homme qui l'habite.

Ce *corps objet* fait partie de notre réalité quotidienne quand nous observons le corps à distance de soi, d'un point de vue qui prétend s'affranchir de lui, quand nous le considérons comme un objet extérieur à soi. Ce corps est celui que nous laissons apparaître au regard de l'autre, il est également celui que nous observons dans le miroir. C'est parce qu'il a une forme qu'il peut être observé comme un objet du monde, qu'il est un corps objet.

Ainsi, percevoir le corps d'autrui, c'est le percevoir en premier lieu comme objet du monde et non comme sujet. En effet, la vision est souvent le premier sens qui enveloppe de son regard le corps de l'autre. Le corps est donc à la fois objet pour autrui et sujet pour moi : « Dire que j'ai un corps est donc une manière de dire que je peux être vu comme un objet et que je cherche à être vu comme sujet » (Merleau-Ponty, 1945, p. 205).

Le corps peut être vu comme un objet que nous percevons dans le monde, mais un objet particulier qui a une vie objective et subjective propre qui nous échappe.

- *Un corps à soi*

Nous ne pouvons le nier, notre corps est bien le nôtre : « Parmi les évidences qui constituent notre existence, l'une des plus fondamentales paraît bien être celle que le

corps est *notre* corps, avec et dans lequel nous sommes nés, nous vivons et nous mourrons. » (Richir, 1993, p. 5) Dans notre expérience du monde, nous ne pouvons pas faire comme si nous n'avions pas de corps, il est là et bien collé à nous.

Dire que le corps est *notre corps*, c'est dire que le corps est nous-même et que nous sommes le corps. Ce corps vivant, celui dont nous faisons l'expérience quotidienne, ne correspond pas à la description anatomique et physiologique que nous pouvons en faire, il est au contraire une création personnelle du corps physique modelé par notre expérience et notre intention d'agir. Ce corps que nous éprouvons comme nôtre, qui nous permet d'être en relation avec le monde, ce « véhicule de l'être au monde », nous le retrouvons chez Merleau-Ponty quand il parle du *corps propre*, du corps phénoménal ou du corps sujet.

La seconde évidence du corps est celle de sa présence permanente. Le corps est toujours avec nous, nous ne pouvons le quitter, le mettre physiquement à distance, nous ne pouvons « sortir » de lui, comme nous nous éloignons d'un objet et le laissons dans une autre pièce, nous sommes condamnés à vivre en lui. Sa présence est permanente, au contraire de l'objet que nous pouvons perdre de vue.

D'autre part, le corps est toujours vu sous le même angle, quelle que soit sa posture : « Je suis toujours du même côté de mon corps, il s'offre à moi sous une perspective invariable. » (Merleau-Ponty, 1945, p. 192) Ce corps, qui se révèle à moi toujours du même point de vue, ne peut être observé par moi d'un point de vue extérieur, je ne peux le manipuler comme un objet et me mettre à distance de lui pour en faire le tour. Ainsi, toute une partie visible par autrui de mon corps ne peut être touchée par mon regard, alors même que je suis profondément ancré en lui.

Le corps ne peut donc être observé comme un simple *objet* dont je peux m'éloigner, parce qu'il est constamment perçu de moi et que son absence est impensable, il est donc bien *sujet*.

- ***Un corps vécu***

Le corps est, pour Merleau-Ponty, tout à la fois objet et sujet, il peut toucher et être touché. Pour montrer ce double du corps, il prend le fameux exemple de la main touchée et de la main touchante : « ... si je peux palper avec ma main gauche ma main droite pendant qu'elle touche un objet, la main droite objet n'est pas la main droite touchante : la première est un entrelacement d'os, de muscles et de chair écrasé en un

point de l'espace, la seconde traverse l'espace comme une fusée pour aller révéler l'objet extérieur en son lieu. » (Merleau-Ponty, 1945, p. 121)

Dans cet exemple de la main touchée et de la main touchante, les deux mains peuvent passer de « touchante » à « touchée » et inversement, elles peuvent également être touchée et touchante en même temps, mais non de manière totale. Cette relation est réversible : quand la main droite est touchée par la main gauche, elle devient objet, alors qu'elle était touchante juste auparavant quand elle touchait l'objet. C'est parce que le corps est à la fois sujet et objet, que cette réversibilité du touché-touchant est possible. Mais cette réversibilité est « une réversibilité toujours imminente et jamais réalisée en fait. Ma main gauche est toujours sur le point de toucher ma main droite en train de toucher les choses, mais je ne parviens jamais à la coïncidence ; elle s'éclipse au moment de se produire, et c'est toujours de deux choses l'une : ou vraiment ma main droite passe au rang de touché, mais alors sa prise sur le monde s'interrompt, – ou bien elle la conserve, mais c'est alors que je ne la touche pas vraiment, *elle*, je n'en palpe de ma main gauche que l'enveloppe extérieure. De même, je ne m'entends pas comme j'entends les autres, l'existence sonore de ma voix pour moi est pour ainsi dire mal dépliée. » (Merleau-Ponty, 1964, p. 192)

Ainsi, le corps ne peut être en même temps touché (chose) et touchant (sujet), il l'est à tour de rôle. La réversibilité du touchant touché n'est jamais coïncidence, et pourtant c'est le même corps qui vit les deux situations. Le corps de l'homme se vit selon différents régimes de corporéité qui sont enchevêtrés, dans un va-et-vient incessant entre corps objectif ouvert aux événements du monde et corps subjectif ouvert aux événements relevant de son histoire personnelle.

Le corps m'offre deux vécus différents : soit je le vis comme une chose qui peut être manipulée, soit je le vis comme le « véhicule de mon rapport aux choses » (Merleau-Ponty, 1994, p. 285), mais jamais les deux à la fois. Que nous enseigne cette double appartenance du corps au monde objectif et subjectif ?

► La structure du corps propre

- *Un corps unifié par le schéma corporel*

Le *corps propre*, tel qu'il est décrit par Merleau-Ponty (1945) n'est pas une juxtaposition d'organes dans l'espace, il est unifié par un *schéma corporel*⁷, véritable modèle postural interne qui situe chaque segment du corps par rapport aux autres segments. Par l'unité qu'il crée, le schéma corporel permet de déplacer le corps sans avoir à le chercher et à se le représenter. Il offre une sensation interne d'unité, en plus de l'unité externe du corps, visible à l'œil.

Se mouvoir dans le monde nécessite également de connaître la position de son corps dans l'espace. C'est par ses appuis au sol que le corps se situe dans un espace orienté, avec un haut et un bas, un avant et un arrière, une droite et une gauche. Pour Merleau-Ponty (1945), c'est bien le corps qui crée l'espace et non l'inverse : « Il n'y aurait pas pour moi d'espace si je n'avais pas de corps. » (p. 132) Le corps, par son schéma corporel, est situé dans un espace orienté où il peut se mouvoir et qu'il crée par sa présence.

Cet espace est investi de notre présence et de notre expérience du monde, il est un lieu de connaissance et d'action, à la fois sensoriel et moteur. Pour J. de Ajuriaguerra (1962), « appréhension de l'espace [et] conscience du corps ne sont pas des fonctions isolées, abstraites et juxtaposées, elles sont ouvertes l'une et l'autre, elles représentent des possibilités d'action pour nous-mêmes, des moyens de connaissance du monde : la dynamique du corps agissant ne pouvant s'accomplir que dans l'espace et jusqu'à un certain point, l'espace n'étant rien pour nous sans le corps qui agit. » (p. 149) L'espace est un lieu d'expression de soi.

Le schéma corporel, tel que décrit par Merleau-Ponty, est la résultante d'une multitude de contraintes : il doit tenir compte de l'intention du sujet, de son projet, de la position de son corps dans l'espace et de la réalisation de ce projet au sein d'un environnement. Constitué par l'activité tactilo-kinesthésique d'un sujet incarné dans

⁷ Le schéma corporel est une représentation non consciente qui implique « l'ensemble des capacités et des habitudes motrices qui déterminent de manière dynamique la posture corporelle et l'espace des mouvements possibles (Gallagher, 2005). » (Dokic, 2007, p. 361) Il s'agit d'une synthèse multimodale des données sensorielles.

son corps, il est un schéma dynamique qui se mobilise au sein d'un espace face à une situation et dans le but d'accomplir une tâche.

Avec la notion de schéma corporel, le corps propre n'est pas seulement impliqué dans la perception, il l'est également dans l'action. Et tout comme dans la perception, le corps qui bouge n'est pas seulement corps objectif – nous ne contrôlons pas notre corps de l'extérieur – il est également corps subjectif – nous agissons bien de l'intérieur de notre corps. En effet, le mouvement initié par le sujet est animé d'une intention motrice, d'une volonté ou d'un désir de se déplacer, il ne se fait pas sans un *Je* qui décide.

- ***Un corps comme mode d'expression de soi dans le monde***

Nous venons de le voir, le corps propre est également un corps qui bouge. L'activité motrice est une structure sensitivo-sensori-motrice qui permet au corps de réaliser une activité vers un but défini au sein d'un espace orienté par rapport à lui. Grâce à cette motricité, le corps peut accéder au monde, il peut « sortir » de lui pour communiquer.

L'expérience motrice de notre corps n'est pas une simple activité physiologique, elle est également notre manière propre d'accéder au monde et à autrui. C'est notre moyen d'avoir un monde, de nous faire exister les choses du monde. C'est également notre moyen de modifier le monde dans un style qui nous est propre. Notre manière de mouvoir le corps et de le montrer esquisse déjà notre identité.

Le corps propre n'est pas seulement un corps objectif unifié par un schéma corporel, il n'est pas seulement une unité située au sein d'un espace qui lui offre un champ d'action pour appréhender le monde, il est également un rapport à soi et au monde, une manière personnelle de se mouvoir et d'être en relation avec le monde. Le corps propre n'est pas seulement un corps objectif, il est également le lieu d'émergence d'un sens immanent du monde.

Nous le voyons bien, lorsque nous tentons d'appréhender le corps, il devient ambigu, il est tout à la fois objet visible perçu dans ce monde et sujet faisant l'expérience du même monde. Ces deux réalités sont vécues au sein du même corps et sont donc à prendre en considération dans toute thérapie qui désire s'adresser à l'homme, à sa douleur, à sa souffrance, à son vécu et à ses relations. Merleau-Ponty va

tenter de concilier les deux réalités de corps sujet et objet en développant la notion de *chair*.

► Le corps comme chair

Avec le *corps propre* et son organisation en schéma corporel, Merleau-Ponty (1945) définit le corps vécu comme une ambiguïté où il n'est ni objet du monde, ni sujet d'une conscience. Avec la notion de *chair*, Merleau-Ponty (1964) tente de remplir ce lieu laissé vide par la non coïncidence entre le touché et le touchant, en pensant le corps dans un entrelacement avec le monde.

Quand Merleau-Ponty (1964) parle de chair, il ne fait ni référence à Husserl et à son concept de *Leib*, ni à la théologie qui oppose la chair à l'esprit, ni à l'esthétique pour qui la chair est la puissance du désir sexuel, ni à l'objet empirique qui désigne la chair comme une masse de tissus vivants (de Saint Aubert, 2004). Il définit la chair par la négative. « La chair n'est pas matière, n'est pas esprit, n'est pas substance. Il faudrait, pour la désigner, le vieux terme d'«élément», au sens où on l'employait pour parler de l'eau, de l'air, de la terre et du feu, c'est-à-dire au sens d'une *chose générale*, à mi-chemin de l'individu spatio-temporel et de l'idée, sorte de principe incarné qui importe un style d'être partout où il s'en trouve une parcelle. La chair est en ce sens un 'élément' de l'Etre. » (p. 181-182)

Ainsi, la chair n'est pas une conjugaison des substances corps et esprit, elle est un 'élément' constitutif de toutes les choses et de tous les êtres.

• *La réversibilité de la chair*

Avant de parler de la chair, Merleau-Ponty présentait le corps comme un être à deux feuillets appartenant au monde de l'objet – une chose parmi les choses qui peut être *vu* – et du sujet – un être sensible qui peut voir les choses, un être *voyant*. C'est dans son livre inachevé, *Le visible et l'invisible*, qu'il va plus loin dans son analyse quand il dit que pour voir, le corps doit être visible, qu'il existe une réversibilité du voyant et du visible comme il existe une réversibilité du touchant et du touché. Mais cette réversibilité n'est jamais réalisée de fait, elle est toujours imminente, et laisse donc un vide qui « n'est pas un vide ontologique, un non-être, il est enjambé par l'être total de mon corps, et par celui du monde » (Merleau-Ponty, 1964, p. 192), il est

enjambé par la chair du corps et celle du monde. La chair offre cette presque coïncidence entre sentant et sensible, entre touchant et touché, entre corps matière et corps sensible, entre corps vu et corps senti.

- ***La chair comme entrelacement du corps et du monde***

Nous l'avons vu, le corps est à la fois visible, il peut être vu par ce qui l'entoure, et il voit. Le corps, dans les écrits ultérieurs de Merleau-Ponty (1964), « est la Visibilité tantôt errante et tantôt rassemblée, et, à ce titre, il n'est pas dans le monde [...], il voit le monde même, le monde de tous, et sans avoir à sortir de 'soi', parce qu'il n'est tout entier, parce que ses mains, ses yeux, ne sont rien d'autre que cette référence d'un visible » (Merleau-Ponty, 1964, p. 179). C'est parce que le corps est double, voyant et visible, que la vision ne fait pas que dresser un tableau du monde, elle permet également de revenir à soi.

Ce corps, à la fois senti et sentant, n'est pas constitué de deux feuillets, il est à la fois l'envers et l'endroit de la chair, il est à la fois ouvert au monde et à soi.

Dans cet entrelacement entre corps et monde, la chair modifie également le monde. Comme le dit Merleau-Ponty (1964), les mouvements du corps font vibrer le monde : « quand je marche dans la rue, les yeux fixés sur l'horizon des maisons, tout mon entourage proche, à chaque bruit du talon sur l'asphalte, tressaille, puis se tasse en son lieu. » (p. 22) La chair du corps empiète sur la chair du monde, jusqu'à constituer la même chair.

Le concept de chair permet-il de dire que c'est le corps qui perçoit ? Pour Merleau-Ponty, ce n'est pas le corps qui perçoit, car la perception ne coïncide pas avec les choses mêmes, elle est compréhension du monde. Le sens s'instaure dans la relation que l'homme établit au monde : « mon corps ne perçoit pas, mais il est comme bâti autour de la perception qui se fait jour à travers lui » (Merleau-Ponty, 1964, p. 24).

La chair est un nouveau concept qui, par sa trame sensorielle toujours en résonance, donne corps à l'existence de l'homme, le plonge dans le sensible du monde et permet cette prise globale sur le monde sollicitant à tout instant l'ensemble de ses sens. Dans cette conception, l'homme est envahi par l'écoulement sensoriel du monde qui le traverse et le transforme, le monde n'est pas situé sur une autre rive que le corps. Et c'est au sein de cette chair, dans ce continuel entrelacement entre corps et

monde, que l'homme peut se situer et interagir dans son environnement interne et externe qui fait sens pour lui : « mon corps est mouvement vers le monde, le monde, point d'appui de mon corps. » (Merleau-Ponty, 1945, p. 407) Le monde prend sens grâce à la chair.

► Le corps comme relation à soi

C'est au sein de la chair, de cet entrelacement entre soi et non soi, que nous percevons le monde et qu'émerge le sens de la perception. Mais ce corps propre est également animé d'une vie intérieure riche en perceptions. Nous pouvons ainsi porter un regard sur notre propre corps, faire l'expérience de notre corps, dans une relation singulière qui réunit observateur et observé.

• *La perception du soi corporel, selon la psychologie*

La *perception du soi corporel*, ou *perception somatique*, a été étudiée par la physiologie qui distingue trois types de sensibilité (Roll, 1994) : la sensibilité intéroceptive – ou sensibilité viscérale profonde –, la sensibilité extéroceptive – ou sensibilité périphérique à l'interface entre soi et le monde –, et la sensibilité proprioceptive – ou posturale. La sensibilité proprioceptive, qui donne des informations sur le corps, son mouvement et sa posture, regroupe les récepteurs localisés dans les muscles, les tendons, les articulations et l'appareil vestibulaire. Le traitement conjoint par le système nerveux des messages provenant de ces trois types de sensibilité offre une perception globale de soi par le schéma corporel.

Attardons-nous un peu sur le sens proprioceptif qui est le sens qui permet au sujet de percevoir sa posture et son mouvement, car il est également à l'origine du sentiment de la perception de soi. C'est grâce à la proprioception que le sujet peut dire que c'est bien lui qui bouge et pas quelqu'un d'autre. Oliver Sacks (1988) montre bien dans sa nouvelle sur Christina – jeune femme atteinte d'une névrite qui affecte exclusivement les racines sensorielles des nerfs spinaux et crâniens –, que « du fait qu'elle a perdu toute proprioception, elle continue à éprouver son corps comme étant mort, irréel, comme n'étant pas sien – elle ne parvient pas à se l'approprier. » (p. 74) Ainsi, la proprioception est à l'origine de l'expérience de soi où le sujet se perçoit comme étant lui et distinct de l'autre.

La psychologie s'est également intéressée à la perception du soi corporel et a élaboré le concept d'*image de soi*⁸ qui comprend la somesthésie, ou sensibilité générale du corps, que nous venons de détailler, et l'image affective du corps. L'image de soi est un concept plus large que celui de la perception de soi – qui regroupe les trois sensibilités du corps ; plus vaste également que celui de schéma corporel – qui a trait aux propriétés physiques et spatiales du corps.

De nombreux travaux (Bruchon-Schweitzer, 1990) montrent que l'acquisition de l'image du corps s'effectue par des acquisitions multiples, non seulement visuelles et kinesthésiques, mais également cognitives, affectives et sociales. Cette synthèse forme une image de soi qui nous permet de percevoir notre corps comme unique et comme étant le nôtre.

Le concept de *perception du soi corporel*, tel que décrit par la psychologie, regroupe des processus physiologiques corporels, un vécu personnel qui a façonné d'une manière particulière les différentes modalités sensorielles, du contexte particulier dans lequel se trouve le corps et de la manière très subjective de vivre les sens.

- ***La perception de soi, selon Merleau-Ponty***

Le corps peut se percevoir, il peut tourner vers lui-même et fournir des connaissances sur lui. Mais cette connaissance de soi passe, pour Merleau-Ponty (1945), par une perception du monde : « C'est dans mon rapport avec des 'choses' que je me connais, la perception intérieure vient après » (p. 442). Cette perception intérieure se construit, elle n'est pas immédiate, elle « va plus ou moins loin dans la connaissance de notre vie et de notre être » (Merleau-Ponty, 1945, p. 439). Elle est un acte qui nous pousse à viser le monde et à agir, dans l'objectif d'atteindre ce que nous avons l'intention d'être.

La conscience, pour Merleau-Ponty (1945), n'est pas une conscience constituante, mais une conscience perceptive, permettant ainsi au sujet d'apparaître à la conscience. Le sujet qui se retrouve engagé dans le monde parce qu'il ne peut se séparer de son corps et du monde dans lequel il est pris, n'est pas enfermé en lui. C'est parce que le sujet est intentionnel, qu'il peut décider d'interrompre à tout moment le

⁸ L'image du corps est « la configuration globale que forme l'ensemble des représentations, perceptions, sentiments, attitudes que l'individu a élaborés vis-à-vis de son corps au cours de son existence et ceci à travers diverses expériences. » (Bruchon-Schweitzer, 1990, p. 173-174)

flot continu des sensations pour lui donner sens, qu'il n'est pas enfermé dans le monde. Et c'est parce que ce sens n'est jamais une réponse préétablie mais une réponse originale en fonction de la situation, que le sujet a le pouvoir de signifier, qu'il est libre.

Se percevoir, c'est donc se percevoir comme un sujet qui éprouve le monde et qui le fait sien en générant du sens. Merleau-Ponty apporte au concept psychologique de perception de soi la relation inextricable du sujet au monde.

► L'expérience corporelle

Le corps humain n'est pas que le produit d'une connaissance objective, il ne peut être appréhendé uniquement par une pensée extérieure à lui, il est avant tout le lieu d'incarnation de tout individu. Notre objectif est de réhabiliter le vécu corporel qui « est toujours et dans tous les cas une part essentielle de l'expérience perceptive. » (Bordeleau, 1999, p. 185) C'est par notre corps que nous percevons autrui et nous-même, c'est par notre corps que nous connaissons le monde et que nous pouvons agir sur lui. Nous allons explorer ce que nous entendons par expérience corporelle.

Le corps peut être touché, vu et senti par autrui, comme je peux voir, toucher et sentir autrui, mais je suis le seul à pouvoir faire l'expérience de mon corps. « L'expérience corporelle est la conscience immédiate et intime que nous avons de notre propre corps. » (Dokic, 2007, p. 358)

La philosophie de l'esprit, selon Dokic (2007) distingue trois caractéristiques de l'expérience corporelle. La première caractéristique est sa fonction de perception sensorielle qui permet de connaître un objet. La seconde est la conscience que nous avons d'agir volontairement. Et la troisième caractéristique est la forme fondamentale de conscience de soi qui nous permet de tracer une frontière entre soi et non soi.

L'expérience corporelle est une forme de perception sensorielle qui fait intervenir, sur le plan physiologique, des récepteurs et des voies nerveuses propres. Aux voies proprioceptives, que nous avons déjà mentionnées, nous pouvons rajouter les voies nerveuses de la douleur et des sensations intéroceptives. D'autre part, les concepts d'attention et de séparation entre figure et fond que nous trouvons au sein de la perception, sont également présents dans l'expérience corporelle. Nous pouvons porter notre attention sur un pied douloureux qui sera « perçu comme une figure sur un

fond de sensations périphériques, corporelles et extra-corporelles. » (Dokic, 2007, p. 359)

Faire l'expérience de son corps, c'est entrer dans l'intimité de son expérience, dans ce qu'elle révèle de notre sensibilité, de notre affectivité, de nos besoins et de nos désirs. « J'ai l'expérience de mon corps comme de moi-même, parce que mon corps est effectivement présent dans l'existant singulier que je suis et parce que je vis cette expérience sans sortir de moi-même. » (Bordeleau, 1999, p. 195) Faire l'expérience de son corps ne peut se faire qu'en soi, et n'est donc pas accessible à autrui.

Nous entendons par expérience corporelle, une expérience perceptive immédiate qui offre une connaissance du monde, de notre intentionnalité et qui permet de faire l'expérience de soi.

Porter une attention particulière aux perceptions somatiques issues de son expérience corporelle est nécessaire, comme nous le supposons, à l'apprentissage du toucher en fasciathérapie.

► Le corps comme relation à l'autre

Nous venons de voir que l'expérience corporelle est unique et subjective dans le sens où elle n'est perçue que de moi. Mais le corps est également un objet, une forme visible, qui peut être perçu par l'autre. Pouvons-nous percevoir autrui comme un corps sujet ?

- *Le corps comme dialogue tonique : prémisses d'une relation à soi et à l'autre*

Pour construire sa relation au monde, l'enfant utilise ses cinq sens et sa fonction tonique que nous allons détailler.

Pour Henri Wallon (1879-1962), et plus tard pour J. de Ajuriaguerra (1911-1993), la posture du corps a une fonction de relation à soi et aux autres, dans l'évolution psychologique de l'enfant. Incapable de bouger seul, le nourrisson est manipulé par autrui et c'est lors de ces premiers contacts qu'il perçoit les mouvements de celui qui le porte. C'est en percevant le tonus de la personne qui le tient que l'enfant intériorise

et assimile l'expérience d'autrui. En effet, le tonus musculaire qui sous-tend la fonction posturale, reflète également l'émotion vécue ou ressentie (toutes les manifestations émotives mettent en jeu des contractions toniques du muscle). C'est en percevant le tonus de la personne qui le porte que le bébé peut ressentir dans son propre corps les émotions d'autrui. Cette perception d'autrui par des modifications toniques se poursuit à l'âge adulte.

Et c'est également par le tonus de son propre corps que l'enfant a une action sur autrui. Ainsi, la fonction tonique du corps est une fonction primitive de communication qui permet à l'enfant de dialoguer avec son entourage grâce au « dialogue tonique » (de Ajuriaguerra, 1962). Ainsi, le corps vécu de l'enfant, tel que décrit par Henri Wallon et J. de Ajuriaguerra est un corps en relation avec son entourage proche, un corps qui influence et qui est influencé par ses proches.

Le tonus est le tissu qui rattache l'enfant au monde et au corps de la personne qui s'en occupe, il est communication entre soi et l'autre, entre soi et le monde. Le bébé « vit son corps propre dans celui de sa mère et perçoit celui-ci dans le sien, ce qui confirme à la fois l'analyse affective par Wallon et l'hypothèse de Merleau-Ponty d'une sorte de 'chair' commune à laquelle participent tous les corps. » (Bernard, 1995, p. 62) Cette relation tonique offre donc une voie d'accès au vécu tonique de l'autre, et à son état psychologique. Le corps est donc ouverture au corps de l'autre.

Les interactions précoces avec l'entourage ainsi que la perception de son propre corps comme étant à soi, vont contribuer à la construction du sentiment d'identité de l'enfant. Ce tonus musculaire, nous l'avons vu, est perceptible dans le toucher thérapeutique proposé par la fasciathérapie et est également entrevu comme un lieu de dialogue tonique reflétant l'identité du sujet.

- ***Autrui est semblable et différent de soi***

Nous avons vu que la perception donne accès à un monde commun auquel nous appartenons tous et dans lequel nous percevons et agissons. C'est dans la relation particulière que nous établissons avec ce monde commun que son sens se donne à voir, sens qui peut également être établi par tous les sujets percevants, c'est-à-dire par tous les êtres installés dans le monde.

Percevoir le monde, c'est percevoir des objets et des corps vivants appartenant au monde. Tous les corps vivants possèdent, à l'exception des cas pathologiques, le

même équipement sensori-moteur qui permet de construire notre relation à nous-même et au monde.

Le concept de schéma corporel, vu comme « rapport à d'autres schémas corporels » (Merleau-Ponty, 1994) permet d'établir un rapport charnel entre deux corps vivants, en se projetant dans le schéma corporel d'autrui, en s'identifiant à lui et en le désirant. C'est parce que mon corps est organisé par rapport à l'entourage qu'il peut être transféré à autrui, c'est parce que mon corps est organisé sur le même modèle qu'autrui qu'il peut le reconnaître. Ainsi, c'est via une structure commune, ici le schéma corporel, que l'homme peut percevoir son semblable.

Le concept de chair, tel qu'établit par Merleau-Ponty (1994), offre également une voie d'accès au corps de l'autre comme un autre corps sensible : « c'est parce que je perçois qu'autrui est possible pour moi comme un autre percevant les mêmes sensibles que je perçois. » (p. 287) Ainsi, c'est parce que l'autre a également un corps sensible appartenant à la même chair que je peux le percevoir. A nouveau, c'est par une structure commune que nous percevons l'autre. Nous pouvons donc dire que percevoir autrui, c'est le percevoir comme un identique à moi.

C'est parce que j'ai un corps et que j'éprouve le monde avec mon corps que je peux reconnaître autrui, « si seulement, à l'intérieur de mon monde, s'ébauche un geste semblable au mien. » (Merleau-Ponty, 1969, p. 190) C'est parce qu'autrui signifie par un geste son appartenance au même monde que moi, que son comportement est similaire au mien, que je peux le reconnaître, que je peux communiquer avec lui et que je peux partager mon expérience du monde. Ainsi, « le monde n'est pas seulement pour moi, mais pour tout ce qui, en lui, fait signe vers lui » (Merleau-Ponty, 1969, p. 191), vers autrui. C'est parce qu'autrui existe avec un corps et un champ perceptif, c'est parce que le champ est ouverture au monde et exposition de mon corps, qu'autrui peut glisser dans mon champ avec son champ propre, que je peux le considérer comme un semblable. Ainsi, « autrui s'insère toujours à la jointure du monde et de nous-mêmes » (Merleau-Ponty, 1969, p. 192).

Mais cet autre est également différent de moi, il n'est pas moi, il me donne à voir un corps, un visage, une voix et des gestes qui ne sont pas miens. Le corps d'autrui est en face de moi, mais ce corps mène une existence singulière.

Par la structure commune qu'offre le schéma corporel, l'homme peut percevoir autrui comme semblable. Le schéma corporel est constitué par l'activité tactilo-kinesthésique d'un sujet incarné dans son corps, nous dit Merleau-Ponty, il permet au corps de se mobiliser au sein d'un espace dans un style propre. Le schéma corporel est

unique, sa construction au sein des interactions corporelles de l'enfance le singularise, mon schéma corporel est différent d'autrui. L'autre est donc différent de moi, que ce soit par sa forme physique ou par l'expressivité de ses gestes qui me laissent voir son vécu particulier.

Ainsi, percevoir autrui, c'est le percevoir comme semblable et différent de moi.

- ***Comment percevoir un autre que soi ?***

Pour la psychologie classique qui définit le psychisme comme donné à un seul, autrui est insaisissable. C'est donc au sein des comportements que Merleau-Ponty (1988) va pouvoir saisir autrui.

La perception d'autrui est possible à condition de vivre, au cours de son enfance, un état de non-différenciation avec autrui, une « sorte de *précommunication*, de collectivité anonyme, sans différenciation » (Merleau-Ponty, 1988, p. 312). Puis, au cours du développement de l'enfant, autrui se constitue au sein d'une seconde phase où le corps propre est objectivé : « la conscience individuelle n'apparaît que plus tard, ainsi que l'objectivation du corps propre qui établit une cloison étanche entre autrui et moi et la constitution d'un autrui et d'un moi comme 'êtres humains' en rapport de réciprocité. » (Merleau-Ponty, 1988, p. 312).

Reprenons. Lors de la phase initiale, l'enfant met en place son schéma corporel par des expériences perceptives et motrices, qui lui permettront de percevoir autrui. C'est donc par la perception de son corps propre qu'il peut percevoir autrui. Pour cela, il doit pouvoir différencier son corps de celui d'autrui, il doit donc sortir de cette unité qui lie son corps à celui d'autrui. Ainsi, c'est quand l'enfant devient spectateur de lui-même, qu'il a un aspect extérieur visible qu'il devient visible pour autrui, et qu'autrui existe pour lui. « C'est ainsi que l'enfant découvre la présence d'autrui d'abord dans la rencontre immédiate puis de manière médiate dans les impressions sensorielles, les signaux, les bruits, les événements et dans tous les objets culturels de son entourage. Le monde propre est aussi le monde d'autrui et plus cette expérience devient intérieure et différenciée plus le corps d'autrui devient à tous les points de vue pour l'enfant 'un prolongement miraculeux de ses propres intentions, une manière familière de traiter le monde' » (MMP, l.c., p. 106). (Buytendijk, 1952, p. 34-35)

Mais percevoir le comportement ou les paroles d'autrui, ce n'est pas percevoir autrui : « à l'instant même où je crois partager la vie d'autrui, je ne la rejoins que dans

ses fins, dans ses pôles extérieurs. » (Merleau-Ponty, 1964, p. 26-27) Comment accédons-nous à sa spécificité, à son identité ?

Comme chacun, je vis au sein d'un champ perceptif qui me donne accès à « mon » monde. Pour pouvoir rencontrer autrui, qui vit également au sein du monde, il doit venir empiéter mon champ. Je perçois autrui dans sa manière de se présenter et de s'articuler avec le monde, avec son style propre. C'est parce que ses mouvements viennent empiéter sur mon champ et résonner avec mes propres intentions corporelles, que je suis en contact avec sa manière d'être : « Ce que j'apprends à considérer comme corps d'autrui est une possibilité de mouvements pour moi » (Merleau-Ponty, 1988, p. 562). Percevoir autrui, c'est le percevoir au sein d'une situation qu'il transforme et qui me transforme également.

Ainsi, percevoir autrui c'est à la fois percevoir ce qu'il montre à voir dans ses comportements, et ce qu'il cache.

La perception d'autrui va au-delà de la perception d'un simple objet, elle ne s'effectue pas uniquement par le traitement cognitif de stimuli, mais prend également en compte les rapports établis avec autrui. Autrui ne se donne pas à moi comme un contenu, il offre également la possibilité d'une relation.

Pour F.J.J. Buytendijk (1952), c'est dans la rencontre que l'homme se perçoit et perçoit autrui : « Le corps de chacun, en tant que médiation de son être dans le monde et que situation de l'existence propre, produit des rencontres et des projets. C'est dans ces projets de son corps que l'homme réalise sa présence pour les autres et pour lui-même. » (Buytendijk, 1952, p. 36) Il entend par rencontre « la relation d'être elle-même, qui unit notre existence à l'homme que nous rencontrons » (p. 9). Cette conception de la rencontre nécessite deux sujets impliqués dans la relation, qui n'observent donc pas les interactions de l'extérieur, et qui ont fait le choix de se rencontrer.

C'est au sein de la rencontre, que nous pouvons avoir la chance de percevoir l'essence de l'homme. Il est clair que chacun aborde la rencontre avec son corps, ses habitudes perceptives et motrices, sa manière particulière d'aborder un inconnu ou un ami, la tradition et les obligations sociales. Mais pour Buytendijk (1952), « dans la rencontre, c'est toujours, en premier lieu, l'existence qui se rencontre elle-même ; on y trouve donc, comme objet d'expérience possible, une réalité humaine et cela seulement parce que cette réalité est toujours présente dans le corps par le corps, car le corps est toujours un corps humain. » (p. 49) C'est donc au sein de la rencontre, qu'autrui peut être perçu dans sa partie visible et invisible.

Pour conclure, nous pouvons dire qu'autrui ne m'apparaît pas comme un objet ou comme un acte intellectuel, mais comme un autre, semblable à moi et différent de moi. C'est parce que j'ai un corps que je le perçois, et je le perçois par sa manière d'être un corps et par ce qu'il me montre de sa sensibilité au monde. C'est parce que nous sommes inscrits dans la même dimension du sensible que nous pouvons nous rencontrer dans nos spécificités. Ce n'est donc pas par l'esprit que je perçois autrui, mais bien dans un rapport charnel au monde et à autrui.

► Conclusion

L'homme est immergé dans le monde comme il l'est dans son corps ; il ne peut sortir ni de l'un, ni de l'autre. Dans la perspective phénoménologique, le corps propre est un corps objectif unifié par un schéma corporel et un corps subjectif dans sa manière personnelle d'être en relation avec le monde. La notion de chair tente de combler cette non coïncidence entre touché et touchant, en pensant le corps comme entrelacement avec le monde. Percevoir la chair du corps ne peut se faire qu'au sein du monde, dans cette continuité sensorielle toujours présente entre corps et monde.

Dans le champ de la thérapie manuelle, le corps du patient est au centre des soins. Avant d'étudier la relation au corps d'autrui, nous avons abordé la perception de son propre corps, dans une relation de soi à soi, où l'observateur est également l'observé. La perception de soi s'effectue grâce à un appareil sensoriel spécifique et offre, en plus d'une connaissance de sa posture et de son mouvement, une connaissance intime de soi et un sentiment d'être soi.

Pour Merleau-Ponty, la perception de soi ne peut se faire en s'extrayant du monde : c'est parce que je peux établir une relation au monde que je peux me percevoir. Se percevoir, c'est se percevoir au sein d'un corps en interaction consciente avec le monde.

Faire l'expérience de son corps, de son intimité perceptible par soi uniquement, permet de connaître le monde, d'avoir conscience d'agir et de tracer une frontière entre soi et non soi.

La relation au corps de l'autre est entrevue par H. Wallon et J. de Ajuriaguerra comme un dialogue tonique. Cette relation tonique offre une voie d'accès au vécu tonique de l'autre et à son état psychologique.

Pour Merleau-Ponty, la relation au corps de l'autre peut se faire par le fait que nous vivons un monde commun, fait de chair, mais nous ne pouvons rejoindre complètement la vie de l'autre.

La relation à autrui peut se faire pour Merleau-Ponty, parce qu'autrui est à la fois identique et différent de moi. C'est parce qu'autrui existe avec un corps et un champ perceptif, c'est parce que le champ est ouverture au monde et exposition de mon corps qu'autrui peut glisser dans mon champ avec son champ propre, que je peux le considérer comme un semblable.

Autrui se perçoit dans l'interaction que provoque sa présence, dans la situation qu'il transforme et me transforme. Autrui est également pour moi une possibilité de rencontre.

3.2 Toucher et être touché

Véhicule de son être-au-monde, le corps permet un contact direct avec celui d'autrui, il permet de toucher le monde et d'être touché par lui. Toucher un objet, ne peut se faire sans emmener le corps vers l'objet à toucher, toucher autrui implique la présence conjointe et inséparable de deux corps, celui qui touche et celui qui est touché. Le toucher se fait dans la proximité, il ne permet pas la mise à distance comme peuvent le faire la vue ou l'odorat.

3.2.1 Physiologie du toucher

Avant d'étudier le point de vue de la phénoménologie sur la question du toucher, il apparaît nécessaire d'effectuer une brève description de cette notion telle qu'elle est pensée dans la physiologie classique.

Organe du toucher, la peau est le premier organe à se développer *in utero* : « La peau est d'abord, pour toute la durée de l'existence, l'organe premier de la communication. Dans l'histoire individuelle, le toucher est le sens le plus ancien, le plus

ancré, déjà présent *in utero* après le deuxième mois de gestation, et ensuite de manière privilégiée dans les premières années de la vie. » (Le Breton, 2006b, p. 189)

Par les fonctions physiologiques qu'elle assure, nous ne pouvons vivre sans une peau, tout comme nous ne pouvons survivre à un manque de stimulations tactiles au cours de notre développement. Selon Montagu (1979), être touché est nécessaire à l'épanouissement et à l'ouverture au monde de l'enfant qui a besoin de tendresse pour développer son goût de vivre.

► La peau, interface entre soi et le monde

Organe le plus étendu du corps humain, la peau se montre à voir au monde sans quitter sa proximité avec l'intérieur du corps. La peau perçoit le monde, elle enregistre la douleur ou le plaisir, le chaud ou le froid, le mouvement de l'air ou d'un vêtement, tout en restant collée à soi.

Enveloppe naturelle du corps, elle constitue une limite entre l'intérieur et l'extérieur, par laquelle nous pouvons tracer une frontière entre soi et le reste du monde. En même temps qu'elle nous sépare du monde, la peau nous relie au monde et organise notre relation au monde en filtrant les échanges : « Entre le dehors et le dedans, elle établit le passage des stimulations et du sens. Instance de séparation, elle enclôt l'individualité mais elle est simultanément lieu d'échange avec le monde, par elle transitent la chaleur, la lumière, la jouissance ou la douleur. » (Le Breton, 2006b, p. 178-179).

La peau est paradoxalement la partie de nous la plus exposée au monde extérieur et celle qui contient nos impressions les plus cachées.

Organe du toucher, la peau nous permet de toucher l'autre. C'est également par elle que nous sommes touchés. Toucher les limites cutanées permet d'apaiser le malade et de le rassembler dans le sentiment de son unité. Toucher la profondeur de la peau, c'est accéder à son intériorité.

Toucher la peau, c'est toucher à son extériorité et à son intériorité, c'est également toucher à son histoire. En effet, la peau, en ayant la même origine embryologique que le cerveau, est porteuse de traces de mémoire : « La peau est une mémoire vivante des manques de l'enfance et, plus tard, des événements pénibles vécus par l'individu. » (Le Breton, 2003, p. 201) La peau est une fenêtre qui donne à voir le monde extérieur et intérieur, permettant ainsi la rencontre de l'autre.

► Le toucher, sens de contact

Contrairement à d'autres modalités sensorielles qui sont regroupées au sein d'un organe identifiable, comme la vision ou l'audition, la modalité tactile a pour origine un ensemble de capteurs répartis sur toute la surface de la peau.

Le toucher est un sens de contact, comme le goût et l'odorat, à l'opposé de la vue et de l'ouïe, sens de la distance. Le champ perceptif tactile est réduit, il « est limité à la zone de contact avec les objets. » (Hatwell, 2000a, p. 2) Ce contact direct demande de toucher l'autre, il entre dans sa sphère intime. Il est donc très personnel, entouré de pudeur, de tabous, de secrets. On ne touche pas n'importe comment et n'importe qui, on ne se laisse pas toucher par n'importe qui, la relation tactile est codifiée par notre culture et notre expérience.

Sens du contact, le toucher nous fait ressentir les choses à l'intérieur de nous-mêmes. Il nous met en relation avec notre intériorité, quel que soit l'endroit du corps touché. « Bien que le toucher ne soit pas en soi une émotion, ses éléments sensoriels induisent des changements d'ordre nerveux, glandulaire, musculaire et mental, qui l'apparentent à une émotion. Pour cette raison, le toucher n'est pas ressenti comme une simple modalité physique, une sensation, mais effectivement comme une émotion. » (Montagu, 1979, p. 86) Le toucher, en instaurant une continuité entre extérieur et intérieur du corps, nous permet de nous ressentir.

► La doublitude⁹ du toucher

Organe d'exploration de l'être humain, la main permet de saisir des objets, d'en prendre connaissance, de comprendre, d'apprendre, d'agir. Quand la main touche, elle sent la nature de l'objet dans son aspect extérieur : lisse, rugueux, dur, mou, etc. Elle prend connaissance de la forme et de la situation spatiale par la sensation kinesthésique provoquée par les contractions musculaires et la proprioception.

Nous pouvons distinguer deux types de perception : la perception tactile passive et la perception haptique. Quand la main touche sans bouger, quand une stimulation est appliquée sur un segment immobile du corps et qu'elle laisse une empreinte sur la

⁹ Nous entendons par « doublitude » le fait que le corps est double, à la fois objet et sujet, la main à la fois touchante et touchée, mais sans opposition. (Austry, 2007)

peau, la perception tactile est passive ou cutanée. Dans ce cas, nous parlons également de tact. Par contre, quand des mouvements intentionnels sont produits pour appréhender les objets, la perception tactile est active, tactilo-kinesthésique ou haptique (Hatwell, 2000a).

La perception haptique est un ensemble constitué des perceptions purement cutanées et des perceptions kinesthésiques issues de ces mouvements fournissant des informations en trois dimensions sur les objets (Gibson, 2001). « Dans la perception haptique, il s'ajoute à la déformation mécanique de la peau celle des muscles, des articulations et des tendons qui résultent des mouvements d'exploration du système épaule-main. La perception haptique implique alors des processus beaucoup plus complexes, car ces derniers doivent intégrer en même temps les informations cutanées et les informations proprioceptives et motrices liées aux mouvements d'exploration. » (Hatwell, 2000a, p. 4) D'autre part, quand ces mouvements sont effectués à une vitesse lente, ils sont enrichis des réafférences sensorielles qu'ils produisent eux-mêmes (Hasbroucq, 2001), permettant ainsi de guider l'exploration.

Le terme *haptique* vient d'un mot grec qui signifie « capable de saisir ». Dans ce sens, le système haptique est une forme particulière de toucher qui permet d'obtenir des informations sur son environnement et sur son corps, en privilégiant la composante kinesthésique à la composante cutanée.

La perception haptique nous intéresse parce qu'elle permet de toucher un objet et d'être touché par lui : « En touchant un objet solide, il semblerait qu'on puisse porter son attention sur cette chose extérieure qui résiste ou sur l'empreinte qu'elle laisse sur la peau. [...] C'est comme si le même événement stimulateur avait deux pôles d'expérience : l'un objectif et l'autre, subjectif. » (Gibson, 2001, p. 101) Nous retrouvons ici l'expérience de la main touchée et main touchante appliquée à un objet, nous avons dans ce cas une main touchante et un objet touché.

D'autre part, la perception et l'action sont indissociables dans le fonctionnement haptique car les actions exploratoires déterminent ce qui est perçu et comment cela est perçu (Hatwell, 2000). Ainsi, toucher et être touché concerne les mêmes structures physiologiques, « l'équipement pour *sentir* est anatomiquement le même que l'équipement pour *faire*. » (Gibson, 2001, p. 101)

Nous entendons par doubletude du toucher le fait que toucher, c'est être touché, dans le sens tactile et affectif du terme (Austry, 2007). Dans cette perspective, toucher le corps c'est laisser une impression sur le corps d'autrui et percevoir la résonance interne de son propre corps touchant.

► Toucher l'autre en souffrance

Dans le cadre des pratiques de soin, toucher, c'est avant tout toucher l'autre. Dans nos sociétés, nous ne touchons pas un inconnu, nous respectons des rites de proxémie¹⁰, pour ne pas provoquer de gênes. Le soignant, par son métier, est amené à toucher le patient et, comme dans tout contact, à entrer dans ce que Edward T. Hall (1971) nomme la « distance intime » du patient. Cette distance (moins de 40 centimètres) est celle du contact, du réconfort, du combat et de l'acte sexuel. En franchissant cette distance intime, le toucher a toujours une signification forte, car il vient rompre les conventions de proxémie.

Le soin se trouvant dans cette distance intime – pouvant donc être vécue comme une intrusion – demande un savoir-faire et une ritualisation des actes afin d'obtenir ce que le soignant cherche et de protéger la vulnérabilité du patient. Le patient autorise le soignant à toucher son corps, parce que le toucher s'inscrit dans une relation thérapeutique dont le but est le rétablissement de sa santé. Pour éviter tous malentendus, aucune intention intéressée de séduction ou volonté d'emprise sur l'autre ne doivent se manifester.

Le geste devient soin, acquiert une qualité soignante quand le thérapeute est présent à son geste et à l'autre, et quand le patient accepte de donner place aux possibles d'une rencontre intersubjective. Dans ces conditions, le toucher permet d'apaiser et de donner du sens à l'intolérable de la maladie.

Nous l'avons vu, être malade, c'est voir sa vie envahie par la maladie, son champ d'action sur le monde amputé et son corps douloureux devenir un corps étranger. La main du soignant qui se tend vers le patient souffrant tente d'abolir la distance les séparant pour soulager ses douleurs et sa souffrance, pour le rassurer et le protéger. Par son contact, le soignant rappelle au patient qu'il n'est pas seul face à l'épreuve. « Fragilisé par l'expérience d'un corps morcelé sous la douleur, par la perte de son autonomie et de ses repères quotidiens, le patient est contraint de 's'appuyer' sur la présence de l'autre. » (Vinit, 2007a, p. 133) Par son contact, le soignant offre une détente du patient afin d'instaurer une relation de confiance. Son toucher permet de réduire l'anxiété, de l'apaiser et de rassembler les parties morcelées du corps du patient.

¹⁰ La proxémie est un néologisme créé par E.T. Hall (1971) qui désigne « l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique. » (p. 13)

La physiologie du toucher nous montre que celui-là s'effectue par la peau, véritable organe sensoriel situé sur toute la superficie du corps. La peau se trouve à l'interface entre soi et non soi, entre soi et le monde, et entre soi et la peau de celui qui nous touche.

Nous avons également vu que le toucher est double – à la fois passif et actif (haptique) – permettant ainsi non seulement de toucher mais également d'explorer un objet ou un corps par un mouvement. Le toucher haptique est également double, il permet de toucher et d'être touché (dans les deux sens du terme).

Cette étude des spécificités liées au sens du toucher pose les bases pour une exploration phénoménologique du toucher, dans sa dimension de touchant et de touché.

3.2.2 Phénoménologie du toucher

Le sens tactile englobe le corps en son entier, par sa surface, il perçoit le monde et par son épaisseur, il perçoit l'intime corporel. Nous sentons le monde en permanence, percevons nos états d'âme de manière continue. Le toucher concerne tout le corps, il permet à la peau d'être perméable, de s'ouvrir au dehors et d'accueillir l'extérieur, d'être présent à soi et à autrui.

► La perception tactile

Nous retrouvons chez Merleau-Ponty (1945) la différenciation entre toucher passif et toucher actif, que nous avons précédemment nommé haptique, et qu'il nomme « toucher connaissant ». Le toucher passif est un simple contact effectué sans mouvement de la main. Ce toucher offre peu d'indications identifiables, au contraire du toucher connaissant qui, par l'exploration qu'il propose, permet de différencier par exemple le lisse du rugueux. En montrant que la sensation du lisse ne s'obtient pas par une somme de pressions mais par « la manière dont une surface utilise le temps de notre exploration tactile » (p. 371), Merleau-Ponty (1945) nous dit que le mouvement et le temps sont indispensables à la perception tactile.

C'est par l'exploration que le toucher peut connaître la texture de l'objet, son volume et son épaisseur. Cette connaissance est acquise par le toucher, ce n'est pas la conscience qui touche, mais bien la main.

C'est également le mouvement propre de ma main et de mon corps, ma manière de toucher le monde, mon style, comme le dit Merleau-Ponty (1945), qui va déterminer ce que je perçois. Je ne peux toucher sans établir une relation avec l'objet, qui à son retour me répond et je ne peux toucher sans que cette relation trouve un écho en moi qui peut lui répondre. Dans la palpation tactile, pour que ma main épouse la bonne vitesse du mouvement capable de percevoir le lisse du rugueux, pour qu'elle trouve la bonne prise, « il faut qu'entre l'exploration et ce qu'elle m'enseignera, entre mes mouvements et ce que je touche, existe quelque rapport de principe, quelque parenté. » (Merleau-Ponty, 1964, p. 174) C'est parce que le corps et l'objet appartiennent au même monde sensible que je sais comment toucher et que le toucher offre un sens à percevoir.

Avant d'étudier comment toucher un corps propre ou une chair vivante, intéressons-nous non plus à la perception tactile d'un objet, mais à celle de notre propre corps.

► La doublitude du touché-touchant

L'expérience husserlienne de la main touchée et de la main touchante, reprise par Merleau-Ponty, permet de comprendre l'exploration tactile de notre propre corps. Dans cette expérience, les deux mains peuvent être touchantes ou touchées, la relation est donc réversible, mais elles ne peuvent l'être en même temps, les deux fonctions ne coïncidant jamais. Ainsi, la main touchée devient un objet, une chose qui appartient au monde et qui peut être perçue ainsi.

Mais cette impuissance à superposer « le toucher des choses par ma main droite et le toucher par ma main gauche de cette même main droite [...], ce n'est pas un échec : car si ces expériences ne se recouvrent jamais exactement, si elles échappent au moment de se rejoindre, s'il y a toujours entre elles du 'bougé', un 'écart', c'est précisément parce que mes deux mains font partie du même corps, parce qu'il se meut

dans le monde » (Merleau-Ponty, 1964, p. 192). Il subsiste donc un écart, une fraction de temps où le corps n'est ni touchant, ni touché, une jonction qui n'est pas touchée.

Nous venons de voir que la main touchée devient un objet, quand elle est touchée par la main touchante. Mais, comme le dit Merleau-Ponty (1964), « la perception de soi (sentiment de soi disait Hegel) ou perception de la perception ne convertit pas ce qu'elle saisit en objet et ne coïncide pas avec une source constituante de la perception : en fait je ne réussis pas tout à fait à me toucher touchant, à me voir voyant, l'expérience que j'ai de moi percevant ne va pas au-delà d'une sorte d'*imminence*, elle se termine dans l'invisible » (p. 298). Comme je n'arrive pas à faire coïncider mon touchant avec mon toucher, la main touchée ne devient jamais vraiment objet.

► Toucher autrui

Toucher autrui, ce n'est pas toucher un objet. Comment pouvons-nous toucher le corps d'autrui, non comme un objet, mais comme sujet ? Merleau-Ponty nous dit que le monde et le corps sont fait de la même chair. Mais ce qui différencie la chair du monde de la chair du corps, c'est que « la chair du monde n'est pas *se sentir* comme ma chair – Elle est sensible et non sentant – Je l'appelle néanmoins chair [...] pour dire qu'elle est *prégnance* de possibles » (Merleau-Ponty, 1964, p. 298). Toucher un corps offre une réversibilité, il peut devenir touchant pour celui qui touchait, et ainsi offrir une sensibilité que ne peut faire l'objet. C'est bien par la chair du corps que le corps peut être touché dans son humanité et sa vie intime. Ainsi, quand je touche autrui, autrui devient touchant pour moi.

Avec l'expérience de la main touchante et de la main touchée, nous avons vu que le toucher est réversible pour soi. Mais que se passe-t-il quand je touche la main d'autrui ? La même réversibilité est-elle présente ?

Pour Merleau-Ponty, la réversibilité du corps d'autrui est possible par la propre réversibilité de mon corps : « La poignée de main aussi est réversible, je puis me sentir touché aussi bien et en même temps que touchant » (Merleau-Ponty, 1964, p. 184-185). Dans cet exemple, je peux, en touchant, sentir une réversibilité de ma main, tout

comme autrui peut percevoir une réversibilité de la sienne. Ainsi, quand je touche autrui, je suis touché par autrui.

Nous avons également vu que toucher et se toucher ne coïncide pas dans le corps. Ce n'est donc pas dans le corps que s'effectue la jonction entre touchant et touché, « il faut quelque chose d'autre que le corps pour que la jonction se fasse : elle se fait dans l'*intouchable*. Cela d'autrui que je ne toucherai jamais. » (Merleau-Ponty, 1964, p. 302)

Merleau-Ponty nous dit deux choses dans cette citation. Tout d'abord, que la jonction entre touchant et touché est possible, que toucher, c'est également se toucher, que toucher un objet c'est toucher son corps. C'est parce que l'objet et le corps sont constitués de la même chair, que « les choses sont le prolongement de mon corps et mon corps [est] le prolongement du monde, par lui le monde m'entoure » (Merleau-Ponty, 1964, p. 303), que je suis touché quand je touche.

Il nous dit également que tout du corps d'autrui ne peut être touché, il dit même que ce que je ne peux toucher du corps d'autrui, il ne peut le toucher lui-même, « pas de privilège du soi sur l'autre ici » (Merleau-Ponty, 1964, p. 302), dit-il.

Finalement, il montre que le « se » toucher est l'envers du toucher, tout comme l'invisible est l'envers de la vision. Nous touchons là à « l'*envers* (ou l'autre dimensionnalité) de l'Être sensible. » (Merleau-Ponty, 1964, p. 303)

Dans cette perspective, je suis touché quand je touche, et être touché s'entend par éprouver quelque chose et s'éprouver. Le toucher offre donc une réciprocité sensible immédiate dans l'espace intersubjectif entre la main touchante et le corps touché, permettant au corps d'être touchant et à la main d'être touchée. Le toucher est donc un mouvement qui touche et un mouvement qui est touché, il est réversible, mais sans jamais coïncider. Par le toucher, je m'ouvre au corps d'autrui, « ou plus exactement, je suis installé dans ce corps comme il est installé dans le mien par nos sens, notre motricité, notre expression même. Il y a réversibilité de sa vision et de la mienne, de son toucher et du mien... » (Bernard, 1995, p. 53).

Toucher autrui, c'est également éprouver autrui comme tangible, comme réel. Le sens du toucher permet de vérifier que l'objet est réel et que l'autre est tangible, il témoigne de la « réalité objective ». Toucher un objet ou autrui offre une résistance qui permet au touchant de percevoir sa réalité et la frontière que délimite sa peau. « Le contact avec les choses est le seul rappel possible du réel car le corps est l'incarnation

de l'acteur, son unique possibilité d'être au monde, et le toucher, quelque forme qu'il prenne, un contact personnel avec l'environnement là où les autres sens, et particulièrement la vue sont dans une radicale impuissance. » (Le Breton, 2007, p. 935)
C'est en saisissant le monde extérieur que l'homme retrouve sa propre intériorité.

Pour Merleau-Ponty, c'est le corps qui touche, c'est un corps fait de chair qui touche un monde de chair. A la différence de la chair du monde qui est sensible mais ne peut être sentante, la chair du corps est à la fois sentie et sentante, touchée et touchante. Nous avons vu avec l'exemple de la main touchée et de la main touchante que la réversibilité du toucher n'est pas coïncidence dans le corps, mais dans l'intouchable.

Toucher autrui, c'est accéder à sa partie *touchable*, c'est également être touché par le toucher, par ce que donne à sentir autrui. Finalement, toucher autrui, c'est faire cette expérience étrange qui nous ouvre à lui et à soi, au monde et à l'homme : « En touchant les choses en effet nous nous touchons à elles, nous sommes à la fois touchant et touchés. C'est l'étrangeté de cette expérience ou de cette épreuve qui nous éveille à la chair du monde. » (Maldiney, 1990b, p. 177-178)

► Conclusion

Percevoir le monde va de soi, nous dit Merleau-Ponty. L'homme est inséré dans le monde dans lequel il est constamment en interaction. Toutes ses perceptions et ses actions viennent modifier le monde, tout comme le monde laisse une empreinte sur la chair de l'homme. Nous ne pouvons nous déplacer sans faire tressaillir le monde par la lourdeur et le bruit de nos pas. Nous ne pouvons parler sans interrompre son silence. Ce n'est pas uniquement par ses sens que l'homme perçoit le monde, mais également par sa façon d'être, qu'il s'est construite par son histoire personnelle et culturelle.

L'homme, par la relation perceptive qu'il établit au monde, le modifie constamment et fait qu'à chaque nouvelle tentative de le percevoir, il est déjà différent. Cette réciprocité est également présente au sein du toucher : en touchant le corps d'autrui il le modifie, et quand il tente à nouveau de le toucher, le corps est différent. C'est à partir de ses sens et de son action que l'homme construit la perception du monde.

L'objectif de la phénoménologie est de percevoir le monde tel qu'il est. Cet acte nécessite de s'installer dans un lieu où le monde n'est pas encore travaillé par la réflexion et la foi perceptive. Percevoir le monde tel qu'il est demande de mettre entre parenthèse ses idées sur l'objet visé. Cette réduction semble incontournable pour se tourner vers le phénomène à percevoir. Alors que Husserl se met à distance de l'expérience à percevoir au sein de la réduction, Merleau-Ponty continue son immersion dans le monde pour en voir jaillir une signification en amont de toute idée préconçue. Maldiney, quant à lui, ne vise pas l'objet, il se laisse surprendre par l'apparition soudaine de la perception. Quant à Tengelyi, il se laisse surprendre par la nouveauté de l'événement porteur d'un sens.

Ces différentes conceptions de la perception semblent co-exister dans notre expérience perceptive. En effet, à certains moments, le paysage à voir nous surprend, il ne correspond pas à notre attente, à d'autres moments, il remplit notre intuition, notre espérance.

Percevoir le corps, c'est découvrir un paysage qui, à certains moments se donne comme un objet en offrant son aspect extérieur, sa peau lisse et sa beauté plastique ; et qui, à d'autres moments, montre à toucher une profondeur, une âme, qui ne se distingue plus du sujet qui l'habite. Dans certaines contrées, le corps se fait chair, ouvert au monde et à soi, il se fait saveur du monde.

Le corps se laisse toucher, tout comme il se laisse voir, entendre, sentir et goûter. Le toucher nécessite une proximité avec le corps, il demande de s'approcher, d'établir un contact, une relation entre soi et autrui.

Toucher un corps, c'est toucher autrui, comme semblable et différent de moi. C'est toucher à une structure sensori-motrice identique, à une chair commune qui nous relie au monde. C'est également toucher à un corps différent de moi, qui a une histoire singulière qui le relie au monde et aux autres de manière unique.

Je peux toucher autrui parce qu'il se donne au monde et à moi dans un rapport charnel. Je peux également le toucher parce qu'il empiète sur mon corps, tout comme je viens empiéter le sien. Dans cet entrelacement, je peux percevoir ce que l'autre me donne à sentir, sa manière de se mouvoir et de s'émouvoir, mais sans jamais le rejoindre dans son essence, nous dit Merleau-Ponty. Pour Buytendijk, autrui peut être perçu dans son essence au sein de la rencontre vécue comme une relation d'être. Toucher autrui dans son essence, nécessite donc une rencontre.

Le corps est fait de la même chair que le monde, affirme Merleau-Ponty. Toucher un corps c'est donc toucher une chair commune avec sa propre chair, c'est se relier à un monde commun. Toucher, c'est donc se toucher. Se toucher, c'est être touché dans sa peau et dans son existence. La réversibilité du toucher montre que quand je touche autrui dans sa chair, sa chair me touche dans la mienne et le contact se fait de chair à chair. Quand le toucher offre un sens, dans la réversibilité du toucher, autrui m'offre également un sens à percevoir.

Le toucher demande à être vécu, il nécessite une expérience sensible, il ne peut seulement être appréhendé par sa pensée. Toucher autrui dans sa chair demande d'être soi-même chair. Faire l'expérience de la chose telle qu'elle est demande une méthode perceptive que nous avons vue avec la réduction. Cette méthode est également applicable à l'expérience du toucher de l'autre.

4

Synthèse, discussion théorique et questions de recherche

4.1 Synthèse

Une première synthèse des aspects théoriques du toucher et de son apprentissage, est proposée dans ce chapitre. Les questions de départ, posées en introduction, serviront de fil conducteur à notre réflexion, et permettront de les reformuler en questions de recherche résumant l'objectif de notre travail.

4.1.1. Question sur l'apprentissage du toucher

La première question porte sur l'apprentissage du toucher au sein de la formation en fasciathérapie : *Qu'est-ce qui, dans le toucher et le fait d'être touché, est formateur pour le kinésithérapeute dans son apprentissage du métier de fasciathérapeute ?* Cette question comporte également une sous question : *Eprouver sur soi forme-t-il à l'apprentissage du toucher ?*

Avant de questionner l'apprentissage du toucher, l'apport de la phénoménologie à la question de la perception du toucher sur soi et sur autrui est mis en perspective.

► De la perception du toucher sur soi et autrui

- *De la nécessité de créer des conditions perceptives*

Percevoir, pour Merleau-Ponty (1945), c'est faire l'expérience de la perception, c'est s'immerger dans le monde et prendre en compte son expérience subjective. La signification de l'expérience émerge au sein de l'interrelation entre sujet et monde, comme une réponse à une question confuse que le sujet pose à l'objet pour lui donner le moyen de se déterminer.

Percevoir le monde tel qu'il est, et non tel que nous le vivons de manière naturelle avec nos préjugés, demande un effort perceptif. Merleau-Ponty (1964), pour faire l'expérience du monde tel qu'il nous apparaît, propose de viser un objet, puis de mettre entre parenthèse toute interprétation du perçu, pour s'immerger dans le monde. C'est au sein de cette immersion que le sujet assiste au jaillissement du monde et c'est en cessant d'accompagner le voir et le sentir dans le visible que le monde devient compréhensible.

Pour percevoir ce dernier, un effort perceptif, de mettre entre parenthèses nos préjugés et nous immerger dans le monde en cessant d'accompagner le sentir, est demandé. Percevoir le monde tel qu'il est demande de viser un objet et d'effectuer un acte perceptif.

Pour Maldiney (1990a), percevoir le monde, ce n'est pas viser un objet, c'est être bouleversé par un événement qui apparaît à notre conscience et qui nous transforme en offrant un nouveau champ perceptif à explorer.

Pour László Tengelyi (2006), la perception est une *épreuve*, un événement que la conscience subit. Cette épreuve vient surprendre la conscience et bouleverser nos connaissances en offrant un sens nouveau. Dans cette conception, percevoir la réalité du monde c'est capter un sens nouveau au sein de l'expérience.

Danis Bois (2008), pour sortir de l'attitude naturaliste qui tend à interpréter les données perceptives en fonction de ses attentes et de ses représentations, propose de changer le cadre d'expérimentation. C'est en permettant au corps de bouger et de se percevoir autrement qu'il peut donner à vivre des sensations inaccessibles dans une

situation habituelle. C'est au sein de ce cadre d'expérimentation extra-quotidien que le sujet peut faire l'expérience du toucher en apprenant à tourner son attention vers l'intériorité de son corps.

Percevoir le monde ne se fait pas naturellement, nous disent les auteurs que nous venons d'interroger. Pour Merleau-Ponty, la perception demande un effort, pour Maldiney et Tengelyi, il faut se laisser surprendre par l'apparaître, tandis que pour Bois, il faut créer des conditions d'expérience extra-quotidiennes pour percevoir.

Nous apprenons que selon les conditions d'expérience perceptive, le sens vécu diffère. Il diffère non seulement par la singularité qu'il donne à éprouver, mais également par les conditions pratiques à partir desquelles l'expérience perceptive s'effectue. Percevoir une table en effectuant une réduction ou lors d'un apparaître qui nous surprend, n'offre pas le même vécu perceptif. Percevoir son corps en effectuant une visée intentionnelle, en se laissant surprendre par ce qui apparaît ou en créant un cadre extra-quotidien, offre des paysages perceptifs différents.

La fasciathérapie, en créant des conditions d'expérience extra-quotidiennes, permet au sujet de vivre des perceptions inédites qui vont créer un étonnement. Ce dernier va attirer son attention et lui permettre de vivre des aspects de lui-même qu'il ne connaissait pas, permettant ainsi à un sens nouveau d'apparaître.

- ***De la nécessité de s'adresser au corps subjectif***

La médecine, divisée en spécialités, s'occupe soit du corps, soit de l'âme. Elle sépare le corps de l'homme qu'il incarne et lui donne une valeur d'objet, négociable en fonction des besoins. Pour la phénoménologie, le corps humain appartient tout à la fois au monde objectif – il est corps objet quand il se laisse appréhender de manière objective – et au monde subjectif – il est corps sujet qui éprouve des maux. La maladie, en envahissant toute la vie du patient, nous enseigne que le corps ne se laisse pas réduire à une réalité objective ; il se vit comme étant soi.

Vouloir concilier l'aspect objectif et subjectif du corps, demande à introduire le vécu subjectif du patient dans la conception médicale de la santé, entrevue comme un état silencieux du corps mesurable par des appareils. C'est écouter le patient dans la description qu'il fait de ses symptômes, c'est l'ausculter et l'interroger sur sa souffrance.

Merleau-Ponty (1945) apporte à la notion de *corps propre*, ou de corps subjectif, une notion de rapport à soi et au monde ; le corps n'est plus seulement un corps à soi, il

est également notre véhicule dans la relation au monde. Il nous met en relation avec le monde et nous offre une manière toute personnelle de nous mouvoir.

Dans cette conception, soigner un patient c'est à la fois soigner la douleur du corps objet et la souffrance du corps subjectif, c'est englober dans son soin le symptôme et le vécu du sujet. C'est également intégrer, dans la relation, le vécu de la maladie, le questionnement existentiel sur le sens de la maladie, en considérant la fragilité de la vie.

La fasciathérapie, en englobant dans son geste les dimensions corporelles et psychiques du patient, se situe dans cette conception d'un corps propre. En s'adressant également à la force d'auto-guérison du sujet, elle offre une dimension sensible supplémentaire au corps. Ce corps animé d'une force d'auto-guérison devient *corps sensible*, un corps vivant offrant à percevoir des tonalités internes.

Toucher un corps sensible, c'est toucher en même temps un corps animé d'une force d'auto-guérison et un corps malade. C'est toucher un corps non séparé du sujet à la fois en relation avec soi et le monde, toucher ce lieu de réciprocité vivante entre le corps sensible du thérapeute et celui du patient.

A la dimension de corps propre de Merleau-Ponty (1945), la fasciathérapie intègre le potentiel de vitalité du patient et parle de corps sensible.

- ***De la nécessité de rencontrer autrui***

Pour Merleau-Ponty, autrui est à la fois semblable et différent de moi. Le percevoir, c'est percevoir ce qu'il montre à voir, son comportement et ses paroles, et ce qu'il cache. Rencontrer autrui nécessite un empiètement de mon champ avec le sien, une résonance de ses mouvements avec mes propres intentions corporelles, une transformation de la situation qui me transforme, nous dit Merleau-Ponty. C'est parce que j'ai un corps que je le perçois, et je le perçois par sa manière d'être un corps et par ce qu'il me montre de sa sensibilité au monde.

Pour Buytendijk (1952), percevoir autrui se fait au sein de la rencontre, d'une relation où les deux sujets sont impliqués. C'est dans la rencontre que l'essence de l'homme peut être perçue et que l'existence se dévoile.

Rencontrer autrui nécessite donc de le percevoir comme identique et différent de moi, de percevoir ce qu'il montre à voir et ce qu'il cache, de créer une relation où les deux sujets sont impliqués. Buytendijk nous apprend que la relation thérapeutique peut se vivre comme une rencontre quand les deux sujets sont impliqués dans la relation et qu'ils ont fait le choix de se rencontrer.

Tentons un rapprochement avec la fasciathérapie. Autrui est à la fois semblable, parce qu'il est animé d'un mouvement interne, et différent, parce que la relation qu'il établit avec celui-ci est singulière. Dans les conditions de thérapie manuelle, rencontrer autrui c'est percevoir ce que donne à sentir le mouvement interne incorporé dans son corps, par un empiètement réciproque des champs perceptifs. La rencontre de cette essence mouvante s'effectue bien au sein d'une relation entre deux personnes, entre deux corps sensibles, relation muette mais sensible, relation réciproque et émouvante.

- ***De la nécessité de toucher pour être touché***

La physiologie nous apprend que le toucher est double : il est à la fois actif – il nous permet de toucher le monde –, et passif – il nous permet d'être touché par le monde. Au sein de la perception haptique, ou tactilo-kinesthésique, des mouvements intentionnels sont produits pour percevoir les objets. La perception haptique offre une doubleté, elle nous permet de toucher un objet et d'être touché par lui, par l'utilisation des mêmes structures anatomiques, nous dit Gibson (2001). Ainsi, toucher c'est être touché dans le sens tactile et affectif du terme.

Merleau-Ponty (1945) confirme cette différenciation entre toucher passif et toucher haptique ou « toucher connaissant » dans son vocabulaire : c'est bien par une exploration tactile active que le toucher peut connaître l'épaisseur d'un objet. Un toucher connaissant est un toucher qui perçoit et qui explore le monde, il est à la fois passif et actif, il s'effectue au sein d'un espace et d'une temporalité.

C'est également par notre manière de toucher le monde que l'objet se détermine. C'est parce que le corps et l'objet appartiennent au même monde sensible que nous savons comment toucher et que le toucher offre un sens à percevoir.

Toucher, c'est être touché, nous disent la physiologie et la phénoménologie. Toucher autrui, c'est être touché par autrui et par soi, c'est également se toucher. Le toucher n'est donc pas neutre, il ne peut se faire sans implication et sans subjectivité ; dès que nous touchons la peau d'autrui, nous touchons à sa manière d'être au monde et à sa manière d'être à lui-même.

D'autre part, la réversibilité du touchant-touché, révélée par l'expérience de la main touchante et de la main touchée, est également présente dans le toucher à autrui. C'est en le touchant que le corps d'autrui touché peut à son tour devenir touchant pour

moi qui le touchait, et devenir ainsi réversible. Je suis touché quand je touche, je m'éprouve quand je touche : toucher autrui me permet de me toucher, de contacter mon intériorité.

Dans une relation thérapeutique manuelle, toucher autrui, c'est être touché par lui. Le toucher n'est pas neutre, nous ne pouvons toucher autrui sans nous toucher et autrui ne peut être touché sans se dévoiler.

Autrui peut donc être touché. Je peux le toucher parce qu'il se donne au monde et à moi dans un rapport charnel, nous dit Merleau-Ponty. Je peux toucher autrui parce que, tout comme moi, il est un être humain ouvert au monde et à autrui, parce qu'il est semblable à moi. Je peux également le toucher parce qu'il est différent de moi, que sa peau est tangible, offre une résistance à ma peau et me différencie de lui.

Tout en touchant autrui, je suis touché par lui, mais les deux perceptions ne coïncident jamais. Je ne peux en même temps que je touche l'autre, que mon attention est attirée par ce que l'autre me donne à percevoir, être touché par lui. Cette réversibilité n'est pas concomitante, elle demande un aller et un retour, un temps et un espace de déroulement entre je touche et je suis touché.

La fasciathérapie nous dit que toucher un corps sensible, c'est toucher une personne dans ses dimensions corporelles, psychologiques et existentielles. C'est parce que le toucher du Sensible englobe à la fois une intention thérapeutique et une attention portée sur soi et l'autre, qu'il laisse émerger un lieu de rencontre, de réciprocité vivante entre le corps sensible du thérapeute et celui du patient, qu'il offre au patient un moyen de se percevoir et d'entrer en relation avec lui.

La rencontre avec autrui ne s'explique pas par la réversibilité de la chair, mais par une réciprocité actuante, nous dit Danis Bois. Cette réciprocité entre patient et thérapeute permet au corps du patient de se livrer. C'est par son implication totale dans l'acte perceptif que le thérapeute influence le champ perceptif et qu'autrui est bouleversé. La rencontre avec autrui s'établit dans un rapport d'implication et d'influences réciproques entre un sujet et le monde sensible, entre un thérapeute et son patient.

C'est au sein de cette réciprocité entre le sujet et son corps sensible qu'émerge « une forme singulière de rapport entre soi et soi, qui devient le primat du rapport entre soi et le monde. » (Bois & Austry, 2007, p. 10) Ainsi, pour Danis Bois, et à l'inverse de Merleau-Ponty, la connaissance du monde passe par la connaissance de soi. La relation à soi est nécessaire et indispensable à toute relation à l'autre et au monde.

Percevoir est une manière de se connaître, de naître à soi, de se reconnaître et, à partir de là, de découvrir le monde extérieur.

Au sein de cette réciprocité actuante, quand je touche autrui, je suis également touché par lui. Toucher autrui, pour un fasciathérapeute, c'est entrer en relation avec le mouvement interne du sujet par l'intermédiaire d'un toucher manuel. C'est en s'appuyant sur la relation qu'il établit à son mouvement interne que le « touchant » devient touché. Le touchant et le touché se retrouvent dans une relation réciproque au sein d'un même univers animé par le mouvement interne. Nous pensons qu'il y a coïncidence entre touchant et touché au sein de cette réciprocité, que la main peut à la fois toucher et être touchée dans le même geste et dans le même espace/temps.

Cette mise en perspective entre touchant et touché nous a appris plusieurs choses. Premièrement, que toucher, c'est être touché et que toucher autrui c'est être touché par autrui et par soi, et qu'autrui ne peut être touché sans se dévoiler. Deuxièmement, nous apprenons que pour Merleau-Ponty, la connaissance de soi passe par une perception du monde, alors que pour Bois, la connaissance du monde passe par la perception de soi. Troisièmement, pour la phénoménologie le touchant/touché est réversible mais ne coïncide pas, alors que nous émettons l'hypothèse d'une réversibilité coïncidente au sein de la fasciathérapie.

- ***De la nécessité d'une question de recherche***

Cet apport théorique vient nourrir notre question de départ portant sur la nécessité d'être touché pour apprendre à toucher.

Nous avons vu que pour percevoir ce qu'il touche, le fasciathérapeute crée des conditions perceptives extra-quotidiennes qui lui permettent d'établir une relation réciproque au patient au sein d'un monde commun. Au sein de cette relation peuvent émerger des inédits qui, par la surprise qu'ils créent, vont attirer l'attention du thérapeute et du patient. C'est sur ces inédits que le thérapeute va construire le déroulement de sa thérapie et que le patient peut vivre des aspects de lui-même qu'il ne connaissait pas.

Merleau-Ponty nous apprend que le monde tel qu'il est se donne au sein d'une attitude perceptive de mise à distance de ses préjugés et du sentir pendant le temps de l'expérience. Il nous apprend également qu'autrui est semblable et différent, que toucher autrui nous permet de nous toucher et de faire l'expérience de soi, mais dans un temps et un espace différé. Être touché par autrui c'est laisser autrui établir une

relation avec moi, venir empiéter et transformer mon champ perceptif ; c'est me laisser toucher dans ma manière d'apparaître au monde et à moi-même.

Nous formulons notre première question de recherche de la manière suivante :
Quand l'étudiant est touché par autrui, qu'apprend-il du toucher ?

► Apprentissage du toucher

La deuxième question porte sur l'apprentissage du toucher : *Le toucher peut-il faire l'objet d'une formation ?*

La formation en fasciathérapie a pour objectif de former des kinésithérapeutes et des médecins à l'exercice professionnel de la fasciathérapie. Elle est orientée sur l'acquisition des fondements théoriques et pratiques de la fasciathérapie, et l'apprentissage des techniques manuelles et gestuelles spécifiques. L'apprentissage pratique du toucher s'effectue au sein de séances de « pratiques manuelles » guidées par un formateur. Les étudiants sont à tour de rôle dans la posture de thérapeute quand ils touchent, et dans la posture de patient, quand ils sont touchés.

- ***De la nécessité de prendre soin***

Bernard Honoré nous apprend que soin et formation sont indissociables. Former au soin c'est, au sein d'une formation tournée vers le soin, former un être humain en devenir à prendre soin de lui et d'autrui. La relation soignante et formatrice que propose la fasciathérapie passe par une relation au corps vécu comme lieu de gestion de sa santé et comme lieu possible de formation. C'est parce que le corps sensible est au centre du soin et de la formation, parce que le sujet apprend à vivre ce corps sensible dans toutes les situations de la vie, que le corps devient le lieu de gestion de celle-là.

- ***De la nécessité d'apprendre de son expérience***

Former au toucher nécessite de faire l'expérience du toucher sur soi et autrui. Mais l'expérience en elle-même n'est pas suffisante, elle n'est pas source de connaissances. Et pour que l'expérience soit formatrice, elle doit être soignée pendant le temps de son déroulement, nous dit Bernard Honoré (2003). Pour que l'expérience

sensible soit source de connaissances elle doit, selon Guy de Villers (1991), rompre avec ses habitudes et ses convictions. Cette posture demande de prendre soin du vécu de l'expérience, de l'explicitier et de l'interroger dans l'objectif de modifier ses représentations antérieures.

- ***De la nécessité d'apprendre de son toucher***

Former au toucher nécessite des temps de pratique d'acquisition des gestes techniques et d'apprentissage des compétences tactiles et sensibles.

Les gestes techniques s'apprennent par imitation du geste de l'expert utilisé comme modèle, puis par appropriation du geste en le soumettant à ses propres intentions. Les gestes techniques, en fasciathérapie, se retrouvent dans les manières différentes de poser les mains selon les intentions de toucher un muscle, un os, un organe, une artère, etc. Ces gestes sont facilement accessibles et ne nécessitent pas de temps spécifique d'apprentissage.

Comment forme-t-on un étudiant à vivre une évidence ? Comment apprend-on de nouvelles compétences tactiles et sensibles ? Il s'agit non pas de faire une expérience, mais bien de vivre une expérience de soi qui demande une éducation perceptive. Nous utilisons intentionnellement le terme *éducation*, pour souligner que percevoir son corps nécessite une réelle éducation dans le sens d'une formation à de nouvelles dispositions, car l'homme est peu habitué à percevoir son corps.

La physiologie et la phénoménologie nous apprennent que percevoir ne peut se faire sans son corps, que c'est par celui-ci que nous connaissons le monde et que nous pouvons agir sur lui. L'expérience corporelle est singulière et ne peut être faite qu'en soi, l'expérience que je fais de mon corps ne peut être faite par autrui et celle-ci ne lui est pas perceptible. Faire l'expérience de son corps c'est faire une expérience perceptive immédiate qui offre une connaissance du monde, de son intentionnalité et qui permet de faire l'expérience de soi. Nous pensons que porter une attention particulière aux perceptions somatiques issues de son expérience corporelle est nécessaire à l'apprentissage du toucher en fasciathérapie.

C'est dans cet objectif que les formateurs en fasciathérapie proposent des temps de pratique individuelle (gymnastique sensorielle et introspection sensorielle) où l'étudiant est amené, au sein d'une séance collective animée par l'un d'entre eux, à vivre les résonances singulières émanant de son rapport à lui-même. Nous pensons que

les compétences perceptives issues de cette éducation sont transférables à la perception du toucher.

La transmission du toucher s'effectue principalement lors des séances d'apprentissage de thérapie manuelle, où la main du formateur vient guider celle de l'étudiant dans son apprentissage technique et perceptif. Nous pensons que c'est essentiellement par cette transmission directe que s'effectue l'apprentissage du toucher sensible.

- ***De la nécessité d'une question de recherche***

Nous retrouvons dans l'apprentissage du toucher cette nécessité d'interroger son expérience et de la soumettre à ses connaissances antérieures. La fasciathérapie propose de modifier le cadre d'expérience et non les connaissances préalables, pour transformer ses représentations. Nous avons vu que la thèse de Danis Bois (2007) est venue bouleverser cette conception de l'apprentissage expérientiel, en constatant qu'une transformation des représentations est nécessaire à l'acquisition de nouvelles compétences au sein du cadre d'expérience extra-quotidien. La question de la transformation des représentations a déjà fait l'objet d'une étude, nous ne la reposerons donc pas directement.

Nous désirons interroger la place de la transmission directe manuelle au sein du processus d'apprentissage du toucher sensible et celle de la nécessité d'explicitier son expérience pour pouvoir apprendre d'elle auprès des étudiants en formation. Ces questions sont tournées autour de l'expérience du toucher en situation d'apprentissage et sur les modalités pédagogiques qui permettent son acquisition. Dans cet objectif, nous formulons la question de recherche suivante : *Quelles situations pédagogiques permettent d'apprendre de son expérience du toucher ?*

4.1.2. Question des effets de l'apprentissage du toucher sur le sujet en formation

La troisième question de départ porte sur les effets de l'apprentissage du toucher : *Quels sont les effets de l'apprentissage du toucher en fasciathérapie sur le*

sujet en formation ? Nous entendons par effets d'apprentissage, les transformations occasionnées par la formation au niveau professionnel et personnel.

- ***De la nécessité d'une transformation pour apprendre***

La formation professionnelle continue en fasciathérapie est destinée à un public d'experts composé de kinésithérapeutes et médecins. Former un expert à une nouvelle technique de toucher, c'est former un adulte possédant un bagage d'expériences et de connaissances. Pour l'approche constructiviste, apprendre c'est construire des connaissances en transformant celles acquises. Elle propose un modèle qui place l'activité cognitive du sujet au centre du processus d'apprentissage et détermine les conditions d'un apprentissage vu sous l'angle de la transformation des représentations.

Mais cette approche n'est pas suffisante pour comprendre ce qui amène un sujet à modifier ses représentations. Etienne Bourgeois et Jean Nizet (1999b) constatent que la plasticité des connaissances préétablies permettant un apprentissage est liée aux enjeux identitaires du sujet apprenant. Ainsi, pour une personne engagée dans un processus de transformation identitaire, l'apprentissage est facilité.

Apprendre à toucher nécessite de convoquer ses représentations du toucher lors de l'apprentissage et les transformer.

- ***De la nécessité d'effets pour apprendre***

Transformer ses connaissances, ce n'est pas adapter l'environnement à ses propres structures mais au contraire modifier ses structures cognitives pour les adapter à l'environnement. Modifier ses connaissances, c'est modifier son rapport à soi et au monde, sa structure identitaire, se modifier soi. Ainsi, toute formation crée des effets transformateurs du sujet en formation à plusieurs niveaux.

Les formateurs ont pour objectif de transmettre un métier. Dans cet objectif, des dispositifs pédagogiques sont mis en place au sein de la formation professionnelle, pour permettre aux étudiants d'apprendre de nouvelles connaissances et d'acquérir de nouveaux savoir-faire.

Les étudiants, pour apprendre, doivent s'impliquer dans le processus de formation. Plusieurs auteurs montrent que l'engagement en formation est fortement lié à la dynamique identitaire en cours et que cette dernière va conditionner les

apprentissages. Les effets identitaires liés à une formation sont donc dépendant du degré d'implication de l'apprenant dans le processus de formation.

Les formateurs en fasciathérapie peuvent donc attendre de leurs étudiants une transformation des connaissances et des savoir-faire, comme effets professionnels. Les étudiants seront amenés à vivre des transformations identitaires liés à leur degré d'implication au sein de la formation. D'autre part, c'est par la découverte d'un rapport à son corps que l'étudiant se découvre autrement, et peut donner sens à ce qu'il perçoit. Cet effet personnel, nécessaire à la pratique de la fasciathérapie, est également un effet attendu par les formateurs.

- ***De la nécessité d'une question de recherche***

Une formation au toucher provoque des effets tant professionnels que personnels. La structure identitaire de l'apprenant participe au processus de formation. Nous désirons interroger l'effet de cette formation au toucher sur le sujet en formation en formulant la question de recherche suivante : *Qu'apprend l'étudiant de son existence quand il est formé au toucher ?*

4.2 Discussion

Pour continuer la discussion entamée dans la première partie de ce chapitre, nous rapprochons les champs théoriques de la phénoménologie et de la fasciathérapie dans l'objectif de les confronter, de les compléter et de les renforcer. Au terme de cette discussion, les concepts travaillés permettront l'analyse des données empiriques.

Le projet de ce mémoire est de comprendre les moments formateurs dans l'acquisition d'un toucher et les effets de cet apprentissage sur le sujet en formation. Cette étude ne pouvant s'isoler des conditions dans lesquelles s'effectue l'expérience tactile, nous proposons en premier lieu une description des conditions d'accès à l'expérience perceptive.

Auparavant, il apparaît nécessaire de spécifier les différences fondamentales que nous trouvons au sein des deux approches, dans l'objectif de produire une confrontation honnête et respectueuse.

- ***Premiers repères pour une mise en perspective***

En premier lieu, et afin d'éviter tout malentendu, notons que le terme « sensible » contient des significations différentes selon les approches. Pour Merleau-Ponty, le sensible est ce que nous percevons avec nos sens, au sein d'une interaction entre soi et le monde. Pour Danis Bois, le *Sensible* est un nouveau concept qui prend source avec le mouvement interne, notion absente de l'œuvre de Merleau-Ponty. Pour distinguer les deux significations du sensible, nous signalerons l'usage qu'en fait la fasciathérapie en mettant une majuscule au nom *Sensible*.

D'autre part, notons que Merleau-Ponty décrit la perception comme un processus qui se situe dans une interrelation, entre soi et le monde, comblée par la chair. Mais ce processus perceptif, tel que décrit par l'auteur s'adresse à un objet du monde, à un extérieur à soi, même s'il fait partie de la même chair. Le processus perceptif qui intéresse la fasciathérapie est celui du *Sensible* tel qu'il se dévoile dans un rapport perceptif à son corps. Ce rapport offre des perceptions somatiques qui constituent un socle sur lequel l'apprentissage du toucher en fasciathérapie peut s'effectuer. Le processus perceptif décrit par la fasciathérapie s'adresse en premier lieu au corps, le sien et celui d'autrui.

Finalement, notons que la description effectuée par Merleau-Ponty de l'expérience perceptive est une expérience de pensée (Gély, 2000), au contraire de la description faite par Danis Bois qui émerge d'un vécu du corps sensible. Dans les deux cas, l'expérience interroge le processus d'émergence du sensible, l'une par la pensée, l'autre par l'expérience vécue qu'elle en fait. Ces expériences aboutissant à une conceptualisation, nous ne pouvons omettre de spécifier les différentes conditions pratiques et cognitives de l'expérience perceptive.

► **Conditions d'accès à l'expérience perceptive**

Percevoir le monde, se percevoir, c'est accéder à un donné sensible et au sens qui émerge de ce donné sensible. Pour accéder à celui-là, la phénoménologie propose

d'effectuer une réduction du sentir alors que la fasciathérapie propose au contraire de plonger dans l'expérience du sentir.

La phénoménologie, pour sortir de la foi perceptive et accéder au sens de *la chose telle qu'elle est*, met en suspens l'attitude naturelle au sein d'une réduction. Cette expérience perceptive n'est pas naturelle, elle demande de créer son apparition en visant un objet tout en mettant de côté ses idées sur l'objet visé. Sa visée traverse les apparences perceptives vers l'objet lui-même pour « interroger le perçu en tant que perçu, décrire le mouvement même de sa phénoménalisation. » (Gély, 2005, p. 16)

La fasciathérapie, pour sortir de l'attitude perceptive quotidienne et accéder au sens de l'expérience sensible, propose une mise en situation qu'elle nomme extra-quotidienne. L'expérience perceptive proposée par la fasciathérapie n'est pas naturelle, elle est provoquée par l'installation de conditions perceptives permettant de vivre le mouvement interne. C'est en modifiant le cadre d'expérimentation que le sujet peut accéder au sens de l'expérience perceptive.

Au sein de ces deux approches, l'expérience perceptive proposée est construite, elle demande un processus attentionnel spécifique à chacune des approches. La perception qui se déploie dans l'expérience est conditionnée par les processus attentionnels utilisés. Ainsi, le champ perceptif déployé lors d'une réduction phénoménologique est différent de celui déployé lors d'une expérience perceptive dans les conditions de la fasciathérapie.

► Le processus perceptif

La phénoménologie et la fasciathérapie ont une conception novatrice de la perception en plaçant l'émergence du sens au sein d'une relation, entre le monde et le sujet pour la phénoménologie, entre le Sensible et le sujet pour la fasciathérapie. Pour toutes les deux, la perception se rapporte à un donné sensible et à un sens qui rayonne du donné sensible lui-même, elle est en prise avec un sens immanent au donné sensible. La différence majeure se situe dans le lieu d'émergence du donné sensible, laissant ainsi percevoir des paysages et des sens différents.

Cette idée d'une perception immanente au monde sensible et constituée par un sujet actif au sein du processus perceptif, est présente dans les deux approches.

Reprenons les processus perceptifs tels qu'ils sont décrits par Merleau-Ponty et Danis Bois, pour tenter de les confronter.

Nous l'avons vu, pour accéder à la chose telle qu'elle se donne et s'ouvrir à de nouveaux horizons non perceptibles au sein de l'attitude naturelle, Merleau-Ponty propose d'effectuer, dans un premier temps, une *epochè* au sein de la visée. Cette mise de côté des idées préconçues et des préjugés concernant les objets visés est un geste perceptif qui tente de faire abstraction de ses connaissances de l'objet, pour que les choses elles-mêmes apparaissent. La deuxième étape consiste à effectuer une réduction par une immersion dans le monde de l'irréfléchi pour en laisser le sens émerger. Ainsi, c'est en effectuant une réduction du sentir, en cessant de l'accompagner dans le visible, que le processus d'émergence du sentir est accessible.

Pour Bois & Austry (2007), l'attitude perceptive n'est pas un acte volontaire de suspension de ses représentations, mais bien une invitation à se tenir ailleurs et autrement au sein de l'acte perceptif. Dans l'acte volontaire de se tourner vers soi, c'est bien la perception du mouvement interne qui invite le sujet à laisser émerger de nouvelles informations et non une attitude mentale de faire le vide de toutes ses idées préconçues. C'est la puissance vécue des phénomènes internes du mouvement interne qui attire l'attention du sujet et qui fait que seul ce phénomène existe dans son champ perceptif.

Merleau-Ponty, en parlant d'*epochè* et de réduction, se place bien au sein de l'expérience perceptive du monde pour accéder au sens immanent de la chose perçue. Il effectue un *epochè*, une mise entre parenthèse de sa foi perceptive du monde, et une réduction où il ne s'extrait pas du monde pour l'observer et accéder au phénomène tel qu'il se déploie. Ainsi, pour Merleau-Ponty (1945), tout comme pour Bois & Austry (2007), le sens de l'expérience vécue jaillit d'une expérience singulière, dans l'immédiateté du vécu, et non *a posteriori*. Par contre, c'est bien dans la profondeur du monde que Merleau-Ponty place son expérience, au contraire de Bois & Austry qui la situent dans une profondeur du corps. Nous retrouvons là la principale différence que nous avons déjà mentionnée. D'autre part, ce n'est pas la puissance vécue du mouvement interne qui permet à Merleau-Ponty d'accéder au sens de l'expérience, mais un léger retrait pour que le sens émerge de l'expérience. Nous voyons bien que le sens, en fasciathérapie, émerge d'une expérience particulière, non naturelle, qui va déterminer le type de phénomènes perceptibles.

Pour tenter un rapprochement et pour aller dans le sens d'une phénoménologie perceptive en fasciathérapie, nous pensons que l'installation du cadre d'expérience extra-quotidien peut être entrevu comme une réduction, dans le sens où l'installation de ce cadre perceptif permet au sujet de sortir de sa perception habituelle.

► Concepts centraux de « chair » et du « Sensible »

La chair, concept central de la phénoménologie merleau-pontienne, est pensée « comme élément, emblème concret d'une manière d'être générale. » (Merleau-Ponty, 1964, p. 191) La chair est une condition, elle désigne la modalité d'une identité : « l'homme n'a pas seulement un corps, il est chair. » (Cormier, 2007, p. 177)

Nous avons vu que la réversibilité du touchant et du touché n'est jamais réalisée de fait, elle est toujours imminente et laisse un vide que vient combler la chair ; cette dernière offrant ainsi cette presque coïncidence entre touchant et touché.

Le concept de la chair plonge l'homme dans le sensible du monde et lui permet d'avoir prise sur lui. L'homme et le monde sont situés dans un même lieu, dans une même chair, dans un entrelacement entre corps et monde.

Pour Merleau-Ponty, le concept de chair est un « élément » constitutif de toutes les choses et de tous les êtres, qui offre cette presque coïncidence entre sentant et sensible au sein d'une réversibilité jamais réalisée de fait, mais toujours imminente.

Le Sensible, concept central de philosophie de Danis Bois, est à la fois un champ d'expériences, animé du mouvement interne, et la modalité perceptive permettant d'accéder au sens vécu de son corps. D'autre part, ce champ d'expériences du Sensible se donne au sein d'une *réciprocité actuante*, dans cette nécessité d'un rapport d'implication et d'influences réciproques entre un sujet et le monde sensible.

Par cette mise en perspective de la chair et du Sensible, nous pouvons dire que Merleau-Ponty et Danis Bois ne s'adressent pas au même champ expérientiel, qu'ils ne perçoivent pas le monde de la même manière, l'un l'entrevoit comme chair, et l'autre comme Sensible.

D'autre part, le Sensible est donc à la fois l'organe de saisie et le lieu où saisir une connaissance de soi, du monde et des autres. Le Sensible semble dépasser la notion de chair de Merleau-Ponty : « quand la personne est entraînée à percevoir la finesse de l'expérience du Sensible, elle se reconnaît du même coup elle-même au sein de cette

expérience. Elle est alors présente à la fois à son expérience et à sa propre présence percevante, à la fois à elle-même comme observatrice de son expérience et à elle comme lieu de manifestation de l'expérience observée. » (Berger & Bois, 2007, p. 27-28)

► Conclusion

Cette synthèse et discussion théorique nous a permis de confronter les champs théoriques de la fasciathérapie à ceux de la phénoménologie.

Rappelons que pour toutes deux la perception est immanente au monde sensible et constituée par un sujet actif au sein du processus perceptif. Par contre, la description effectuée par Merleau-Ponty de l'expérience perceptive est une expérience de pensée, alors que celle de Danis Bois émerge d'un vécu du corps sensible.

Dans notre rapprochement du concept merleau-pontien de chair et du Sensible de Danis Bois, nous constatons que les deux concepts tentent de décrire le fond perceptif du monde ou le monde tel qu'il apparaît après une réduction du sentir. Ces deux auteurs ont un objectif commun, décrire le monde dès son émergence, mais les procédés perceptifs qu'ils utilisent offrent à percevoir un monde différent.

Le monde à percevoir, pour Merleau-Ponty, est une chair, un entrelacement entre corps et monde, le monde a une chair tout comme moi.

Le monde à percevoir, pour Danis Bois, est un Sensible, un corps animé d'une substance en mouvement et une modalité perceptive me permettant de vivre le Sensible.

Notre mise en perspective montre que la chair est décrite comme un élément constitutif de toutes les choses et de tous les êtres, tout comme le Sensible. Elle nous montre également que ce dernier, à la fois organe et lieu de saisie, dépasse la notion de chair de Merleau-Ponty.

Le Sensible étant au cœur de la pensée de Danis Bois, c'est donc vers lui que se tourne l'acte perceptif du fasciathérapeute. Danis Bois place l'expérience perceptive dans une profondeur du corps sensible, au contraire de Merleau-Ponty qui la place dans la profondeur du monde, dans sa chair.

Dans les deux approches, l'expérience perceptive ne s'effectue pas au sein de l'attitude naturelle, mais bien dans une construction. C'est en réalisant une réduction du sentir que son processus d'émergence est accessible pour le phénoménologue. Aussi, c'est en se situant ailleurs et autrement au sein de l'acte perceptif que le fasciathérapeute accède à l'émergence de sens. Nous pensons que l'installation du cadre d'expérience extra-quotidien, en fasciathérapie, peut être entrevue comme une réduction.

Enfin, la fameuse expérience de la main touchée et de la main touchante, telle qu'elle est décrite par Merleau-Ponty, montre que le touchant-touché est réversible sans jamais coïncider. C'est en s'appuyant sur la relation que le fasciathérapeute établit avec le mouvement interne que le touchant devient touché. Nous retrouvons donc cette réversibilité au sein de la fasciathérapie et pensons qu'il y a coïncidence entre touchant et touché au sein de leur relation réciproque.

4.3 Questions de recherche

Ce mémoire exploratoire a pour objectif d'étudier le sens vécu de l'expérience du toucher dans le but d'une transmission de cette compétence perceptive au sein de la formation professionnelle en fasciathérapie. Les questions formulées au début de ce mémoire montrent bien l'étendue du champ exploré, allant du processus perceptif à son enseignement et aux effets vécus par les étudiants en formation.

Dans un souci de clarté, nous optons pour une question de recherche centrale : *Quels processus perceptifs l'étudiant met-il en œuvre en situation d'apprentissage du toucher ?* Cette question comprend par autrui : un formateur, un étudiant ou un patient, de même qu'il comprend la main d'autrui, la parole d'autrui, la vue d'autrui, etc. D'autre part, la formation au toucher s'effectuant au cours des stages de formation et dans la pratique quotidienne de l'étudiant, nous incluons ces deux champs d'apprentissage à la question de recherche.

Dans un souci de conserver le caractère exploratoire de ce mémoire nous conservons les trois questions complémentaires suivantes :

- *Quand l'étudiant est touché par autrui, qu'apprend-il du toucher ?*
- *Quelles situations pédagogiques permettent d'apprendre de son expérience du toucher ?*
- *Qu'apprend l'étudiant de son existence quand il est formé au toucher ?*

Ces questions de recherche explorent les domaines de l'apprentissage du toucher en fasciathérapie. Nous questionnons à la fois les pratiques pédagogiques des formateurs et les processus d'apprentissage des étudiants, en prenant en compte l'existence professionnelle et personnelle de l'étudiant.

5

Choix méthodologiques

5.1 Méthodologie théorique

L'objet de notre recherche – comprendre les moments formateurs dans l'acquisition d'un toucher et les effets de cet apprentissage sur le sujet en formation – et la question soulevée – quels processus perceptifs l'étudiant met-il en œuvre en situation d'apprentissage du toucher ? – vont guider la méthodologie utilisée tout au long de ce mémoire.

5.1.1 Une recherche qualitative

Une recherche se construit sur un cadre méthodologique qui lui sert de « garde-fou », de guide et lui offre un support permettant de valider sa démarche.

Notre recherche se situe dans le courant de la recherche qualitative, telle que définie par Pierre Paillé (2004) : « L'expression *recherche qualitative* désigne toute recherche empirique en sciences humaines et sociales répondant aux cinq caractéristiques suivantes : 1) la recherche est conçue en grande partie dans une optique compréhensive, 2) elle aborde son objet d'étude de manière ouverte et assez large, 3) elle inclut une cueillette de données effectuées au moyen de méthodes

qualitatives, c'est-à-dire des méthodes n'impliquant, à la saisie, aucune quantification, voire aucun traitement, ce qui est le cas entre autres, de l'interview, de l'observation libre et de la collecte de documents, 4) elle donne lieu à une analyse qualitative des données où les mots sont analysés directement par l'entremise d'autres mots, sans qu'il y ait passage par une opération numérique, et 5) elle débouche sur un récit ou une théorie (et non sur une démonstration). » (p. 226)

Situer ce mémoire au sein de la recherche qualitative c'est privilégier une démarche compréhensive au détriment d'une recherche hypothético-déductive qui consiste à formuler une hypothèse afin d'en déduire des conséquences observables, permettant d'en déterminer la validité. En effet, cette démarche compréhensive se situe dans un va-et-vient constant entre théorie et pratique, permettant d'affiner la question de recherche tout au long du travail d'écriture.

Notre recherche étant de type exploratoire, sa validité ne se trouve pas dans une saturation des données. Celles récoltées vont constituer des indices sur lesquels des significations seront construites – qui ne seront pas généralisables à l'ensemble de la population. Sa validité se trouve dans le processus déployé et dans son explicitation. C'est également dans le travail de lecture, d'écriture et dans leur interaction qu'un nouveau rapport au savoir s'établit, nous permettant ainsi de clarifier, de comprendre et d'explicitier notre objet de recherche.

Se situer au sein d'une démarche qualitative, c'est se placer au sein du processus en postulant « la possibilité qu'a tout homme de pénétrer le vécu et le ressenti d'un autre homme. » (Paillé & Mucchielli, 2005, p. 13) Dans cette démarche, le chercheur n'est pas extérieur à la recherche, il fait partie de la communauté étudiée et son expérience vécue est prise en compte.

5.1.2 Entretien semi-directif

Nous avons fait le choix de l'entretien semi-directif individuel, une technique d'entretien qui permet d'interroger le sens que donnent les étudiants à leurs parcours d'apprentissage. Cet entretien, tout en laissant une liberté d'expression à l'interviewé, est structuré autour d'un guide d'entretien constitué de différentes questions relatives à l'objet de recherche.

Notre guide d'entretien est composé de questions ouvertes permettant à l'interviewé de dérouler sa pensée et de questions plus spécifiques, plus fermées, afin d'obtenir des précisions sur les processus qui nous intéressent.

Notre objectif étant d'obtenir un matériau riche, demandant une profondeur et une réflexion à l'interviewé, une liberté est laissée à l'intervieweur dans la manière de poser les questions, de les articuler et d'approfondir certaines réponses. Ce type d'entretien demande à l'enquêteur de s'engager dans les questions afin de susciter des confidences et des réflexions : « l'enquêteur s'engage activement dans les questions, pour provoquer l'engagement de l'enquêté ; lors de l'analyse de contenu l'interprétation du matériau n'est pas évitée mais constitue au contraire l'élément décisif. » (Kaufmann, 2006, p. 17)

5.1.3 Construction du modèle d'analyse

C'est sur une construction de concepts, et non d'hypothèses, que notre objet de recherche et modèle d'analyse est construit : « Le concept n'est pas seulement une aide pour percevoir, mais une façon de concevoir. Il organise la réalité en retenant les caractères distincts, significatifs des phénomènes. » (Grawitz, 2001, p. 384-385)

Ces concepts sont construits en déterminant les dimensions qui le constituent, permettant d'analyser le matériau en offrant plusieurs regards.

5.1.4 Analyse qualitative

Par l'analyse du matériau, nous avons pour objectif de produire du sens. C'est en « découpant » le matériau retranscrit en unités de sens, en le classant au sein des dimensions prévues et mettant en perspectives ces traces que s'effectuera l'analyse de contenu qualitative.

5.2 Méthodologie pratique

5.2.1 Public cible

L'objet de recherche porte sur le champ constitué par les étudiants en troisième année de formation en fasciathérapie en Belgique francophone. Ce groupe est constitué de 15 étudiants : six hommes et neuf femmes, kinésithérapeutes de formation à l'exception de deux étudiants – l'une a suivi une formation en médecine et l'autre en podologie. Au sein de ce groupe, six étudiants kinésithérapeutes sont interrogés et constituent notre public cible. Les six étudiants retenus se sont proposés spontanément suite à la présentation du projet de recherche au groupe en formation.

5.2.2 Construction du modèle d'analyse

Pour construire le guide d'entretien nécessaire à la récolte de données et établir un cadre d'analyse du matériau récolté, nous avons procédé à une construction de concepts, en partant du niveau le plus large – le monde et autrui – pour finalement aborder le niveau qui nous intéresse – le toucher et la formation au toucher.

Au sein de chaque concept sont définies des dimensions issues du champ théorique et des données empiriques. Le champ auquel s'applique chaque dimension est également délimité. Dans un souci de clarté, nous résumons ci-dessous les concepts et les dimensions utilisés.

► Concept d'autrui

Autrui est un autre être humain. Autrui, pour Merleau-Ponty, peut être perçu à la fois comme objet et comme sujet, semblable à moi et différent de moi. Nous retrouvons au sein de cette dimension d'analyse autrui comme objet et sujet.

Autrui est dans le monde et se perçoit au sein d'une relation. Nous intégrons donc la rencontre au sein de cette dimension.

Dans le concept d'autrui, nous intégrons également le monde extérieur à soi comme dimension dans notre analyse. Le monde est sensible et imprégné d'une signification immanente, sans le monde, le sujet ne pourrait percevoir, autrui n'existerait pas.

Autrui, au sein de la formation et de l'expérience professionnelle, est un autre étudiant, un formateur ou un patient.

Au sein du concept d'autrui, nous retrouvons les dimensions suivantes :

Monde

Le monde est sensible, il peut être saisi par nos sens, il est imprégné d'une signification immanente, mais il n'est pas sentant. Le monde n'est pas donné, le sens s'instaure dans la relation particulière que l'homme établit avec lui. La signification est immanente au sensible et constituée par le sujet percevant. Dans cette dimension, nous retrouvons également les notions de temps et d'espace.

Autrui

Autrui peut être perçu comme objet ou comme sujet, comme semblable ou différent de moi. Percevoir autrui, c'est percevoir ce qu'il montre à voir dans ses comportements et ce qu'il cache.

Parole d'autrui

Ce que dit l'étudiant de la parole du formateur qui anime la pratique, du formateur qui vient l'aider à la main, d'un autre étudiant, d'un patient. Nous intégrons également au sein de cette dimension les temps de silence.

Toucher d'autrui

Ce que dit l'étudiant du toucher du formateur qui vient l'aider avec sa main et du toucher de l'étudiant-thérapeute qui le touche dans un soin.

Rencontre impliquée

C'est au sein d'une rencontre entre deux sujets impliqués qu'autrui est perçu (Buytendijk).

Rencontre réciproque

C'est au sein d'une réciprocité actuante entre deux sujets qu'autrui est perçu (Bois). La rencontre avec autrui s'établit dans un rapport d'implication et d'influences réciproques entre un sujet et le monde sensible, entre un thérapeute et son patient.

► Concept du soi

Le soi, en philosophie, renvoie au sujet, il indique un rapport du sujet à lui-même. La psychologie, parle de *perception de soi*, concept qui regroupe des processus physiologiques corporels, un vécu personnel qui a façonné d'une manière particulière les différentes modalités sensorielles, du contexte particulier dans lequel se trouve le corps et de la manière très subjective de vivre les sens.

Le sujet est un être humain qui se perçoit comme étant soi et distinct d'autrui.

Nous retrouvons au sein de ce concept les différentes conceptions du sujet et les postures que le sujet est amené à prendre lors de la formation professionnelle :

Sujet

Nous définissons le sujet comme un être humain qui se perçoit comme étant soi et distinct d'autrui. La perception de soi regroupe les processus de la sensibilité extéroceptive (sens extéroceptifs) et de la sensibilité proprioceptive (informations sur le corps, son mouvement et sa posture), un vécu personnel et le contexte particulier dans lequel se trouve le corps.

Sujet percevant

Le sujet percevant, pour Merleau-Ponty, est un sujet qui éprouve le monde et qui le fait sien en générant du sens. Le sujet percevant est passif dans la perception du monde et actif dans son intention de percevoir et dans la signification attribuée au monde. Il a le pouvoir de signifier le monde. Ce que dit l'étudiant quand il est en situation de percevoir sur lui, d'éprouver.

Sujet cognitif

Le sujet quand il nous parle de ses pensées et de ses représentations.

Sujet sensible

Le sujet sensible, pour Danis Bois, est une personne qui « soigne sa présence à elle-même et [qui] découvre, en pleine conscience, les vécus internes liés à la présence intérieure du Sensible. » (Bois & Austray, 2007, p. 15)

Sujet thérapeute

Le sujet quand il nous parle de son rôle de thérapeute, dans son cabinet ou au sein de la formation.

► Concept de corps

Nous entendons par corps, la partie matérielle de tout être humain vivant. Nous retrouvons au sein de cette dimension les différents statuts attribués au corps.

Au sein du concept de corps, nous retrouvons les dimensions suivantes :

Corps objet

Le corps est considéré comme un objet quand il est décrit comme une forme physique, comme une chose du monde que l'on peut manipuler, un corps séparé de la personne.

Corps sujet

Le corps sujet est le corps que je suis, que je vis comme étant le mien. Il est ma manière singulière de modeler mon corps physique par mes expériences et mes actions. Il est tout à la fois perceptif, il m'offre à percevoir un monde, et moteur, il me permet de me déplacer dans le monde.

Chair

Le corps comme chair est un corps entrelacé au monde, un corps qui se vit à la fois comme objet et comme sujet.

Corps sensible

Le corps sensible est, pour le fasciathérapeute, un corps animé du mouvement interne, un corps qui offre un rapport singulier à soi et un lieu où l'expérience sensible devient signification.

► Concept du toucher

Nous entendons par toucher, tout contact direct entre deux personnes. Nous étudions le toucher dans le cadre d'une relation thérapeutique et éducative, nous n'aborderons donc pas le toucher d'un objet non animé. Toucher, c'est percevoir le corps d'autrui par l'intermédiaire d'un contact.

Au sein de ce concept, sont abordés les conditions d'expérience du toucher, les modalités perceptives qui lui sont nécessaires et les différentes fonctions du toucher. Nous faisons le choix d'intégrer dans le concept du toucher les conditions d'accès à l'expérience perceptive, même si elles ne sont pas spécifiques au toucher. Ce choix est motivé par nos questions de recherche toutes tournées autour de l'expérience du

toucher. D'autre part, les conditions perceptives sont importantes car elles conditionnent les significations vécues de l'expérience.

Au sein du concept du toucher, nous retrouvons les dimensions suivantes :

Conditions phénoménologiques de l'expérience

Dans un premier temps, c'est par une mise en suspens de l'attitude naturelle (*epochè*) que le phénoménologue perçoit l'émergence du monde. Le deuxième temps est un mouvement d'immersion dans le monde (1^{ère} réduction). Le troisième temps est un mouvement d'émergence du monde perceptif en cessant d'accompagner le voir et le sentir dans le visible (2^e réduction).

Surprise perceptive

La surprise perceptive est le fait d'être bouleversé par un événement qui apparaît à notre conscience et qui offre un nouveau champ perceptif à explorer. Il ne nécessite pas de viser un objet.

Conditions extra-quotidiennes d'expérience

La perception du Sensible nécessite d'installer un cadre d'expérience en effectuant un mouvement lent avec ses mains, en respectant les temps de pause (point d'appui) et la coordination gestuelle (association de mouvements linéaire et circulaire) et en posant une attention stable et panoramique sur le corps du patient.

Les conditions d'expérience extra-quotidiennes permettent au sujet de vivre des perceptions inédites qui vont créer un étonnement attirant son attention, permettant ainsi à un sens nouveau d'apparaître.

Sentir pour toucher

Nous retrouvons dans cette dimension les modalités perceptives utilisées par l'étudiant pour toucher autrui, ainsi que les différentes parties du corps du thérapeute qui contribuent au toucher (main, tronc, etc.).

Toucher pour modifier

Toucher, c'est toucher autrui et le modifier par son toucher. L'objectif de tout toucher thérapeutique est de soigner l'autre, de modifier une physiologie pathologique pour retrouver une guérison. Que dit l'étudiant des effets qu'il produit sur le corps de l'autre ?

Toucher pour connaître

Le toucher est un « toucher connaissant » nous dit Merleau-Ponty, c'est par l'exploration tactile qu'il permet de connaître un objet et un corps. Le toucher

connaissant perçoit et explore le monde. Que dit l'étudiant de ce qu'il perçoit du corps de l'autre quand il le touche ?

Toucher, c'est être touché

Toucher, c'est être touché dans le sens tactile et affectif du terme. Toucher, c'est être touché par soi et par autrui. Toucher, c'est se toucher. Être touché, c'est toucher.

Toucher permet de rencontrer autrui

Le toucher de relation prend en compte le patient dans son geste. Que dit l'étudiant de ce qu'il perçoit d'autrui, de qui il est, quand il le touche ?

► **Champ de la formation au toucher**

La formation, au sein de ce mémoire, est envisagée du point de vue de l'apprenant. Se former au toucher, c'est donc intégrer à sa pratique de toucher des savoir-faire et des connaissances. Apprendre désigne le processus d'acquisition d'une nouvelle conduite.

Dans ce concept de la formation au toucher, nous mentionnons comme dimensions les situations pédagogiques d'apprentissage du toucher, les compétences utiles à son expérience, les difficultés d'apprentissage et les effets de la formation sur l'apprenant. L'analyse des apports d'autrui et de sa relation à soi tiendra compte des concepts de soi et d'autrui.

Au sein du champ de la formation au toucher, nous retrouvons les dimensions suivantes :

Apprendre à toucher

Apprentissage du toucher au sein des différentes situations pédagogiques : pédagogie manuelle, gestuelle, introspection sensorielle, cours d'anatomie, de physiologie, des principes de la fasciathérapie et au sein du cabinet privé. Quelles sont les situations qui ont permis d'apprendre le toucher ?

Education perceptive

Education des sens au sein des situations pédagogiques gestuelles, introspectives et manuelles, quand l'étudiant est patient. L'objectif est de vivre des résonances singulières émanant de son rapport à soi, qui seront transférés à l'apprentissage du toucher (fasciathérapie). Pour prendre soin de soi (Honoré).

Acquisition de compétences tactiles et sensibles.

Apprendre de son expérience

Pour apprendre de son expérience, Honoré nous dit qu'elle doit être soignée pendant le temps de son déroulement. Guy de Villers pense qu'il faut rompre avec ses habitudes et ses convictions. L'approche constructiviste affirme qu'apprendre c'est construire des connaissances en transformant ses représentations. Que dit l'étudiant sur comment il apprend et sur comment il sait qu'un toucher est acquis ?

Difficultés rencontrées

Ce que dit l'étudiant sur les difficultés d'apprentissage qu'il a rencontrées. Nous mentionnons également au sein de cet indicateur les difficultés de l'étudiant à répondre à certaines questions posées lors de l'interview.

Effets de formation au niveau professionnel

Que dit l'étudiant des effets de la formation en fasciathérapie au niveau de sa profession ?

Effets de formation au niveau personnel

Que dit l'étudiant des effets de formation au niveau identitaire (Bourgeois) et dans son rapport au monde et aux autres (Bois) ?

5.2.3 Modalités du recueil des données

► Guide d'entretien

Le guide d'entretien, construit sur les dimensions que nous venons de délimiter, a pour objectif de récolter des informations pour notre recherche. Dans ce but, la dynamique de conversation débute sur une grille de questions pré-établie. Elles servent de guide d'entretien à l'intervieweur qui peut s'en détacher quand il désire créer une dynamique d'entretien riche en confidences.

Nous avons, dans un premier temps, testé le guide d'entretien auprès d'un étudiant. Cet interview, qui sera repris en annexe mais qui ne fera pas l'objet d'analyses, a permis d'enrichir le guide d'entretien de nouvelles questions. D'autre part, ce guide a également fait l'objet de petits réajustements en cours d'interview. Le guide d'entretien des étudiants est constitué des questions suivantes :

Questions posées	Dimensions
Peux-tu me décrire, dans les grandes lignes, ton parcours professionnel (moments formateurs des formations suivies après la formation initiale en kinésithérapie) ?	
Qu'est-ce qui t'a attiré dans la formation de fasciathérapie ?	
Comment vis-tu la relation au temps ?	monde
Comment vis-tu la relation à l'espace ?	monde
Comment vis-tu la relation à l'autre ?	Relation à autrui - parole d'autrui - toucher d'autrui - sujet - corps
Comment vis-tu ton corps ? <i>Quelles perceptions as-tu de ton corps ?</i> <i>Comment te ressens-tu ?</i>	Concept du soi Concept de corps
Quand tu touches, que perçois-tu ? <i>De l'autre ? De toi ?</i> <i>Avec quoi touches-tu (quelles parties de toi) ?</i> <i>Quel effet cela te fait de toucher l'autre ?</i> <i>Que transmets-tu à l'autre par ton toucher ?</i> <i>Comment l'autre perçoit-il ton toucher ?</i>	Concept d'autrui Concept du soi Concept de corps
Le toucher en fasciathérapie comprend deux temps : celui du voyage et celui du point d'appui. Que perçois-tu pendant le voyage et pendant le point d'appui ? <i>Quelles informations te donnent le corps de l'autre dans ces deux temps spécifiques ?</i> <i>Quelle est l'attitude perceptive nécessaire dans chaque temps ?</i>	Sentir pour toucher - toucher pour modifier - toucher pour connaître - toucher, c'est être touché - toucher permet de rencontrer autrui - toucher du Sensible - apprendre de son expérience - conditions phénoménologiques de l'expérience - surprise perceptive - conditions extra-quotidiennes de l'expérience
Dans l'apprentissage d'un nouveau toucher, qu'est-ce qui t'aide ? <i>Quelles parties de toi sont-elles sollicitées (main, corps, représentation) ?</i> <i>Qu'est-ce qui t'aide dans l'acquisition d'un nouveau toucher (parole du formateur, aide manuelle des formateurs, parole du patient...) ?</i> <i>Quel est le rôle de la parole du formateur qui anime la séance d'apprentissage ?</i> <i>Comment gères-tu les temps de silence ?</i>	Situations pédagogiques - apprendre à toucher - éducation perceptive - difficultés rencontrées - parole d'autrui - toucher d'autrui - rencontre impliquée - rencontre réciproque
Qu'apprends-tu quand tu es touché ? <i>Qu'apprends-tu de toi ?</i> <i>Qu'apprends-tu de l'autre quand tu es touché ?</i>	Sujet - Relation à autrui - toucher, c'est être touché - toucher du Sensible - apprendre de son expérience - rencontre impliquée - rencontre réciproque
Qu'apprends-tu du toucher quand tu es touché ? <i>Etre touché t'aide-t-il dans</i>	Toucher, c'est être touché - toucher du Sensible - apprendre de son expérience - rencontre impliquée - rencontre

<i>l'apprentissage du toucher ? Etre touché te donne-t-il des indications sur comment toucher l'autre ? Quel sens donnes-tu à ta perception ?</i>	réciproque - sentir pour toucher - toucher permet de rencontrer autrui - effets de formation personnels
Quel est le rôle de la parole dans l'apprentissage du toucher ? <i>Quel est le rôle de la parole du formateur qui guide la pratique ? Quel est le rôle de la parole de l'étudiant-patient ?</i>	Parole d'autrui - rencontre impliquée - rencontre réciproque - apprendre de son expérience - difficultés - situations pédagogiques
Quel est le rôle de l'aide manuelle apportée pendant les séances d'apprentissage du toucher ? <i>Aide ? Confusion ?</i>	Toucher d'autrui - rencontre impliquée - rencontre réciproque - apprendre de son expérience - difficultés - situations pédagogiques - éducation perceptive
Qu'apprends-tu du toucher dans les moments de pratique personnelle ?	Parole d'autrui - Toucher d'autrui - apprendre de son expérience - difficultés - éducation perceptive
Quelles sont tes difficultés/résistances dans l'apprentissage du toucher ?	Difficultés - apprendre de son expérience - effets de formation
Ta pratique professionnelle a-t-elle été modifiée par la formation en fasciathérapie ?	Effets de formation professionnels - difficultés
As-tu quelque chose à ajouter ?	

► Rôle et choix de l'intervieweur

Dans un objectif de proximité, nous avons fait le choix de mener nous-même l'enquête auprès de nos étudiants. Nous sommes conscients du risque de réponses bienveillantes envers l'intervieweur qui est également un de leur formateur, mais cette posture impliquée permet d'adapter les questions en cours d'entretien, posture qui nous paraît indispensable pour pénétrer les processus d'apprentissage.

5.2.4 Analyse du matériau

► Retranscription des entretiens

Les entretiens sont enregistrés puis retranscrits fidèlement, pour permettre leur analyse. Afin de rendre leur lecture fluide, nous n'avons pas retranscrit les débuts de

phrase qui ne se terminent pas. Par contre nous mentionnons les temps de silence significatifs qui donnent une indication sur le processus réflexif de l'interviewé.

Une numérotation des lignes est affectée à la retranscription, permettant ainsi une analyse plus aisée des interviews. Dans un souci de conserver l'anonymat des personnes interviewées, leur prénom a été modifié.

► **Modalités d'analyse du matériau**

La première opération d'analyse consiste à découper le matériau en unités de sens et à les classer au sein des dimensions prédéterminées. Cette opération de mise à distance de l'ambiance générale de l'interview consiste à réellement sortir l'unité de sens du contexte et d'en questionner son sens. Il s'agit non plus, comme au cours de l'entretien, d'être en empathie avec l'étudiant, mais bien de se poser la question « de quoi parle cette phrase ? » pour pouvoir la catégoriser.

Certaines unités de sens offrant plusieurs sens possible, elles se retrouvent donc au sein de plusieurs dimensions.

Le matériau ainsi constitué va retrouver un sens dans la mise en perspective effectuée au cours de l'interprétation.

6

Interprétation des données

Dans cette ultime phase, l'objectif est de mettre en relation la question de recherche avec le matériau récolté et analysé. Cette discussion des données empiriques, tout en restant fidèle à la parole de l'étudiant, s'effectue sous le regard du cadre théorique et vise à offrir un sens phénoménologique à l'expérience du sujet.

Dans un premier temps, une interprétation de chaque interview est effectuée. Après présentation des motivations à l'entrée en formation de l'étudiant et des formations professionnelles antérieures, l'interprétation est organisée en spécifiant la manière propre de chaque étudiant de vivre les différents concepts sur lesquels est basée notre analyse. D'autre part, nous tenterons également de répondre aux questions de recherche, en nous basant sur le matériau récolté.

Dans un second temps, une analyse transversale des interviews, organisée autour des questions de recherche, est réalisée. Son objectif est de proposer une discussion en sortant de l'interprétation singulière.

La formation est un soin, tout comme le soin demande une formation. Dire que la formation est un soin, c'est dire que l'étudiant est une personne à soigner dans son processus d'apprentissage. Dans ce sens, nous désirons apporter une attention particulière à la parole de l'étudiant dans la description des processus perceptifs déployés.

6.1 Interprétation *cas par cas*

6.1.1 Béatrice

Béatrice, femme de 39 ans, a suivi plusieurs formations avant de se laisser entraîner par une amie en fasciathérapie. Après une formation très technique en kinésithérapie et très pratique en psychomotricité, elle aborde cette nouvelle formation avec une envie de découvrir de nouvelles choses.

► A la manière de Béatrice

- *Soi et autrui*

Au cours de l'entretien, elle révèle rapidement un important « problème de confiance » en elle (85) ainsi qu'un désir de vouloir ralentir, d'être moins « speedée » (145). Ce manque de confiance et cette manière de tout faire rapidement colorent son rapport au monde, au toucher et à la formation. D'autre part, la relation à autrui s'effectue principalement par le média de la parole.

- *Le corps*

Quand Béatrice parle de son corps, elle l'expose tout d'abord dans son fonctionnement, dans sa manière de marcher, de conduire, de s'installer dans un fauteuil (180-184, 190-191). Elle parle du corps comme d'un corps qui bouge, d'un corps objet qui est également sujet quand elle éprouve une harmonie (201-204) et un bien-être (209-211). Elle restitue également une relation à un corps sensible dans sa manière de se poser : « j'arrive à vraiment rentrer dedans et à lâcher comme cela, rien que par une intériorisation. Se poser, quoi, vraiment. » (212-213)

C'est dans l'entrelacement entre la voix du formateur et sa propre perception que nous retrouvons la notion de chair chez Béatrice : « c'est vraiment la voix du

professeur, l'information qu'il donne, ce que je sens qui corrobore avec ce que j'entends. » (406-408)

Nous retrouvons chez cette étudiante les notions de corps objet, corps sujet, corps sensible et chair.

- ***Le toucher***

Pour toucher autrui, elle s'appuie sur le cadre d'expérience extra-quotidien qui lui offre des repères : « Si je dois aller dans un mouvement linéaire, je vais aller dans le mouvement et si je ne le sens pas, je vais aller le chercher. Il y a un moment donné où je vais chercher, je ne vais pas rester à rien faire. » (491-494) Ce cadre n'offre pas uniquement un moyen de percevoir autrui, il est également pour elle un moyen d'agir et de s'impliquer (337-339).

Béatrice arrive à la formation en fasciathérapie avec une main formée à être efficace, à faire, une main effectrice mais non perceptive : « je crois que c'est la première fois qu'on me disait que ma main servait à quelque chose, en fait ; ma main pouvait sentir. » (37-39) Au cours de la formation, son toucher s'enrichit – elle perçoit plus d'informations avec ses mains (317) – et lui permet d'accéder « à la profondeur, aussi bien tissulaire, corporelle que psychique. » (332) Le toucher lui permet de toucher la personne (100-102) et de la situer dans l'évolution du traitement.

- ***Formation au toucher***

Autrui tient une place importante dans son apprentissage de la fasciathérapie. Le flot continu d'informations des formateurs et leur toucher lui permettent de se sentir en sécurité (412-414), dans un cadre clair (87-88, 434-435) où elle peut valider ce qu'elle ressent (79-80) : « dans le toucher, moi j'ai besoin quand même de vos mains derrière. Ça c'est vraiment puissant pour moi, ça valide quand même. » (365-366) Même quand elle est touchée, allongée sous les mains d'un étudiant-thérapeute, elle a un besoin constant d'informations provenant des formateurs, d'être validée par eux, ce qui lui permet finalement de construire une confiance dans ses perceptions.

Par contre, ce n'est que récemment que cette étudiante demande un retour aux étudiants en formation, qu'elle peut entendre (372-373, 381-383), lui permettant de progresser dans son apprentissage. De même quand elle est touchée, ce n'est que

depuis peu qu'elle perçoit l'étudiant-thérapeute, sa manière de la toucher et ce qu'elle éprouve à son contact : « c'est nouveau pour moi [...], je peux donner des informations sur comment j'ai été touchée, sur comment l'autre m'a touché. » (475-477)

Dans son apprentissage du toucher, le cadre de formation la met en confiance (40), lui permet d'apaiser ses peurs d'être jugée (286), son inquiétude (282), sa sensation de ne pas être capable (519). Elle s'appuie également sur la présence du groupe (400), le fait que tout le monde fait la même chose (426-428), ne pas se sentir jugée (513) et l'ambiance (511) pour se poser et oser être.

Les connaissances théoriques, tout en la rassurant, lui permettent « de savoir où on va aller toucher et comment » (361-362). Elle a besoin de savoir comment poser sa main et de savoir ce qu'elle doit toucher (419-422).

Béatrice nous donne peu d'informations sur son apprentissage perceptif, sur comment cette « mise à l'épreuve » (57) d'elle-même s'est effectuée et lui a permis d'apprendre à toucher.

C'est en s'appuyant sur les formateurs qu'elle établit une confiance en elle (294-296), confiance nécessaire à l'apprentissage du toucher (406-408). Et c'est au sein d'une relation réciproque entre le verbe du formateur et son toucher qu'elle éprouve la justesse de sa perception.

Dans les effets de formation qu'elle livre, nous observons que ses problèmes de manque de confiance et de rapidité d'exécution se sont modifiés. La formation lui a apporté la lenteur (147-148) et la confiance en elle. La première lui a permis de prendre du temps (154), de ne plus être pressée. Son rapport à autrui a également été modifié, elle privilégie le contact manuel avec ses patients, dans sa relation avec eux, et se détache de la seule relation verbale (112-116, 124-125, 127-128). Dans sa vie quotidienne, elle retrouve également la lenteur et l'acceptation du temps qui s'écoule : « ici je prends vraiment conscience qu'on doit poser une chose, et puis on attend que cela évolue, je prends un peu de distance, et je trouve que cela glisse beaucoup mieux. » (159-161)

Béatrice montre que les apprentissages effectués en stage sont transférés dans sa vie quotidienne. Apprendre à partir d'un lieu pour arriver à un autre lieu, au cours de séances de gymnastique sensorielle, l'aide à organiser sa vie quotidienne : « je crois que c'est un truc que je n'avais pas en moi, parce que je pense que quand je

commence quelque chose, je ne mettais pas le but précis. Maintenant, j'ai l'impression que c'est plus précis. » (247-249) Elle a appris à intégrer une structure externe (départ/arrivée d'un mouvement gestuel) à sa structure interne, lui permettant ainsi d'acquérir une autonomie dans son apprentissage.

Les transformations qu'elle évoque, ce sont faites « tranquillement et gentiment » (218), en prenant son temps, sans heurt. Nous ne notons pas de conflit cognitif entre ses représentations et les nouvelles connaissances, telle que le montre l'approche constructiviste de l'apprentissage.

Lors des séances manuelles d'apprentissage, elle éprouve des difficultés à allier le sentir à l'apprendre dans un même geste : « C'est vrai que j'avais du mal à faire les deux, je dois apprendre et je dois en même temps sentir, c'était beaucoup, beaucoup de choses et je sens que j'arrive à les rassembler, il m'a fallu beaucoup, beaucoup de temps. » (292-294)

► En réponse aux questions de recherche

- *Quels processus perceptifs l'étudiant met-il en œuvre en situation d'apprentissage du toucher ?*

Apprendre le toucher tel qu'il est enseigné en fasciathérapie oblige Béatrice à éprouver sur elle le sentir : « c'est une formation [...] où l'on doit sentir, et donc coûte que coûte on est mis à l'épreuve de ça. » (40-41) Comme le décrit Merleau-Ponty, elle se situe bien comme sujet présent au sein du processus perceptif.

Elle perçoit la personne « là où elle est » (307), dans ses comportements et ses attitudes. Par le toucher, elle accède à la tonicité de la personne (323), elle établit un dialogue tonique, comme l'écrit Ajuriaguerra, donnant accès à son identité, à sa manière d'éprouver le monde. C'est en posant ses mains et en attendant la réaction tissulaire (100-102), qu'elle touche la personne dans son tissu et son identité. Toucher autrui lui permet donc d'accéder à l'identité d'autrui.

Nous avons vu avec Merleau-Ponty que toute perception du monde ne peut se faire sans le corps, nous pouvons donc dire que toute perception de soi ne peut se faire sans établir une relation intime avec son vécu corporel. Béatrice nous dit qu'elle

éprouve des difficultés à établir une relation à son corps et à celui d'autrui : « ma difficulté est quand même de m'intérioriser et de rentrer en relation avec la personne à travers son corps. » (520-521) L'interview montre qu'elle a progressé dans sa relation à elle-même : « je suis beaucoup plus présente en fait, j'étais quelqu'un, j'ai presque envie de dire *j'étais*, mais cela me revient, c'est quand même un truc profond en moi, je sens quand même que je ne suis plus dans l'avenir, je suis plus présente. » (168-170)

Ainsi, c'est bien en progressant dans sa relation à elle-même que Béatrice se perçoit présente et peut entrer en relation avec autrui.

Pour toucher autrui et sentir, Béatrice effectue une *époque* de ses pensées : « Mais j'ai toujours un temps comme cela où je dois me positionner, ça je sens que je dois me positionner vis-à-vis du patient, je dois lâcher ce que je pense, ce que lui pourrait penser de moi. » (339-341) C'est bien en mettant de côté ses pensées qu'elle peut se positionner par rapport au patient. Toutefois, elle ne fait pas mention de réduction dans son processus perceptif.

C'est au sein d'un entrelacement avec autrui grâce à la chair, que Béatrice peut établir un lien entre ce que dit le formateur et ce qu'elle perçoit sous ses mains – « c'est vraiment la voix du professeur, l'information qu'il donne, ce que je sens qui corrobore avec ce que j'entends » (406-407) – que le sentir peut atteindre le monde et revenir à elle. Toutefois, Béatrice mentionne bien qu'elle est toujours en apprentissage perceptif, et qu'elle éprouve des difficultés à effectuer une *époque* de ses pensées, par « peur de découvrir » (345).

Dans sa relation au monde, Béatrice privilégiait le faire (206-207). Grâce à la présence à soi acquise en formation, elle apprend à laisser les choses se faire. Pour percevoir le monde, elle se situe comme sujet percevant faisant l'expérience du monde, dans un équilibre entre activité et passivité qu'elle est en train d'acquérir. Par le toucher, elle accède à l'identité d'autrui en effectuant une *époque* de ses pensées, mais sans réduction. C'est dans un entrelacement de chair que le sentir se dévoile.

- ***Quand l'étudiant est touché par autrui, qu'apprend-il du toucher ?***

Pour Béatrice, apprendre à toucher demande une confiance en soi. Elle construit cette confiance au cours de son apprentissage perceptif, grâce à la validation de son ressenti par les formateurs. Par cette nouvelle confiance elle peut éprouver sur elle le

toucher d'autrui et apprendre de ce qu'elle ressent : « J'ai plus confiance dans ce que je ressens, je perçois des choses et je sens l'évolution. » (132-133) Les transformations vécues dans son rapport au temps et à la lenteur (154), nous indiquent qu'en établissant un rapport singulier à son corps sensible elle prend soin d'elle, de son existence pendant le temps de la formation (Honoré) et que ce rapport singulier lui permet d'apprendre du toucher d'autrui.

Quand Béatrice est touchée, elle apprend à éprouver un lieu de confiance d'elle-même qui lui permet d'être présente à elle et à autrui, d'oser écouter l'autre et son corps.

- ***Quelles situations pédagogiques permettent d'apprendre de son expérience du toucher ?***

Dans les premiers temps de son apprentissage du toucher, Béatrice s'est essentiellement appuyée sur l'aide des formateurs au sein des protocoles pédagogiques mis en place (79-80, 87-88, 90, 365-366, 395-398). Peu à peu, cette mise à l'épreuve d'elle-même par le toucher, par une construction de sa confiance en elle, lui permet, dans les moments où elle se retrouve seule, de s'appuyer sur les protocoles d'accès enseignés et sur ses souvenirs du toucher d'un étudiant ou de l'ambiance du groupe de formation (454-460).

Les cours d'anatomie lui permettent d'avoir une description de la région du corps qui sera abordé en pratique (356-357) et une explication sur « comment » toucher cette zone avec sa main. Ils donnent une indication sur la technique du toucher et l'ambiance à découvrir dans cette région.

Lors des pratiques manuelles, quand elle traite, les mains du formateur lui permettent de valider ce qu'elle sent (365-366) et d'acquérir le toucher. Le retour de l'étudiant-patient lui permet de progresser dans son apprentissage (372-373). C'est au sein des pratiques manuelles qu'elle apprend à sentir par son toucher.

Elle ne mentionne pas les séances de pédagogie gestuelle, que nous nommons également gymnastique sensorielle.

- *Qu'apprend l'étudiant de son existence quand il est formé au toucher ?*

L'existence de Béatrice a été modifiée par la formation en fasciathérapie. Elle a appris à prendre le temps (154) et à être présente avec ses patients, ses enfants et à sa vie. Elle a construit une confiance en elle et dans ses perceptions (132-133), est devenue plus tolérante (98) ; elle s'interroge (213-214).

Cette confiance acquise modifie son rapport à l'autre, elle n'a plus besoin d'être rassurée par la parole, peut lui dire « ce qui ne va pas » (387) et respecte plus autrui (102).

Les transformations opérées chez Béatrice sont majeures : « J'ai vraiment l'impression de ne plus voir la personne de la même manière, c'est vraiment une transformation même, j'ai presque envie de dire visuelle, je ne vois plus les gens de la même manière, je ne les entends plus de la même manière, je suis beaucoup plus posée donc de nouveau là, et je peux les écouter. » (262-266) Ces transformations touchent à sa structure perceptive, à sa manière de voir le monde, de l'éprouver et de se mouvoir. Elle a transformé ses structures identitaires, mais de manière douce, en s'offrant du temps.

C'est bien par la découverte d'un nouveau rapport perceptif à son corps que Béatrice se découvre autrement et que ses structures identitaires se transforment.

6.1.2 Christophe

Christophe, 49 ans, s'est formé à plusieurs méthodes manuelles (Sohier, ostéopathie et drainage lymphatique) avant de commencer la formation en fasciathérapie, conseillé par un collègue fasciathérapeute. Très vite, il a été surpris : « je ne me rendais pas compte que je mettais le doigt dans un engrenage comme cela, si impliquant quelque part. » (41-42)

► A la manière de Christophe

- *Soi et autrui*

Dans sa relation à lui-même et à autrui, nous percevons Christophe très préoccupé par ses pensées qui ont prises sur lui (92-93, 237, 249-250, 332), l'empêchent de percevoir le mouvement interne (181-182, 250-252, 332-336) ou l'emmènent sur des pistes erronées (92-93). Ce mental, qui semble être l'ennemi à abattre, est également rassurant quand il se trouve en difficulté : « quand je ne vais pas bien, c'est toujours ce que je fais, j'ouvre des bouquins et je relis l'anatomie, les cours. Ça me rassure. » (411-413)

Une lecture attentive de son interview fait apparaître une conception de la perception du Sensible idéalisée et éloignée de la réalité : « la vraie perception [...] qui sent tout de suite les choses, facilement, sans sueur et sans que le patient me parle. » (478-481) Nous décelons une représentation de la perception qui sait tout (292-294) et qui lui parle, « comme si une artère m'appelait par téléphone » (174), d'un corps qui parle (138-142), d'un miracle qu'il pourrait reproduire (304-307).

- *Le corps*

Le corps est peu présent dans son discours, il est douloureux et offre peu de solutions. Cet étudiant « commence seulement à percevoir qu'il [son corps] est plus à l'aise. » (210-211) Il n'évoque qu'une expérience vécue de son corps sensible : « on travaillait avec l'oreille et j'avais l'impression que mon corps était une oreille et que j'entendais avec tout mon corps. » (230-232)

Son récit ne fait pas référence au concept de corps sujet et de chair.

- *Le toucher*

Pour toucher autrui, Christophe se pose dans le cadre d'expérience extra-quotidien, en se rappelant à l'ordre (281-287) et en posant sa conscience sur les paramètres du mouvement (319-322). Ainsi, il « capte autre chose » (285), une subjectivité qui le passionne et l'attire (285-287). Il le dit, ces solutions demandent « du courage, [...] beaucoup d'énergie, il faut s'impliquer, il ne faut pas avoir peur de s'impliquer. » (572-574) Elles demandent un effort et une implication qui semblent

quelques fois difficiles à fournir (574-575). Il aimerait tant pouvoir lâcher prise et se laisser emmener par le mouvement interne (250-252).

A d'autres moments, il perçoit « comme une intuition » (108), il peut se « laisser porter par le mouvement interne » (252), tout semble facile et accessible. Une solution semble émerger de la perception du mouvement interne qui lui offre une « nouvelle sensorialité » (220). La nouveauté crée en lui une surprise qu'il trouve « bizarre » (229-230).

Christophe aime toucher (24, 27-28), il aime les touches qui lui offrent une vision globale du corps (178-180), permettent d'atteindre directement la zone lésée et trouver rapidement la solution (172-176, 188-191). Percevoir le corps d'autrui s'effectue par sa main, très présente en début de formation (278-280), et de plus en plus par son cœur (281-282) et « des appels du corps de l'autre » (104).

Par le toucher, il perçoit la « raideur », la « chaleur », la « texture », la dureté, « l'amplitude articulaire » (146-148), la « souplesse » (165) et la « pulsation » (171). C'est également par le toucher qu'il perçoit « l'élasticité fasciale » (149), un tissu vivant ou non (267-268). Le toucher lui permet de connaître le tissu corporel et donne accès à autrui par la globalité du corps (52-54, 582-584).

- ***La formation au toucher***

L'apprentissage du toucher est évidemment teinté de ce fond perceptif envahi par les pensées, qui ne se donne que dans certaines conditions : « Quand il y a quelque chose de nouveau, je veux de suite le cadrer, alors que je dois laisser venir la nouveauté. » (344-346) Mais cette nouveauté, qui lui offre des solutions dans la surprise qu'elle crée, est difficilement perceptible parce qu'elle est nouvelle justement et qu'« on ne sait pas à quoi elle ressemble » (347).

Quand il touche, c'est en respectant les consignes données par le formateur qu'il accède à « autre chose » (285) encore difficilement nommable. La parole du formateur qui vient l'aider personnellement et qui trouve « le petit mot juste, en fonction de nous, en fonction de nos défauts » (339) est une aide précieuse. C'est par l'intervention manuelle et verbale du formateur que cet étudiant peut mettre un mot

sur une perception, être confirmé dans ce qu'il ressent « ah, c'est ça » (338), réajuster son mental qui était parti sur une mauvaise piste (341-342).

Les cours d'anatomie sont essentiels à sa compréhension : « Je dois comprendre pour rentrer dedans. Je dois d'abord avoir une connaissance un minimum théorique pour pouvoir me lancer dedans. » (404-406) La connaissance précède la perception pour cet étudiant, sans connaissance il ne peut pas percevoir.

Il trouve également une aide dans le cadre donné par les consignes verbales du formateur, dans son discours imagé, dans les « mots percutants qui me font vraiment comprendre plus qu'un long discours. » (384-386) Par contre, il mentionne peu d'interactions avec ses collègues de formation.

Dans les situations de pratique individuelle, cet étudiant apprend à mieux se connaître (460), à relier son corps à sa main : « Quand je mets le corps, la main ne transite plus par la tête, elle est en prise directe avec quelque chose de plus spontané, qui n'est pas l'intellect. » (466-468) L'intériorisation et la gymnastique sensorielle sont des temps forts qui lui permettent d'éprouver une nouvelle sensorialité (220-221), une douceur (436), un lieu différent de lui à l'abri de son mental.

Au-delà de ses difficultés perceptives, Christophe mentionne qu'il n'avait « pas assez de confiance » (363-364) dans ses perceptions et qu'il est actuellement « à un tournant de quelque chose, qui va vers quelque chose de mieux. » (201-206)

Au vu de cette situation, les effets de formation sont à la fois positifs dans la tolérance qu'il éprouve (72-73), la confiance dans son toucher (364-366) et négatifs dans la baisse de clientèle au cabinet (552).

► En réponse aux questions de recherche

- *Quels processus perceptifs l'étudiant met-il en œuvre en situation d'apprentissage du toucher ?*

Dans sa relation à autrui, Christophe offre un temps au patient « pour le laisser parler » (127), tout en veillant à ne pas se laisser mener en bateau par lui (130, 485-

486). Il prend du temps pour effectuer une anamnèse (125) mais préfère le langage du corps : « c'est le corps qui parle et pas la plainte ou tout ce que raconte le patient. » (141-142) Cette posture qui valorise le langage silencieux du corps à la parole du patient met à distance le corps. En adoptant une telle posture, il considère le corps comme un objet en se coupant du rapport à soi et au monde.

En s'adressant principalement à un corps objectif, Christophe ne peut percevoir le sens immanent de son expérience, alors même que c'est l'objectif qu'il recherche. Percevoir un sens immanent nécessite de s'adresser à un corps sujet.

Christophe nous dit que son mental est un frein puissant à son apprentissage. Des solutions apparaissent quand il s'installe dans un cadre perceptif extra-quotidien qui lui permet de vivre une nouvelle sensorialité. Quand il vit le mouvement interne, quand il n'est plus dans ses représentations, il est étonné : « Je suis étonné parce que je n'ai pas tout compris quelque part. [...] Et je me dis que chaque fois, ça m'a apporté quelque chose, mais je ne sais pas dire quoi. C'est très bizarre comme sensation, comme si j'étais plus nourri, comme si j'étais plus calme. » (391-395) Quand il est surpris par le mouvement, il se laisse emmener. Il s'agit bien d'un événement qui vient surprendre l'apprenant, au sens où l'entend Maldiney. Le mouvement interne joue le rôle de cet événement qui vient le surprendre, le bouleverse et le transforme, en lui offrant un nouveau champ perceptif à explorer. L'étonnement, tout comme la nouveauté, par la surprise qu'elle crée, semble déstabiliser ses conceptions, il ne comprend pas tout, il ne peut pas tout analyser : « Chaque fois que je sens au séminaire quelque chose de nouveau, je suis le premier surpris. Tiens, c'est bizarre ça. » (229-230)

Mais arrivé à ce stade, le mental refait surface et vient interpréter la nouveauté avant qu'elle ne puisse se dérouler entièrement.

Il se retrouve au centre d'une dualité entre *je dois connaître pour percevoir* et *ma connaissance m'empêche de percevoir*.

Christophe, pour percevoir le monde, se situe comme sujet cognitif tentant de faire l'expérience du monde. Il est dans une relation « pensante » au monde et non percevante, et privilégie sa part active, volontaire, sur sa part passive, perceptive.

Son témoignage ne montre aucune trace d'*epochè* ou de réduction du sentir. Cet étudiant est en difficulté, il est envahi par ses pensées qui l'empêchent de sentir. En considérant la phénoménologie non plus comme outil d'analyse de notre matériau mais

comme outil pédagogique, nous pensons que la réduction du sentir qu'elle propose peut offrir une solution aux problèmes perceptifs de cet étudiant.

- ***Quand l'étudiant est touché par autrui, qu'apprend-il du toucher ?***

Se retrouver dans la posture du patient, couché sur la table, est une situation qui permet à cet étudiant de se connaître (418), de s'abandonner et de moins réfléchir (442-444), de se mettre dans la peau du patient (419, 431-432), de connaître des touchers différents (420) et de se « calibrer » (428). C'est également dans cette posture qu'il perçoit l'efficacité des soins et qu'il se persuade « que si ça a fonctionné sur moi, je dois pouvoir refaire la même chose sur les patients. » (449)

Quand il fait l'expérience du toucher d'autrui sur lui, en percevant des touchers différents, il apprend à connaître son toucher, savoir s'il est doux ou dur, léger ou profond (427-429).

- ***Quelles situations pédagogiques permettent d'apprendre de son expérience du toucher ?***

Les cours d'anatomie lui permettent d'acquérir les connaissances dont il a besoin pour ensuite toucher autrui (404-406). Il a besoin de connaître avant de toucher.

Lors des intériorisations et des séances de gymnastique sensorielle, il apprend à mieux se connaître (460), intégrer son corps dans le geste thérapeutique manuel (462). Ces situations pédagogiques, où la main n'est pas sollicitée, lui permettent de percevoir sans qu'intervienne son mental (464-468).

Ces apprentissages perceptifs dans les situations où sa main n'est pas sollicitée semblent difficilement transférables à l'apprentissage du toucher qui obligatoirement nécessite une main active et perceptive. En tout cas, elles prennent du temps pour s'incorporer dans sa main.

- ***Qu'apprend l'étudiant de son existence quand il est formé au toucher ?***

Christophe n'offre pas assez d'éléments pour répondre à cette question.

6.1.3 Deborah

Deborah, 37 ans, s'est formée à l'haptonomie et à la microkiné après ses études en kinésithérapie, deux techniques manuelles et perceptives. La microkinésithérapie reste pour elle une thérapie de référence.

C'est en suivant les conseils d'un ami ostéopathe qu'elle a commencé la formation en fasciathérapie dans un objectif de trouver ce qui lui manquait (43).

► A la manière de Deborah

- *Soi et autrui*

Dans sa relation à elle et à autrui, Deborah privilégie le vécu ; elle préfère vivre le monde que le découvrir dans les livres (368-369). Tout en nous confiant avoir « une perception [...] assez fine de l'intérieur, du mouvement » (226-227), elle aimerait être « encore plus dedans, encore plus présente » (468-469) et améliorer « la continuité de sa présence ou l'attention » (461-463) dans ses traitements.

Dans sa relation à autrui, elle perçoit une nouvelle globalité (89-90).

Dans sa relation au monde, elle est sensible à la temporalité, elle aime que la formatrice respecte le temps nécessaire à l'acquisition du toucher (556-557).

- *Le corps*

Son corps est son ami et son refuge (243-244, 247-248). Sa perception du corps est liée à celle du mouvement : « pour moi un corps qui va bien, il y a un mouvement, il y a une fluidité. » (211-212) Un corps vivant est un corps en mouvement, un corps « moelleux » et « fluide » (222, 242) ; les densités et les lourdeurs signent au contraire un manque de mouvement et de vitalité (236-239). Son discours privilégie un rapport sensible et perceptif (252) au corps.

- ***Le toucher***

C'est avec son corps que cette étudiante perçoit l'autre (99). C'est par « empathie corporelle » (111), en se mettant dans son corps et dans celui d'autrui (110) qu'elle le perçoit. Elle accède également à l'intériorité du corps d'autrui, sans le toucher, avec « des yeux qui voient le mouvement, la vitalité du tissu, la qualité. » (112-113)

Quand elle place ses mains sur le corps d'autrui, elle perçoit d'emblée la vitalité, la fluidité, le tissu, la chair (132-133), la présence ou l'absence de mouvement (129-131) et la présence ou non d'autrui sous ses mains de thérapeute (142-144, 145-146, 150).

Quand autrui est touché par le soin qu'elle procure, elle le perçoit dans l'intimité de son corps, par une présence corporelle, une résonance interne (256-257). Quand elle se fait traiter, des informations naissent au contact du toucher du thérapeute, sans toutefois pouvoir préciser ce qu'elle en fait (429-433).

Le toucher permet à Deborah de sentir le tissu corporel et la présence de l'autre à son corps (151-152). C'est en percevant la présence active d'autrui sous ses mains (172-174), leur attention tournée vers l'intérieur ou non (174-177) et leur participation au traitement (174), qu'elle peut éduquer son patient à se percevoir (198-199).

- ***La formation au toucher***

Apprendre à toucher, pour Deborah, passe par la pratique (304-305). S'entraîner lors des stages et en cabinet lui permet de différencier les tissus des personnes qu'elle rencontre sous ses mains (306-309). C'est en cherchant et essayant qu'elle affine et clarifie son toucher (331-333).

Les cours d'anatomie, parce qu'ils sont vivants et imagés (364-365), lui permettent d'apprendre et de percevoir en elle ce qui est dit (358). Elle a fondamentalement besoin d'une transmission vivante et animée pour apprendre d'autrui (366-367). Elle ne peut, par contre, apprendre dans les livres avant d'avoir pratiqué (348-349). La perception précède la connaissance chez cette étudiante ; sans vivre l'expérience, elle apprend difficilement.

Dans les pratiques manuelles, quand elle est patiente, elle « écoute le protocole que le formateur donne » (384-385) et suit « de l'intérieur ce qui se passe » (381-382) pour « rencontrer la sensation » créée chez elle (387-388). Elle perçoit les mains du thérapeute qui se déplacent sur son corps et sa manière à lui de la toucher (427), lui offrant ainsi « des pistes pour pratiquer sur l'autre » (391-392).

Quand elle est thérapeute, c'est en écoutant les consignes qui déroulent un protocole (284) qu'elle les intègre (274), qu'elle est ramenée (283) à elle et à ses mains. C'est en suivant les consignes qu'elle perçoit « des choses qui s'ouvrent » (294), qu'elle expérimente de nouvelles perceptions.

Quand elle est perdue, le toucher d'un formateur sur ses mains l'aide à se poser, à prendre le temps nécessaire et à sentir le point d'appui (319-321). Ce guidage lui permet de s'« ouvrir à de nouvelles sensations » (322).

Elle a besoin de « temps en groupe pour apprendre le toucher » (546) et de l'attention des formateurs à son apprentissage (547-548).

Lors des intériorisations, elle perçoit essentiellement « le mouvement interne du corps. » (216-217)

Dans l'apprentissage du toucher, elle aime éprouver sur elle avant d'expérimenter sur autrui (266-267), ce qui lui permet de savoir ce qu'elle va chercher chez autrui (271) et d'acquérir une référence perceptive qu'elle peut ensuite moduler en fonction des situations (311-312). Quand un toucher est acquis, elle a une « sensation corporelle » (346) qui lui permet de dire : « je sens que c'est juste. » (329)

Deborah rencontre des difficultés dans l'apprentissage d'un nouveau toucher (265) : « qu'est-ce qu'il faut sentir ? Qu'est-ce qui se passe ? » (266) Elle éprouve également des difficultés à maintenir son attention et sa présence tout au long de la pratique d'apprentissage (461-463). Elle aimerait également lâcher son contrôle qui est un frein à sa perception (383-384).

La formation lui a permis de trouver ce qu'elle cherchait : une globalité qui unifie la personne et un toucher plus riche (485-487, 515-516). Elle a également appris à se poser (86) et à « trouver plus de calme » (85).

► En réponse aux questions de recherche

- *Quels processus perceptifs l'étudiant met-il en œuvre en situation d'apprentissage du toucher ?*

C'est en se plaçant au sein du monde et du processus perceptif que cette étudiante se perçoit, perçoit autrui et le touche.

Nous l'avons vu, Deborah aime vivre les expériences de l'intérieur, toucher pour percevoir autrui dans son intimité et pas uniquement l'enveloppe externe. Quand elle nous parle de comment elle perçoit autrui, c'est en terme d'empathie, « comme si je me mettais dans le corps de l'autre. » (110) De même, quand elle perçoit autrui avec son regard, c'est avec des yeux qui voient l'intérieur du corps (111-114). Pour percevoir autrui, c'est en se situant au sein de son champ perceptif ouvert à autrui qu'elle empiète sur le champ perceptif d'autrui.

Percevoir autrui, c'est le percevoir au sein d'une situation qu'il transforme et qui me transforme également, nous enseigne Merleau-Ponty. Deborah, en percevant autrui par les modifications qu'il provoque chez elle – « il y a vraiment quelque chose qui se passe à l'intérieur de chez moi, quand ça se passe à l'intérieur de chez l'autre » (256-257) – est bien dans une conception phénoménologique de la perception d'autrui.

Dans son apprentissage du toucher, Deborah révèle que c'est en percevant sur elle-même qu'elle peut ensuite toucher autrui (284-285). Cet apprentissage perceptif lui permet de percevoir ce qu'elle va ensuite chercher dans le corps d'autrui.

Quand elle touche autrui, elle va donc chercher ce qu'elle connaît (271). En cherchant ce qu'elle a perçu, elle n'est pas en train de faire une *epochè* du sentir, mais de projeter une perception qu'elle tente de retrouver. Son expérience va lui permettre, par la suite, de moduler cette perception (311-312), mais sans indiquer comment elle procède.

Deborah mentionne également les consignes du formateur qu'elle « essaie d'écouter » (274). Ces consignes la ramènent à elle-même, la sortent de ses vagabondages, et lui permettent de percevoir des nouveautés (294). Nous pourrions dire que les consignes du formateur lui permettent d'effectuer une *epochè* de ses pensées,

de se mettre dans un lieu d'elle où elle peut sentir. Il s'agirait, dans ce cas, d'une *époque* provoqué par autrui.

Deborah, pour percevoir le monde, se situe comme sujet percevant faisant l'expérience du monde. Elle mentionne un léger « contrôle » perceptif qui pourrait privilégier sa part active au sein du processus perceptif, au détriment de sa part perceptive.

Dans ce qu'elle nous révèle, nous pouvons dire qu'elle effectue ni *époque*, ni réduction, dans le sens où l'entend Merleau-Ponty. Par contre, nous pensons qu'elle effectue une *époque* de ses pensées quand elle écoute les consignes du formateur qui la ramènent dans son corps.

- ***Quand l'étudiant est touché par autrui, qu'apprend-il du toucher ?***

Deborah apprend à toucher en étant touchée, nous venons de le voir. Quand elle éprouve sur elle le toucher d'autrui, elle aime suivre ce qui se passe, dans une forme de contrôle (381-382). Dans cette situation, elle est à l'écoute du protocole donné par le formateur et de son intériorité, de ce qu'elle éprouve au toucher de l'autre (384-387).

En percevant les mains du thérapeute sur son corps, elle apprend également à toucher autrui (391-392), sans pouvoir préciser de quelle nature est cet apprentissage (429-431).

Quand Deborah est touchée, elle apprend à toucher autrui et le protocole donné par le formateur.

- ***Quelles situations pédagogiques permettent d'apprendre de son expérience du toucher ?***

Par les cours d'anatomie, elle apprend à connaître le corps et à le percevoir. La connaissance qu'elle retire des cours est à la fois cognitive et perceptive.

Quand elle pratique le toucher sur autrui, elle apprend en suivant le protocole et en l'intégrant. Suivre les consignes lui permet d'être plus présente dans ses mains et de découvrir un nouveau champ perceptif qu'elle ne perçoit pas spontanément (294, 298-299).

Les intériorisations lui permettent de sentir le mouvement interne (216-217).

Quand, au sein des séances de gymnastique sensorielle, elle suit les consignes, elle découvre également un nouveau champ perceptif (298-299).

C'est essentiellement en suivant les consignes, dans toutes les situations pédagogiques, qu'elle découvre un nouveau champ perceptif. Elle mentionne que ces expériences sont riches d'enseignement, mais donne peu d'indications sur leur transfert ou non au sein du toucher manuel (429-433).

- ***Qu'apprend l'étudiant de son existence quand il est formé au toucher ?***

Les effets de formation que mentionne Deborah – calme, unité, profondeur, se poser – touchent à sa manière d'être à soi et autrui. Ces effets sont ceux qu'elle attendait en venant à la formation. Mais, elle ne donne pas suffisamment d'indications pour dire que c'est en établissant un nouveau rapport à son corps qu'elle se découvre autrement.

6.1.4 Elodie

Elodie, 38 ans, a suivi une formation en uro-gynécologie et en haptonomie après ses études en kinésithérapie. C'est en se faisant soigner par une fasciathérapeute et en appréciant son toucher respectueux, qu'elle décide de s'inscrire à la formation. Elle est également motivée par un désir d'acquérir de nouveaux savoir-faire.

▶ A la manière d'Elodie

- ***Soi et autrui***

Cette étudiante confie qu'elle aime la présence du silence (296, 301) et que la relation à autrui est « parfois très facile, parfois difficile, jamais neutre en tout cas. Il y

a toujours une relation, je me sens toujours impliquée. » (45-46) Dans cette relation, elle découvre que la parole peut rendre audible un « imperçu », un événement que l'autre n'a pas perçu (319-322). Elle découvre ce que la parole peut apporter, ce qui la fait sortir d'une forme d'évidence du sentir.

Dans sa relation au monde, le temps lui « paraît aller vite » (34), tout en sachant « l'heure qu'il est » (32-34) sans consulter de montre.

- ***Le corps***

Elle s'appuie sur les perceptions que lui offrent son corps : « je sens à travers mon corps quand je vais bien, quand je vais mal » (56-57) pour se connaître (59-60). Son corps lui permet à tout moment de se situer et de se connaître, d'être en résonance avec son psychisme : « C'est très fort en relation avec le psychisme. Ça peut être un plaisir, un mal-être, la perception. » (64-65) Dans ce sens, elle parle bien d'un corps propre.

Quand elle mentionne la relation établie entre son corps percevant et le monde, elle parle bien de chair : « J'ai l'impression que je perçois tant mon univers que l'univers extérieur au travers de mon corps. Et que c'est ça qui me donne toutes ces informations par rapport aux autres, par rapport à l'espace, par rapport à ce que je vis en moi. » (76-78)

- ***Le toucher***

Pour toucher autrui, elle se place dans un cadre d'expérience extra-quotidien : elle se tait, « arrête de penser à autre chose » (111) et plonge dans la perception pour être au service de ce qu'elle perçoit (112). Elle se met également dans une intention perceptive (188, 195) au sein de laquelle elle pose son attention (187).

Cette attitude perceptive lui donne accès à une perception plus large que celle offerte par les nerfs sensitifs (82-83, 85-86), une « pré-perception » (123) qu'elle perçoit par son tronc (95) et que sa main va confirmer ou enrichir par des informations supplémentaires (90-91).

Pendant le temps du voyage tissulaire, elle accède aux paramètres du mouvement (vitesse, cadence, direction et amplitude) qui offrent une structure, un cadre (166-168) ; à la « texture de la peau, la profondeur » (163) et la chaleur. Le

voyage tissulaire est un temps de diagnostic (153) qui met en jeu le système nerveux sensoriel (153-155).

Pendant le temps du point d'appui, elle rencontre autrui, « dans l'intimité de la personne » (155-157, 174-175). Elle peut y « percevoir une tonalité » (83), « le goût » (164, 168) de l'autre.

Percevoir le corps d'autrui lui permet de poser un diagnostic, de déterminer les régions du corps où elle va poser ses mains, de connaître l'état psychique de la personne (393-394, 395-396).

C'est au sein du toucher qu'elle construit une relation réciproque avec autrui, qu'elle perçoit qui elle est et qui est l'autre (101-102) : « j'ai l'impression de pouvoir percevoir quelque chose dans l'autre et en même temps percevoir quelque chose en moi, et que ça ne se mélange pas. » (104-105) De plus, au sein de cette relation profonde et intime avec autrui « chacun reste bien à sa place, sans que ça soit rigide. » (407-408)

De cette manière, elle ne transmet pas qui elle est par son toucher (144-145), « mais [...] tout ce que j'ai appris de moi, je peux le transmettre, en tout cas, essayer de le faire sentir à la personne pour qu'elle-même puisse percevoir ça aussi. » (145-147)

- ***La formation au toucher***

C'est principalement dans le silence des intériorisations qu'elle apprend à toucher, à se toucher et à toucher autrui (243, 248-249) : « ça m'apprend à percevoir en moi ce que je pourrais aller contacter chez une autre personne. » (247-248)

Les cours d'anatomie lui permettent également de percevoir en elle les zones qui sont abordées : « il y avait quelque chose en moi qui s'animait, des zones qu'on était en train d'étudier. » (248-249)

Elodie nous parle peu des pratiques de thérapie manuelle, confirmant ainsi que son apprentissage se trouve essentiellement ailleurs. C'est d'ailleurs au sein de sa pratique professionnelle qu'elle sait si un toucher est acquis, par le niveau « de profondeur et de perception dans le corps de l'autre. » (232-235) Quand un toucher est acquis, « je ne dois même plus réfléchir, je sais ce que je dois faire. » (236-237)

Etre touchée lui « a permis [...] de savoir [...] que cette perception existe, qu'on peut avoir une perception au niveau de la structure. » (345-347) Mais elle n'apprend pas de tout le monde : « ça dépend par qui je suis touchée » (307), nous dit-elle.

C'est par les échanges avec les étudiants, après les temps de pratique, qu'elle gagne en confiance dans ce qu'elle perçoit : « ce n'est pas juste mon imaginaire qui percevait ça, vu que l'autre le percevait aussi. » (335-336)

La parole du formateur « porte ce toucher, elle ouvre des portes » (254-255), « comme si sa parole était un toucher aussi. » (255-256) Par contre, quand un formateur vient l'aider manuellement, elle ne perçoit plus que le toucher : « la parole me paraît secondaire. » (260-261) Quand un formateur vient l'« accompagner au niveau du corps et au niveau de la main » (210-211), Elodie peut ainsi acquérir le toucher et dépasser sa difficulté d'allier l'apprentissage et le sentir (201-203).

Elle perçoit cet accompagnement du formateur comme quelque chose de subtil, de global (227-228), et en tire un enseignement ; c'est en observant la manière d'accompagner du formateur qu'elle apprend à toucher autrui dans une situation d'accompagnement (210-214).

Pour apprendre le toucher, elle doit en premier lieu percevoir sur elle : « si j'ai pas perçu certaines zones chez moi, je peux difficilement aller la percevoir chez le patient. » (286-287) Cet apprentissage lui permet de savoir ce qu'elle cherche et « d'aller beaucoup plus vite dans la perception que je recherche et dans la réponse du corps du patient. » (288-291)

Les difficultés qu'elle rencontre, comme sa « peur d'aller dans les zones intimes » (358), sa « gêne » quand elle ne maîtrise pas un toucher (357-360), ne l'empêchent pas de progresser dans son apprentissage.

Le principal effet de formation qu'elle relate est cette acquisition d'un toucher clair où « la personne est là avec son histoire, je suis moi avec mon histoire » (383-385), alors qu'auparavant elle avait tendance à rentrer dans l'autre, à presque l'envahir et à se perdre (130-134). Au niveau personnel, elle mentionne également que son rapport à l'homme est modifié (384-387).

► En réponse aux questions de recherche

- *Quels processus perceptifs l'étudiant met-il en œuvre en situation d'apprentissage ?*

Pour percevoir le monde, Elodie s'installe dans celui-ci et pose une attention (187) au sein de son intention (188, 195). Elle est à la fois active dans la constitution du sens et passive dans la perception de son immanence. Pour percevoir, elle s'installe également dans son corps enraciné à son psychisme (51-52, 56-57, 59-60, 64-65).

Nous pouvons également évoquer la notion de chair, quand Elodie parle de son corps qui perçoit tant son univers intérieur qu'extérieur (76-78), à la fois ouvert au monde et à soi. C'est au sein de la chair que le monde vient résonner et qu'elle peut imprimer son sens. C'est également par la chair que le corps peut être touché dans son humanité et sa vie intime, ce qu'Elodie nous dit quand elle perçoit le « goût » d'autrui.

Pour Merleau-Ponty, la perception est immédiate et le sens se donne dans un jaillissement pendant le temps de l'expérience perceptive, à condition de dévoiler le mécanisme de la constitution de l'objet.

C'est bien en sortant de l'attitude naturelle par une mise à distance de ses pensées et de sa parole (111), qu'Elodie effectue une *epochè*. Elle évoque également un processus d'immersion, ou première réduction, dans le toucher et plus particulièrement au sein du point d'appui, quand elle a « l'impression d'être entièrement avec la personne. » (174-175) En même temps qu'elle perçoit l'autre, elle ne se quitte pas et perçoit également en elle : « j'ai l'impression de pouvoir, tout en étant beaucoup plus profonde, dans un toucher beaucoup plus profond et précis, arriver à mettre une frontière entre moi et l'autre. » (132-134) Nous ne pouvons évoquer une deuxième réduction chez Elodie, une réduction du sentir pour percevoir son émergence, dans ce qu'elle nous confie. Par contre, nous pouvons dire qu'elle perçoit « beaucoup plus de clarté. Beaucoup plus libre, beaucoup plus créative » (396-397), montrant ainsi un processus de réduction terminé, mais dont nous n'avons pas entièrement trace.

Finalement, quand le toucher est acquis, Elodie nous dit : « je ne dois même plus réfléchir, je sais ce que je dois faire. » (236-237) Ainsi, acquérir un savoir-faire serait-il retrouver une attitude perceptive naturelle ?

C'est donc bien par une *epochè* et une première réduction que cette étudiante perçoit autrui au sein du toucher de manière claire et créative.

Pour percevoir autrui, elle se place également dans une relation sensible à son corps. C'est avec son corps qu'elle perçoit autrui, dans l'intimité vécue de son corps qu'elle peut le percevoir dans son identité. Comme le dit Merleau-Ponty, c'est parce qu'Elodie a un corps et qu'elle éprouve le monde avec lui qu'elle peut reconnaître autrui.

Cette relation n'est pas donnée, c'est par la création d'un champ perceptif qui va venir empiéter sur celui d'autrui qu'elle va à la rencontre d'autrui (76-78), permettant ainsi à autrui de s'insérer « à la jointure du monde et de nous-mêmes. » (Merleau-Ponty, 1969, p. 192)

C'est au sein de ce tissu perceptif qu'elle offre la chair qu'elle peut à la fois se percevoir et percevoir autrui comme différent d'elle (104-105). C'est par la perception de son corps qu'elle peut tracer une frontière entre soi et non soi, comme nous le confirme Dokic (2007).

Nous avons vu avec Merleau-Ponty que se toucher est l'envers du toucher, et donc que je suis touché quand je touche. Quand Elodie touche autrui, elle le fait avec toute son entité mais sans transmettre qui elle est (144-147). Ce toucher offre une réversibilité à elle-même – elle peut tout en touchant autrui, percevoir en elle (101-102, 104-105) – et à autrui – elle permet à autrui de rentrer dans la relation (123-124). Ainsi, c'est en touchant autrui qu'elle est touchée et qu'elle permet à autrui de venir se toucher.

Nous percevons un objet dans sa globalité et non dans une succession de sensations, nous dit Merleau-Ponty. Elodie, quand un formateur vient l'aider manuellement, ne perçoit que peu la parole de celui-ci. Entièrement plongée dans le sentir, le toucher occupe tout son champ perceptif, ne laissant plus aucun sens venir la perturber à l'exception du sentir. Le sentir nécessite-t-il de faire une *epochè* des autres sens ? Comme nous le dit Tchouang-Tseu, « quand on perçoit, on ne parle pas et, quand on parle, on ne perçoit pas. » (cité par Billeter, 2006, p. 25) Ainsi, le sentir nécessiterait, pour cette étudiante, d'effectuer une *epochè* des données perceptives venant perturber l'acte perceptif.

- ***Quand l'étudiant est touché par autrui, qu'apprend-il du toucher ?***

Elodie a besoin de percevoir en elle avant de percevoir chez autrui (247-248). Etre touchée lui permet de découvrir de nouvelles perceptions corporelles (345-347)

qu'elle peut ensuite retrouver chez autrui (286-287). Nous pouvons dire qu'être touché par une main touchante est nécessaire pour pouvoir ensuite avoir une main touchante sur un autre corps.

Quand elle est touchée par autrui, Elodie apprend à percevoir les zones touchées et à pouvoir ainsi les toucher chez autrui.

- ***Quelles situations pédagogiques permettent d'apprendre de son expérience du toucher ?***

Dans le silence des intériorisations, Elodie apprend à percevoir des régions de son corps qu'elle ne connaissait pas, à se percevoir, pour ensuite pouvoir les toucher chez autrui (247-249).

Lors des séances de gymnastique sensorielle elle apprend à percevoir son mouvement interne. C'est en percevant son mouvement interne, quand elle est dans la posture de thérapeute, qu'elle accède « plus vite à l'essentiel dans un traitement. » (281-282) C'est également en apprenant à percevoir son espace extra-corporel lors d'une séance de gymnastique sensorielle qu'elle peut ensuite l'introduire dans son toucher : « c'est cet espace extra-corporel qu'on a travaillé la fois passée, que j'arrivais à mettre, alors qu'il n'y a aucun espace entre ma main et le toucher, mais que j'arrivais néanmoins à mettre cet espace entre les deux. » (136-139)

Par les cours d'anatomie, elle apprend également à percevoir en elle les régions décrites par le formateur.

Son apprentissage du toucher, quand il se fait au sein de situations pédagogiques qui n'utilisent pas la main, est essentiellement perceptif. A nouveau, c'est en découvrant de nouveaux champs perceptifs à l'intérieur d'elle qu'elle apprend à les toucher chez autrui. Nous pouvons donc dire que les compétences perceptives acquises lors des pratiques individuelles sont transférées à son toucher.

- ***Qu'apprend l'étudiant de son existence quand il est formé au toucher ?***

Elodie donne peu d'informations sur les effets de formation dans sa vie. Elle mentionne un rapport à l'homme modifié et essentiellement une distinction nette entre elle et autrui qu'elle a acquis lors de sa formation.

Toutefois, la richesse de son témoignage montre que c'est par la découverte d'un nouveau rapport à son corps et de nouveaux champs perceptifs, qu'elle se découvre différemment. Elle montre également que toute information, qu'elle provienne d'un cours, d'une parole, d'un toucher, est source de perceptions et d'apprentissage.

6.1.5 Félicie

Félicie, 54 ans, s'est formée en kinésithérapie dans l'objectif de devenir ostéopathe. L'enseignement très mécanique de l'ostéopathie n'a pas répondu à ses attentes, elle en est ressortie avec un profond mal-être. Aujourd'hui, elle se rend compte qu'elle est « plus à l'aise dans les techniques plus sensibles. » (63) Elle est arrivée en formation de fasciathérapie un peu « par hasard. » (67-68)

► A la manière de Félicie

- *Soi et autrui*

Dans sa relation à elle-même, elle se décrit comme « farouche et assez solitaire » (120) avec un problème identitaire (95) : « j'ai du mal à me situer, à avoir une épaisseur, à exister vraiment » (125-126), « un peu comme si j'avais l'habitude d'être transparente » (127), « comme si les choses passaient à côté de moi. » (84-85) La fasciathérapie, en s'adressant vraiment à elle, l'oblige à être présente (95-98) à son corps (141) lui permettant ainsi de construire une « sensation d'épaisseur » (146) qui vient combler sa transparence.

D'autre part, c'est en s'appuyant sur le mouvement qu'elle consolide sa présence : « Je pense que le fait de bouger m'aide à être présente et le fait d'être présente m'aide à percevoir. » (349-350) D'autre part, le mouvement interne est également une aide perceptive (338-341), car il attire son attention.

C'est également dans la relation à autrui qu'elle construit son sentiment d'existence : « Le fait qu'on puisse s'adresser à moi et que moi je puisse m'adresser à l'autre : donc, c'est que j'existe [...] tu existes par rapport à autre chose aussi, tu n'existes pas que par rapport à toi-même. » (143-145) C'est au sein de la relation à autrui – « compliquée » (117) et « conflictuelle » (129) – qu'elle apprend à exister (145) et à être présente (92).

Dans sa relation au monde, elle décrit des difficultés à se situer dans le temps (80-81) et se sent vulnérable dans les espaces qu'elle ne connaît pas (107-113).

- ***Le corps***

Félicie perçoit son corps comme le véhicule de son être au monde, un corps moteur qui se déplace avec aisance dans le monde (105-107) et un corps sensible qui perçoit de la chaleur, une densité (152-153), un « très grand calme » (223-224). Son corps lui permet de se percevoir et de percevoir autrui, de s'ouvrir au monde et à autrui.

- ***Le toucher***

L'ambiance générale de son discours sur le toucher reflète ce désir d'une technique sensitive à l'écoute de la personne et de ses réactions au toucher (153-155, 161-167, 235-237, 262-273).

Dans son approche du patient, elle privilégie la douceur (258) et la non violence (282). Sa construction du cadre d'expérience extra-quotidien s'effectue autour de la lenteur (366-367, 369-371), dans une globalité (287-290) et une ambiance de travail propre à la fasciathérapie (441-446).

C'est avec ses mains et son corps en mouvement qu'elle touche autrui (202, 213, 219) et qu'elle perçoit « chaleur, densité, transpiration » (152), « résistances et l'évolution de ces résistances » (297-298), « évolutivité dans l'amplitude et [...] profondeur » (300-301), qu'elle peut faire un bilan du corps du patient (177-178) et sentir ce que le patient ne lui a pas raconté (227-228).

Par contre, son corps lui offre peu de perceptions (214-215). Elle mentionne malgré tout, à de nombreuses reprises, qu'elle perçoit « la réaction de l'autre au

toucher » (153-155, 161-167, 235-237) et qu'elle « écoute ce que leur corps raconte. » (267) Toucher, pour elle, c'est également être touché par autrui, dans ce qu'il offre : « Il y a des gens qui se laissent toucher jusqu'à un certain point mais qui ne désirent pas que tu ailles plus loin. » (166-167) D'autre part, son toucher est également « un guide, une référence » (272) qui permet au patient de s'appuyer sur le toucher du thérapeute pour se percevoir au sein d'un cadre rassurant offert par la main.

C'est par son implication dans le toucher qu'elle rencontre autrui (249-250). D'autre part, c'est également au sein d'une réciprocité qu'elle le perçoit : elle perçoit un rythme chez son patient qu'elle incarne également dans son corps (198). Son témoignage mentionne que la rencontre peut être impliquée et réciproque.

- ***La formation au toucher***

Pour apprendre à toucher, Félicie doit en premier lieu construire une confiance en ses perceptions. Elle trouve une validation de sa perception dans le retour de l'étudiant sur sa pratique : « effectivement ce que j'ai fait, ou l'intention que j'y ai mise, a été perçue. Ce n'était pas que dans ma tête, ça a vraiment été perçu par l'autre. » (387-389)

L'apprentissage du toucher s'effectue dans un groupe et une ambiance bienfaisante qui l'aide dans cette acquisition (372-376).

Quand elle est en posture d'étudiante-thérapeute, son apprentissage du toucher passe par la comparaison de son expérience actuelle avec celle du passé (180-185), le toucher d'autres étudiants (481-483) ou ce qu'elle aurait fait (473-474). C'est également en s'appuyant sur les constantes du toucher des différents formateurs, sur ce que les différents touchers ont en commun, qu'elle peut appréhender les différences propre à chacun (411-414).

La parole du formateur est importante pour cette étudiante, elle « donne une cohésion à tout le travail » (436) et l'ambiance du toucher. Ce guide qu'offre la parole est encore nécessaire, son absence est vécue comme dérangeante, alors que le silence lors des intériorisations ne la dérange plus (459-465). Le formateur est également une aide par son toucher qui la remet « dans les rails » (394) quand elle est perdue. Cette aide manuelle du formateur peut à certains moments venir la perturber dans sa concentration (421-427).

Ces difficultés d'apprentissage sont perceptives, elle mentionne qu'elle se sent « encore incapable de bien analyser ce point d'appui » (322), qu'elle n'en perçoit pas encore le « pourquoi » et le « quoi » (324). Elle livre également une peur « d'être trop dans ma tête » (551), la mettant en doute dans ses perceptions.

La formation lui a permis de modifier son regard sur le patient, de ne plus soigner une pathologie mais un patient dans sa globalité (574-576). Se faisant, en intégrant le patient dans son geste, elle s'adresse bien à un corps sujet unifié. D'autre part, elle est également dans une perspective éducative avec ses patients, dans son désir de les rendre plus responsables en leur offrant des outils de conscientisation de leur vécu (574-576).

► En réponse aux questions de recherche

- *Quels processus perceptifs l'étudiant met-il en œuvre en situation d'apprentissage du toucher ?*

Son témoignage montre que c'est par une éducation perceptive qu'elle construit son identité et sa confiance, que c'est en se vivant de manière impliquée qu'elle se construit et qu'elle construit son rapport au monde. La perception est bien une expérience qu'elle vit dans un rapport non distancié d'elle. Cette perception de soi lui offre un sentiment d'existence qu'elle ne peut nier.

La perception de soi, nous dit Merleau-Ponty (1945), se construit dans le rapport au monde, elle est un acte qui nous pousse à viser le monde et à agir, dans l'objectif d'atteindre ce que nous avons l'intention d'être. Félicie nous dit que c'est également au sein de la relation à autrui qu'elle se perçoit exister, comme si autrui lui confirmait sa réalité tangible, lui offrait une épaisseur. D'autre part, c'est également par le témoignage d'autrui que sa perception est confirmée, qu'elle peut dire que ce qu'elle sent n'est pas dans sa tête, puisque autrui l'a perçu. C'est donc bien dans une relation au monde et à autrui, que Félicie peut se percevoir comme tangible.

Le processus perceptif qu'elle nous décrit s'effectue dans une familiarité à soi et autrui, au sein d'une « attitude naturelle » qui cache le phénomène (223-225). Elle s'attend souvent à trouver ce qu'elle cherche, laissant toutefois l'inattendu la surprendre (181-184). En nous basant sur ces quelques informations, nous pouvons dire que sans *epochè* et sans réduction, l'émergence de la perception n'est pas perçue, n'offrant ainsi aucune nouveauté perceptive.

C'est bien par son corps, par la consistance et l'épaisseur que lui procure son corps (141, 146), que Félicie peut aborder autrui (143-145). Par le toucher, elle accède à la texture du corps d'autrui et à son enveloppe corporelle, tout comme à sa profondeur (152, 297-298, 300-301). C'est également par le toucher qu'elle perçoit ce que le patient ne lui dit pas verbalement (227-228). Percevoir autrui par le média du toucher, c'est à la fois le percevoir dans ce qu'il montre à voir et dans ce qu'il cache. Autrui est donc bien perceptible dans son identité.

C'est par l'attention portée à son toucher, par « l'écoute de ce qui va se passer dans le toucher » (224), que Félicie, tout en touchant autrui, est également touchée par lui. Elle perçoit bien cette réversibilité du toucher, entre sa main touchante et le corps touché. D'autre part, ce corps touché devient touchant quand il réagit à son contact (153-155, 161-167, 235-237), offrant ainsi cette réversibilité au patient en lui permettant de se percevoir (272).

- ***Quand l'étudiant est touché par autrui, qu'apprend-il du toucher ?***

Dans la situation d'étudiante-patiente, elle perçoit du toucher d'autrui « la profondeur, la pression qui a été mise, comment elle a été mise, combien de temps elle a été mise. » (517-518) Percevoir le toucher sur elle lui permet par la suite, en touchant autrui, d'intégrer son corps à sa main (537-539).

Ainsi, percevoir sur soi est une aide à percevoir autrui par un geste manuel où son corps participe.

- ***Quelles situations pédagogiques permettent d'apprendre de son expérience du toucher ?***

Les intériorisations et les pratiques de mouvement gestuel lui permettent d'acquérir des compétences perceptives qui, comme la lenteur et le mouvement

linéaire, sont transférés à son toucher (322-324), tandis que d'autres, acquises récemment comme la perception des différents espaces, ne se retrouvent pas dans son toucher (539-545). Elle apprend également à se sentir, construire une identité et une épaisseur (360-361, 363-365).

Les compétences perceptives acquises au sein des pratiques individuelles demandent du temps pour être transférées au toucher.

- *Qu'apprend l'étudiant de son existence quand il est formé au toucher ?*

Au niveau des effets de formation existentiels, Félicie, en se formant en fasciathérapie, a acquis une présence à elle-même, à son corps (91) et s'est construite une identité (135-137) qui lui permet d'être présente aux autres (92). Cette présence à soi lui offre également une possibilité d'analyse de sa manière d'être au monde et à elle-même.

Son existence est modifiée par la formation en fasciathérapie. Cette construction identitaire acquise par une modification du rapport à son corps, modifie son rapport à elle-même et à autrui.

C'est bien par la découverte d'un nouveau rapport perceptif à son corps que Félicie se découvre autrement et qu'elle se construit une identité et une présence.

6.1.6 Geneviève

Geneviève, 46 ans, a suivi de nombreuses formations après son cursus de base en kinésithérapie. Parmi ces formations, celle en chaînes musculaires, ou rééducation posturale globale (RPG) de Souchart, influence encore son travail en cabinet.

C'est suite à des séances individuelles en fasciathérapie, qu'elle s'inscrit à la formation, interpellée par la douceur qui émane du soin (33).

► A la manière de Geneviève

- *Soi et autrui*

La formation lui permet « de se poser et de prendre le temps » (48-49), modifiant ainsi sa relation au temps vécue comme stressante (50-51). Sa relation à l'espace est plus difficile, elle a « de la peine à utiliser tout un espace » (56), ce qui génère une sensation d'étroitesse (57), une « envie de prendre peu de place » (59), une difficulté à « explorer, me déployer » (57) au sein de son corps, espace qui doit encore être exploré (60).

Geneviève révèle qu'elle n'est pas habituée à être touchée, elle se laisse donc difficilement toucher (141-142) mais, par contre, touche autrui facilement (144-145). Quand elle le touche, elle constate qu'elle est « trop dans la tête » (129), qu'elle aimerait « faire confiance à ce que je sens de l'être humain et pas trop intellectualiser. » (134-136) Mais elle bute sur l'aspect subjectif de la perception (415-416), ne pouvant ainsi s'appuyer dessus.

Elle vit la relation à autrui comme « source d'enrichissement » (68-69).

- *Le corps*

Geneviève se sent « coincée » dans son corps trop étroit (74, 86), inconfortable (81) quand il est douloureux (82-83), mais établit « une relation amicale » (84) avec lui. Ce corps, qui ne lui procure « pas beaucoup de souci » (93) et avec lequel elle s'entend, est vécu comme un corps silencieux avec lequel elle vit bien, tant qu'il ne manifeste pas de douleur.

Le corps, depuis sa formation, est également sensible et « en mouvement » (512-513).

- *Le toucher*

Pour percevoir autrui, elle crée des conditions extra-quotidiennes : elle arrête « de papoter » (231-232), porte une attention sur ses mains et sa tête (232-233) et une « intention [...] à partir de ce qu'on touche, de ce qu'on sent » (495-496). Créer ces conditions perceptives demande « de faire confiance à ce qu'on sent et donc de croire à ce qu'on fait. » (496-497)

Quand elle touche autrui, elle perçoit le corps du patient avec ses mains et sa tête (119), « avec la tête dans le sens où intellectuellement, j'imagine, je visualise ce que je devrais sentir, ce que j'ai sous les mains et ce que je suis susceptible de sentir. » (121-124) Elle dit qu'en formation elle est « invitée à sentir avec tout mon corps » (120-121), ce qu'elle arrive à faire lors d'une bonne séance, mais se sent souvent en « restriction » (120), ne percevant autrui qu'avec ses mains (126-127).

Son témoignage montre qu'elle est principalement dans une relation de toucher qu'elle pense et qu'elle perçoit peu. Elle reconnaît l'estomac parce « qu'intellectuellement, je sais qu'il est là » (436), parce qu'elle « décide d'y être » (439), ses perceptions lui permettant de connaître la réaction du tissu (448-450).

Cette étudiante différencie bien les temps de voyage de ceux du point d'appui. Pendant le voyage, elle aime « sentir une force qui me porte » (183), mais fait malheureusement souvent l'expérience d'induire le voyage (203-204), de « déployer une force beaucoup trop grande » (206) et de se fatiguer (208). Dans l'accompagnement corporel du voyage, elle se sent limitée (239-240), peu souple et peu mobile (241-242). Lors du point d'appui, « un temps d'arrêt, d'écoute, d'attention, de respect » (249), Geneviève est impatiente, agacée (213-214), trop pressée (215-216), repart trop rapidement, à contre temps (218), ne respectant pas ce temps de pause et d'écoute (218-219).

De son expérience du toucher, elle perçoit « une matière, une chaleur, une souplesse, du mouvement » (98), une « vie sous la main » (99), un tissu souple révélateur de vie ou un tissu induré rigide (105-107). Par ses mains, elle perçoit également un « état de la personne » (115) et « sa capacité à réagir à une sollicitation. » (226)

Toucher autrui, n'est jamais anodin pour cette étudiante : « ça m'émeut de toucher quelqu'un. Que quelqu'un se laisse toucher par moi, en fait. » (140-141)

- ***La formation au toucher***

Au cours de la formation, le temps passé à pratiquer le toucher (255-256, 316-318) la rassure. Ces pratiques entre thérapeutes sont des temps d'apprentissage entre collègues (315) qui permettent le retour verbal « d'un autre thérapeute, qui a une

perception de thérapeute » (309-310), et de pouvoir se tromper (318) en toute sécurité, car l'autre va réagir (319-321).

Le formateur, par une voix lente, posée et douce (39) guide la pratique en indiquant ce qu'elle peut « ressentir sous les mains » (259). Elle éprouve toutefois une difficulté à s'impliquer dans certaines consignes, butant à nouveau sur leur aspect subjectif, ce qui l'amène à mettre en doute la parole du formateur (419-427). Elle est parfois gênée par la main d'un formateur qui l'emmène dans ce qu'elle ne perçoit pas (264-267), créant chez elle une réaction de contrariété suivie d'une réflexion où elle se laisse interpellé (278-281). Nous voyons par son témoignage qu'elle ne se laisse pas toucher facilement, par le contact ou les mots.

Les cours d'anatomie sont nécessaires et permettent, lorsqu'elle touche, de visualiser la zone concernée par son soin (348-350).

Dans son apprentissage du toucher, c'est en confrontant ce qu'elle ressent avec les indications théoriques qu'elle sait si le toucher demandé est acquis (394-396), mais sans aucune certitude (396).

Geneviève évoque comme difficultés : un corps raide, peu perceptif, peu libre de bouger (372) et une tête trop présente (128-129). Ces difficultés se retrouvent dans cette phrase qu'elle nous livre : « il y a croire en ce que je touche, en ce que je sens. Avoir confiance. Me fier à... » (492-493)

Les effets de formation qu'elle évoque sont tous professionnels : une meilleure qualité de toucher, une lenteur (506), une écoute du patient et de son corps (506-507), un corps en mouvement.

► En réponse aux questions de recherche

- *Quels processus perceptifs l'étudiant met-il en œuvre en situation d'apprentissage du toucher ?*

Geneviève perçoit le monde avec ses mains et sa tête, elle touche le monde comme elle le pense et le crée. Elle fait peu confiance à ses perceptions, qu'elle trouve volontiers subjectives (415-416), mais tente néanmoins de faire plus confiance à ce qu'elle ressent de l'être humain (134-136). En se fiant à ses constructions mentales

plutôt qu'aux perceptions subjectives du monde, elle ne se situe pas comme sujet percevant au sein d'un monde sensible, au sens où l'entend Merleau-Ponty.

Rappelons que pour cet auteur, l'expérience perceptive est vécue en première personne, qu'elle est à la fois passive dans le processus de perception et active dans l'intention de percevoir, qu'elle est non réflexive, que le sujet ne s'impose pas au monde perçu ni le monde au sujet, que les deux pôles du processus ont leur rôle à jouer. Nous retrouvons dans le processus perceptif de Geneviève une prédominance de sa part active sur celle passive et une prédominance d'un sujet réflexif sur le monde.

Sa perception d'autrui vacille entre corps objet et sensible, relation distante et impliquée. Elle passe d'une conception à une autre, ne trouvant pas de protocole lui permettant de progresser dans sa relation perceptive. Le corps est soit objet, mis à distance d'elle-même, soit sensible, impliqué et vécu de l'intérieur, sans transition.

Quand elle touche autrui, Geneviève visualise et imagine ce qu'elle est amenée à sentir (121-124), elle se construit une image mentale avant de toucher et de percevoir, conditionnant ainsi ce qu'elle peut percevoir. Merleau-Ponty nous dit qu'une mise entre parenthèse du « préjugé du monde » est nécessaire pour que le phénomène se déploie au sein de sa conscience. Visualiser l'objet à percevoir est un acte qui va à l'encontre de l'épochè qui met entre parenthèse toute interprétation préconçue de la réalité. Ainsi, cette image mentale ne peut donner accès au déploiement du sensible, tel que l'entend Merleau-Ponty.

Dans son expérience du toucher, elle relate qu'elle est touchée par le patient qui se laisse toucher par elle : « ça me touche de toucher quelqu'un, mais peut-être plus que quelqu'un se laisse toucher que de toucher vraiment. » (146-147) Cette expérience montre bien qu'elle est touchée quand elle touche, et que ce qui la touche affectivement, c'est le fait que le patient se laisse toucher par elle.

Geneviève ne perçoit donc pas le monde tel que Merleau-Ponty le décrit. Sa perception est souvent réfléchie, se laisse peu surprendre par l'inattendu. Elle va vers le monde et lui laisse peu d'espace pour venir la toucher, à l'exception du patient touché qui la touche.

- ***Quand l'étudiant est touché par autrui, qu'apprend-il du toucher ?***

Quand elle est touchée, elle aime faire « l'expérience de ce que vivent [s]es patients » (326-327) et éprouver sur elle les touchers à chaque fois différent des étudiants en formation (327, 333-336). Ces expériences influencent « la qualité du toucher » (341).

Quand elle est touchée par autrui, Geneviève perçoit les différents touchers des étudiants-thérapeutes qui vont influencer la qualité du sien, mais ne donne pas d'indications sur ce qu'elle apprend.

- ***Quelles situations pédagogiques permettent d'apprendre de son expérience du toucher ?***

Lors des pratiques individuelles d'intériorisation et de gymnastique sensorielle, elle s'entraîne à maintenir son attention (455) pour pouvoir « découvrir un paysage intérieur avec des zones denses et des zones presque à l'abandon. » (458-459) Elle peut ainsi ressentir de l'intérieur ce qu'elle sera amenée à percevoir sous ses mains (471-472, 475-476). Ces situations individuelles lui permettent d'acquérir des compétences perceptives.

- ***Qu'apprend l'étudiant de son existence quand il est formé au toucher ?***

Son témoignage n'offre pas assez d'éléments nous permettant de répondre à cette question.

6.2 Interprétation *transversale*

6.2.1 Conditions perceptives

- ▶ **Principale question de recherche : Quels processus perceptifs l'étudiant met-il en œuvre en situation d'apprentissage du toucher ?**

Pour Merleau-Ponty, c'est au sein de l'expérience perceptive, d'une interrelation entre sujet et monde, que la signification émerge. Dans cette relation, le sujet percevant ne s'impose pas au monde perçu mais le constitue, et inversement le monde ne s'impose pas au sujet, la signification émane du monde. La réalité se trouve dans cette relation entre ouverture au monde et façon particulière de la traiter, entre perception passive et active du monde.

▶ Interrelation entre sujet et monde

Nous allons, dans un premier temps, lister nos interprétations des discours des étudiants, afin de comparer les différents types de relation établis entre sujet et monde. Notre objet d'études étant l'acquisition du toucher, nous nous adressons bien à un autrui situé dans le monde, et non à un objet du monde.

<i>Etudiant</i>	<i>Type d'interrelation entre sujet et monde</i>
<i>Béatrice</i>	Se situe comme sujet percevant faisant l'expérience du monde, entre fonction active et passive, posture qu'elle est en train d'acquérir.
<i>Christophe</i>	Se situe comme sujet cognitif faisant l'expérience du monde en privilégiant la fonction active sur celle passive.
<i>Deborah</i>	Se situe comme sujet percevant au sein du monde, avec une légère prédominance de la fonction active (contrôle) sur celle passive.
<i>Elodie</i>	Se situe comme sujet percevant et sensible faisant l'expérience du monde, entre fonction active et passive.

<i>Etudiant</i>	<i>Type d'interrelation entre sujet et monde</i>
<i>Félicie</i>	Se situe comme sujet percevant faisant l'expérience du monde, avec une légère prédominance de la fonction passive sur celle active.
<i>Geneviève</i>	Se situe comme sujet cognitif faisant l'expérience du monde en privilégiant la fonction active sur celle passive.

La plupart des étudiants interviewés se situent comme sujet percevant au sein du monde. Cette attitude perceptive, qui fait l'objet d'une réelle éducation au sein de la formation, est présente auprès de quatre étudiants sur six. Deux étudiants privilégient une relation plus cognitive au monde, Christophe perçoit le monde à travers ses pensées et Geneviève le perçoit avec ses mains et sa tête.

Par ailleurs, ils mentionnent tous une perception haptique, à la fois active et passive, motrice et perceptive. Mais quand certains trouvent un équilibre entre activité et passivité, d'autres privilégient un versant du toucher.

► Processus de genèse de l'expérience perceptive

Percevoir le monde tel qu'il est, et non tel que nous le vivons de manière naturelle avec nos préjugés, demande un effort perceptif. Dans le tableau ci-dessous, nous listons les processus de genèse de l'expérience perceptive des étudiants interviewés. Rappelons que ces expériences sont vécues au sein de pratiques manuelles, gestuelles ou introspectives.

	<i>Epochè</i>	<i>1^{ère} réduction</i>	<i>2^e réduction</i>	<i>Emergence du sentir</i>
<i>Béatrice</i>	de ses pensées	----	-----	avec une peur de découvrir
<i>Christophe</i>	-----	-----	-----	----- (envahi par ses pensées)
<i>Deborah</i>	de ses pensées par les consignes du formateur	-----	-----	des choses s'ouvrent
<i>Elodie</i>	de ses pensées et de sa parole	processus d'immersion dans le point d'appui	-----	perception claire, distincte et créative
<i>Félicie</i>	-----	-----	-----	difficultés à percevoir les détails
<i>Geneviève</i>	-----	-----	-----	----- (image mentale)

Nous notons la présence d'une partie du processus perceptif phénoménologique auprès de la moitié des étudiants.

Parmi les trois étudiants qui ne montrent aucune trace d'*epochè* ni de réduction, Christophe, trop envahi par ses pensées, ne perçoit pas l'émergence du sentir, tout comme Geneviève, qui crée une image mentale avant l'acte de perception. Quant à Félicie, l'absence d'*epochè* et réduction lui offre néanmoins une perception globale de l'émergence du sentir.

Nous pouvons dire qu'en l'absence de tout effort perceptif phénoménologique, deux étudiants n'ont de manière logique pas accès à l'émergence du sentir, alors que Félicie montre des traces d'un processus en tout cas partiellement effectué.

Parmi les trois étudiants qui montrent un effort perceptif phénoménologique, deux étudiants effectuent uniquement une *epochè*. Chez Béatrice, l'*epochè* de ses pensées lui permet de découvrir un nouveau champ perceptif, teinté d'une peur de découvrir. Chez Deborah, l'*epochè* de ses pensées s'effectue en s'appuyant sur les consignes du formateur, lui permettant ainsi de découvrir un nouveau champ perceptif, mais qui n'est pas encore clairement conscientisé. Nous retrouvons chez Elodie une *epochè* et une première réduction alliée à une perception claire, distincte et créative.

Nous pouvons dire qu'effectuer une *epochè* semble offrir un nouveau champ perceptif, à l'exception de Félicie qui accède à ce champ sans *epochè*. Par contre, la première réduction, associée à l'*epochè*, montre un processus perceptif phénoménologique accompli chez Elodie. Ainsi, pour cette étudiante, une perception claire et distincte est accessible sans deuxième réduction, ou sans prise de conscience de celle-ci. D'autre part, nous notons que c'est au sein du point d'appui, temps où les mains du thérapeute s'immobilisent pour permettre au corps du patient de se mobiliser, qu'elle effectue cet acte perceptif phénoménologique. Le point d'appui semble être un temps perceptif privilégié pour cette étudiante.

► Interrelation entre sujet et monde, et processus perceptifs

En croisant les deux synthèses précédentes, nous obtenons :

	<i>Interrelation sujet-monde</i>	<i>Processus perceptifs</i>	<i>Emergence du sentir</i>
<i>Béatrice</i>	Sujet percevant. Perception active et passive.	<i>époque</i>	avec une peur de découvrir
<i>Christophe</i>	Sujet cognitif. Perception active.	-----	----- (envahi par ses pensées)
<i>Deborah</i>	Sujet percevant. Légère perception active.	<i>époque</i>	des choses s'ouvrent
<i>Elodie</i>	Sujet percevant et sensible. Perception active et passive.	<i>époque</i> et première réduction	perception claire, distincte et créative
<i>Félicie</i>	Sujet percevant. Légère perception passive.	----	difficultés à percevoir les détails
<i>Geneviève</i>	Sujet cognitif. Perception active.	----	----- (image mentale)

Ce tableau montre que parmi les trois les sujets qui n'effectuent pas d'*époque*, deux établissent une relation cognitive au monde avec une prédominance de la perception active. Nous notons chez eux un lien entre perception active, relation cognitive au monde et absence d'*époque* et réduction.

Félicie, le troisième sujet, établit une relation perceptive au monde avec une légère prédominance de la perception passive, établissant ainsi un lien entre perception passive et absence d'*époque* et réduction.

Les trois étudiants qui déroulent en partie un processus perceptif phénoménologique, établissent également une relation perceptive au monde. Au sein de ce groupe, deux étudiants mentionnent une perception haptique équilibrée, tandis que Deborah privilégie faiblement la perception active.

Nous pouvons voir émerger, au sein de ce groupe restreint de six étudiants, trois profils. Le premier, constitué de Christophe et Geneviève, privilégie une relation cognitive au monde, sans trace de processus perceptif phénoménologique et éprouve des difficultés perceptives. Nous notons également que ces deux étudiants éprouvent des difficultés dans l'apprentissage du toucher, et notamment dans la perception et l'acceptation de la part subjective du monde.

Le second, constitué de Béatrice et Elodie, privilégie une relation perceptive au monde au sein d'un équilibre entre activité et passivité. Leur perception est soit claire et distincte, soit encore teintée d'un manque de confiance.

Le troisième, plus atypique, est constitué de Deborah et Félicie. Toutes deux privilégient une relation perceptive au monde, l'une de manière plutôt active et l'autre passive, l'une effectuant une *epochè*, l'autre pas ; toutes deux mentionnent des difficultés et des réussites perceptives. Nous pouvons nous poser la question de l'existence d'un lien entre type de perception et *epochè* : est-ce qu'une perception plus active faciliterait l'accès à l'*epochè* ?

Nous retrouvons bien un lien entre d'un côté, un sujet percevant et constituant le monde, et de l'autre, une attitude perceptive phénoménologique. En effet, le deuxième groupe montre bien cette relation. A contrario, le premier groupe montre une relation négative : un sujet peu percevant ne montre pas d'attitude perceptive phénoménologique. Le troisième groupe montre des liens plus atypiques.

6.2.2 Etre touché

► Question de recherche : Quand l'étudiant est touché par autrui, qu'apprend-il du toucher ?

Nous avons vu qu'être touché par autrui c'est laisser autrui établir une relation avec moi, venir empiéter et transformer mon champ perceptif ; c'est me laisser toucher dans ma manière d'apparaître au monde et à moi-même. Nous pensons que porter une attention aux perceptions somatiques issues de son expérience corporelle est nécessaire à l'apprentissage du toucher. Dans cet objectif, nous effectuons la synthèse suivante :

<i>Etudiant</i>	<i>Etre touché</i>
<i>Béatrice</i>	Apprend à éprouver un lieu de confiance d'elle-même qui lui permet d'être présente à elle et à autrui, d'oser écouter l'autre et son corps.
<i>Christophe</i>	Perçoit des touchers différents et apprend à connaître son toucher.
<i>Deborah</i>	Apprend à toucher autrui et le protocole donné par le formateur.
<i>Elodie</i>	Apprend à percevoir les zones touchées pour pouvoir ensuite les toucher chez autrui.
<i>Félicie</i>	Perçoit le toucher sur elle, ce qui lui permet de percevoir autrui et de le toucher par un geste manuel où son corps participe.
<i>Geneviève</i>	Perçoit les différents touchers qui vont influencer son toucher.

La majorité des étudiants perçoit le toucher du thérapeute : les mains, les différentes prises, la profondeur et la pression du toucher. Percevoir ce toucher leur permet soit de connaître le leur par comparaison (Christophe), d'acquérir un protocole (Deborah), d'intégrer le corps à la main (Félicie) ou d'influencer son toucher (Geneviève). Ces étudiants, en percevant le toucher de manière externe, modifient leur « geste technique » mais peu leur compétence tactile.

Elodie, en percevant les zones touchées, décrit une perception interne d'une région anatomique de son corps, qui lui permettra de toucher cette intériorité chez autrui.

Pour Béatrice, être touchée c'est éprouver un lieu de confiance d'elle-même, c'est se laisser toucher dans sa manière d'apparaître à elle-même, pour pouvoir être présente à autrui. Elle n'est pas seulement touchée dans son corps, mais également dans son identité.

En réponse à notre question, nous pouvons dire que, quand les étudiants sont touchés, ils apprennent quelque chose. Pour la majorité d'entre eux, l'apprentissage se situe dans une manière de toucher, pour une étudiante, il est dans la perception interne du corps, et pour la dernière, dans un éprouvé intime d'elle-même.

6.2.3 Apprentissage du toucher

► Question de recherche : Quelles situations pédagogiques permettent d'apprendre de son expérience du toucher ?

Le toucher, en fasciathérapie, allie une grande part perceptive et sensible au geste technique. Acquérir une compétence tactile nécessite une éducation perceptive de son corps. Faire l'expérience de son corps, c'est faire une expérience perceptive immédiate qui permet de faire l'expérience de soi.

Nous pensons que les compétences perceptives acquises lors des temps de pratique individuelle, sont transférables à la perception du toucher. Nous pensons ainsi qu'un transfert s'effectue entre ces compétences perceptives dans un travail individuel et le toucher sur autrui. Que vivent les étudiants ?

<i>Etudiant</i>	<i>Cours d'anatomie</i>	<i>Gymnastique et introspection sensorielle</i>
<i>Béatrice</i>	Ambiance de la région anatomique	
<i>Christophe</i>		Apprend à mieux se connaître, à intégrer son corps dans le geste manuel. Ces apprentissages demandent du temps pour être intégrés à son toucher
<i>Deborah</i>		Découvre de nouveaux champs perceptifs. Ne donne pas d'indication sur leur transfert ou non au toucher
<i>Elodie</i>	Perçoit en elle les régions anatomiques à travailler	Apprentissage perceptif. Transfert entre son apprentissage de nouveaux champs à l'intérieur d'elle à son toucher
<i>Félicie</i>		Compétences perceptives acquises au sein des pratiques individuelles demandent du temps pour être transférées au toucher
<i>Geneviève</i>		Apprentissage du maintien de l'attention transféré à son toucher

Pour la majorité des étudiants, l'apprentissage perceptif s'effectue pendant les temps de pratique prévus à cet effet, gymnastique et introspection sensorielle. Certains apprentissages prennent plus de temps à s'intégrer à leur pratique manuelle que d'autres. De manière surprenante, deux étudiants mentionnent également les cours d'anatomie comme lieu d'apprentissage perceptif de leur corps.

Par contre, nous avons peu d'informations sur le transfert en lui-même.

6.2.4. Effets de formation existentiels

- ▶ Question de recherche : Qu'apprend l'étudiant de son existence quand il est formé au toucher ?

Acquérir de nouvelles compétences et savoir-faire ne s'effectue pas sans transformation de son rapport à soi et au monde et de sa structure identitaire. Jusqu'à présent, nous avons observé les processus perceptifs et pédagogiques mis à l'œuvre dans l'apprentissage du toucher. Ici, nous observons les effets de cet apprentissage sur le sujet en formation.

<i>Etudiant</i>	<i>Effets de formation existentiels</i>
<i>Béatrice</i>	Construction d'une confiance en elle et dans ses perceptions, apprend à prendre le temps, à être présente avec autrui. Cette nouvelle confiance modifie son rapport à elle.
<i>Christophe</i>	Ne donne pas assez d'éléments.
<i>Deborah</i>	Calme, unité, profondeur, se pose.
<i>Elodie</i>	Rapport à l'homme est modifié, distinction nette entre elle et autrui.
<i>Félicie</i>	Construction identitaire acquise par une modification du rapport à son corps, modifie son rapport à elle-même et à autrui.
<i>Geneviève</i>	Ne donne pas assez d'éléments.

Plusieurs étudiants ont profondément modifié leur manière d'être à soi et à autrui. Nous notons également que pour Béatrice, Elodie et Félicie, c'est bien par la découverte d'un nouveau rapport au corps que ces transformations se sont faites.

Nous notons également que l'existence de Béatrice et de Félicie a été profondément modifiée par la formation en fasciathérapie. En reprenant les termes de Canguilhem (2002), nous pouvons dire que la fasciathérapie, pour ces deux étudiantes, en procurant une « authenticité d'existence » contribue à une conception innovante de la santé.

6.2.5 Conclusion

La mise en commun du matériau récolté auprès de six étudiants s'est avérée difficile. Ce matériau reflète la diversité des processus perceptifs et d'apprentissage fortement liée à notre individualité et notre histoire. D'autre part, se former au toucher, c'est également être touché dans son propre vécu au cours de la formation. De cette double sollicitation de l'identité, par la formation et par le toucher, les processus se révèlent fortement singuliers.

Toutefois, la mise en perspective phénoménologique a permis l'émergence de trois profils perceptifs, particulier à ces étudiants et ne pouvant être généralisé à l'ensemble des étudiants en formation, vu le nombre restreint d'interviews effectué et leur singularité.

7

Conclusion et perspectives

Ce travail me permet de clôturer mon parcours au sein de la FOPA. Il bénéficie de l'enseignement reçu au sein des Sciences de l'éducation et des nombreuses réflexions suscitées par les divers champs théoriques et pratiques abordés.

Ce mémoire s'est effectué dans une confrontation constante entre implication dans ma pratique et recul nécessaire à l'écriture. J'ai été surprise de voir combien une réflexion menée sur les processus perceptifs déployés par les étudiants en formation est venue nourrir ma pratique. En effet, tout au long de cette recherche et de son écriture, les pensées des phénoménologues – tout comme les témoignages des étudiants – sont venus en écho nourrir ma pratique de manière inattendue. De même, ma pratique en fasciathérapie est venue alimenter la théorie, me laissant apercevoir de nouvelles compréhensions.

Articuler les données récoltées auprès des étudiants au cadre théorique de la phénoménologie ne s'est pas fait sans mal. En effet, je me suis retrouvée avec un matériau observé riche en informations et je ne savais pas comment le faire « entrer dans les cases » prescrites par les phénoménologues. Toute la richesse des données semblait disparaître.... Mais, en fin de compte, le cadre phénoménologique m'a permis de sortir d'un premier jugement purement descriptif et un peu émotionnel, sans toutefois quitter l'humain. D'autre part, par la nécessaire réduction des informations, il permet au processus perceptif singulier d'émerger du discours.

La lecture du matériau récolté auprès des étudiants que je côtoie depuis trois ans, m'a souvent émue. Le témoignage de leur réussite, des difficultés qu'ils rencontrent, de leurs doutes m'a permis de mieux comprendre leur processus perceptifs et d'apprentissage. L'analyse et l'interprétation de ce matériau me permet d'aborder ces étudiants avec une compréhension nouvelle.

Les étudiants interrogés ont commencé leur formation en novembre 2006. Au cours des deux premières années de formation, ils ont abordé l'appareil locomoteur, le crâne, les viscères et ont obtenu leur certificat après un examen effectué en juin 2008. Au moment de l'interview, ils se trouvent en troisième année, sur les quatre années que comprend le cycle complet de formation, et ont suivi deux des trois séminaires du cycle consacrés au drainage et à la pulsologie. Comme l'indiquent les étudiants interrogés, ils se trouvent à un moment délicat de leur formation, dans un processus d'acquisition d'un nouveau toucher. Ainsi, c'est au sein de ce processus – non encore acquis – que se situe l'interview.

D'autre part, la suite de leur formation prévoit un cycle de trois séminaires plus spécifiques sur l'entretien verbal, la compréhension et l'explicitation de leur vécu. Nous pensons que leur témoignage peut être enrichi par une technique adaptée de réflexion sur leur pratique. En effet, les théories de l'apprentissage expérientiel montrent qu'apprendre de son expérience nécessite un processus réflexif porté sur celui-ci. La réflexion sur la pratique est actuellement peu utilisée au sein de la formation de fasciathérapie en Belgique. Nous pensons insérer des temps de réflexion sur la pratique au sein du dernier module de leur formation.

Enfin, nous notons chez certains étudiants un processus identitaire en cours qui ne semble pas avoir de lien immédiat avec l'analyse phénoménologique de la perception. En effet, l'interprétation d'Elodie montre qu'elle effectue une *époque* et une première réduction et des effets de formation sur sa relation à l'homme. Nous notons chez Béatrice et Félicie, au contraire, une transformation radicale de leur structure identitaire, mais sans processus perceptif phénoménologique probant.

L'existence d'une relation ou non entre processus perceptifs au sein d'une relation de toucher et transformation identitaire me questionne et me pousse à chercher encore.

Bibliographie

- Albarello, L. (2003). *Apprendre à chercher : l'acteur social et la recherche scientifique* (2^e édition). Bruxelles : De Boeck Université.
- Albarello, L. (2004). *Devenir praticien-chercheur : Comment réconcilier la recherche et la pratique sociale*. Bruxelles : De Boeck.
- Austry, D. (2007). *Le touchant touché dans la relation au Sensible : Pour une philosophie du contact*. CERAP : Université Moderne de Lisbonne (en ligne). <http://www.cerap.org> (pages consultés le 1 mars 2008).
- Barat, M. (2007). Rééducation motrice. In, Marzano, M., *Dictionnaire du corps*. Paris : PUF, p. 810-813.
- Barbaras, R. (1964). *La perception : Essai sur le sensible*. Paris : Hatier.
- Barbaras, R. (2005). De la phénoménologie du corps à l'ontologie de la chair. In Goddard, J.-C., *Le corps*. Paris : Vrin, pp. 207-250.
- Barbier, R. (2006). Sagesse, expérience et éducation. In, H. Bézille & B. Courtois (Coords.), *Penser la relation Expérience-Formation*. Lyon : Chronique Sociale, p. 226-237
- Bégout, B. (2003). Edmund Husserl. In Cabestan, P. (sous la direction de). *Introduction à la phénoménologie*. Paris : Ellipses Editions Marketing S.A., pp. 11-35.
- Benoist, J. (2007a). Husserl, Edmund, 1858-1938. In Marzano, M. (sous la direction de). *Dictionnaire du corps*. Paris : PUF, pp. 469-471.
- Benoist, J. (2007b). Phénoménologie. In Marzano, M. (sous la direction de). *Dictionnaire du corps*. Paris : PUF, pp. 708-711.
- Benoist, J. (2007c). Corps objet/Corps sujet. In Marzano, M. (sous la direction de). *Dictionnaire du corps*. Paris : PUF, pp. 244-248.
- Benoist, J. (2007d). Corps propre. In Marzano, M. (sous la direction de). *Dictionnaire du corps*. Paris : PUF, pp. 252-254.

- Berger, E. (2005). Le corps sensible : quelle place dans la recherche en formation ? In C. Delory-Momberger (coord.), *Pratiques de formation - analyse, Corps et formation* (p. 51-64). Saint-Denis : Université Paris 8.
- Berger, E. (2006). *La somato-psychopédagogie ou comment se former à l'intelligence du corps*. Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'Appui.
- Berger, E. & Bois, D. (2007). Expérience du corps sensible et création de sens : approche somato-psychopédagogique. *Réciprocités*, n° 1, novembre 2007, p. 23-32 (en ligne). <http://www.cerap.org> (pages consultées le 5 décembre 2007).
- Bernard, M. (1995). *Le corps*. Editions du Seuil.
- Bernet, R. (2008). Le sujet dans la nature : Réflexions sur la phénoménologie de la perception chez Merleau-Ponty. In Richir, M. & Tassin, E. (textes réunis par), *Merleau-Ponty : Phénoménologie et expériences* (2^e édition). Grenoble : Million, (pp. 57-77), (publication originale en 1992).
- Bézille, H. & Courtois, B. (2006). Introduction. In, H. Bézille & B. Courtois (Coords.), *Penser la relation Expérience-Formation*. Lyon : Chronique Sociale, p. 13-16.
- Billeter, J.-F. (2006). *Leçons sur Tchouang-tseu*. Paris : Editions Allia.
- Bois, D. (1989). *La vie entre les mains*. Paris : Guy Trédaniel Éditeur.
- Bois, D. (2006). *Le moi renouvelé : Introduction à la somato-psychopédagogie*. Paris : Éditions Point d'Appui.
- Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations de l'adulte*. Séville : Université de Séville. Doctorat en didactique et organisation des institutions éducatives.
- Bois, D. (2008). De la fasciathérapie à la somato-psychopédagogie : analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines. *Réciprocités*, n° 2, mai 2008, p. 6-18 (en ligne). <http://www.cerap.org> (pages consultées le 2 juin 2008).
- Bois, D. & Austry, D. (2007). Vers l'émergence du paradigme du Sensible. *Réciprocités*, n° 1, novembre 2007, p. 6-22 (en ligne). <http://www.cerap.org> (pages consultées le 15 novembre 2007).
- Bois, D. & Berger, E. (1990). *Une thérapie manuelle de la profondeur : Méthode Danis Bois, Fasciathérapie-Pulsologie*. Paris : Guy Trédaniel.
- Bonnet, C. (2001). Perceptions, représentations et réalités. In Keller, D., Durajour, J.P., Bonnot, J.F.P. & Sock, R. (eds), *Percevoir : monde et langage. Invariance et variabilité du sens vécu*. Sprimont : Pierre Mardaga éditeur, pp. 205-218.
- Bonneton-Tabariès, F. & Lambert-Libert, A. (2006). *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. Paris : éditions Med-Line.
- Bordeleau, L.-P. (1999). Le corps comme soi-même. In, Bordeleau, L.-P. & Charles, S., *Corps et science : enjeux culturels et philosophiques*. Montréal : Liber, pp. 171-199.

- Bourgeois, E. (1996). Identité et apprentissage. *Education permanente, Formation et dynamiques identitaires*, n° 128, 1996-3, p. 27-35.
- Bourgeois, E. (2004). Préface. In, L. Albarello, *Devenir praticien-chercheur : Comment réconcilier la recherche et la pratique sociale*. Bruxelles : De Boeck, p. 5-8.
- Bourgeois, E. & Nizet, J. (1999a). *Apprentissage et formation des adultes*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bourgeois, E. & Nizet, J. (1999b). La dynamique identitaire. In E. Bourgeois & J. Nizet, avec les contributions de G. de Villers & E. Leclercq, *Regards croisés sur l'expérience de formation*. Paris : L'Harmattan.
- Bourrassa, B., Serre, F. & Ross, D. (1999). *Apprendre de son expérience*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1990). *Une psychologie du corps*. Paris : PUF.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.
- Buytendijk, F.J.J. (1952). *Phénoménologie de la rencontre*. Paris : Desclée De Brouwer & Cie.
- Canguilhem, G. (2002). *Ecrits sur la médecine*. Paris : Seuil.
- Canguilhem, G. (2007). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF. (Original publié en 1966).
- Canter, B. & Maroy, C. (avec la collaboration de F. Urger), (1999). *Le développement de la formation professionnelle continue en Belgique francophone*. Cahier de Recherche du GIRSEF, n°2, Septembre 1999, Université Catholique de Louvain.
- Chavarot, J.-M. (s.d.). Les directions de sens du toucher. In J. Chamond (sous la direction), *Les directions de sens : Phénoménologie et psychopathologie de l'espace vécu*. Paris : Vrin, p. 93-116.
- Clercier, C. (2004). Histoires de corps habités : dynamique de construction de soi. *Rivista Elettronica di Scienze Umane e Sociali*, vol. 2, n. 3, luglio/settembre 2004 (en ligne). <http://www.analisiqualitativa.com/magma>, pages consultées le 10 décembre 2007.
- Clot, Y. (1999). Le geste est-il transmissible ? *Apprendre autrement aujourd'hui ? 10^e Entretiens de la Villette, Cité des Sciences et de l'industrie*.
- Cormier, P. (2007). Chair. In Marzano, M. (sous la direction de). *Dictionnaire du corps*. Paris : PUF, pp. 177-182.
- Cortesi, F. (2005). *Ethique de l'éducation et de la formation*. UCL, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation, FOPA, support et notes de cours.
- Courraud, C. (1999). *Fasciathérapie & sport : le match de la santé*. Paris : Editions Point d'Appui.

- Da Silva-Charrak, C. (2005). *Merleau-Ponty. Le corps et le sens*. Paris : PUF, coll. Philosophies.
- Dastur, F. (1988). Monde, chair, vision. In Tymieniecka, A.T. (rédacteur), *Maurice Merleau-Ponty : le psychique et le corporel*. Aubier, pp. 115-144.
- Dastur, F. (2001). *Chair et langage : Essais sur Merleau-Ponty*. La Versanne : encre marine.
- Dauliach, C. (1998). Expression et onto-anthropologie chez Merleau-Ponty. In Merleau-Ponty, *Notes de cours sur L'origine de la géométrie de Husserl, suivi de Recherches sur la phénoménologie de Merleau-Ponty*. Paris : Presses Universitaires de France (pp. 305-330).
- de Ajuriaguerra, J. (1962). Le corps comme relation. *Revue Suisse de Psychologie pure et appliquée*, Volume XXI. Bern : Hans Huber, pp. 137-157.
- Depraz, N. (2001). *La conscience. Approches croisées : des classiques aux sciences cognitives*. Paris : Armand Colin / VUEF.
- Depraz, N. (2006). *Comprendre la phénoménologie : une pratique concrète*. Paris : Armand Colin.
- de Saint Aubert, E. (2004). *Du lien des êtres aux éléments de l'être : Merleau-Ponty au tournant des années 1945-1951*. Paris : Vrin.
- de Villers, G. (1991). L'expérience en formation d'adultes. In B. Courtois & G. Pineau, (coords.), *La formation expérientielle des adultes*. Paris : La Documentation Française, p. 13-20.
- de Villers, G. (1999). Le sujet divisé et le désir de formation. In, E. Bourgeois & J. Nizet, avec les contributions de G. de Villers & E. Leclercq, *Regards croisés sur l'expérience de formation*. Paris : L'Harmattan.
- De Waelhens, A. (1970). *Une philosophie de l'ambiguïté : l'existentialisme de Maurice Merleau-Ponty*. Louvain : Editions Nauwelaerts.
- Dokic, J. (2007). Expérience corporelle. In Marzano, M., *Dictionnaire du corps*. Paris : PUF, (pp. 358-362).
- Dolto, B.J. (2006). *Le corps entre les mains*. Paris : Librairie Vuibert.
- Dominicé, P. (1989). Expérience et apprentissage : faire de nécessité vertu. *Éducation permanente, Apprendre par l'expérience*, p. 57-65.
- Dominicé, P. (1991). La formation expérientielle : un concept importé pour penser la formation. In B. Courtois & G. Pineau (coords.), *La formation expérientielle des adultes*. Paris : La Documentation Française, p. 53-58.
- Dominicé, P. (2005). La formation confrontée aux maltraitements du corps. In Delory-Momberger, C. (coord.), *Corps et formation. Pratiques de formation - Analyses*, n° 50, p. 65-76.

- Dominicé, P. (2006). Faire de la place à l'expérience pour penser la formation. In H. Bézille & B. Courtois (Coords.), *Penser la relation expérience-formation*. Lyon : Chronique Sociale, p. 9-12.
- Dominicé, P., Josso, M.-C., Monbaron, J. & Müller, R. (2000). Faire place au sensible pour raconter et penser la formation. *Education permanente : Les histoires de vie, théories et pratiques*, n° 142, p. 95-104.
- Dortier, J.-F. (2000). Philosophie de la perception. *Philosophies de notre temps*. Auxerre : Sciences Humaines Editions.
- Dupond, P. (2003). Maurice Merleau-Ponty. In Cabestan, P. (sous la direction de). *Introduction à la phénoménologie*. Paris : Ellipses Editions Marketing S.A., pp. 11-35.
- Fontaine, P. (2007). Phénoménologie. In Zarander, J.-P., *Dictionnaire de philosophie*. Paris : Ellipses Editions Marketing S.A., pp. 441-442.
- Gatto, F. (2005). *Enseigner la santé*. Paris : L'Harmattan.
- Gély, R. (2000). *La genèse du sentir : Essai sur Merleau-Ponty*. Bruxelles : Editions Ousia.
- Gély, R. (2002). *Histoire de la philosophie du 13^e siècle jusqu'à l'époque contemporaine*. (Syllabus du cours FILO 2130). Université Catholique de Louvain.
- Gély, R. (2005). *Les usages de la perception : Réflexions merleau-pontiennes*. Leuven : Editions Peeters.
- Gentaz, E. (2000). Caractéristiques générales de l'organisation anatomo-fonctionnelle de la perception curanée et haptique. In, Y. Hatwell, A. Streri, & E. Gentaz (sous la direction de), *Toucher pour connaître : Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle*. Paris : PUF, p. 19-34.
- Gibson, J. J. (2001). Le système haptique (C. Guth, trad.). *Nouvelles de danse : Vu du corps*, n° 48-49, Bruxelles : Contredanse, p. 94-120. (Original publié en 1966).
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales* (11^e édition). Paris : Dalloz.
- Guigue-Durning, M. (1995). *Les mémoires en formation : Entre engagement professionnel et construction de savoirs*. Paris : L'Harmattan.
- Hall, E.T. (1971). *La dimension cachée* (A. Petita, trad.). Paris : Seuil. (Original publié en 1966).
- Hameline, D. (2003). Psychopédagogie. In Doron, R. & Parot, F. (sous la direction de), *Dictionnaire de psychologie*. Paris : PUF.
- Hasbroucq, T. (2001). Les modalités de contrôle du mouvement volontaire mouvement lent/mouvement rapide. In, D. Bois (sous la direction), *Thérapie & Mouvement*. Paris : Editions Point d'Appui, p. 29-40.

- Hatwell, Y. (2000a). Introduction. In, Y. Hatwell, A. Streri, & E. Gentaz (sous la direction de), *Toucher pour connaître : Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle*. Paris : PUF, p. 1-16.
- Hatwell, Y. (2000b). Les procédures d'exploration manuelle chez l'enfant et l'adulte. In, Y. Hatwell, A. Streri, & E. Gentaz (sous la direction de), *Toucher pour connaître : Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle*. Paris : PUF, p. 71-84.
- Honoré, B. (1992). *Vers l'œuvre de formation : L'ouverture à l'existence*. Paris : L'Harmattan.
- Honoré, B. (2003). *Pour une philosophie de la formation et du soin. La mise en perspective des pratiques*. Paris : L'Harmattan.
- Humeau, M. (2004). Approche du corps et de l'espace phénoménologique. *Rivista Elettronica di Scienze Umane e Sociali*, vol. 2, n° 3, juillet/septembre 2004 (en ligne). <http://www.analisiqualitativa.com/magma>, pages consultées le 10 décembre 2007.
- Humpich, M. & Lefloch-Humpich, G. (2008). L'émergence du sujet sensible : itinéraire d'une rencontre au cœur de soi. *Réciprocités*, n° 2, Mai 2008, p. 19-34 (en ligne). <http://www.cerap.org> (pages consultées le 2 juin 2008).
- Huneman, P. & Kulich, E. (1997). *Introduction à la phénoménologie*. Paris : Armand Colin.
- Josso, M.-C. (2009). Le corps biographique : Corps parlé et Corps parlant. *Réciprocités*, n° 3, mai 2009, p. 16-21 (en ligne). <http://www.cerap.org> (pages consultées le 3 juillet 2009).
- Kaddouri, M. (2006). Dynamiques identitaires et rapports à la formation. In J.-M. Barbier, E. Bourgeois, G. de Villers & M. Kaddouri (Eds), *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*. Paris : L'Harmattan.
- Kaufmann, J.-C. (2006). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin, Série « L'enquête et ses méthodes », sous la direction de F. de Singly, (1^{ère} édition 1996).
- Kunzmann, P., Burkard, F.-P. & Wiedmann F. (1993). *Atlas de la philosophie* (Z. Housez & S. Robillard, trad.). La Pochothèque, Le Livre de Poche. (Original publié en 1991).
- Landry, F. (1989). La formation expérientielle : origines, définitions et tendances. *Education permanente : Apprendre par l'expérience*, n° 100-101, p. 13-22.
- Lange, J.-M. (2001). *Une introduction à la psychopédagogie : des méthodes d'éducation active aux méthodes d'intervention spécifique*. Liège : Céfal.
- Laplantine, F. (1992). *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris : Payot. (1986 pour la 1^{ère} édition).

- Leao, M. (2003). *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. Paris : éditions point d'appui.
- Le Blanc, G. (2006). La vie psychique de la maladie. *Esprit : Les nouvelles figures du soin*, n° 321, janvier 2006, p. 109-122.
- Le Breton, D. (2003). Le toucher de l'autre en souffrance. *Revue des Sciences Sociales*, n° 31, pp. 200-205. Strasbourg.
- Le Breton, D. (2004). *La sociologie du corps*. Paris : Presses Universitaires de France (1^{ère} édition, 1992).
- Le Breton, D. (2005). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses Universitaires de France (1^{ère} édition, 1990).
- Le Breton, D. (2006a). La conjugaison des sens : Essai. *Anthropologie et Sociétés*, vol. 30, n° 3, pp. 19-28. En ligne : <http://www.il.erudit.org/iderudit/014923ar>, (pages consultées le 1^{er} juin 2009).
- Le Breton, D. (2006b). *La saveur du monde : une anthropologie des sens*. Paris : Editions Métailié
- Le Breton, D. (2007). Toucher. In Marzano, M., *Dictionnaire du corps*. Paris : PUF, p. 933-936.
- Lefort, C. (1978). *Sur une colonne absente. Écrits autour de Merleau-Ponty*. Gallimard.
- Legros, R. (1986). Phénoménologie et question de l'homme. In *La liberté de l'esprit*, n° 14, hiver 1986-1987). Paris : Hachette.
- Legros, R. (2006). Du monde naturel au monde de la vie. *Kairos, Revue de philosophie*, No 27, pp. 237-251, Presses Universitaires du Mirail.
- Lyotard, J.-F. (1954/2004). *La phénoménologie*. Paris : PUF (Que sais-je ? n° 625)
- Maldiney, H. (1990a). Esthétique et contact. In Schotte, J. (éd.), *Le contact*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael s.a., pp. 195-220.
- Maldiney, H. (1990b). La dimension du contact au regard du vivant et de l'existant : de l'esthétique-sensible à l'esthétique-artistique. In Schotte, J. (éd.), *Le contact*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael s.a., pp. 177-194.
- Marchand, H. (2005). *Intérêt d'une démarche de santé qui interroge le rapport au corps. Propositions théoriques et pratiques de la somato-psychopédagogie*. Lille : Université Lille 3, Sciences de l'éducation, mémoire de Master 1.
- Massé, R. (2007). Maladie. In Marzano, M. (sous la direction de), *Dictionnaire du corps*. Paris : PUF, p. 539-542
- Marzano Parisoli, M. M. (2004). *Penser le corps*. Paris : Presses Universitaires de France (1^{ère} édition, 2002).

- Massé, R. (2007). Santé. In Marzano, M. (sous la direction de), *Dictionnaire du corps*. Paris : PUF, p. 839-843.
- Matos Dias, I. (2001). *Merleau-Ponty : une poïétique du sensible* (R. Barbaras, traduction). Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
- Melyani, M. (2006). Expérience autoformatrice et intuition créatrice. In H. Bézille & B. Courtois (Coords.), *Penser la relation Expérience-Formation*. Lyon : Chronique Sociale, p. 49-63)
- Mengal, P. (2003). Psychologie de la forme. In Doron, R. & Parot F. (sous la direction de), *Dictionnaire de psychologie*. Paris : PUF Quadrige, pp. 312-313.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard, collection tel.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible, suivi de Notes de travail*. Gallimard, collection tel.
- Merleau-Ponty, M. (1968). *Résumés de cours. Collège de France 1952-1960*. Gallimard, collection tel.
- Merleau-Ponty, M. (1969). *La prose du monde* (texte établi et présenté par Claude Lefort). Paris : Gallimard.
- Merleau-Ponty à la Sorbonne*, (1988), résumé de cours 1949-1952. Editions Cyrana.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *La nature : Notes, Cours du Collège de France*, établi et annoté par Dominique Séglaard. Paris : Seuil.
- Merleau-Ponty, M. (1996). *Le primat de la perception et ses conséquences philosophiques*. Lagrasse : Editions Verdier.
- Mercury, J.-Y. (2001). *Approches de Merleau-Ponty*. Paris : L'Harmattan.
- Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher : un premier langage* (C. Erhel, trad.). Paris : Seuil. (Original publié 1971).
- Mucchielli, A. (2004). Compréhensive (approche). In Mucchielli, A. (sous la direction de), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris : Armand Colin, pp. 24-28).
- Nancy, J.-L. (2006). Toucher. In Andrieu, B. (sous la direction de), *Le dictionnaire du corps en sciences humaines et sociales*. Paris : CNRS Editions, p. 497-499.
- Niewiadomski, C. & de Villers, G. (sous la direction) (2002). *Souci et soin de soi : Liens et frontières entre histoire de vie, Psychothérapie et psychanalyse*. Paris : L'Harmattan.
- Noël, A. (2000). *La gymnastique sensorielle : un nouveau regard sur le mouvement*. Paris : éditions point d'appui.
- Olry, P., Lang, N. & Froissart-Monet, M.-T. (2005). Distance thérapeutique et corps à corps : L'exemple du traitement de la douleur en masso-kinésithérapie. *Education permanente*, n° 165/2005-4, p. 69-86.

- Organisation Mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. En ligne : http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french. Site consulté le 3 mars 2009.
- Paillé, P. (2004). Recherche Qualitative. In Mucchielli, A. (sous la direction de), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris : Armand Colin, pp. 226-228)
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Peillon, V. (2004). *Merleau-Ponty : l'épaisseur du cogito. Trois études sur la philosophie de Maurice Merleau-Ponty*. Latresne : Editions Le Bord de l'Eau.
- Quééré, N. (2004). *La pulsologie Méthode Danis Bois*. Paris : Editions Point d'Appui.
- Quivy, R. & Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales* (2^e édition entièrement revue et augmentée). Paris : Dunod.
- Richir, M. (1993). *Le corps. Essai sur l'intériorité*. Paris : Hatier.
- Roll, J.-P. (1994). Sensibilités cutanées et musculaires. In, Richelle, M., Requin, J. & Robert, M., *Traité de psychologie expérimentale*, tome 1. Paris : PUF, pp. 483-542.
- Rugira, J.-M. (2008). La relation au corps, une voie pour apprendre à comprendre et à se comprendre : pour une approche perceptive de l'accompagnement. In, *Le projet de comprendre dans une approche phénoménologique : quelles origines, quels chemins, quels savoirs ?* Collection du Cirp, volume 3, p. 122 à 143 (en ligne). <http://www.cirp.uqam.ca> (pages consultées le 15 janvier 2009).
- Russ, J. (1991). *Dictionnaire de philosophie*. Paris : Bordas.
- Sacks, O. (1988). *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. Paris : Seuil.
- Saillant, 2007, Soins. In Marzano, M. (sous la direction de), *Dictionnaire du corps*. Paris : PUF, p. 877-880.
- Schurmans, M.-N. (2008). L'approche compréhensive et qualitative dans la recherche en formation. *Education permanente, La formation et la recherche*, n° 177/2008-4, p. 91-103.
- Shusterman, R. (2009). Entretien avec Richard Shusterman, par B. Andrieu. *Corps au travail*, Revue Corps, N° 6, mars 2009. Paris : Editions Dilecta, pp. 5-10.
- Sévérac, P. (2006). Perception. In Andrieu, B. (sous la direction de), *Le dictionnaire du corps*. Paris : CNRS Editions. (pp. 364-366)
- Sola, C. (2007). « Y a pas de mots pour le dire, il faut sentir. » *Terrain 49, Toucher*, septembre 2007, p. 37-50.
- Tengelyi, L. (2006). *L'expérience retrouvée : Essais philosophiques I*. Paris : L'Harmattan.

- Tomás, J.-L. (2008). *La transmission des gestes de métier en chirurgie cardiaque*. Centre de Recherche sur le Travail et le Développement (EA 4132), Cnam, équipe clinique de l'activité. Site de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (en ligne). <http://www.irsst.qc.ca> (pages consultées le 21 juillet 2009).
- Tinoco, C. (1997), (textes choisis et présentés par). *La sensation*. Paris : Flammarion.
- Vaillant, J. (2003). Sociologie et anthropologie du corps et kinésithérapie. *Kinésithérapie Scientifique*, n° 431, mars 2003, p. 33-45.
- Verrier, C. (2006). Expérience réfléchie et expérience non réfléchie. In H, Bézille & B. Courtois (Coords.), *Penser la relation Expérience-Formation*. Lyon : Chronique Sociale, p. 71-79.
- Vinit, F. (2007a). *Le toucher qui guérit : Du soin à la communication*. Paris : Belin.
- Vinit, F. (2007b). Massage : du geste d'évidence à l'assise scientifique. In, Marzano, M., *Dictionnaire du corps*. Paris : PUF, p. 555-558.
- Vinit, F. (2007c). Toucher et soin. In, Marzano, M., *Dictionnaire du corps*. Paris : PUF, p. 936-939.
- WCPT (World Confederation for Physical Therapy), Branche européenne (2003). *Points de références de la kinésithérapie*. Site de la Fédération Internationale des Organisations de Physiothérapeutes Francophones (FIOPF), (en ligne). www.fiopf.org/Traductions.htm (pages consultées le 16 mars 2009).
- Worms, F. (2006). Les deux concepts du soin : Vie, médecine, relations morales. *Esprit : Les nouvelles figures du soin*, n° 321, janvier 2006, p. 141-156.
- Wunenburger, J.-J. (2006). *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives*. Paris : Les Belles Lettres (coll. Médecine & Sciences Humaines).