

Réciprocités

No 4 Janvier 2010

**Exploration des concepts du
paradigme du Sensible**

Revue du Centre d'Étude et de
Recherche Appliquée en Psycho-
pédagogie perceptive (CERAP) de
l'Université Fernando Pessoa de
Porto (Portugal)

Pour plus d'informations: www.cerap.org

Revue publiée par les Éditions Point d'Appui
sous l'égide du CERAP

ISSN : 1647-029X



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Réciprocités

Réciprocités est une publication des chercheurs du Centre d'Etude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie Perceptive (CERAP) de l'Université Fernando Pessoa de Porto, créée en 2007.

Réciprocités publie trois fois par année (février, mai et novembre) des communications scientifiques issues de travaux de recherche portant sur des problématiques de santé, d'éducation, de pédagogie ou de formation d'adultes, mettant en jeu la dimension du Sensible dans ses aspects expérientiels et/ou théoriques.

Réciprocités manifeste ainsi une volonté d'explorer et de valoriser le corps sensible en tant que source de création de connaissance.

Réciprocités s'adresse aux chercheurs et aux formateurs en sciences humaines, ainsi qu'à toute personne intéressée par une éducation du corps sensible et au corps sensible.

Réciprocités est une revue électronique diffusée sur <http://www.cerap.org/revue.php>. Tous les numéros publiés sont téléchargeables gratuitement sur ce site internet au format pdf. Toutes les personnes désirant être averties par mail de la sortie d'un nouveau numéro peuvent s'inscrire sur le site.

Equipe éditoriale

Directeur de publication et rédacteur en chef
Danis Bois

Comité de rédaction

Didier Austray
Eve Berger

Chargée de publication

Corinne Arni

Réciprocités

www.cerap.org

info@cerap.org

Université Fernando Pessoa, Porto

Centre d'Etude et de Recherche Appliquée
en Psychopédagogie Perceptive (CERAP)

ISSN : 1647-029X

Comité scientifique

Franz Baro, Katholieke Universiteit, Leuven – Danis Bois, Université Fernando Pessoa, Porto – Hélène Bourhis, Université Fernando Pessoa, Porto & Université Paris 8 – Elizeu Clementino, Université de l'état de Bahia – Christian Courraud, Université Fernando Pessoa, Porto – Jacques Daignault, Université du Québec, Rimouski – Jacques Hillion, CERAP – Marc Humpich, Université Fernando Pessoa, Porto et Université du Québec, Rimouski – Marie-Christine Josso, Université de Genève – Serge Lapointe, Université du Québec, Rimouski – Diane Léger, Université du Québec, Rimouski – Isabelle Lopez Górriz†, Université de Séville – Pierre Paillé, Université de Sherbrooke – Bernard Pachoud, CREA, Université Paris 7 – Jeanne-Marie Rugira, Université du Québec, Rimouski – Pierre Vermersch, CNRS et GREX, Paris

Sommaire

Editorial

Didier Austray..... p. 4

Exploration des concepts du paradigme du Sensible

- *La mobilisation introspective du Sensible : Un mode opératoire visant l'enrichissement perceptif, la saisie et la mise en sens de la subjectivité corporelle*, Hélène Bourhis & Danis Bois p. 6
- *Le chercheur du Sensible : Sa posture entre implication et distanciation*, Didier Austray & Eve Berger p. 13

Contributions de chercheurs partenaires

- *Par-le-corps : Vers un langage propre au champ de l'Education Somatique*, Debora Pereira Bolsanello p. 20

Contributions de praticien-chercheurs

- *Autour de la relation soignant-patient dans le cas de maladie grave : une réflexion centrée sur le soignant*, Mathilde Gros..... p. 27

Editorial



Didier Austray

Chercheur du CERAP, professeur associé invité à l'université Fernando Pessoa de Porto, doctorant en philosophie, Université de Rouen

Je suis heureux, au nom de l'équipe éditoriale, de présenter ce quatrième numéro de *Réciprocités*, qui vient fêter deux années de publication.

En effet, depuis deux ans déjà, sous l'impulsion du Pr. Danis Bois, notre revue explore les différentes dimensions du *Paradigme du Sensible*. Ainsi, nos deux premiers numéros présentaient l'assise de notre paradigme et D. Bois en a aussi présenté la genèse, étapes importantes pour comprendre notre paradigme. Le troisième se tournait déjà vers les évolutions de notre modélisation théorique, avec l'article de D. Bois sur le concept novateur de *l'advenir*, et la rencontre avec d'autres disciplines, comme les recherches sur le processus biographique ou l'abandon corporel.

Ces trois premiers numéros dessinaient notre projet et ses différents axes : être une revue de réflexion autour du paradigme du Sensible et de présentation des travaux de recherches du CERAP ; et être un lieu d'échanges et de rencontres interdisciplinaires, pour tous les chercheurs intrigués par la place du corps et de la subjectivité comme « sujet » de recherche, et passionnés par les questionnements existentiels qui en émergent.

Ce numéro est bien dans la continuité de ce projet initial, mais aussi avec les développements que nous voulions lui donner depuis la création de la revue.

En premier lieu, dans la continuité de l'exploration du paradigme du Sensible, H. Bourhis et D. Bois présentent dans leur article le *modèle de l'Introspection Sensorielle*. Selon moi, cet article

est exemplaire du style propre de nos recherches : une modélisation théorique *ancrée* dans une expérience et une expertise pratiques et qui *retourne* enrichir nos pratiques.

Ensuite, E. Berger et moi-même, présentons les résultats de la réflexion menée au sein du CERAP sur la *posture du chercheur du Sensible*. L'article, présenté en juin 2009 à Lille, dans un colloque consacré aux méthodologies de recherches qualitatives, est basé sur la partie méthodologique de la thèse de doctorat d'Ève Berger et résume de nombreuses discussions menées avec D. Bois dans nos séminaires de recherche.

En troisième, dans la continuité du partage autour des problématiques corporelles, *Debora P. Bolsanello*, enseignante et chercheuse en *éducation somatique*, présente sa modélisation du langage propre à cette discipline. Cette modélisation devrait intéresser notre communauté de recherche tant pour les points communs que pour les différences d'approche de la relation au corps.

Enfin, le dernier article inaugure une nouvelle rubrique de la revue, consacrée aux contributions des praticiens-chercheurs du CERAP. Nous espérons que cette nouvelle rubrique prendra toute sa place dans les numéros futurs, tant notre communauté de recherche (master, doctorat, collaborations, ...) commence à prendre de l'ampleur et tant il est important de faire connaître les résultats de ces recherches.

M. Gros, médecin et fasciathérapeute, nous fait partager son expérience et sa réflexion théorique autour de la relation soignant-soigné dans le cadre du suivi de pathologies graves. Son article est basé à la fois sur sa thèse de médecine et sur sa recherche de master, en cours de finali-

sation. Il présente les principales difficultés et confrontations personnelles que le soignant rencontre face à la maladie grave et intéresse tous les praticiens du Sensible confrontés à ces problématiques dans leur pratique.

En conclusion, j'espère que ce numéro rencontrera autant de succès que les précédents auprès de notre communauté et qu'il trouvera aussi, par les thématiques abordées, un large écho auprès d'un public nouveau. Ce qui nous ravira dans notre profond désir de faire connaître et partager nos recherches autour du paradigme du Sensible !

La mobilisation introspective du Sensible

Un mode opératoire visant l'enrichissement perceptif, la saisie et la mise en sens de la subjectivité corporelle



Hélène Bourhis

Doctorante en sciences de l'éducation à Paris 8, assistante invitée de l'Université Fernando Pessoa (UFP), Portugal.



Danis Bois

Dr. en sciences de l'éducation, Professeur à l'Université Fernando Pessoa (UFP), titulaire de l'agrégation en sciences sociales, option psychopédagogie, Porto et directeur du Centre d'Etude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive de l'UFP

Introduction ¹

Dans cette présentation, nous souhaitons aborder la place de la mobilisation introspective sensorielle dans la mise en sens de la subjectivité corporelle. Pour cela, nous nous appuyons sur notre expérience de formateurs en somato-psychopédagogie auprès d'une population d'adultes qui pratiquent leur métier dans le domaine de l'éducation pour la santé et de l'accompagnement d'une démarche compréhensive de sens. Cette pratique pédagogique et éducative nous a amenés à nous poser la question : « Comment, à partir du vécu corporel, accède-t-on à une mise en sens et à une compréhension des phénomènes éprouvés ? » Parmi les instruments pratiques de la somato-psychopédagogie que sont la relation d'aide manuelle, la relation d'aide gestuelle, la relation d'aide introspective et les espaces de parole et d'écriture, nous circonscrivons notre discussion à l'Introspection Sensorielle, champ d'expérience privilégié pour amener l'apprenant à questionner, à comprendre et à tirer du sens de son expérience corporelle sur le mode du Sensible.

Le terme introspection couvre aujourd'hui une multitude de pratiques et de sens, c'est pourquoi, dans un premier temps, il nous faudra en définir les contours en précisant l'importance du

terme *Sensible* tel que nous l'avons défini (Bois & Austry, 2007).

Cet article nous donnera l'occasion de contextualiser l'Introspection Sensorielle par rapport à la mobilisation introspective habituelle, puis nous aborderons le mode opératoire mis à l'œuvre dans l'Introspection Sensorielle et notamment le cadre d'expérience extra-quotidien ainsi que la structure pédagogique mise en œuvre. Au cœur de cette structure pédagogique, nous mettrons l'accent sur les consignes verbales pertinentes qui sollicitent l'écoute et la présence, l'observation, l'exploration, la convocation et les liens signifiants. Enfin, en guise de conclusion nous esquisserons les perspectives offertes par l'Introspection Sensorielle dans le domaine de l'accompagnement d'une démarche compréhensive de sens.

Contextualisation de l'Introspection Sensorielle

Le terme « introspection » signifie « tourné vers l'intérieur ». Mais que signifie « se tourner vers l'intérieur » ? S'agit-il d'une attitude naturelle que possède l'homme ou bien existe-t-il des méthodes de facilitation pour accéder à cette intériorité ? Et puis, à quoi donne-t-elle accès ? A nos pensées,

nos états intérieurs, ou bien, au contraire, ne dévoile-t-elle pas une forme de présence à nous-mêmes particulière ? On comprend pourquoi les méthodes introspectives ont été des outils importants de la psychologie pour l'étude du fonctionnement psychique de l'homme (De La Garanderie, 1989).

Mais la démarche introspective n'est pas nouvelle, puisque, déjà, Descartes (1999) proposait une méthode d'introspection basée sur le mode de la pensée analytique : « *J'avais tout loisir de m'entretenir de mes pensées* » (p. 19), confessait-il. On voit là la nature de l'introspection déployée par Descartes (1999) : « *Il n'y a rien qui ne soit entièrement en notre pouvoir que notre pensée* » (p. 36). Mais Descartes ne se limite pas au monde de la pensée, il introduit une dimension expérientielle formatrice en s'éprouvant lui-même dans les rencontres que la vie lui propose et à partir desquelles il développe son raisonnement. Ainsi, il nous invite « *à ne rechercher plus d'autre science que celle qui se pourrait se trouver en moi-même* » (*Ibid.*, p. 15).

Un autre philosophe français du XIX^{ème} siècle, Maine de Biran, propose une forme d'introspection qui introduit le « sentir » comme mode d'existence. Le moi se sent exister quand il est « *plongé et immergé dans la vie immédiate et spontanée de la sensibilité interne* » (Bégout, 1995, p. 28). Il y a chez Maine de Biran une sorte de vision intérieure qui nous intéresse tout particulièrement pour introduire l'Introspection Sensorielle. En effet, Maine de Biran se regarde au dedans de lui à travers la médiation du corps : « *Il n'y a pas de conscience du moi sans le sentiment intérieur et continu d'une coexistence vivante et actuelle avec le corps* » (*Ibid.*, p. 175). Dans sa quête introspective, ce philosophe privilégie la métaphore du toucher, le contact qu'il dénomme « tact intérieur » où le fait « intime » prime sur les actes purement réflexifs de l'intelligence. On découvre avec Maine de Biran que l'acte introspectif n'est pas seulement un mode d'exploration de la pensée mais aussi un mode d'accès à soi-même.

Plus contemporainement, W. James (1924), l'un des fondateurs de la psychologie, offre une alternative située à la croisée des postures citées précédemment : « *Ce que nous entendons par moi personnel, ce sont des pensées reliées entre elles, telles que nous les sentons* » (p. 17) ; ou encore : « *Le fait conscient universel n'est pas 'il y a des sentiments et des pensées' mais : 'je pense' et 'je ressens'* » (*Ibid.*, p. 109). James perçoit la nécessité d'une méthode analytique ciblée sur le flux de la conscience. Il invite à considérer deux identités, celle du 'Je' et celle du 'Moi' et dénonce l'étroitesse du champ de la conscience chez l'homme. Ce philosophe laisse

en héritage une description de l'introspection qui se rapproche de l'Introspection Sensorielle : « *Plus je scrute mes états intérieurs, plus je me convaincs que les modifications organiques, dont on veut faire les simples conséquences et expressions de nos affections et passions 'fortes', en sont au contraire le tissu profond, l'essence réelle.* » (*Ibid.*, p. 505). James (1924) souligne ici l'importance de la dimension organique dans l'introspection et va plus loin encore lorsqu'il ajoute : « *Il m'apparaît évident que m'enlever toute la sensibilité de mon corps serait m'enlever toute la sensibilité de mon âme, avec tous mes sentiments, les tendres comme les énergiques, et me condamner à traîner une existence d'esprit pur qui ne ferait que penser et connaître.* » (p. 505). Ainsi, James prolonge Maine de Biran, lorsqu'il exprime l'idée que le corps, siège d'une sensibilité propre, participe à l'ancrage identitaire de l'homme : « *Une émotion humaine sans rapports avec un corps humain est un pur non être* » (*Ibid.*, p. 105). Il soutient qu'ainsi le corps participe à la richesse de la vie réflexive : « *Dans tout 'ravisement', quel qu'en soit le motif intellectuel, nous retrouvons ces processus organiques secondaire* » (*Ibid.*, p. 511). Il existe donc bel et bien, pour James, une influence des modifications organiques sur la vie psychique : « *Il est certain que, grâce à une sorte d'influence physique immédiate, certaines perceptions produisent dans le corps des modifications organiques très étendues, avant que surgisse dans la conscience une émotion ou une représentation émotionnelle quelconque* » (*Ibid.*, p. 500).

A la suite des auteurs précédents, nous proposons une mobilisation introspective sensorielle qui reprend en partie les termes de Maine de Biran et de W. James, mais en convoquant cette fois-ci très fortement la dimension corporelle et sensible. L'Introspection Sensorielle ne s'intéresse pas seulement à l'étude des phénomènes mentaux, tels que la mémoire, l'imagination, la perception, la volonté, dans l'idée de les mesurer, mais s'intéresse surtout à la relation que la personne établit avec elle-même, avec sa perception, avec son corps et avec ses propres pensées. Les actes cognitifs convoqués par l'Introspection Sensorielle sont similaires à ceux mobilisés dans toutes les formes d'introspections, à savoir l'attention, l'intention, la discrimination, la catégorisation, l'intégration... Mais ce ne sont pas tant les ressources cognitives qui importent que le rapport que le sujet instaure avec elles. Cette nature d'introspection, comme nous le verrons, va au-delà de la seule sollicitation des organes des sens pour s'étendre à la mise en action du sujet *percevant, ressentant, pensant et actant*. E. Berger (2006) pointe la nature de la mobilisation perceptive mise à l'œuvre dans l'Introspection Sensorielle quand elle précise : « *On dit que l'introspection est*

'sensorielle' : cela signifie que l'observation de soi à laquelle on est invité est une observation ressentie, avant d'être intellectuelle ; il ne s'agit pas de réfléchir à sa vie, sans l'avoir d'abord perçue en soi, par le biais des états de la matière du corps. » (p. 78) Cette précision est importante car dans notre approche, les états de conscience n'appartiennent pas seulement à la sphère mentale ou psychique, ce sont également des phénomènes réellement corporels.

L'Introspection Sensorielle sur le mode du Sensible

Le terme « sensoriel » renvoie classiquement aux organes des sens extéroceptifs tandis que, dans le paradigme du Sensible, l'Introspection Sensorielle convoque une intimité corporelle offrant le plus souvent une expérience inédite : « *Le Sensible se donne sous la forme d'une subjectivité corporelle mouvante, interne, incarnée dans la chair et conscientisée par le sujet* » (Bois, 2008, p. 17). Mais comment apprend-on de la relation au vécu corporel ? Quelle nature de connaissance émerge de la relation au corps sensible ? Comment donner du sens à une sensation ? Voilà une série de questions qui mérite qu'on s'y attarde un peu. Dans le cas de l'Introspection Sensorielle, le sujet a souvent l'étrange impression de reconnaître en lui un vécu qu'il ne parvient pas toujours à nommer ou auquel il ne parvient pas à donner un sens. Ce phénomène montre la nécessité d'accompagner la mise en sens de l'expérience corporelle sensible. Cela demande un formateur expert dans le rapport au corps sensible et qui a acquis une habileté pour expliciter sa propre expérience. Une fois cette condition remplie, le formateur crée les conditions permettant à l'apprenant de contacter en lui le lieu de cette expérience sensible, et l'aide à témoigner de la richesse de ses contenus de vécu ainsi qu'à déployer un sens qui ne se donnerait pas en l'absence de cette médiation.

L'Introspection Sensorielle sur le mode du Sensible vise donc à permettre à la personne de « cheminer vers elle-même » en changeant la qualité du rapport à soi à travers un effort attentionnel orienté vers le corps. Avoir conscience de soi, c'est exister par soi-même sur la base d'un « sentiment d'évidence intérieure ».

L'apprenant est invité à s'interroger constamment : qu'est-ce que je ressens réellement ? Qu'est-ce que j'éprouve vraiment ? Qu'est-ce que j'apprends de ce que j'éprouve ? Il est ainsi placé au cœur de l'expérience corporelle où il découvre une force vive dans sa chair, qui le tient en éveil

perceptif et cognitif. Maine de Biran décrit « une force agissante » qu'il sent et aperçoit au sein de sa conscience. Cette force agissante prend la forme pour nous d'un mouvement interne : « *Il (le sujet) découvre la présence d'un mouvement interne qui se meut au sein de la matière et qui porte en lui le principe premier de la subjectivité. C'est d'ailleurs pour nous ce qui définit la présence du Sensible et la relation d'une personne avec le Sensible : dès lors que la personne témoigne, en pleine conscience, du processus dynamique qu'elle sent en elle.* » (Bois & Austray, 2007, p. 7)

Le mode opératoire de l'Introspection Sensorielle

Le mode opératoire vise à solliciter la mobilisation introspective de l'apprenant sur le mode de la sensorialité. La qualité introspective mise à l'œuvre nécessite un cadre d'expérience extra-quotidien pour mobiliser les ressources attentionnelles, perceptives et cognitives de l'apprenant.

Le sens auditif et plus spécialement la qualité d'écoute, le sens visuel intérieur, l'observation interne et immédiate, la convocation de la temporalité sont sollicités pour permettre à l'apprenant de déployer sa capacité à faire des liens signifiants entre sa subjectivité corporelle et son contexte de vie.

Le cadre d'expérience extra-quotidien

La dimension extra-quotidienne est importante dans l'approche que nous proposons et se définit ainsi : « *La mise en situation extra-quotidienne est ainsi nommée par opposition à (ou en complément de) l'expérience quotidienne, cette dernière se composant à la fois d'un cadre habituel et d'une attitude naturaliste en ce qui concerne le rapport à l'expérience (...). On voit d'emblée que les conditions extra-quotidiennes servent à produire des perceptions inédites. C'est cet inédit qui crée l'étonnement, qui fait que l'expérience interne va pouvoir devenir une motivation en soi, 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.* » (Bois, 2007, p. 75) L'analyse de ce passage donne les principes incontournables de la mobilisation introspective sensorielle : la mobilisation d'une perception paroxystique qui dépasse la perception naturaliste, l'accès à des vécus internes inédits et l'étonnement mobilisateur de ressources motivationnelles ainsi que des contenus

de vécu et des connaissances qui ne se donneraient pas en dehors de ces conditions.

L'expression *Introspection Sensorielle* définit donc dans un premier temps un cadre d'expérience corporelle inhabituelle dans lequel le sujet « se sonde lui-même ». Ainsi que cela a été précisé dans un article autobiographique rédigé en 2008 sur l'émergence de la méthode introspective, elle concerne à la fois le mode du *sentir* et le mode du *penser* : « Grâce à la mobilisation introspective sensible, les personnes accédaient sur le mode du sentir aux catégories du sensible qui se donnaient à la conscience du sujet, sous la forme d'un mouvement interne, d'une chaleur, de tonalités internes renvoyant à un sentiment de profondeur, de globalité et d'existence. Mais l'introspection sensible ne développait pas seulement le mode du sentir, elle sollicitait également un déploiement du mode du penser. J'assistais là aux prémices d'une mobilisation perceptive et cognitive qui allait par la suite ouvrir l'accès à la donation immédiate de sens en lien avec le vécu corporel. » (Bois, 2008, p. 13)

La structure de l'Introspection Sensorielle

L'introspection Sensorielle, avant d'être pratiquée de manière autonome par la personne, est enseignée dans les groupes de formations selon une méthodologie pédagogique qui respecte un protocole de facilitation pour surmonter les difficultés que peut rencontrer l'apprenant et dont les plus courantes sont : la pauvreté perceptive, la prédominance cognitive, la résistance à la nouveauté et à l'inconnu, le manque de motivation et d'intérêt, ou encore la distractibilité attentionnelle.

- **Présentation du protocole et premières consignes**

Le plus souvent, l'introspection se pratique en groupe, guidée verbalement par le formateur qui offre des consignes verbales de facilitation orientant l'attention des apprenants en vue de mobiliser leur faculté introspective. Durant l'introspection, les apprenants sont assis confortablement dans une posture immobile, les yeux fermés, et suivent donc les consignes du formateur, formulées selon un protocole bien déterminé. La technique de guidage utilisée durant l'Introspection Sensible suppose aussi un acte introspectif de la part du formateur lui-même. En effet, le formateur s'immerge lui aussi dans son intériorité

corporelle afin que ses consignes s'ancrent dans un vécu corporel en filiation avec le Sensible.

Dans un premier temps, les apprenants sont par exemple invités à entrer en relation avec leur sens auditif, puis leur sens visuel. Concernant le sens auditif le formateur propose le genre de consigne suivant : « Posez votre attention sur le silence de la salle » ; ou encore : « Entrez en relation avec le silence à l'intérieur de vous ». A propos du sens visuel, les consignes peuvent être : « Percevez-vous une luminosité à travers vos paupières fermées ? » ou encore : « Cette luminosité est-elle colorée ou pas ? » Puis les apprenants sont invités à poser leur attention sur les tonalités internes corporelles, par exemple : « L'expérience est-elle agréable ou désagréable ? » Enfin les apprenants sont amenés à entrer en relation avec les images ou pensées qui s'imposent à leur conscience. Ainsi, les consignes sont en lien avec une actualité perceptive disponible à la conscience du formateur tout comme à celle des apprenants. Le silence par exemple entre alors dans la constitution de ce que nous appelons un fond perceptif commun vécu de manière singulière.

- **Importance des consignes verbales**

Le premier critère favorable à la mobilisation introspective est donc la maîtrise par le formateur du protocole spécifique à l'Introspection Sensorielle. En même temps, et cela est essentiel, le formateur doit saisir les émergences qui se donnent dans l'interaction immédiate et les introduire dans le protocole. Le respect du protocole ne suffit pas, la prosodie de la parole émise par le formateur tient une place prépondérante dans le succès de la mobilisation introspective. Il ne s'agit pas en effet de réciter des consignes bien rôdées, mais de les habiter au cœur d'une prosodie restituant une qualité de présence, une rythmicité juste de la voix, respectant harmonieusement des temps de silence ; en un mot, l'efficacité de la consigne dépendra du lieu d'où émerge la parole du formateur, c'est-à-dire ancrée dans le Sensible.

Les consignes aident l'apprenant à soigner sa présence à lui-même et à déployer comme l'écrivent D. Bois et D. Austry (2007), une sorte de « septième sens » : « Dans cette expérience, le sujet rencontre différents degrés de malléabilité ou de densité intérieure, différents états et changements d'états, passages de la tension au relâchement, de l'agitation à l'apaisement, d'un sentiment à un autre... Le Sensible n'apparaît plus ici comme étant le fruit de l'un des six sens objectifs, mais d'une sorte de « septième sens », se révélant dans l'expérience comme provenant, de

manière uniformément répartie, de l'ensemble du matériau du corps. » (p. 9)

Les consignes introspectives ne sont pas inductives, le formateur veille constamment à garder un caractère interrogatif dans la formulation de ses consignes ouvertes tout en orientant l'attention des personnes vers des possibles multiples. Il interroge par exemple : « Lorsque vous écoutez la qualité du silence, percevez-vous une symétrie de votre écoute entre le côté droit et le côté gauche ? » ou encore : « Percevez-vous ou non une luminosité à travers vos paupières fermées ? Cette luminosité est-elle colorée ou pas ? » Autre exemple : « Percevez-vous une tonalité corporelle ou non ? Si oui, quelle est la nature de cette tonalité ? Est-elle agréable, désagréable ? Vous renvoie-t-elle à un sentiment de tranquillité, de tension ou à autre chose ? » Et ainsi de suite.

- *L'écoute et la présence*

Nous avons vu que les apprenants sont d'abord invités à entrer en relation avec leur sens auditif afin de mobiliser leur écoute. Concernant le sens auditif, le formateur propose le genre de consigne suivant : « Posez votre attention sur le silence de la salle » ou encore : « Entrez en relation avec le silence à l'intérieur de vous ». L'écoute de l'atmosphère sonore environnante se transforme progressivement, conduisant la personne à devenir davantage présente à cette atmosphère, puis, davantage présente à son atmosphère intérieure. Elle n'est bientôt plus perturbée par les bruits extérieurs et accède à une forme de stabilité à l'écoute du silence intérieur.

- *L'observation*

La personne est invitée à ne pas quitter sa posture d'écoute dans le temps d'observation qui suit. Elle s'entraîne ainsi à associer en même temps deux modalités perceptives orientées vers son intériorité et à développer une potentialité *d'écoute par l'observation*, et une potentialité *d'observation par l'écoute*.

Depuis le lieu de stabilité installé en soi, les participants sont ensuite invités à orienter leur attention vers le sens visuel afin de mobiliser leur capacité d'observation. Ce temps d'observation vise à la saisie perceptive d'une atmosphère colorée et d'un mouvement qui anime cette atmosphère. Pour guider la personne vers l'observation de son sens visuel, les consignes peuvent être :

« Percevez-vous une luminosité à travers vos paupières fermées ? » ou encore : « Cette luminosité est-elle colorée ou pas ? Si elle est colorée, de quelle couleur est-elle ? Cette atmosphère est-elle animée d'un mouvement ou pas ? Cette atmosphère vous apparaît-elle en dehors de vous, en dedans de vous ou aussi bien en dedans qu'en dehors ? »

- *L'exploration*

Dans une troisième étape, les apprenants sont invités à poser leur attention sur les tonalités internes corporelles. Cette étape a pour vocation de mobiliser l'attention de la personne vers un « sentiment organique », un « sentiment d'existence » ancré dans l'univers du ressenti corporel et de l'éprouvé. Les consignes proposées sont par exemple : « Percevez-vous des tonalités internes ? Sont-elles d'une nature agréable, désagréable ? » Nous entrons au cœur de nuances, de tonalités internes et immédiates qui informent la personne de son état intérieur ou de la qualité de sa présence à elle-même.

Nous avons modélisé, avec *la spirale processuelle du rapport au Sensible* (Bois, 2007), les différentes sensations décrites par les personnes mises au contact du Sensible et leur évolutivité. La rencontre avec une *chaleur* est la sensation première rapportée, puis l'étudiant découvre une sensation de *profondeur* et de *globalité*, et enfin, il éprouve un *sentiment de présence à soi* qui donne lieu à un *sentiment d'existence*.

- *La convocation*

Dans cette phase de l'introspection, l'apprenant est invité à passer du mode du ressenti au mode imaginaire. Le formateur crée les conditions de convocation d'un événement sans utiliser le mode de l'évocation utilisé dans les techniques d'aide au rappel. En effet, toutes les consignes visent à « laisser venir à soi » les informations sensorielles et non pas à « aller vers » de façon volontaire.

Les consignes orientent la personne vers des fragments de sa vie, tels que : « Laissez venir à vous un souvenir en lien avec un moment passé au bord de la mer (ou de la montagne, la forêt, etc.) ». Le formateur progressivement ajoute à ce guidage une dimension temporelle : « A quelle époque se situe votre souvenir ? » puis une dimension spatiale : « A quel endroit se passait ce souve-

nir » et une dimension contextuelle : « Quels étaient les acteurs présents ? ». Enfin il ajoute une dimension organique : « Quel sentiment corporel ressentez-vous face à cette remémoration ? » Il renvoie le sujet à son présent en lui demandant : « Quelles sont les pensées spontanées qui se donnent à vous au contact de cette expérience ? » et : « Quels impacts ont-elles sur votre vécu corporel du moment ? »

- *Les liens signifiants*

Les différentes formes de subjectivité qui se donnent lors de l'Introspection Sensorielle ont été répertoriées à partir du recueil de nombreux témoignages oraux des participants de l'introspection, des entretiens post-immédiats de l'introspection actuelle ou bien à partir de journaux de formation où les apprenants consignent ce qu'ils ont vécu et appris de leur introspection.

Ces différentes formes naissent toujours au contact du rapport au corps sensible et donnent naissance à une forme de subjectivité pensée. Cette subjectivité corporelle est un vécu sensible qui renvoie le sujet à son contexte de vie ou à un fragment de sa vie. Et c'est à travers ce travail là, cette pratique précise d'introspection corporéifiée, que l'on va pouvoir faire un travail de biographisation spécifique. Les liens signifiants s'ancrent dans l'expérience corporelle sur la base de sensations corporelles, de sentiments organiques, de postures corporelles, d'axe imaginaire et métaphorique et enfin de remémorations spontanées.

La sensation organique

La nature des sensations qui nous intéressent ici sont rencontrées lors des Introspections Sensorielles et sont donc en lien avec le sens organique. La sensation est l'item dont les personnes témoignent le plus facilement car lorsqu'une sensation inédite s'impose comme une évidence au vécu du corps, elle surprend le sujet, stimule son attention et son questionnement par contraste.

Pour illustrer cette nature d'information signifiante, prenons l'exemple de cette personne qui témoigne : « Quand je ressens de la chaleur dans mon corps, j'accède en moi à un lieu de confiance ». Ainsi, on assiste là, à un premier degré d'intelligibilité : on constate que la personne fait spontanément un lien de causalité entre la sensation de chaleur et l'état de confiance qui lui est associé.

Le sentiment organique

L'apprenant peut prendre acte d'un lien entre son vécu corporel et son état psychique. Ainsi, une personne témoigne : « Avant cette Introspection Sensorielle, je ressentais un état de tension corporelle qui m'habitait depuis longtemps ; au fur et à mesure que la tension se relâchait, ma tension psychique disparaissait pour donner place à un sentiment de bien-être ». Il s'agit là d'un autre niveau d'intelligibilité par le fait que le sujet découvre et comprend la nature du lien entre le psychisme et le corps.

La posture corporelle

La subjectivité corporelle dont témoignent les personnes se livre parfois sous la forme d'une posture intérieure signifiante. Ainsi par exemple profitant de l'espace de parole qui suit toujours l'Introspection Sensorielle, une personne témoigne : « Au moment où j'ai senti mon tronc se fléchir vers l'avant, cela m'a plongée dans une situation que je vis actuellement et qui cause chez moi une tendance au repli. Tandis qu'au moment où mon corps s'est redressé, j'avais la sensation nette que je prenais la décision de ne plus jamais laisser personne prendre le pouvoir sur moi-même ». Cet exemple montre comment à partir de l'éprouvé sensoriel d'une posture, la personne est capable de faire un lien de causalité entre cette posture et une situation de sa vie actuelle.

L'axe imaginaire et métaphorique

Une autre personne raconte une expérience introspective qu'elle vient de vivre : « Pour la première fois, au lieu de me vivre en creux, je me suis vécue en plein. Et, dans ce sentiment de plein, j'ai trouvé une solidité et j'ai rencontré en moi une liberté ». En effectuant une relance pour questionner la forme sous laquelle s'était donné ce sentiment de liberté, la personne répondit : « Au moment où j'ai ressenti un espace de liberté en moi, j'ai eu l'image d'un petit bonhomme qui dansait et volait sur une scène de théâtre éclairée de spots bleus ». Cet autre exemple montre que l'Introspection Sensorielle est animée de toute une vie imaginaire qui peut se donner sous la forme métaphorique ou symbolique signifiante. En effet, cet espace de liberté vécu dans la lumière d'un flash imaginaire venait interpellé la personne sur sa tendance à cacher aux autres sa soif de vivre.

La remémoration spontanée

Pour illustrer cette figure de la subjectivité corporelle, nous allons puiser dans l'expérience propre à l'un d'entre nous (Hélène Bourhis), telle que décrite par ses soins : « Quand j'étais petite, je faisais souvent un rêve qui allait avec une sensation que je vivais la nuit dans mon lit, de quelque chose qui pénétrait à l'intérieur de moi et qui venait percuter mon cœur, mes poumons, et cette

chose là me faisait peur. Je me disais 'c'est trop lisse, c'est trop pur, c'est trop parfait'. Ce rêve était récurrent lorsque j'avais 6 ou 7 ans, puis il avait fini par passer et j'avais fini par l'oublier. Mais tout récemment, lors d'une mobilisation introspective sensorielle, j'ai vécu quelque chose à l'intérieur de moi qui me renvoyait à la sensation que je rencontrais dans mon rêve, mais cette fois-ci sans la peur. Je ressentais même un émerveillement face à cette perfection, accompagné du sentiment fort que j'avais retrouvé le premier souvenir de mon sentiment d'existence auquel finalement j'étais inconsciemment restée fidèle. »

En conclusion

L'Introspection Sensorielle emporte avec elle un cadre d'expérience extra-quotidien et une mobilisation introspective ancrée dans le Sensible. Ces deux dimensions de l'Introspection Sensorielle se potentialisent donnant lieu à une expérience subjective et corporelle signifiante. Toute Introspection Sensorielle est suivie d'un espace de parole ou d'une mise en écriture de l'expérience, médiatisée par le formateur en vue de déployer le sens immédiat et interne qui s'est donné au sujet. Cependant, pour des raisons de place et de cohérence, nous n'avons pas abordé le modèle de la directivité informative qui caractérise le guidage verbal ou l'herméneutique de l'écriture nécessaire à la mise en sens de la subjectivité corporelle qui s'est donnée pendant l'expérience introspective.

Nous avons pris soin de contextualiser l'Introspection Sensorielle, de décrire le mode opératoire du guidage introspectif et d'insister sur la pertinence de la subjectivité corporelle comme matériau de connaissance de soi à travers quelques exemples recueillis lors d'entretiens ou dans les journaux de bord des apprenants. Enfin, nous avons souhaité ouvrir de nouvelles perspectives aux démarches biographiques en invitant les formateurs et les chercheurs à s'appuyer sur l'Introspection Sensorielle comme lieu d'écoute, d'observation, d'exploration, de convocation et de liens signifiants venant nourrir une démarche compréhensive de sens. A l'évidence, la subjectivité corporelle parle en permanence à la personne de sa propre vie, présente, passée et future.

Notes

1. Cet article est le fruit d'un travail de réflexion commun; mais, comme il s'appuie beaucoup sur les travaux de l'un d'entre nous (D. Bois), nous nous permettons de citer ses travaux librement.

Bibliographie

- Bégout, B. (1995). *Maine de Biran, la vie intérieure*. Paris : Payot et Rivages.
- Berger, E. (2006). *La somato-psychopédagogie*. Paris : Editions Point d'Appui.
- Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations de l'adulte*. Thèse de Doctorat en didactique et organisation des institutions éducatives, Université de Séville.
- Bois, D. (2008). De la fasciathérapie à la somato-psychopédagogie : émergence d'une nouvelle discipline. In *Réciprocités*, n° 3, éditions Point d'Appui et CERAP, Université Fernando Pessoa, Porto.
- Bois, D. & Austray, D. (2007). Vers l'émergence du paradigme du Sensible. In *Réciprocités*, n°1, éditions Point d'Appui et CERAP, Université Fernando Pessoa, Porto.
- De La Garanderie, A. (1989). *Défense et illustration de l'introspection*. Paris : Centurion.
- Descartes, R. (1999). *Le discours de la méthode*. Paris : Libro.
- James, W. (1924). *Précis de psychologie*. Paris : Marcel Rivière.

Le chercheur du Sensible

Sa posture entre implication et distanciation

Communication présentée au 2^{ème} colloque international francophone sur les méthodes qualitatives, *Recherches qualitatives : enjeux et stratégies*, 25-26 juin 2009, Lille.



Didier Austray

Chercheur au CERAP, professeur associé invité de l'Université Fernando Pessoa de Porto, doctorant en philosophie, Université de Rouen



Eve Berger

Chercheuse au CERAP et professeur auxiliaire de l'Université Fernando Pessoa de Porto, docteure en sciences de l'éducation, laboratoire EXPERICE, Paris 8

Résumé

L'article présente une réflexion autour de la posture du 'chercheur impliqué'. Prenant appui sur notre expérience de praticien et de praticien-chercheur en somato-psychopédagogie, ainsi que sur certains concepts originaux mis au point dans le cadre du paradigme du Sensible, nous nous proposons de discuter les notions de neutralité et d'implication.

Introduction

L'objet de cette communication est de présenter une réflexion, menée actuellement au sein du CERAP, sur les apports du « paradigme du Sensible » (Bois & Austray, 2007 ; Humpich & Bois, 2007 ; Bois, 2007 ; Berger, 2008) à la posture de recherche et d'analyse qualitative. Cette réflexion s'appuie sur notre expérience de praticiens en somato-psychopédagogie (Bois, 2006 ; Berger, 2006), de praticiens-chercheurs et de directeurs de mémoires de master dans le domaine de la psychopédagogie perceptive au sein du CERAP.

Après une brève présentation de la recherche en somato-psychopédagogie, qui prolonge les réflexions de Humpich & Bois (2007), Bois & Austray (2007) et Berger (2009), nous avons choisi de mettre en avant des thèmes centraux et originaux

de la posture de chercheur du Sensible. Nous pensons que ceux-ci apportent un éclairage nouveau sur l'un des thèmes importants de la recherche qualitative, à savoir l'implication du chercheur, que ce soit en terme de travail de terrain (Cefai, 2003) ou de praticien-chercheur (Mackiewicz, 2001 ; De Lavergne, 2007).

La recherche *sur* le Sensible, avec le Sensible

Pour la compréhension de l'origine de nos propositions, nous présenterons brièvement la somato-psychopédagogie. Cette discipline innovante se propose d'accompagner des personnes ou des groupes en mobilisant des cadres d'expérience centrés sur le rapport au corps et au mouvement, avec le projet de favoriser l'enrichisse-

ment des dimensions perceptive, cognitive et comportementale des interactions que la personne déploie avec elle-même, avec les autres et avec le monde qui l'entoure. Elle se situe donc au carrefour entre sciences de l'éducation, psychopédagogie et pédagogie de la santé.

Précisons d'emblée le statut du corps dont nous parlons. Il s'agit du corps 'sensible', du corps *éprouvé comme sensible*, comme 'caisse de résonance' de toute expérience, perceptive, affective, cognitive ou même imaginaire. Sous ce rapport, le sujet découvre un autre rapport à lui-même, à son corps, et à sa vie, il se découvre *sensible*, il découvre la relation à son *Sensible* (Bois & Austry, 2007). Le concept de « Sensible » pointe donc autant la qualité des vécus éprouvés par la personne que la qualité du *rapport* que la personne entretient avec elle-même et avec son expérience, rapport qui devient aussi la source de compréhensions nouvelles, d'une nouvelle nature de connaissance. Le Sensible dévoile ainsi une manière subtilement nouvelle de se laisser toucher par la vie, la nature, les situations et les êtres ; il se révèle du même coup être beaucoup plus qu'une simple sensibilité particulière du corps humain : le support possible d'une véritable 'révélation' du sujet à lui-même, et la voie d'accès à un foyer d'intelligibilité spécifique (Berger & Bois, 2008).

Depuis 2002, sous l'impulsion de D. Bois, la somato-psychopédagogie fait l'objet de recherches et d'enseignements de troisième cycle, d'abord à l'Université Moderne de Lisbonne, puis aujourd'hui, à l'université Fernando Pessoa de Porto, dans le cadre du CERAP. Mais la somato-psychopédagogie, par son approche originale du corps, intéresse un large public de chercheurs, ce qui nous a conduits à de nombreuses collaborations avec des chercheurs du monde des sciences de l'éducation (en France, mais aussi à l'étranger, comme au Brésil) et de la psychosociologie (comme au Québec avec l'Université du Québec à Rimouski). Au départ proprement corporelle, l'expérience du Sensible devient ainsi objet de réflexion, et même l'opportunité de constitution d'un véritable *champ* de recherche.

La première particularité de notre communauté de recherche est qu'elle est constituée par les praticiens eux-mêmes, qui ont entrepris la démarche de devenir des chercheurs à part entière. À ce jour, près de deux cents hommes et femmes, professionnels de la santé, de l'éducation ou du corps, tous formés au cours des vingt dernières années à notre approche du soin et de l'accompagnement sont devenus ou sont en train de devenir praticiens-chercheurs, dans un département universitaire créé et dirigé par des pairs exerçant dans la même discipline (Berger, 2008). Le fait est suffisamment original pour être souligné.

Mais à discipline nouvelle, exigences nouvelles de recherche. Dans le prolongement de Humpich & Bois (2007), nous sommes rendus aujourd'hui à une étape essentielle, qui se traduit par l'émergence d'un paradigme nouveau – paradigme étant pris ici autant comme procédure méthodologique de référence (pour nos pratiques thérapeutiques et psychopédagogiques) que comme modèle théorique orientant la recherche et la réflexion. Nous l'avons nommé le « paradigme du Sensible » (Bois & Austry, 2007).

Du point de vue épistémologique, la caractéristique centrale du paradigme du Sensible est qu'il s'appuie sur le caractère référentiel de l'expérience humaine qui anime l'ensemble de nos questionnements de recherche. Nous nous inscrivons donc naturellement dans la mouvance très générale de la recherche qualitative et compréhensive (Paillé & Mucchielli, 2008 ; Santiago Delfosse & Rouan, 2001).

Mais, du point de vue de la posture de recherche, le fait remarquable est le mode d'implication du chercheur dans sa recherche, qui dépasse même ce que Moustakas (1990) a tenté de modéliser sous le nom de recherche heuristique. En effet, si nos recherches portent sur nos pratiques, si elles circonscrivent comme objet de recherche le Sensible et son expérience, elles ont le caractère radical de se faire « en acte », avec et même *depuis*, le Sensible lui-même. L'expérience du Sensible ne pouvant s'étudier de l'extérieur, la cohérence de notre posture de recherche nous oblige non seulement à ne pas exclure le sujet de la recherche de sa recherche, mais aussi à définir et spécifier le mode de participation du chercheur au processus de sa recherche, un mode qui nous semble porter à son maximum l'exigence d'implication voulue par le courant de recherche des « praticiens-chercheurs ». De plus, il ne s'agit pas pour nous de viser une recherche sur, ou à propos de, son terrain de pratique, comme par exemple Perrault Soliveres (2001a) ou comme les exemples donnés dans Olivier de Sardan (2000) dans une optique sociologique ou ethnologique ; il s'agit de recherches portant *sur* notre pratique même, et donc de recherches *depuis* notre pratique. Loin de nous placer dans une attitude schizophrénique entre terrain et recherche (Olivier de Sardan, 2000), nous y voyons le respect de la cohérence nécessaire à notre posture de recherche.

Sur la posture qualitative et l'implication

Notre orientation, dans cette communication, consiste à supposer incontournable la posture d'implication du chercheur et de regarder alors, d'un point de vue pragmatique, à quoi est

confronté le chercheur de terrain ou le praticien-chercheur, et comment il peut s'y prendre.

Même s'il existe dans la littérature des manuels de recherche de terrain (Beaud & Weber, 1998), ou de célèbres descriptions du vécu d'arrière-plan de terrain comme Favret Saada (1981), la méthodologie pratique de la posture de « chercheur impliqué » ne nous semble pas avoir été approfondie pour elle-même. On trouve cependant soit des remarques suggérant l'intérêt, ou même la nécessité, d'une écoute flottante (Kaufman, 1999 ; Cefai, 2003 ; Kohn, 1986), soit même des expérimentations s'appuyant sur l'usage de techniques psychothérapeutiques, comme Moustakas (1990) et Todres (2007) avec le focusing de Gendlin.

Mais quelles problématiques précises soulève l'implication dans son activité de recherche ? En nous appuyant sur l'étude fouillée de Cefai (2003), nous relèverons l'exigence d'un travail sur soi, et même « l'épreuve corporelle » vécue par le chercheur au contact de sa recherche.

Tout chercheur de terrain et, encore plus, tout praticien-chercheur, est confronté au nécessaire détachement (ou distanciation) par rapport à sa propre subjectivité entendue comme position, ou place, dans une structure, et comme singularité propre : « Le travail de terrain doit être ainsi animé par un principe de réflexivité. S'imposer la discipline de décrire les 'choses telles qu'elles sont', idéal inaccessible mais indispensable, suppose tout un travail pour se départir de ses idées reçues, de ses prénotions et de ses préconceptions. (...) Elle est un travail sur soi et sur l'ancrage de son organisme dans des environnements (...). » (Cefai, 2003, p. 524)

Mais, du point de vue du chercheur lui-même, que veut dire ce « travail sur soi », que réclame-t-il ? Nous évoquerons juste comme exigence possible, même si elle est très spécifique – mais parce qu'elle vient d'une autorité prestigieuse, la socioanalyse de P. Bourdieu (2003) – ce qu'il caractérisait comme une « véritable ascèse de soi », évoquée dans ses derniers écrits comme une forme d'aveu ou de retour réflexif en lien avec sa propre histoire personnelle : « (...) je crois profondément que le chercheur peut et doit mobiliser son expérience, c'est-à-dire ce passé, dans tous ses actes de recherche. (...) Seule une véritable socioanalyse de ce rapport (à ce passé), profondément obscur à lui-même, peut permettre d'accéder à cette sorte de réconciliation du chercheur avec lui-même, et avec ses propriétés sociales, que produit une anamnèse libératrice. » (pp. 55-56)

La posture du chercheur du Sensible

Implication, immersion et expertise du terrain d'un côté, distanciation, décentrement de l'autre, sont des termes opposés qui tentent de circonscrire la nature, pour ainsi dire spatiale, de la posture du chercheur qualitatif. En comparaison et contraste avec la proposition de P. Paillé (2007), qui parle de « méthodologie de la proximité », nous allons reprendre et décrire le concept de D. Bois de *distance de proximité*, pour caractériser la posture du chercheur du Sensible. L'intention de cet oxymore va plus loin que l'exigence que doit gérer le chercheur impliqué : tenir ensemble à la fois l'implication incontournable du praticien-chercheur et la nécessaire objectivation. Car au-delà de la thèse de R. Kohn (2001) : « Les contraires sont expressément pris en compte simultanément. (...) Ici la règle dit que les deux positions non seulement co-existent mais se valent, que l'une peut dominer un temps, mais qu'ensuite ce sera l'autre, et ainsi de suite, en 'hiérarchie enchevêtrée'. » (p. 34), le « tenir ensemble » de D. Bois traduit la possibilité, dans le champ du Sensible, de dépasser la simple co-existence des contraires pour instaurer une méthodologie de potentialisation mutuelle.

Les conditions extra-quotidiennes de l'expérience

La première condition d'instauration de la distance de proximité repose sur la vision spécifique à la somato-psychopédagogie du cadre d'expérience, que D. Bois a cerné comme les *conditions extra-quotidiennes de l'expérience*. Autant le chercheur de terrain s'intéresse au 'monde commun', autant le chercheur du Sensible, par une suspension de ce 'sens commun de l'expérience', ouvre la porte à une expérience corporelle renouvelée, créatrice de sens et de connaissance nouvelle.

En effet, ces conditions non usuelles, en modifiant les cadres habituels de notre rapport au corps – dans le type d'usage que l'on en fait mais aussi et surtout dans l'attitude attentionnelle habituelle –, placent le sujet dans une expérience de lui-même qui le sort de l'expérience première. Les conditions extra-quotidiennes sont conçues pour 'produire' des perceptions extra-quotidiennes, c'est-à-dire des perceptions inédites, qui n'auraient pas existé en dehors de cette situation.

Les conditions extra-quotidiennes d'apparition et de rapport à l'expérience du Sensible prennent ici leur valeur épistémique en tant qu'elles peuvent être considérées comme un acte équivalent, sur le plan de l'expérience de soi, à la réduc-

tion proprement scientifique qui consiste à mettre entre parenthèses ce qui a trait au sens commun.

La neutralité active

Faisant suite à l'instauration de ces conditions spécifiques, et en cohérence avec l'idée de suspension, la posture de *neutralité active* est la posture requise dans tous les gestes professionnels des somato-psychopédagogues. Dans un travail précédent avec D. Bois, nous décrivions : « La part de neutralité correspond à un 'laisser venir à soi' les phénomènes en lien avec le mouvement interne, sans préjuger du contenu précis à venir. (...) Le 'laisser venir à soi' est un 'savoir attendre' qui consiste d'abord à ne pas anticiper ce qui va advenir. (...) La part active consiste à procéder à des réajustements perceptifs permanents en relation avec la mouvance que l'on accueille. (...) La posture de neutralité active procède d'une infinité de précautions afin de ne pas peser sur les phénomènes qui émergent de la relation au Sensible. » (Bois & Austray, 2007, p. 10).

La neutralité active résulte donc d'un équilibre paradoxal, un chiasme selon l'expression de Merleau-Ponty, entre le maintien d'un contact étroit avec les phénomènes du Sensible et la neutralité d'une attention panoramique. Dans cette vision chiasmatisée, la neutralité est aussi active dans le sens même où elle « repose paradoxalement sur une totale implication du sujet dans l'acte perceptif, une totale implication dans la relation au Sensible » (*Ibid.*, p. 11).

Du point de vue épistémique, la maîtrise et l'expertise de cette posture de neutralité active nous paraissent rendre accessibles les exigences recherchées par le chercheur impliqué et ainsi soulignées par D. Cefaï (2003) : « Le travail de terrain dépend de bout en bout de la capacité de l'enquêteur à se déporter vers le point de vue des autres, à puiser dans ses propres réserves d'expérience des éléments de compréhension des situations, à s'installer dans un entre-deux d'où un processus de traduction réciproque entre mondes s'avère possible. » (p. 517)

Le point d'appui

La neutralité active se forme en grande partie par l'apprentissage de ce que l'on appelle le *point d'appui*, geste fondateur des pratiques manuelles, gestuelles et introspectives du Sensible, mis au point par D. Bois (Bois & Berger, 1990). Sans entrer dans des détails techniques, il s'agit de l'acte manuel par lequel un praticien offre à son patient l'opportunité de se mobiliser, grâce à un arrêt proposé à la dynamique tissulaire interne, lui offrant ainsi une forme de résistance

constructive. Nous retrouvons dans ce geste la philosophie de la neutralité active : le praticien crée les conditions de la mobilisation, mais sans imposer de solution prédéfinie. De plus, dans cet acte, le praticien doit apprendre à ne pas se laisser entraîner par ses premières impulsions, le point d'appui devenant une école du « lâcher-prise » de ses propres intentions pour laisser émerger la demande profonde du corps du patient.

Sur le plan de la recherche, les implications du point d'appui sont importantes. Elles concernent en effet de manière évidente la possibilité de suspendre les *a priori* et allants de soi contraires aux conditions saines de la recherche, mais ouvrent aussi et surtout sur la possibilité d'accueillir ce qui peut naître d'inconnu, de neuf, d'imprévu, tant dans le processus d'élaboration théorique que dans la phase d'analyse et d'interprétation des données.

Posture d'observation et distance de proximité

Finalement, réunis ensemble, conditions extra-quotidiennes, neutralité active et point d'appui, cernent les contours de cette distance de proximité qui offre au praticien un rapport renouvelé à son corps percevant et au chercheur un rapport renouvelé à son expérience de terrain. D. Bois traduit cette double présence par l'expression : « Maintenir ensemble le 'je' qui vit et le 'je' qui observe ». Je peux en temps réel, dans cette posture, sentir à la fois *que* je sens et *ce* que je sens, percevoir à la fois *que* je perçois et *ce* que je perçois, prendre acte à la fois *que* je pense et *de* ce que je pense.

Cette possibilité, pour le chercheur, de développer une telle faculté opérationnelle, met à mal par la célèbre formule d'A. Comte, pour qui la contemplation directe de l'esprit était impossible : « On ne peut pas être à la fois dans la rue et au balcon ». Non, il n'est pas totalement et définitivement impossible d'être spectateur de soi au sein même d'une expérience en cours, ni d'être à la fois auteur et spectateur de ses propres actes et de son propre vécu.

Conclusion

Si, pour reprendre les termes de R. Kohn (1986), le praticien-chercheur « ne renie pas sa 'subjectivité', au contraire il en tire parti » (p. 819), il lui faut disposer d'outils adéquats lui permettant de se construire dans cette posture délicate et impliquante. Et l'appui et l'explicitation objecti-

ve de ces outils ne peuvent que renforcer la validité de ses propres résultats de recherche.

Au terme de ce bref parcours, nous espérons avoir plaidé l'intérêt que la notion de distance de proximité, et sa pragmatique éprouvée dans nos nombreux travaux de recherche, peut avoir pour toute recherche de terrain et pour tout praticien-chercheur. Nous espérons avoir montré comment chacune de ses dimensions – conditions extra-quotidiennes, neutralité active et point d'appui – offre des échos et des réponses aux nombreuses questions que se posent les chercheurs qualitatifs.

Bibliographie

- Austry, D. (2008). O tocante tocado na relação com o sensível – Por uma filosofia do contato. In D. Bois, M.-C. Josso & M. Humpich (2008), pp. 173-205.
- Beaud, S & Weber, F. (1998). *Guide de l'enquête de terrain*. Editions La Découverte.
- Berger, E. (2006). *La somato-psychopédagogie*. Ivry-sur-Seine : éditions Point d'Appui.
- Berger, E. (2008). Terapeutas pesquisadores do sensível : redefinição da postura de implicação. In D. Bois, M.-C. Josso & M. Humpich (2008), pp. 145-171.
- Berger, E. (2009). *Rapport au corps et genèse du sens. La mobilisation introspective du Sensible : pour de nouvelles modalités d'accès au sens tout au long de la vie*. Thèse en cours sous la direction de J.L. Le Grand (soutenance prévue oct. 09), Université Paris VIII.
- Berger, E. & Bois, D. (2008). Expérience du corps sensible et création de sens : le processus de changement en somato-psychopédagogie. In S. Abadie (sous la dir. de), *Pratiques corporelles de santé ; le corps dans les activités physiques*. Presses universitaires de Nancy.
- Bois, D. & Berger, E. (1990). *Fasciathérapie: une thérapie manuelle de la profondeur*. Guy Trédaniel éditeur.
- Bois, D. (2001). *Le sensible et le mouvement*. Ivry-sur-Seine: éditions Point d'appui.
- Bois, D. (2006). *Le Moi renouvelé : Introduction à la somato-psychopédagogie*. Ivry-sur-Seine : éditions Point d'appui.
- Bois, D. (2007). *Le Corps sensible et la transformation des représentations de l'adulte*. Thèse de Doctorat en didactique et organisation des institutions éducatives, Université de Séville.
- Bois, D. (2008). Da fasciaterapia à somatopsicopedagogia : análise biográfica do processo se surgimento de novas disciplinas. In D. Bois, M.-C. Josso & M. Humpich (2008), pp. 35-62.
- Bois, D. & Austry, D. (2007). Vers l'émergence du paradigme du sensible. *Réciprocités*, n°1, éditions Point d'Appui et CERAP, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Bois, D., Josso, M.-C. & Humpich M. (dir.) (2008). *Sujeito sensível e renovação do eu. As contribuições da Fasciaterapia e da Somato-psicopedagogia*. Centro Universitário São Camilo, Paulus, à paraître en français, éditions Point d'appui.
- Bourdieu, P. (2003). L'objectivation participante. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 150, pp. 43-58.
- Céfaï, D. (2003). Postface: L'enquête de terrain en sciences sociales. In D. Céfaï (textes réunis), *L'enquête de terrain*. La Découverte, pp. 465-615.
- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches Qualitatives – Hors Série – n° 3, Bilan et Perspectives de la Recherche Qualitative*, pp. 28-42.
- Favret Saada, J. (1981). *Corps pour corps : Enquête sur la sorcellerie dans le bocage*. Gallimard.
- Finlay, L. (2005). Reflexive embodied empathy: a phenomenology of participant-researcher intersubjectivity. *Methods Issue: The Humanistic Psychologist*, 33(4), pp. 271-92.
- Humpich, M. & Bois, D. (2007). Pour une approche de la dimension somato-sensible en recherche qualitative. *Recherches qualitatives – Hors Série – n° 3, Actes du Colloque International Bilan et Perspectives de la Recherche Qualitative*, pp. 461-489.
- Kaufman, J.-C. (1999). *L'entretien compréhensif*. Nathan.
- Kohn, R. C. (1986). La recherche par les praticiens : l'implication comme mode de production de connaissances. *Bulletin de Psychologie* T. XXXIX, n° 377, pp. 817-826.
- Kohn R. C. (2001). Les positions enchevêtrés du praticien-qui-devient-chercheur. In M.-P. Mackiewicz (2001), pp. 15-38.

- Mackiewicz, M.-P. (éd.) (2001). *Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social*. L'Harmattan.
- Moustakas, C. (1990). *Heuristic Research : Design Methodology and Applications*. Sage.
- Olivier De Sardan, J.-P. (2000). Le « je » méthodologique : implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue Française de Sociologie*, 41(3), pp. 417-445.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2008). *Analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin, 2nd édition.
- Paillé, P. (2007), La recherche qualitative, une méthodologie de la proximité. In Dorvil (éd.) *Théories et méthodologie de recherche, Problèmes Sociaux*, T. III. Presses Universitaires du Québec, pp. 409-443.
- Perrault Soliveres A. (2001a). *Infirmières, le savoir de la nuit*. PUF.
- Perrault Soliveres A. (2001b). «Praticien-chercheur : défricher la nuit. In M.-P. Mackiewicz (2001), pp. 41-53.
- Santiago-Delefosse M., Rouan G. et coll. (2001). *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Dunod.
- Todres, L. (2007). *Embodied enquiry: phenomenological touchstones for research, psychotherapy and spirituality*. Palgrave Macmillan.

Contributions de chercheurs partenaires

No 4 Janvier 2010

**Contributions de chercheurs
venant élargir nos thématiques**

Par-le-corps : Vers un langage propre au champ de l'Éducation Somatique

Débora Pereira Bolsanello

MOVIMENTO — Enseignement et Recherche en Education Somatique.

Révision : Denyse Haoun & Marie-Claude Bourque

Think with the whole body.
Taisen Deshimaru

Trois peuples sont les piliers de l'histoire du Brésil : les Autochtones, natifs des terres, les conquérants portugais arrivés en 1500 et les Noirs, amenés au Brésil pour travailler comme esclaves. Les batailles pour la possession des terres ; les cris des indigènes en défense de leur territoire ; les larmes de l'assimilation ; l'établissement des différents ordres religieux catholiques ; les *Quilombos*, communautés fondées par les esclaves en fuite ; le syncrétisme ou métissage des croyances ; l'exploitation de la canne à sucre, du café, du caoutchouc, de l'or. Elles étaient multiples les nations autochtones établies dans les terres du Brésil. De plus, les Noirs venus de l'Afrique et les Indiens appartenaient à différentes familles linguistiques si distinctes qu'ils ne pouvaient pas communiquer entre eux par le biais de la langue. Parmi les portugais on comptait aussi une masse importante de nouveaux chrétiens, soit des juifs, marqués par la présence arabe en Ibérie depuis le VIII^{ème} siècle et obligés de quitter l'Europe par l'Inquisition.

Je suis née au Brésil dans les années 70, sept ans après le coup d'État qui a mis sur place une dictature militaire, qui a régenté le pays pendant vingt ans. Mon père est blanc, descendant des italiens immigrant au pays à la fin du 19^{ème} siècle, fuyant les guerres en Europe. Ma mère est métisse : dans ses veines courent le sang d'ancêtres juifs séfarades, d'Indiens et de Noirs. Depuis toute jeune, pour moi, parler d'identité équivaut à parler non pas d'un sentiment d'unité mais d'un territoire mouvant dont la seule cohérence est la survie.

Les questions autour de mon identité

deviennent insoutenables suite à mon immigration au Québec. Pendant plus d'une décennie, j'ai erré entre mon pays natal et celui qui m'a accueilli sans m'adapter nulle part. Je décide alors de m'engager dans un Baccalauréat (québécois) en anthropologie. Évidemment, je n'y ai trouvé que d'autres questions concernant la déterritorialité, phénomène qui touche aujourd'hui une partie significative de la population mondiale. Qu'est-ce qui est sacrifié de l'identité, lorsque vient le temps de s'adapter à un nouveau territoire ? Qu'est-ce qui ne peut pas être sacrifié faute de perte d'intégrité ? Un dicton populaire affirme que « La carte n'est pas le territoire. » Mais, qu'est-ce que le territoire, d'abord ?

Petit à petit ces questions abstraites se densifient et prennent corps sous forme de maladie. J'étais atteinte de malaises physiques divers et diffus qui ne se laissaient pas résorber année après année suite à mon immigration. Ce sont ces douleurs qui m'ont amenée enfin à faire recours à des séances de différentes méthodes d'Éducation Somatique.

Éducation Somatique

Entre art et science, les méthodes qui composent le champ de l'Éducation Somatique existent depuis plus d'un siècle et se sont constituées dans un premier temps en Europe et en Amérique du Nord. Aujourd'hui, le champ de l'Éducation Somatique prend de l'expansion au niveau international dans des cliniques de physio-

thérapie, des studios de danse et de théâtre, ainsi que dans le milieu académique (Université du Québec à Montréal, Université Laval, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Angel Vianna et UNIRIO).

Les approches telles que la Technique Alexander, la méthode Feldenkrais, l'Antigymnastique, l'Eutonie, la Gymnastique Holistique, le Body Mind Centering, la technique des Chaînes Musculaires G.D.S., la méthode Bartenieff, la Somato-Psychopédagogie, les Somarythmes et certaines lignées du Pilates – sont des méthodes d'Éducation Somatique qui visent à la récupération de la santé et le développement du potentiel intellectuel, affectif et kinesthésique de l'Homme. Ces méthodes utilisent une vaste palette de stratégies pédagogiques révolutionnaires dont la scène est le corps en tant que territoire à défricher.

Dans mon effort de redéfinir mon territoire à travers le champ de l'Éducation Somatique, j'ai suivi une formation au Centre de Recherche en Antigymnastique, situé à Montréal. Afin d'approfondir mes études, je me suis investie dans un Diplôme d'Études Supérieures Spécialisées en éducation somatique (Université du Québec à Montréal) et dans une maîtrise où j'ai entamé une recherche de terrain dont le thème a été l'application de l'éducation somatique auprès de toxicomanes.

Basé sur ma pratique et mon expérience universitaire et me positionnant donc en tant que « praticien réflexif », le présent article propose une première formalisation des concepts propres au champ de l'Éducation Somatique. J'esquisse ainsi trois concepts, naturellement reliés entre eux : **le déconditionnement physique, l'authenticité somatique et l'instrumentation interne**. Ces trois concepts ont été pensés à partir de mes lectures, d'une expérience régulière des mouvements, établie depuis 1988, aussi bien que d'une pratique professionnelle de 13 ans auprès des physiothérapeutes, de la clientèle de centres de femmes, des personnes atteintes du cancer, du SIDA et de toxicomanie.

Le déconditionnement physique

Les méthodes d'Éducation Somatique ont créé un cadre pédagogique dont l'axe est la ré-éducation du mouvement du corps dans l'espace. Or, un grand nombre d'approches proposent la même chose, comme les arts martiaux, différents styles de danse, le yoga, le tai chi chuan, etc.

Cependant, ce qui est propre au champ de l'Éducation Somatique est le fait que l'élève est dirigé par l'éducateur somatique dans *comment* il bouge. Le *comment* il bouge se distingue donc du *pourquoi*, de la performance visée. L'élève n'apprend pas d'exercices, pas de postures, ni d'enchaînements fixes de mouvement, ni de formes chorégraphiques. L'Éducation Somatique n'est pas non plus liée à un système spirituel, tel que le yoga (vedanta), le tai-chi et certains arts martiaux (taoïsme) le proposent.

De nos jours, les notions de succès et de bonheur sont liées à la capacité de performance de l'individu. On parle de performance dans son travail et même de performance sexuelle. Avec le mot performance, nous voulons dire « l'action une fois accomplie ». Aujourd'hui, réussir équivaut à accomplir un nombre de plus en plus élevé de tâches.

Ma collègue Germana Mussi, physiothérapeute, traite un pianiste professionnel dont la cyphose a atteint un degré tel qu'elle menace ses fonctions respiratoires et digestives. Des années d'étude du piano en dehors de toute optique somatique ont eu pour résultat la fixation d'un *pattern* de mouvement hautement performant au niveau musical en lien à une attitude cyphotique. « Je ne serai pas capable de jouer si je redresse ma colonne », affirme le musicien. Des cas comme celui-ci sont très courants. Si une gamme de gestes et d'attitudes remplissent nos besoins, nous nous limitons à l'usage de ces gestes.

Si l'attitude cyphotique du pianiste change, il est possible que, dans un premier temps, il perde ses points de repère – tel que le contact des doigts sur les claviers – et à cause de la perte des repères, sa performance se dégradera. Cette situation de changement n'est que transitoire jusqu'au moment où le pianiste reconnaît que sa « nouvelle configuration » posturale demande également un réajustement de ses points de repères habituels.

Souvent, nous ne nous attardons pas aux gestes qui « marchent bien », soit, qui remplissent les besoins, même si ces gestes-là finissent par user ma structure et engendrer de la douleur.

Faute d'avoir une pratique qui nous mène à élargir le réseau de connexion neuronale liée au sens kinesthésique, nous forgeons tout au long de notre vie un répertoire gestuel limité. En d'autres mots, si nous ne veillons pas à dissocier les automatismes gestuels de nos besoins de base et si nous n'arrivons pas à articuler nos intentions, nos pensées à des gestes qui respectent la physiologie, nous finissons par user et surcharger certaines structures. Une structure surmenée par des gestes répétitifs et inconscients finit par s'user

avec comme conséquences malaises, douleurs et dysfonctionnements de la structure.

Pour contourner l'établissement de gestes automatiques et de l'usure, problème tellement courant de nos jours, l'éducateur somatique se sert de stratégies pédagogiques. Il ne donne pas des « exercices respiratoires » à un élève qui se plaint d'une difficulté respiratoire. Ceci équivaldrait à enseigner à un poisson de nager. Il aborde le malaise plutôt en guidant l'élève dans des mouvements qui libèrent des tensions inutiles qui entravent la respiration. Par « tensions inutiles », on veut dire des mouvements et des attitudes posturales qui amènent à un état hypertonique ou hypotonique chronique. Hanna indique que cet état de dysfonction du tonus conduit à une amnésie sensori-motrice :

« Le milieu socioculturel et l'environnement imposent des stimuli constants aux réflexes de survie. Au court du temps, ces réflexes deviennent des habitudes. Un réflexe est à la fois sensoriel et moteur et lorsqu'il devient une habitude, il y a une perte de contrôle dans la région de l'action motrice et dans la capacité à sentir. Nous devons nous référer à cet état comme à celui d'une amnésie sensori-motrice. Le stress accumulé cause une amnésie sensori-motrice. Ce qu'on décrit comme étant les effets de l'avancement de 'l'âge', sont, en vérité, des effets directs de l'amnésie sensori-motrice. Il y a une manière de se libérer des restrictions involontaires générées par l'amnésie sensori-motrice : un apprentissage somatique récupère la vitalité de régions amnésiques à partir des mouvements minimaux encore existants dans ces régions. » (Hanna, 1995)

Prenons l'exemple d'une porte qui ne ferme pas bien. Il n'est pas toujours besoin de changer de porte. Parfois, il sera nécessaire d'ajuster l'encadrement de la porte. Dans d'autres cas, nous constatons que c'est alors l'asymétrie de la fondation de la maison qui cause le mauvais fonctionnement de la porte. Dans un autre cas encore, nous concluons que c'est bien la manière dont on s'est servi de la porte qui a entraîné une usure et conséquemment, un mauvais fonctionnement. Pour bien fonctionner, la porte dépend des relations harmonieuses : un cadre de soutien ; des fondations solides et alignées ; un usage soigné.

L'Éducation Somatique opère sur les relations : les muscles ont-ils un tonus juste pour permettre au genou de plier ? Les pieds sont-ils alignés aux genoux de façon à rendre fluide l'action de plier les genoux ? De quelle façon et quelle est l'intention lorsque je plie le genou : rester assis pendant 8 heures devant l'ordinateur ? Nettoyer la maison ? M'entraîner au saut pour les Olympiques ? Conduire une auto ? Qu'est-ce qu'un genou malade signifie pour moi ?

Il n'y a pas de « bonne réponse » aux propositions de mouvements faites par l'éducateur. Son regard se pose sur la façon dont son élève interprète la directive verbale pour exécuter un mouvement. C'est sa façon de répondre qui fascine l'éducateur. Tel que l'affirme Charlotte Selver : « D'habitude, les personnes ont appris d'autres personnes quoi penser. La possibilité de découvrir graduellement qu'on peut faire confiance à ses propres réactions est un évènement très puissant. » (Johnson, 1995, p. 20)

L'éducateur doit être précis dans la description du mouvement et l'élève doit porter son attention sur ce qui arrive pendant qu'il tente d'exécuter le mouvement : quelles parties du corps sont impliquées ? Y a-t-il des mouvements parasites qui empêchent le mouvement demandé de se faire ? Quelles sont les qualités du mouvement que je fais : fluide, cassé, sec, mou, énergique, lent, global ou segmenté, etc. ? Amener la personne à répondre à ses propres questions est un des buts de l'Éducation Somatique : une valorisation de son ressenti comme source légitime de connaissance.

Le processus d'exécution d'un mouvement quelconque nous intéresse autant que son but, sinon plus. Un mouvement est optimal aussi longtemps que la personne est présente au parcours qu'elle fait pour l'exécuter.

Je ne peux pas jouer du violon en utilisant la même configuration somatique que j'ai lorsque je tape à l'ordinateur. Malgré que ces deux tâches requièrent la même dextérité complexe, je ne peux pas transposer une façon de faire qui marche pour taper des mots en espérant que ça fonctionne lorsque je joue du violon. La plupart du temps c'est cela que nous faisons. Nous apprenons des mouvements par répétition afin d'accomplir des tâches. Il n'est pas rare que ce soit le succès même de l'accomplissement qui nous fait vouloir appliquer la même façon d'accomplir une tâche à d'autres contextes.

Le processus de déconditionnement physique en Éducation Somatique part d'un raffinement de la capacité à adapter des réponses aux différentes circonstances. Linda Hartley (1995) explique : « La maladie, du cancer aux problèmes psychotiques, peut être vue comme l'expression du degré auquel le corps-esprit est incapable de répondre, de laisser aller, de changer. (...) Cette capacité de répondre est à la fois support et mesure de notre santé. » (p.124-125)

Quelqu'un de déconditionné est quelqu'un qui a élargi son répertoire gestuel. Quelqu'un qui reconnaît les différences entre les situations et est apte à choisir parmi les couleurs de sa palette gestuelle, une façon juste d'agir.

L'éducateur somatique transmet à l'élève une nouvelle capacité à répondre, qui tient d'un « accordage gestuel », pour utiliser un terme de Danis Bois. Apprendre à accorder son tonus de façon juste pour l'exécution d'un mouvement dans un contexte donné. Je n'ai plus à serrer mes dents à chaque fois que je joue du piano. Même si j'ai associé le mouvement de crisper la mâchoire avec le bon doigté pour l'exécution d'une pièce au piano, maintenant je reconnais que tendre les muscles du visage n'est pas nécessaire pour avoir un bon doigté. Je peux désamorcer ces associations nuisibles.

Apprendre à faire confiance à ses propres sensations. Savoir articuler et ensuite désarticuler des patrons moteurs selon chaque circonstance : lever un poids, écrire un texte, jouer de la musique, gérer des conflits, remplir un formulaire, négocier un salaire, faire l'amour.

L'authenticité somatique

We feel that we should not live in just the same way as our ancestors lived. We feel that we should take a step forward. We know that this step will be in the dark and will require courage.

Agnès Martin

C'est un processus de déconditionnement physique qui permet de faire émerger chez la personne son authenticité somatique : « (...) la relaxation est cette condition où l'on a la plus grande capacité à réagir. C'est un état de sérénité intérieure, une disponibilité à répondre de façon appropriée à n'importe quel stimulus. » (Johnson, 1995, p. 13.)

L'authenticité somatique relève d'une intimité envers ses propres processus internes (sensations, sentiments, pensées...) et n'est pas contradictoire avec son identité socio-culturelle. Tel qu'un bol vide, l'authenticité somatique fournit un contenant à l'identité socio-culturelle. Sans l'authenticité comme limite, nous ne serions que des masques, que des rôles, que des clans. Nous ne serions qu'appartenance à un groupe et notre singularité serait avortée.

Dans notre société, les centres de culture physique se sont fait une réputation vis-à-vis la quête de bien être et le renforcement du sentiment de soi. Le culte du corps tonique est véhiculé par les médias en représentant le succès, la capacité de performance, le plaisir, la jovialité,

l'agilité et la sensualité. Le modèle de corps visé par ces centres fait écho aux valeurs de productivité, de compétitivité, de performance, de rapidité et d'efficacité véhiculées par le monde moderne.

Le fitness est la pratique d'exercices dont le but est de renforcer les muscles, retarder les marques du vieillissement, améliorer l'estime de soi et habituer le corps à l'augmentation de la performance. C'est une voie valide si la personne est consciente qu'elle ne mène qu'à une gestion de son apparence.

Les mouvements proposés dans les centres de culture physique sont la plupart du temps répétitifs et requièrent l'utilisation de plusieurs parties du corps à la fois. Héritiers des mouvements des ouvriers qui travaillent dans des grandes chaînes de production post-Révolution Industrielle, ces mouvements entraînent la fixation de certaines connections neuronales. Vite le pilote automatique s'installe. Pour remédier à la monotonie, nous lisons un livre pendant que nous montons des escaliers imaginaires ; ou on regarde la télé pendant qu'on court sur le tapis roulant. La monotonie rend le cerveau paresseux. En arrière du rideau : distension musculaire, tendinite, bursite, douleur pour les clients des centres de culture physique qui, happés par les miroirs, n'écoutent pas les signaux du corps. Le mode de vie « do-things-to-get-things-done » rend utilitaire la relation au corps. C'est une façon de vivre qui renonce à s'appuyer sur le savoir sensoriel du corps.

Mon expérience du carrefour identitaire m'a fait voir qu'un des éléments qui nourrissent la maladie chronique est l'identification de soi que la personne entretient par rapport à ses traits de personnalité, ses rôles, sa profession, son statut, son appartenance à un groupe, etc. Lorsqu'on ne se reconnaît qu'en tant qu'agent dans le monde, on affaiblit le contenant rassurant de l'authenticité somatique. Un cercle vicieux s'établit : afin d'éviter l'angoisse de ne pas se reconnaître autrement qu'en tant qu'agent dans le monde, la personne s'identifie à 100% aux rôles qu'elle construit. Ainsi, la personne peut être fonctionnelle dans son quotidien. On entend souvent dans son discours l'expression « être soi-même », mais cela tient d'un discours collectif à *la mode* et non pas d'une expérience somatique ressentie.

Lorsqu'une personne se retourne vers son authenticité somatique, elle rentre dans un état plus passif que celui d'agent dans le monde. Simplement parce que nous ne pouvons pas agir sur l'authenticité somatique, seulement en être conscient. Un des marqueurs de l'authenticité somatique se trouve dans les moments où on se sent beau/belle, en dehors des modèles de beauté véhiculés par les médias. « Dans la beauté, l'esprit et le corps deviennent un. La beauté m'enseigne

que mon cerveau est un organe physique et que 'l'intelligence' n'est pas limitée à la pensée, mais elle implique le sentiment et la sensation, l'organisme au complet en concert.» (Hebert, 2001-2002, p. 88)

Il est fort possible qu'au début d'une démarche en somatique, une personne puisse sentir un conflit entre ce qu'elle vit dans les contextes des cours d'Éducation Somatique et ce qui l'attend le lendemain au travail. Est-ce que le contexte de vie de la personne permet la consolidation des acquis de transformation de sa perception de soi ou au contraire, son contexte de vie sabote le processus de transformation (rythme de travail, demande de performance, habitudes alimentaires, addictions, harcèlement et abus, etc.) ?

Nous sommes en même temps relation et singularité. D'après ma compréhension du concept d'*accordage somato-psychique* formalisé par Danis Bois, ce qui est proposé à l'élève par les méthodes somatiques sont des mouvements précis, exécutés avec une attention particulière qui peut développer chez l'individu la capacité de voir à la fois figure et fond (cf. le vase de Rubin ; Edgar Rubin, 1915). Si nous considérons que le niveau de santé d'un individu est proportionnel au degré de mobilité qu'il peut avoir entre ses multiples rôles quotidiens et son authenticité somatique, nous comprenons pourquoi un mode de vie qui a pour seule valeur la capacité de performance et productivité des individus est vouée à l'échec.

L'authenticité somatique est un état de disponibilité où poussent les graines d'une technologie d'autorégulation. Être authentique c'est savoir s'autoréguler. Tout être vivant sait quoi faire – si on le laisse faire – pour garder son équilibre interne vis-à-vis des demandes de l'environnement.

L'instrumentation interne

If we accept that the process of mind creates the patterns we see expressed through the body just as the wind creates the changing patterns in sand, then we understand that the body will be re-created in the same familiar forms unless the mind is flexible and can change.

Linda Hartley

Depuis l'industrialisation en Europe, nous constatons l'établissement d'un mode de vie dont

le noyau est la productivité. Bien entendu, la créativité est inhérente à l'humain et sa capacité d'innovation est ce qui le distingue des animaux. Cependant, nous observons de nos jours une productivité souvent dissociée du soin. Or, la productivité et le soin ne sont pas contradictoires. Mais ces deux modes sont souvent vus comme contradictoires dans notre mode de vie actuel, où on met l'accent sur *la quantité de choses que nous faisons*. Le *comment* restant dans l'ombre, la question du *pourquoi* ne se pose même pas. Le *comment*, à quoi je me réfère ici, n'est pas le savoir régler ma caméra pour prendre une bonne photo. Mais *comment* j'aligne mon corps avec ma caméra pour prendre une photo. Dans cette optique, je suis mon propre outil. Et la caméra n'est qu'une extension de ce corps. Comment je remplis un formulaire. Comment je porte les plats pour servir un client au restaurant. Est-ce que je retiens mon souffle tout au long de la lecture du formulaire en question ? Est-ce que je crispe le bas de mon dos à chaque fois que je dépose les plats sur la table d'un client ? Ces petits événements s'accumulent sur notre corps, vu les tâches de la vie quotidiennes répétées plusieurs fois par jour à chaque jour pendant des années.

« Le grand défi pour l'être humain est de combiner travail et soin. (...) Les derniers siècles, spécialement à partir de l'Industrialisation au XVIII^{ème} siècle, se caractérisent par la dictature d'un mode-d'être-travail en tant qu'intervention, production et domination. (...) Le soin a été diffamé comme féminisation des pratiques humaines, en tant qu'obstacle à l'objectivité et à l'efficacité. (...) Actuellement, la dictature du mode-d'être-travail-domination conduit l'humanité à un cul de sac : ou bien nous imposons une limite à la voracité productiviste en associant travail et soin ; ou bien nous allons rencontrer le pire (...). La reprise du soin ne se fait pas au coût du travail, mais par une manière différente de comprendre et réaliser le travail. Pour cela, l'être humain a besoin de se retourner sur soi-même et découvrir son mode-d'être-soin. » (Boff, 1999, p. 97-98)

Le soin implique proximité, intimité, accueil, respect. La notion de soin est étroitement liée au sens de la valeur. Soigner ce qu'on fait signifie savoir s'utiliser. Plus une personne raffine sa capacité à sentir, plus le corps et l'esprit s'unifient. Le corps devient de plus en plus vif, intelligent et l'esprit de plus en plus clair, précis.

Si autrefois la personne cultivait son imaginaire à partir des contes, des mythes, des rites et d'une pratique artistique, aujourd'hui, l'individu peut construire un monde intérieur autour des paramètres donnés par les outils à travers les protocoles de personnalisation des MP3, Internet, Blackberry, jeux vidéos : choix de musique, de

menu, de couleur, de fonctionnement, reconnaissance par la voix, etc. Pris dans un fin réseau d'informations, distractions et tests de pseudo habileté, l'individu erre dans un labyrinthe pavé du pouvoir de choix.

Faute de bénéficier d'outils qui permettent l'accès à son intériorité, l'individu fait appel à l'usage compulsif des technologies de l'information et du divertissement. Bien sûr, ces appareils et gadgets électroniques sont utiles, mais il est important de souligner que la quantité de temps dispensée sur ces appareils en guise de plongeon dans un « monde interne » est symptomatique d'un effritement du savoir et non pas de son évolution.

Vous utilisez l'eau tous les jours. Faire du café, laver du linge, faire la vaisselle, prendre un bain. Dans notre quotidien l'eau n'est qu'un objet utilitaire. Mais pendant vos prochaines vacances, observez votre attitude envers l'eau. Vous avez du temps pour observer les formes qu'elle dessine sur un lac. La couleur de la mer, la force d'une cascade, le tissu de l'eau d'une rivière sur votre peau. L'eau n'était plus qu'un des multiples comforts que vous aviez dans la cuisine et maintenant elle est devenue une porte d'entrée pour le monde de la perception. C'est à travers ce sentiment de révérence pour les phénomènes de la vie que nous prenons contact avec ce qui a de plus humain dans l'humain : le soin. Par l'émerveillement que je sens par rapport à l'eau, ses qualités me sont dévoilées, transmises : elle résonne dans mon esprit de quelques-uns de ses attributs : la réceptivité, la fluidité et l'adaptabilité. Ce n'est que dans la perspective de la valeur de la vie que le développement d'une technologie interne peut arriver. Le sacré de la vie n'a à voir avec aucune religion, aucun dogme, aucune doctrine ni système de croyance, mais avec le désir d'en prendre soin, puisque la vie est précieuse. Savoir que court dans mes veines le même souffle qui anime une plante. Me voir appartenir à une famille illimitée d'êtres vivants. C'est la vue du continuum entre mon intériorité et le vaste au-dehors qui donne naissance à une instrumentation interne d'autorégulation qui veille à garder son organisme en équilibre : Une technologie de l'homéostasie.

« Mes sensations sont vagues jusqu'au moment où je touche ma peau. Au moment où je fais ce contact, deux types d'informations émergent: informations sur l'objet et sur mon corps. C'est à ce moment-là que je peux comprendre que je suis plus consistant que l'eau; plus mou que le fer; plus dur que le coton; plus chaud que la glace; plus doux qu'une écorce d'arbre ; plus rugueux que la soie et plus humide que la farine (...) La peau n'est pas séparée de l'esprit de la même façon qu'il n'y a pas de séparation entre la superficie d'un lac et ses eaux profondes. Les deux sont

situés dans des points différents d'un même continuum (...) le cerveau est une unité fonctionnelle du cortex aux bout des pieds (...) toucher la superficie signifie jouer dans les profondeurs. » (Johnson, 1995, p. 369-371).

Conclusion

*Ma patrie est ma langue (...)
Que veut-elle
Que peut-elle, cette langue?*

Caetano Veloso

Les méthodes d'Éducation Somatique situent leur axe de recherche et d'intervention dans la rééducation du mouvement du corps dans l'espace. Mais quel corps ? Quel espace ?

Je suis une parmi tant d'immigrants nourris de l'espoir qu'une meilleure vie les attendait ailleurs. Face à une longue phase de nomadisme, j'ai dû redéfinir mon territoire. Pas par goût au travail intellectuel, mais parce que la nostalgie d'un non-lieu m'a rendu malade.

Les méthodes d'Éducation Somatique m'ont offert plus que le réconfort d'un foyer. C'était une reprise de pouvoir, le pouvoir qui réside dans le savoir sensoriel.

Dans cet article, j'ai soulevé l'importance du langage propre de l'Éducation Somatique en tant que véhicule d'un type de savoir : le savoir sensoriel. Récemment – depuis les années 90 – on constate une préoccupation des certains linguistes à propos de la mort des langues minoritaires. Maffi parle de « meurtre de langues » et de « crise de la diversité linguistique ». Une recherche menée par ces linguistes a « mis en évidence les interrelations qui existent entre l'environnement et la langue », la langue étant le principal « conservatoire et instrument de transmission de connaissances ». La mort d'une langue signifie alors la mort d'un ensemble connaissances. De la même façon, négliger son savoir sensoriel, c'est restreindre son potentiel à communiquer avec l'environnement.

Lorsqu'on apprend une nouvelle langue, on rééduque le corps à travers une vaste gamme de stratégies pédagogiques visant l'acquisition des sons, vocabulaire, articulation, composition, règles, intonation, intention... en Éducation Somatique, l'élève s'auto-pétrite, se réaligne, se réorganise et se réarticule à travers la parole de l'éducateur. La parole de l'éducateur somatique n'est pas la parole directrice d'un *personal trainer* : il s'agit d'un langage qui pousse la personne à l'auto-

recherche.

C'est donc à partir de l'interprétation de la parole de l'éducateur que l'élève devient quelqu'un que lui-même ne connaissait pas : déconditionné, authentique, outillé. Ce sont les qualités d'un savoir sans lequel aucun sentiment d'intégrité ne peut exister, même si on possède un territoire en chair et en os.

Notes

1. « People have usually learned from other people what to think (...) This possibility of discovering gradually that can trust one's own reactions can be a very powerful event. » (Traduction de l'auteur).
2. « Illness, from cancer at one end of the spectrum to psychotic disorders at the other, maybe seen as an expression of the degree to which the body-mind is unable to respond, let go, change. (...) This responsiveness supports and is a measure of our health. » (Traduction de l'auteur).
3. « (...) relaxation is that condition in which we have the greatest capacity of reacting. It is a stillness within us, a readiness to respond appropriately to any stimulus. » (Traduction de l'auteur).

Bibliographie

- Boff, L. (1999). *Saber cuidar : ética do humano, compaixão pela terra*. Rio de Janeiro : Editora Vozes.
- Johnson, D. (org.) (1995). *Bone, breath and gesture: practices of embodiment*. California : North Atlantic books.
- Hanna, T. (1995). *Somatics : Reawakening the Mind's Control of Movement, Flexibility and Health*. Perseus Books, New edition (31 août 2004).
- Hartley, L. (1995). *Wisdom of the Body Moving: An Introduction to Body-Mind Centering®*. California : North Atlantic Books.
- Herbert, L. (org.) (2001-2002). *The inward eye: transcendence in contemporary art*. Houston : Contemporary Arts Museum editions.
- Maffi, L. *Langues menacées, savoirs en péril*. Site Cairn, en ligne. (Pages consultées le 6 mai 2009 à http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=RISS_173_0425).

Contributions de praticien-chercheurs

No 4 Janvier 2010

Ce numéro inaugure une nouvelle rubrique avec des contributions de praticien-chercheurs du CERAP

Autour de la relation soignant-patient dans le cas de maladie grave

Une réflexion centrée sur le soignant



Mathilde Gros

Médecin généraliste et fasciathérapeute

« Oserait-on encore parler de détresse pour ceux que la douleur et la souffrance n'atteignent pourtant ni dans leur corps ni dans celui d'un être aimé ? »

Martine Ruzsniowski

Mon projet professionnel initial était de devenir 'médecin - thérapeute manuel' : je trouvais ça beau de soigner avec ses mains... Après avoir découvert la fasciathérapie en tant que patiente au cours de ma première année de médecine, il est devenu évident pour moi que c'était cette méthode que je voulais pratiquer. L'envie de me former était telle que j'ai débuté la formation sans plus attendre. C'est ainsi que j'ai obtenu mon diplôme de fasciathérapeute en 2005, et terminé mon internat de médecine générale en 2007. Depuis, j'exerce en tant que généraliste en libéral en utilisant, selon ce qui semble opportun pour mon patient, tantôt les thérapeutiques 'classiques' dont dispose tout généraliste, tantôt les outils spécifiques de la fasciathérapie (thérapie manuelle, gestuelle, introspection et entretien verbal à médiation corporelle).

La relation au patient atteint de maladie grave a occupé une place importante dans ma formation médicale initiale, tant sur le plan pratique (j'ai effectué six mois d'internat dans une unité de soins palliatifs), que sur le plan théorique (j'ai consacré ma thèse d'exercice à l'enseignement de l'annonce de maladie grave dans la formation médicale). Cette relation si particulière continue de m'interpeller, et est actuellement le thème de ma recherche dans le cadre d'un master de psychopédagogie perceptive.

Au sein de cette interaction entre deux individus, l'individu-soignant et l'individu-patient, je m'intéresse plus spécialement au soignant : cela est dû à un goût personnel, mais répond également au choix d'une démarche heuristique.

Par le terme de maladie grave, j'entends toute maladie qui engage le pronostic vital du patient. La maladie cancéreuse en est un exemple, et offre un modèle d'étude pertinent pour la relation soignant-patient. Au cours de sa vie avec le cancer, le patient entre en relation avec le soignant à des moments clés (annonce de diagnostic, de rémission, de récurrence, d'extension, de passage à un traitement palliatif seul...), ainsi que sur des périodes plus longues (hospitalisations notamment).

Dans cet article, nous verrons que ces rencontres peuvent générer chez le soignant une angoisse telle que celui-ci érige des mécanismes de défense pour s'en protéger, générant au passage une souffrance supplémentaire chez son patient. Après avoir analysé les sources de cette angoisse et les différentes solutions actuellement proposées pour y remédier, j'ouvrirai sur une réflexion plus personnelle, envisageant l'impact de la relation au Sensible du soignant sur sa relation au patient atteint de maladie grave.

Je profite de cette introduction pour préciser que si ma sensibilité théorique et expérimentelle me porte tout naturellement à m'intéresser à la posture du médecin, il est évident que tout soignant peut trouver dans cet article des pistes de réflexion pour sa pratique spécifique.

Les mécanismes de défense du soignant : une réponse à sa propre souffrance

Lorsque le soignant entre en relation avec un patient atteint de maladie grave, un étrange mécanisme se met fréquemment en route, appelé 'mécanisme de défense'. Ces mécanismes psychiques, bien souvent instinctifs et inconscients, se mettent en place lors de « *toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui* », et permettent au soignant de se préserver « *d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse* » (Ruszniewski, 1999).

Nous allons décrire brièvement ces différents mécanismes, étudiés finement par Martine Ruszniewski, qui permettent au soignant de gérer ses propres angoisses et de s'adapter petit à petit à une situation difficile.

Le mensonge, mécanisme le plus massif et le plus radical, peut être utilisé lors d'une annonce de diagnostic par des médecins pour lesquels la maladie en question et la mort sont si étroitement liées qu'ils ont l'impression que la révélation du diagnostic ne peut que précipiter l'échéance. En travestissant la réalité, ce mécanisme d'urgence permet au soignant de différer la vérité, source d'angoisse intense, mais empêche tout échange avec le patient et surtout empêche ce dernier d'élaborer ses propres défenses.

La banalisation est un mécanisme de distanciation dans lequel le soignant reconnaît une vérité 'tronquée' : il axe alors ses soins sur les symptômes physiques et concrets de la maladie, négligeant le malade dans sa globalité. Celui-ci se retrouve donc enfermé dans une souffrance psychique non reconnue.

L'esquive correspond à l'attitude d'un soignant au contraire bien conscient de la souffrance psychique de son patient mais se sentant incapable d'y faire face : il élude alors le sujet lorsque celui-ci se présente au cours de l'entretien, en déviant le dialogue vers des sujets plus superficiels. Ce comportement crée un déphasage entre les deux protagonistes, et le patient se retrouve désemparé, ne pouvant exprimer ses craintes face à un mur de surdité. Si le patient se montre plus insistant, s'inquiétant ouvertement d'une dégradation physique par exemple, le soignant peut alors utiliser la **fausse réassurance** afin de conserver ce déphasage et de maintenir le patient dans l'ignorance partielle de son état, tout en entretenant un espoir artificiel. Même s'il sait que cette attitude ne pourra pas durer bien long-

temps, le soignant conserve temporairement une emprise sur son savoir.

Le savoir médical peut *a contrario* être dévoilé, mais de façon à ce que le patient ne puisse se l'approprier, par le mécanisme de **rationalisation**. Celui-ci permet au soignant d'éviter de s'engager dans le domaine émotionnel du patient en se retranchant derrière un vocabulaire médical spécialisé, incompréhensible pour le patient : ce dernier perçoit alors sa maladie comme d'autant plus menaçante, sans phase d'intégration possible, ce qui augmente son angoisse. Ce mécanisme est souvent utilisé lors d'étapes clés très anxiogènes pour le soignant telles qu'une annonce de diagnostic, de métastases... Lorsque l'angoisse est plus quotidienne, auprès de patients en souffrance hospitalisés, un mécanisme tel que **l'évitement** permet de surseoir à tout échange, en réduisant le patient à un objet de soins, voir à un dossier médical, niant jusqu'à sa présence physique. Quand le soignant est contraint à un minimum d'échange avec son patient, **la dérision** offre un autre type de refuge : le patient y est réduit au silence dans une souffrance non reconnue, banalisée voire tournée en ridicule.

La fuite en avant correspond à la façon dont un médecin peut dire la vérité abruptement à son patient, comme s'il se débarrassait d'un fardeau trop lourd pour lui. Cette façon de faire, donnant une réponse directe à *la question* du patient, ne répond en fait ni à sa demande, ni à ses besoins, ni à son rythme singulier, et peut être très destructrice, annihilant toute forme d'espoir.

L'identification projective, à l'opposé des autres mécanismes de défenses qui visent à instaurer une distance entre la souffrance du soignant et celle du patient, est une tentative de dissoudre cette distance par la prise en charge globale de la souffrance du patient, réalisant une forme de symbiose avec ce dernier. Cette identification à l'autre va en fait instaurer une relation où le soignant est en position d'autorité affective, ne permettant pas au patient d'exprimer ses propres angoisses.

Au final, la mise en route de ces mécanismes chez le soignant aboutit à une situation tout à fait paradoxale pour le patient : la rencontre avec le soignant, *professionnel du soin censé lui apporter un soulagement*, est en elle-même génératrice de souffrance, laquelle vient se surajouter à celle déjà existante du fait de la maladie.

**La souffrance du soignant :
des origines multifactorielles...**

Comme nous l'avons vu plus haut, ces mécanismes de défense se mettent en place lorsque le soignant est confronté à une réalité qui le fait 'souffrir'. Le chapitre ci-dessus pourrait se résumer ainsi : moi, soignant, je souffre, et par mon comportement je fais souffrir mon patient, qui souffre déjà (ce qui, soit dit en passant, me fait d'autant plus souffrir...). Bienvenue dans un cercle vicieux.

L'origine de la souffrance du soignant est importante à déterminer si l'on souhaite intervenir et proposer des solutions. C'est l'objet du chapitre ci-dessous.

Pour nous aider à avoir une vue d'ensemble et ne négliger aucune piste, nous allons proposer une petite définition du soignant...

Petite définition du soignant :

Le soignant pourrait être défini comme un être humain, qui, poussé par une aspiration fondamentale (soulager autrui, prendre soin de, lutter contre la maladie, guérir !), a choisi de suivre une formation professionnelle dans le domaine de la santé. Il exerce ensuite sa profession au sein d'un système de soin qui a un mode de fonctionnement propre ; ce système s'inscrivant par ailleurs au cœur d'une société présentant elle-même des particularités (historiques, politiques, culturelles...).

Le soignant est avant tout un être humain. En tant que tel, la confrontation à la maladie grave et à la mort est loin d'être anodine, pouvant réveiller ou provoquer des peurs, des souffrances et des blessures qui font partie de notre histoire singulière d'être humain. Ces peurs forment autant d'obstacles à une communication sereine avec le patient, mais ne sont pas facilement reconnues ou évoquées, par les étudiants notamment (Dosanjh, 2001).

C'est également en raison d'une capacité d'empathie 'classique', commune à tous les êtres humains, que le soignant va prendre part à la détresse de son patient, et ressentir ainsi une émotion qui sera en partie le reflet de celle du patient.

Cette peur de l'envahissement émotionnel est bien reconnue par les médecins (Jutard, 2001 ; Perrain & Duponchel, 2006), mais il ne faudrait pas voir là l'expression d'une difficulté liée à la seule histoire personnelle des soignants.

En effet, cette peur de souffrir est aussi liée à la formation qu'ils ont reçue. On pourrait penser que l'un des objectifs principaux de la formation des soignants est de permettre à ceux-ci de se sentir plus 'à l'aise' face à un patient atteint

de maladie grave. Comment, en effet, prendre soin de quelqu'un si l'on a plutôt envie de partir en courant ? Cependant, tout n'est pas si simple, et la formation professionnelle a en réalité des 'effets secondaires' plutôt surprenants sur le soignant. Robert Buckman (2007), oncologue et enseignant canadien, a décrit comment cette formation contribue à générer chez le soignant un certain nombre de peurs, elles-mêmes à l'origine d'un sentiment de malaise et d'inconfort dans sa relation avec les patients atteints de maladie grave.

Au cours de son parcours de formation, le futur soignant se voit en effet conseillé de garder la tête froide, de laisser ses émotions 'au vestiaire', et de maintenir ses connaissances scientifiques au meilleur niveau dans la prise en charge de son patient : il en vient ainsi naturellement à penser (à tort) que « le médecin donne au malade un soutien qui se distingue radicalement de celui qui s'exprime dans la vie non professionnelle, et qu'il doit toujours savoir quoi dire » (Buckman, 2007). Cette peur d'exprimer ses sentiments va pourtant nuire à la communication médecin-patient, au sein de laquelle savoir faire preuve d'un degré normal de compassion s'avère extrêmement bénéfique...

La prévention et le traitement de la douleur fait largement partie de la formation du médecin, qui anticipe spontanément toute intervention douloureuse en anesthésiant son patient. Dans le cas d'une annonce de maladie grave, il sait non seulement que cette nouvelle va être douloureuse à entendre, mais aussi qu'il n'y a pas de possibilité d'anesthésie de la souffrance psychique à venir : la peur de faire mal est donc bien présente chez le soignant avant l'annonce.

Par ailleurs, l'approche thérapeutique enseignée est souvent basée sur des protocoles, des guides de bonne pratique : le médecin fait ce qu'il a appris à faire, il ne lui viendrait pas à l'idée de se lancer dans un acte dont il ne maîtrise ni le déroulement, ni les conséquences. Or, la communication médecin - malade et l'acte d'annoncer une maladie grave occupe une place très variable, souvent mineure, au sein du cursus de formation en France (L'Eplattenier, 2007), et le médecin se retrouve ainsi contraint de réaliser un acte sans avoir de repères. De plus, il sait qu'il va être confronté à une réaction émotionnelle intense chez son patient, réaction qu'il n'a pas non plus appris à gérer. A la peur de mal faire s'ajoute la peur de provoquer une réaction qu'il ne saura pas gérer, bref tout ce que sa formation lui a soigneusement appris à éviter.

Enfin, la formation étant essentiellement axée sur le curatif, cela entretient l'illusion pour le soignant d'une médecine toute puissante. Non seulement le soignant souffre « de ne pas avoir appris à ne pas guérir » (Daneault, 2006), mais

une conséquence indirecte de cette illusion est que le médecin a **peur des reproches** qu'on pourrait lui adresser. En effet, dans ce contexte de toute puissance médicale, comment expliquer la survenue d'une maladie grave, qui plus est à un stade incurable, autrement que par le fait que quelqu'un, quelque part dans le parcours de soin, a commis une erreur ?

Poursuivons notre exploration, guidés par notre définition du soignant. Nous en arrivons au **système de soin** au sein duquel le soignant travaille. Se pourrait-il que ce système génère lui aussi des souffrances chez le soignant confronté au patient atteint de maladie grave ?

En 2001, une recherche qualitative a été menée au Québec (Daneault, 2006), afin de mieux comprendre les liens entre la souffrance des patients atteints de cancer et le système de soin québécois. À la lecture des résultats de cette recherche, nous avons la confirmation de ce que nous pressentons, à savoir qu'une partie de la souffrance des patients est belle et bien issue de leur interaction avec les soignants et le système de soin. Mais nous constatons également que le fonctionnement du système de soins est aussi à l'origine de souffrances importantes chez le soignant lui-même. Ces résultats, qui valent pour le système québécois, semblent également être valables pour le système de soin français actuel.

Les soignants évoquent facilement leur surcharge de travail comme cause de souffrance. En effet, le fait de ne pouvoir répondre à la demande des patients, du fait d'un manque d'effectif notamment, entraîne chez les soignants de la frustration, de la culpabilité, voire un sentiment d'impuissance.

Mais ce visage du soignant « *surchargé et essoufflé* » n'est qu'une facette de la problématique. En effet, à côté de cet aspect quantitatif, se profile des difficultés d'ordre plus qualitatif, à l'origine d'un soignant « *écartelé et piégé* ». Confronté au système de soin dans lequel il travaille, le soignant se sent en contradiction avec son projet initial, son **aspiration fondamentale**. En effet, ceux qui « *ont choisi de devenir soignants parce qu'ils se sentaient interpellés par la souffrance des personnes malades et vulnérables (...) finissent plutôt par croire qu'ils travaillent dans une 'fabrique de petits pois' [qui] valorise une approche axée sur la productivité et l'efficacité* » (Daneault, 2006). La contradiction vécue par les soignants se situe en fait à deux niveaux : non seulement les soignants souffrent d'un décalage entre leurs aspirations personnelles et la réalité du terrain, mais ils se sentent également piégés par une « *contradiction systémique entre le discours sur l'humanisation des services et l'absence de moyens pour y accéder* » (Daneault, 2006). Le fonctionnement d'un tel système, au sein duquel plus l'aspiration initia-

le du soignant est grande plus sa souffrance sur le terrain est grande, a pour conséquence de favoriser l'exclusion des soignants les plus sensibles à la souffrance d'autrui.

Le soignant œuvre également au sein d'une **société** qui met à l'honneur la santé et la jeunesse, qui vit dans l'illusion d'une science médicale toute puissante permettant de repousser toujours plus loin les limites humaines, et au sein de laquelle la mort reste encore tabou, étrangère, effrayante (Buckman, 2007 ; Daneault, 2006). De telles conditions socioculturelles ne peuvent que favoriser chez le soignant le sentiment d'être chargé par le patient ou sa famille d'une 'mission impossible' : celle de repousser toute souffrance, et jusqu'à la mort elle-même.

Enfin, ce panorama des sources de souffrance du soignant ne saurait être complet sans évoquer son principal interlocuteur : **le patient**. Ce dernier met lui aussi en œuvre des mécanismes de défenses variés au cours de sa vie avec la maladie. S'il formule *a posteriori* ses demandes de façon simple, attendant du soignant qu'il prenne « *le temps de s'asseoir, de discuter, et ce, sans masquer la gravité de la situation* » (Daneault, 2006), nous savons que leurs besoins sont en réalité extrêmement complexes et hétérogènes (Daneault, 2006; Buckman, 2007; Ruszniewski, 1999). Les soignants pressentent bien qu'ils n'arrivent pas à répondre à toutes ces demandes, parfois irrationnelles ou paradoxales, qui participent à leur sentiment d'être écartelé.

... des pistes d'intervention multiples

Si les chapitres ci-dessus mettent en relief la complexité et la difficulté de la posture de soignant face à un patient atteint de maladie grave, ils permettent aussi de souligner à quel point il est important d'apporter des solutions à ces difficultés et de prendre soin du soignant.

Le rapide survol que nous venons de faire permet de reconnaître que la souffrance du soignant n'est pas systématiquement la marque d'une seule fragilité individuelle, en réponse à laquelle seul un travail sur soi serait à proposer. Cette souffrance possède aussi « *des dimensions institutionnelles, culturelles, sociales, économiques et politiques [qui] se doivent d'être prises en compte dans la recherche de solutions* » (Daneault, 2006). Partant de là, les différentes pistes d'intervention proposées sont facilement compréhensibles.

S. Daneault propose d'intervenir au niveau de l'organisation du système de soin. D'une part, des modifications du contexte de travail viseraient à diminuer la souffrance du soignant, en diminuant la surcharge de travail notamment. D'autre part, la création de lieux, à l'intérieur des établissements de santé, au sein desquels les soignants pourraient exprimer la part 'non soulagée' de leur souffrance, permettrait une reconnaissance de cette souffrance par le système lui-même.

La participation à des groupes de parole animés par un psychologue est une solution incontournable pour Martine Rusniewski. C'est dans cet espace-temps privilégié, offrant un cadre sécurisant, que le soignant pourra revenir sur ses souffrances, apprivoiser ses mécanismes de défense, afin que ceux-ci s'assouplissent progressivement et soient moins massifs dans sa rencontre avec le patient.

Par ailleurs, le médecin devrait également bénéficier d'une formation médicale approfondie dans le domaine des soins palliatifs, de l'accompagnement, de la relation médecin-malade et de l'annonce de mauvaise nouvelle (Buckman, 2007 ; Gros, 2009 ; Jutard, 2001 ; L'Eplattenier, 2007). Les formations à l'annonce de maladie grave sont proposées dans la formation initiale ou continue. Certaines utilisent des jeux de rôle, permettant de simuler une rencontre avec un patient, d'autres une approche plus théorique. La plupart de ces enseignements se basent sur un protocole d'annonce permettant au soignant de réaliser une annonce centrée sur le patient, c'est-à-dire s'adaptant à son rythme et à ses besoins. L'accent y est fortement mis sur la dimension verbale de l'interaction, telle qu'apprendre à formuler une question ouverte, une réponse empathique... (Gros, 2009).

Et la relation au Sensible dans tout ça ?

Les différentes approches ci-dessus, complémentaires, laissent pourtant certaines questions sans réponse. Ou plutôt, laissent le soignant sans certains outils de gestion *dans le temps de la rencontre*. En effet, si je sais comment formuler une relance empathique pour accompagner mon patient quand il s'effondre devant moi, comment puis-je faire pour m'accompagner moi quand je sens que je m'effondre devant mon patient ? Bien sûr, le groupe de parole sera un lieu où je pourrai revenir sur cette difficulté, mais j'aimerais avoir des outils, là, maintenant, tout de suite ! Parce

que je ne veux pas m'effondrer, parce que je veux être là pour mon patient.

La chronologie particulière de ma double formation m'a amenée à être fasciathérapeute avant d'être médecin diplômé. Si cette situation n'était pas toujours confortable, elle m'a cependant offert un terrain d'apprentissage riche et inhabituel.

En tant qu'interne puis externe, j'ai pu faire l'expérience de la détresse, du sentiment d'impuissance qui peut submerger le soignant face à un patient en souffrance. Ces difficultés, qui pouvait être quotidiennes dans certains services, n'était pas abordées par les médecins qui nous encadraient, ceux-ci axant plutôt leur enseignement sur les aspects techniques ou sur des connaissances de physiopathologie ou de thérapeutique. Les quelques conseils relationnels entendus en cours ('trouver la bonne distance', 'gérer son degré d'implication'), apportaient plus de questionnements que de solutions pratiques. Pour gérer ces situations, nous devons donc nous débrouiller, seuls face à nous-mêmes et à notre patient. Je n'ai aucune idée de la façon dont les autres étudiants ou médecins trouvent leur solution. Je peux seulement décrire comment moi, interne-fasciathérapeute, j'ai trouvé ma solution.

Devenir fasciathérapeute, c'est bien sûr acquérir des 'outils externes', tels que la thérapie manuelle ou gestuelle, pour prendre en charge nos patients. Mais c'est aussi et surtout, tout au long de la formation, entraîner et accorder ses propres 'instruments internes', à commencer par l'attention et la perception (Bois, 2006) et développer avec sa propre intériorité un « *rapport singulier perçu, éprouvé et conscientisé* » (Bois & Austry, 2007). Ce nouveau rapport à mon corps et à moi est venu progressivement s'intégrer dans ma pratique d'étudiante en médecine.

Tout d'abord, ce fut dans les situations où je me retrouvais déstabilisée de façon brutale et imprévue, face à un patient violent ou agressif par exemple. Dans ces situations d'urgence, je réagissais en tournant mon attention vers mon intériorité corporelle afin de retrouver la perception de mes contours et de ma globalité. Cette façon de faire était assez systématique (mon intention était toujours dirigée vers la perception de mes contours et de ma globalité), et très efficace : je retrouvais ma stabilité. Ce n'est que des années plus tard que j'ai compris comment, dans le déploiement du rapport au Sensible, globalité et solidité sont intimement mêlées. (Bois, 2007 ; Humpich & Lefloch-Humpich, 2008). Mais une consigne 'cognitive' telle que 'retrouve ta solidité' ne m'aurait été d'aucune utilité, pas plus que le fameux 'trouve la bonne distance' ; alors que me dire 'laisse venir tes contours, ta globalité' (une

consigne sensorielle, perceptive) était une voie de passage pertinente pour gagner en solidité...

Plus tard, j'ai travaillé en soins palliatifs. Dans ce type de service, les sources de déstabilisation et de souffrance sont quotidiennes pour le soignant. C'est dans ce contexte que j'ai quitté ma démarche 'corrective' (sortir ma bouée de sauvetage une fois que je chavire), pour explorer une démarche plus anticipatrice. Il s'agissait d'instaurer un rapport à mon intériorité *avant* d'entrer dans la chambre des patients. Sentir mon épaisseur, percevoir mes contours, mon animation interne, avoir le goût de ma propre présence et me percevoir percevant : lorsque j'arrivais à mettre ça en place, cela m'apportait un calme, une sérénité, une solidité dans ma relation à moi-même et à mon patient. Tout ce travail perceptif se continuait en même temps que l'entretien avec le patient. Selon ce que ce dernier me disait, et les effets que cela avait en moi, je devais réajuster ma posture intérieure, retrouver mes contours, parfois mes appuis, me 'ré-assoir dans moi'... Tout cela afin d'être toujours la plus présente possible pour mon patient. Au final, c'était une forme d'auto-accompagnement de moi-même pendant que j'accompagnais mon patient.

L'animation interne perçue est devenue à certains moments un vrai guide au cours de mes entretiens, pouvant me permettre d'entendre la demande au delà de la question, me guidant dans la gestion des temps de silence, me donnant de précieuses indications pour savoir quand parler, quand me taire, quand relancer... Petit à petit, cette posture de *point d'appui pour moi*, dont j'avais longuement éprouvé l'efficacité, a pu s'élargir et devenir un *point d'appui pour moi et pour l'autre* : un point d'appui au sein duquel je peux accueillir mon patient, ses questionnements, sa souffrance, ses émotions, ses silences, tout en restant présente et stable.

Certains soignants se durcissent, se blindent face à la souffrance du patient. Dans mon parcours de soignant, je pense que ma relation au Sensible m'a permis de gagner en solidité sans me blinder, au contraire : c'est à travers cette présence à moi-même, intense, incarnée et chaleureuse, que je suis encore plus touchée par ce qui se joue dans l'interaction avec les patients atteints de maladie grave. Il me semble qu'il y a là une piste de recherche pertinente, au sein de laquelle le '*prendre soin*' s'adresserait au patient, au soignant, et à leur relation.

Bibliographie

- 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 chez l'adulte – Vers un accompagnement perceptivo-cognitif à médiation du corps sensible*. Thèse de doctorat européen, Séville : Université de Séville.
- Bois, D. & Austray, D. (2007). Vers l'émergence du paradigme du Sensible. *Réciprocités (en ligne)* n° 1. Nov. 2007, p. 6-22.
- Buckman, R. (2007). *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Guide du professionnel de santé*. 4^{ème} tirage. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Daneault, S. (2006). *Souffrance et médecine*. Québec : Presses Universitaires du Québec.
- Dosanjh, S., Barnes, J. & Bhandari, M. (2001). Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ*, 35 : 197-205.
- Gros, M. (2009). *L'enseignement de l'annonce de maladie grave dans la formation médicale : enjeux, état des lieux, impacts*. Th. Méd., Lyon I : Lyon-Sud.
- Humpich, M. & Lefloch-Humpich, G. (2008). L'émergence du sujet sensible : itinéraire d'une rencontre au cœur de soi. *Réciprocités (en ligne)* n° 2. Mai 2008, 19-34.
- Jutard, C. (2001). *Les difficultés de l'annonce d'une maladie grave et incurable : enquête auprès de 30 médecins généralistes*. Th. Méd : Lyon I ; Lyon-Nord.
- L'Eplattenier, S. (2007). *Formation initiale à l'annonce d'une mauvaise nouvelle : enjeux, état des lieux, perspectives*. Th. Méd., Grenoble : Joseph Fourier.
- Perrain, A. & Duponchel, P. (2006). *Pourquoi les hématologues français ont-ils des difficultés à annoncer une mauvaise nouvelle à un patient cancéreux en fin de vie ? Mémoire de DIU de soins palliatifs et d'accompagnement* : Tours : faculté de médecine.
- Ruszniewski, M. (1999). *Face à la maladie grave. Patients, familles soignants*. Paris : Dunod.