



Université Fernando Pessoa

Faculté de Sciences Humaines et Sociales
Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive

**Rééducation sensorielle auprès de patients
souffrants de douleur aspécifique du dos**
Influence sur le confort du mouvement et la douleur

Paul SERCU

Porto, 2011



Université Fernando Pessoa

Faculté de Sciences Humaines et Sociales
Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive

**Rééducation sensorielle auprès de patients
souffrants de douleur aspécifique du dos**
Influence sur le confort du mouvement et la douleur

Directeur: Professeur Docteur Danis Bois

Paul SERCU

Porto, 2011

Abstract

Ce travail est l'occasion de consolider le champ théorique et pratique de la rééducation sensorielle. Cette recherche vise à relever les impacts de cette discipline sur la douleur aspécifique lombaire et le confort du mouvement. Cette dynamique de recherche est résolument orientée vers une démarche qualitative heuristique et d'inspiration phénoménologique.

Resumo

Este trabalho constitui uma oportunidade para consolidar o campo teórico e prático da reeducação sensorial. Esta investigação visa abordar os impactos desta disciplina sobre dor lombar não específica e a facilidade de movimento. Esta dinâmica de investigação é fortemente orientada para um processo qualitativo heurístico e de inspiração fenomenológico.

Remerciements à...

Danis, Bois : sans lui, ce mémoire n'aurait pu exister... et aussi pour tout ce que j'ai pu apprendre de lui, tant au niveau professionnel qu'au niveau personnel , pour sa générosité inconditionnelle et son amitié. ...

Ann pour son soutien quotidien, surtout dans les heures difficiles et sa patience. Son amour m'a fort soutenu...

Tobias, Elias et Mattis pour tout l'amour que nous partageons...

A mon père pour son aide et son écoute et ma mère qui m'a toujours épaulé dans ce projet et qui ne peut plus lire ce mémoire...

André et Jenny pour leurs traductions précieuses...

Nadine pour ses bons conseils et ses encouragements...

Tous les professeurs de l'école supérieure de fasciathérapie et somato-psychopédagogie et leurs conseils avisés...

Catarina, pour son savoir-faire final...

Franz Baro et Linda De Lausnay pour leur amitié et leurs avis éclairés...

Philippe qui a partagé les bons et mauvais moments de ce mémoire...

Et ceux pour qui ce travail serait vain : mes étudiants...

Tous ceux que je n'ai pas nommé et qui sont pourtant présents dans ma vie...

Sommaire

Abstract	3
Remerciements à	4
Sommaire	5
Introduction	8
Première Partie	12
Problématisation et cadre théorique	12
Chapitre 1 : Problématisation	13
1.1. Pertinence personnelle.....	13
1.2. Pertinence professionnelle.....	14
1.3. Pertinence sociale	18
1.4. Pertinence scientifique	19
1.5. Question de recherche	20
1.6. Objectifs de recherche	21
Chapitre 2 : Cadre théorique	22
2.1. Champ théorique de la douleur aspécifique lombaire	22
2.1.1. Classifications des lombalgies	22
2.1.2. La douleur	24
2.1.3. Hypothèse d’une installation des douleurs aspécifiques sous l’éclairage de la neurophysiologie et du modèle de la voie de résonance d’un choc	26
2.2. La rééducation sensorielle sous l’éclairage de la neurophysiologie, de la neuroscience et du paradigme du Sensible.....	32
2.2.1. Quelques repères sur les méthodes d’évaluation de la biomécanique classique....	34
2.2.2. Quelques repères théoriques sur la rééducation sensorielle : le mouvement lent, coordination de base linéaire et circulaire	36

2.2.3. La rééducation sensorielle et les trois fonctions de la composante linéaire du mouvement : intentionnalité, compensation et perception.....	38
2.2.4. Le psychotonus : La réciprocité entre le tonus physique et psychique	45
2.2.5. Les invariants du mouvement et les schèmes associatifs du mouvement	46
Chapitre 3 : Cadre pratique	50
1.1. Contexte et approche pratique de la rééducation sensorielle	50
3.1.1. Présentation des exercices	52
3.2. Les actions ciblées de la rééducation sensorielle	54
3.2.1. L'aspect compréhensif	55
3.2.2. L'aspect perceptif.....	55
3.2.3. L'aspect exécutif	55
3.2.4. Aspect évaluatif : les 7 angles morts	56
3.2.5. L'aspect pédagogique : application dans le cadre d'une école du dos.....	60
3.2.6. Méthodologie du passage de l'exécution du mouvement	62
3.2.7. Indications montrant que le patient est dans le sensible :	63
Deuxième Partie	65
Cadre épistémologique et méthodologie de la recherche	65
Chapitre 1 : Cadre épistémologique	66
1.1. Posture de praticien-chercheur	67
Chapitre 2 : Devis méthodologique.....	70
2.1. Les participants à la recherche	70
2.2. Le mode de recueil de données	70
2.3. La méthode d'analyse des données	72
Troisième Partie	74
Analyse et interprétation des données	74
Chapitre 1 : Trois analyses phénoménologiques.....	75
Analyse phénoménologique de Jullien.....	75

Analyse phénoménologique de Francine	81
Analyse phénoménologique de Catherine.....	86
Analyse herméneutique transversale	89
Conclusions et résultats de recherche.....	91
Bibliographie	93
Annexe	98
Interview Jullien	98
Interview de Francine.....	108
Interview Catherine	122
Analyse classificatoire de Jullien	131
Analyse classificatoire de Francine.....	134
Analyse classificatoire de Catherine	138

Introduction

En 1980, à la fin de mes études de kinésithérapie, les fondements théoriques de cette discipline ne suffisaient pas à prendre totalement en charge certaines pathologies, telles que les douleurs aspécifiques du dos. Très rapidement, j'ai perçu des lacunes dans les techniques apprises qui se limitaient aux massages, mobilisations générales, exercices de renforcement musculaire et de verrouillage du dos et à quelques mobilisations locales de translation. L'arsenal de techniques disponibles ne pouvait pas toujours résoudre la problématique des patients qui consultaient dans mon cabinet.

Pour combler ces lacunes j'entrepris des études d'ostéopathie. Cette formation me permit d'acquérir des compétences techniques et cognitives telles qu'une meilleure connaissance de l'anatomie et de la physiologie et des pratiques thérapeutiques comme les manipulations. Ces compétences anatomiques ont pu être intégrées à ma pratique, elles m'ont permis d'effectuer des liens anatomiques entre système locomoteur, viscéral et crânien.

Malgré cet élargissement de l'arsenal de techniques, je terminais cette formation d'ostéopathie avec le même sentiment d'insatisfaction, des questions restaient sans réponse et l'impression de devenir un « technicien » du corps. Il me manquait toujours quelque chose... Mais je ne pouvais pas l'identifier.

En 1986, lors d'un cours de post-graduation en ostéopathie, j'ai eu la chance de rencontrer Danis Bois. Je fus tout de suite impressionné par sa manière d'aborder le patient et la maladie, par son raisonnement clinique qui posait ses bases sur un substratum physiologique, tout en respectant la dimension humaine. La technique manuelle qu'utilisait D. Bois n'était pas « manipulatrice », elle n'utilisait pas de cracking ni de gestes brusques. Grâce à ce toucher manuel particulier qui pénétrait la profondeur des tissus, je percevais que la personne participait avec tout son être au processus de normalisation. À cette époque, je ne pouvais pas comprendre comment il était possible de concerner aussi intensément une personne sans passer par l'affect. Il était clair que D. Bois utilisait une thérapie centrée sur la force d'autorégulation du patient. J'étais loin des techniques manipulatoires qui m'avaient été enseignées et que je pratiquais avec habileté. J'entrais dans un nouveau monde et je

découvrais que l'on pouvait soigner d'une manière différente. C'est à cette période que je débutais ma formation en fasciathérapie¹.

Dans le but d'acquérir encore plus de connaissances et stimulé par plusieurs collègues, j'ai commencé plus tard à enseigner la fasciathérapie en Belgique. Avec l'autorisation du professeur D. Bois, je fondais l'école en mai 1995. La responsabilité que je m'imposais de donner un enseignement de haute qualité, comme j'ai toujours eu en France au Collège International, méthode Danis Bois, m'a vraiment poussé à aller « jusqu'au bout » ; à fouiller la problématique, à l'appliquer, à intégrer les techniques et à les « tester » dans mon cabinet avant de l'enseigner.

Les douleurs aspécifiques du dos sont un domaine privilégié pour appliquer cette thérapie innovante. Elle m'a en effet permis d'expérimenter et de constater que cette thérapie donne des résultats plus que satisfaisants. Je parvenais à traiter une personne souffrante et pas seulement un corps objet, des muscles ou des vertèbres déplacées. Mais cela ne suffisait pas.

Aujourd'hui, les résultats constatés sur le plan clinique et empirique ne peuvent suffire à satisfaire ma curiosité de chercheur. Je souhaite mettre à l'épreuve les « bons résultats empiriques » en les confrontant à une dynamique de recherche qui respecte les critères de scientificité propre à la démarche qualitative. Pour mener à bien ce projet j'adopterai une double posture, l'une critique sur le mode de *evidence based medicine* et notamment au niveau du champ théorique et l'autre résolument qualitative et notamment au contact de l'enquête menée auprès de trois patients.

Ma recherche aborde deux grandes thématiques, l'une est ciblée sur la rééducation sensorielle et l'autre sur la douleur lombaire aspécifique. Je serai donc amené à déployer une discussion théorique de ces deux thématiques tout au long de cette recherche. Mais avant, il convient de situer la notion de rééducation sensorielle comme prolongement de la fasciathérapie. En effet, cette dernière privilégie l'approche manuelle tandis que la rééducation sensorielle s'adresse à la gestuelle sur la base cependant d'un même support anatomique et physiologique. Dans le contexte de ma recherche j'associerai le toucher manuel à visée d'éveil de la sensorialité et la rééducation gestuelle invitant la personne à s'investir dans le geste effectué.

¹ La fasciathérapie est une thérapie manuelle mise au point par Danis Bois elle a une visée curative lorsqu'elle s'adresse à la libération des fascias dans les années 1980. La fasciathérapie allie une dimension curative en libérant les tissus conjonctifs qui enveloppent les muscles, les os et les viscères et le cerveau. Il s'agit d'un toucher manuel qui agit sur les symptômes des pathologies ostéo-articulaires et myotensives. Pour de plus amples informations, le lecteur peut se référer à la maîtrise de C. Courraud référencée dans la bibliographie, ainsi qu'aux ouvrages suivants : D. Bois (1990) « *Une thérapie manuelle de la profondeur* », Editions Trédaniel ; C. Courraud (1999), « *Fasciathérapie et sport, le match de la santé* », Editions Point d'appui ; et I. Eschalié (2010), « *La fasciathérapie, une nouvelle méthode pour le bien-être* », Editions Trédaniel.

Cette alliance se retrouvera dans le déploiement du champ pratique et de la méthodologie de recherche dans la mesure ou l'action éducative et thérapeutique menée s'appuie sur deux temps. Le premier temps concerne l'instauration d'un éveil sensoriel à médiation manuelle et le second temps concerne la pratique de la rééducation sensorielle proprement dite. Chaque temporalité sera ponctuée d'un entretien qui visera à recueillir les données qui sont en lien avec ma question de recherche : Quels sont les impacts de la rééducation sensorielle sur des patients souffrant de douleur aspécifique du dos.

Le terme rééducation sensorielle emporte deux dimensions qui la distingue de la rééducation traditionnellement utilisée par les kinésithérapeutes. La rééducation sensorielle telle qu'elle est envisagée par son fondateur D. Bois souligne la dimension éducative forte ciblée sur l'enrichissement perceptif. Dans cette perspective la rééducation est d'abord et avant tout pédagogique puisque elle est orientée vers une meilleure connaissance de la physiologie articulaire naturelle et vers une plus grande perception du geste justifiant ainsi sa terminologie : *rééducation* car elle convoque un fort pôle éducatif et pédagogique et *sensorielle* car elle sollicite la perception active et consciente de la personne qui effectue le geste. Sur cette base terminologique je souhaite élargir la rééducation telle qu'elle est proposée en kinésithérapie dans la mesure où je serai amené à reformuler la physiologie du mouvement et la biomécanique sous l'éclairage de la rééducation sensorielle. Cet aspect novateur sans nul doute aura une influence sur la pratique de la rééducation et tout particulièrement de la rééducation de la douleur lombaire aspécifique.

Je suis d'avis que si on s'intéresse à un certain objet de recherche, il faut récolter le maximum de connaissances et de savoir-faire dans une approche multifactorielle, pour ensuite pouvoir entrer en communication avec des collègues qui sont également intéressés par ce même sujet. J'ai donc décidé d'enrichir mes connaissances autour du sujet des douleurs aspécifiques en fouillant la littérature dans le domaine des approches thérapeutiques comme la kinésithérapie, la psychologie, la médecine et la pédagogie, dans le but de trouver ainsi les lacunes dans mon approche appliquée en cabinet et de pouvoir développer une rééducation gestuelle plus holistique et efficace. Mon domaine d'intérêt s'étendait en même temps dans les recherches scientifiques comme les neurosciences, la philosophie des sciences, la biologie, la physiologie et la biomécanique, en espérant trouver des pistes de réflexion dans lesquelles la science était en avance sur la pratique.

Ainsi, j'espère que ce mémoire sera utile comme base de communication avec d'autres chercheurs intéressés par ce sujet. J'ose espérer que cette communication me permettra alors d'enrichir mes connaissances, d'y découvrir à nouveau des points forts et faibles pour ensuite

pouvoir changer les points de vue antérieurs. « *Seul, on avance plus vite, ensemble, on avance plus loin* » est une phrase que j'ai entendue pendant un cours de Jeanne Marie Rugira, collègue en somato-psychopédagogie et professeur de psychosociologie à l'université de Rimouski au Québec. Je tiens cette maxime à cœur, elle me motive en tant que thérapeute, enseignant et chercheur à entrer en communication avec les autres. En effet, se faire enseigner par des personnes ayant les mêmes intérêts mais à partir d'un autre point de vue, peut m'apporter des données qui viennent affiner mes propres connaissances, mon savoir-faire et ma façon d'être.

Je tiens à préciser toutefois que je mènerai ma recherche en épousant une posture de praticien qui réalise une prise en charge des patients dans le cadre d'une activité libérale, et non en tant que formateur. Ma posture de recherche relève de la compréhension et non de la preuve. Cette perspective dialectique postule pour le dépassement de la querelle entre explication et compréhension. Ma contribution porte sur des questions d'ordre épistémologiques et méthodologiques qui s'inscrivent dans une conduite de recherche qui vise à recueillir des données subjectives rapportées par trois patients. En effet, au delà d'une approche théorique du mouvement et de la biomécanique sous l'éclairage des neurophysiologistes ce qui m'intéresse est l'étude du rapport qu'une personne peut entretenir avec son geste, ainsi que ses éventuels impacts sur la personne qui souffre de douleur lombaire aspécifique.

Afin de guider le lecteur dans le parcours de cette recherche, voici le résumé de contenu des différentes parties qui la composent.

La première partie est constituée d'un premier mouvement de problématisation qui comprend les pertinences, la question de recherche et ses objectifs et le champ théorique qui aborde deux thématiques. La première concerne la douleur aspécifique tandis que la deuxième s'oriente plus vers la rééducation sensorielle sous l'éclairage de la neurophysiologie de la neuroscience et du paradigme du Sensible.

La deuxième partie présente la posture épistémologique, qualitative heuristique, inspiration phénoménologique et situe ma recherche dans une posture de praticien chercheur qui conduit sa recherche à la seconde personne. Un chapitre est consacré également à la méthodologie de recherche qui présente une enquête par le mode de l'entretien et dont l'analyse est construite en trois temps : analyse classificatoire, phénoménologique cas par cas et une analyse herméneutique transversale qui servira de matériau de conclusion.

La dernière partie relate la conclusion et le résultat des données.

Première Partie

Problématisation et cadre théorique

Chapitre 1 : Problématisation

1.1. Pertinence personnelle

La notion de problématisation fait appel à celles de problème et de problématique. En effet dans les recherches expérimentales le chercheur commence sa recherche à partir d'une hypothèse qu'il veut infirmer, confirmer ou enrichir. Ici le m'inscris dans une dynamique résolument compréhensive, dans cette perspective le starter de ma recherche est la rencontre avec un problème rencontré dans le terrain de ma pratique. En réalité, j'étais confronté à plusieurs problèmes professionnels mais aussi personnels dans la mesure où pour soigner ou enseigner sereinement je dois avoir confiance en la technique que j'utilise et je dois comprendre les gestes que j'accomplis et les résultats que j'obtiens.

Au début de ma pratique de kinésithérapeute, ma curiosité fut attirée par les pathologies de la colonne vertébrale et cela pour différentes raisons. La raison principale, parce que même si le mal de dos est considéré comme « la maladie du siècle » et que la recherche de techniques nouvelles s'intensifie, le nombre de gens souffrant du dos ne cesse de croître. Et je constatais que malgré tout mon investissement je ne parvenais pas à trouver suffisamment la confiance en mes outils au regard de mes nombreuses échecs par rapport à la pris en charge des personnes souffrant de mal de dos.

Je me suis donc inscrit dans une formation d'ostéopathie pour acquérir cette confiance qui me manquait en pariant sur le fait que la confiance en moi même se renforcerait en gagnante en confiance par rapport aux instruments que j'utilisais. Ce fut effectivement le cas, la pratique de l'ostéopathie avait fait de moi un praticien assertif.

A l'époque, vers les années 1980 mon rêve était de devenir un spécialiste de problèmes de dos. La confiance retrouvée ne m'empêchait de ressentir en moi une insatisfaction professionnelle qui retentissait sur ma démarche existentielle. J'étais devenu en effet, en tant qu'ostéopathe, un mécanicien expert de la colonne vertébrale qui avait une certaine efficacité. Pour autant, je sentais qu'il y avait une autre façon d'envisager la personne en incluant dans mon geste une plus grande humanité.

Je décidais de m'inscrire dans une formation de fasciathérapie avec comme professeur Danis Bois. Ma plus grande motivation est venue pendant mes études de fasciathérapie

lorsque je commençais à entrevoir l'intérêt d'étudier la proprioception. Celle-ci était étudiée comme régulateur du tonus musculaire et aussi comme organe participant à la perception du mouvement et à l'ancrage identitaire.

Tout de suite, je soupçonnais que dans cette nouvelle approche pouvait éventuellement se trouver une tentative de solution pour traiter les douleurs aspécifiques du dos qui touchent autant le corps que le psychisme.

Je tiens à avouer que dans les cours de fasciathérapie, transmis par D. Bois, j'ai pu étancher ma soif de connaissances aussi bien au niveau thérapeutique qu'au niveau scientifique, humain et spirituel. Les bons résultats que j'obtenais, les expériences que je vivais lors des cours, me motivaient à me spécialiser dans les pathologies lombaires aspécifiques. J'étais en effet convaincu qu'il fallait prendre en considération la personne elle-même, et la solliciter activement dans son processus de rééducation. J'avais acquis une conviction intime, d'avantage qu'une hypothèse, que l'association du toucher manuel spécifique à la fasciathérapie et la rééducation sensorielle était pertinente pour soulager cette population. J'obtenais de bons résultats, mais je ne comprenais pas le mécanisme qui sous-tendait les améliorations rapportées par mes patients. Je souhaite que cette recherche satisfasse mon désir de compréhension et m'éclaire sur les impacts de la rééducation sensorielle sur les personnes souffrant des douleurs lombaires aspécifiques.

Prendre la responsabilité d'écrire ce mémoire m'a fait découvrir que je devais changer ma posture de praticien à celle de praticien réflexif. Savoir décrire et comprendre ce que je fais, est un pas supplémentaire à réaliser, pour passer au stade suivant, celui de praticien-chercheur.

1.2. Pertinence professionnelle

Comme kinésithérapeute, j'étais déjà persuadé de l'importance du rôle du mouvement dans le traitement de la douleur du dos. Je donnais, comme beaucoup d'autres kinésithérapeutes, des exercices de stabilisation en renforçant les muscles et des conseils « protecteurs du dos ». Les effets n'étaient pas toujours satisfaisants à long terme et beaucoup de patients n'arrivaient pas à se motiver pour continuer les exercices chez eux comme le souligne A. Rombaut : « *Seulement un petit nombre de patients arrivent à persévérer et à*

appliquer de manière conséquente ce qu'ils ont appris. Continuer à appliquer et automatiser des mouvements simples, justes et protecteurs : ça c'est le grand défi. » (Rombaut, 2000, p. 28-29).

Par ailleurs, et cela me semble peu logique, en kinésithérapie on prétend que le mouvement est important dans les traitements du dos et en même temps, tous les exercices et conseils « protecteurs du dos » sont des verrouillages et des immobilisations. J'ai toujours pensé qu'il y avait quelque part un hiatus entre la théorie et l'application de cette théorie. Par contre, actuellement dans la rééducation, on devient de plus en plus persuadé de l'importance de la proprioception c'est en tout cas ce que mentionne A Rombaut : *“L'entraînement proprioceptif est l'entraînement du futur.”* (ibid. p198) Pour autant, l'importance conférée à la proprioception n'offre pas une réponse à ma réflexion du moment à savoir :

- Comment trouver une rééducation qui augmente en temps réel la stabilité et la mobilité et qui inclut en plus tous les aspects qui jouent un rôle dans la problématique ?
- Que nous manque-t-il comme information pour que les patients soient plus motivés à se prendre eux-mêmes en charge ?
- Comment rendre actif le patient durant la pratique de la rééducation ?

Il me semble qu'engager une réflexion autour de cette interrogation apporterait des éléments clefs offrant une valeur ajoutée à la pratique appliquée. Mon interrogation soulève trois problèmes que la rééducation sensorielle englobe puisque, si je m'en réfère à ma pratique, elle permet de résoudre en partie la dialectique stabilité/mobilité et invite fortement le patient à se prendre en charge à travers le déploiement actif des potentialités perceptives kinesthésiques favorisant une certaine autonomie dans la gestion de la douleur et du geste.

Comme je l'ai mentionné, je suis à la fois un praticien qui exerce la fasciathérapie dans le cadre d'un cabinet libéral et directeur de « The European College of Fasciatherapy » dans laquelle j'initie une population de médicaux et de paramédicaux à la rééducation sensorielle² puisque celle-ci est contenu dans le programme de formation en fasciathérapie. Dans ma fonction de responsable de cette école et d'enseignant, je trouve évident de prendre la responsabilité de ne jamais cesser de faire des efforts pour améliorer la qualité de l'enseignement, autant dans sa forme pédagogique que dans son contenu, en m'appuyant sur les travaux réalisés dans le cadre du CERAP et notamment à propos de la rééducation sensorielle. Toutefois, jusqu'à ce jour, ces travaux ne concernent pas l'application de la rééducation sensorielle sur des gens souffrant des douleurs lombaires aspécifiques. Je souhaite donc que ma recherche puisse participer à une meilleure compréhension de la rééducation

² Cette discipline sera abondamment décrite dans le cadre théorique et pratique de cette recherche.

sensorielle appliquée sur cette pathologie et me permettre d'offrir un enseignement pertinent auprès de mes étudiants en formation.

Probablement que cette recherche me permettra aussi d'élaborer un protocole très aidant pour ma pratique en cabinet libéral, pour mon enseignement et pour la création d'une école du dos s'appuyant sur le résultat de cette recherche. En effet, une école de dos suppose une compétence pédagogique qui, à mon sens, n'a pas été suffisamment développée en kinésithérapie et notamment une pédagogie ciblée sur l'éducation perceptive et cognitive. Cette partie pédagogique prendra une place importante dans ce mémoire, dans le but d'acquérir des compétences à transmettre sur la base de l'expérience du mouvement un nouveau rapport au geste.

Ma longue pratique en cabinet auprès de patients souffrant du dos, justifie qu'une session d'école du dos qui propose une prise de conscience par la perception est efficace ; les résultats obtenus, le sont de manière rapide et durent longtemps, apportant, de mon point de vue, un apport complémentaire aux exercices de rééducation non conscientisés. Selon Danis Bois : « *Faire un mouvement et le vivre en temps réel favorise l'intégration dans la mémoire à long terme et le schéma corporel* ». (Bois Danis, cours Chamblay août 2010) La rapidité d'obtention de ces résultats peut également s'expliquer par la lenteur d'exécution des exercices permettant ainsi au patient d'observer son mouvement et de le corriger en temps réel. Un entraînement régulier permet à la conscience de s'aiguiser, à la perception de s'affiner et de rendre compte de détails insoupçonnables, qui peuvent rester non perçus à une conscience non entraînée. Ces zones non perçues du mouvement pourraient être des éléments clefs qui généralement perturbent la cohérence du mouvement.

En ce qui concerne la douleur, je constate que la rééducation sensorielle favorise une forte diminution de la composante psychique de la douleur et par conséquent diminue la kinésiophobie. En effet dans les douleurs chroniques nous assistons à un cercle vicieux où la crainte de la douleur inhibe l'activité gestuelle, devenant du même coup une phobie du geste qui influence considérablement l'activité de la personne ainsi que sa vie sociale (changement du comportement, de la façon de réagir et de la façon de penser). Le témoignage rapporté par mes patients dans le cadre de mon enquête apportera, je le souhaite, quelques indices de compréhension à propos des résultats cliniques obtenus sur le plan psychique et physique, dans ma pratique.

Cette recherche me donnera également l'occasion de mieux comprendre la place du tonus dans la gestion de la douleur et du confort gestuel. En effet, j'ai observé au plan

clinique que la diminution du tonus nociceptif, combinée avec la correction du mouvement des vertèbres influence l'aspect neurogène du mouvement en libérant les paquets neurovasculaires en cas de compression. Une des caractéristiques de la douleur neurogène est qu'elle est émotionnellement fort colorée et influence donc le comportement et la vie sociale.

Ainsi au plan clinique je me suis forgé un certain savoir empirique concernant l'impact de la rééducation sensorielle sur l'alliance efficace de la stabilité et la mobilité, sur la kinésiophobie, sur la douleur et le confort. Cependant ce savoir existant ne comble pas mon insatisfaction dans la mesure où je ne sais pas le mécanisme physique et psychique qui sous-tendent ces résultats empiriques. Dans ce sens ma démarche s'inscrit dans une dynamique scientifique « *Il y a problème lorsqu'on ressent la nécessité de combler l'écart existant entre une situation de départ insatisfaisante et une situation d'arrivée désirable. [...] Résoudre un problème, c'est réduire cet écart. Dans ce contexte un problème de recherche se conçoit comme un écart conscient que l'on veut combler entre ce que nous savons, jugé insatisfaisant, et ce que nous devrions savoir, jugé désirable.* » (Chevrier, in Gauthier, 1997, p.52) Gauthier B. (1997). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Ste Foy : PUQ

Au final ce que je sais faire je veux mieux le comprendre afin d'enrichir ma pratique professionnelle et mon enseignement.

1.3. Pertinence sociale

En ce qui concerne la fasciathérapie :

La fasciathérapie, constituée de trois volets : la thérapie manuelle, la thérapie gestuelle et l'entretien thérapeutique, a été créée et développée par Danis Bois (et son équipe enseignante) dans les années 1980.

Bien que la fasciathérapie ne soit pas de manière officielle encore reconnue comme thérapie régulière en Belgique, on peut dire qu'elle est de manière officieuse, bien acceptée par le corps médical et paramédical. Plusieurs facultés universitaires ou écoles supérieures en kinésithérapie ont déjà soutenu des mémoires de fin d'étude ayant pour thème la fasciathérapie. Suite à l'étonnement de quelques médecins, paramédicaux et chercheurs au vu des résultats obtenus par des collègues, plusieurs organisations médicales et paramédicales nous ont demandé d'organiser des conférences afin de faire connaissance avec cette méthode.

Par ailleurs, beaucoup d'associations de patients souffrant de certaines pathologies, comme la maladie de spondylolyse ankylosante, la maladie de Mahler-Danlos, ou des patients souffrant d'acouphènes ou de douleurs aspécifiques de la colonne vertébrale nous invitent à organiser des conférences et des ateliers pratiques. Le bureau des kinésithérapeutes a demandé une conférence, intéressé par la biomécanique sensorielle et la rééducation sensorielle dans un congrès de la kinésithérapie en 2010. Cette recherche menée sur la douleur lombaire aspécifique participera à offrir quelques réponses aux associations qui défendent le statut des personnes qui souffrent de douleurs aspécifiques en leur apportant des éléments de compréhension leur permettant de mieux gérer leur situation.

Un autre de mes objectifs est de continuer à promouvoir l'enseignement en Belgique et aux Pays-Bas, au sein du Collège Européen de Fasciathérapie, d'augmenter la qualité de l'enseignement et de donner des bases scientifiques solides à la pratique thérapeutique. La rigueur scientifique que je développerai pendant ma recherche me permettra d'améliorer ma pédagogie ainsi que ma didactique.

Et enfin, il me semble nécessaire de réaliser des recherches académiques pour consolider le statut de la fasciathérapie. A ce jour cette discipline est reconnue par le comité paritaire reconnaissant les cursus de spécialisation à obtenir des heures de crédits pour les kinésithérapeutes travaillant comme employé. Le cursus de fasciathérapie est repris dans la

liste des cours reconnus, présentés par VKV, l'assemblée des kinésithérapeutes flamands qui accréditent des cours de formation continue pour les kinésithérapeutes. Il est également reconnu par le NRO, l'assemblée des ostéopathes au Pays-Bas et le UKO, l'assemblée des kinésithérapeutes-ostéopathes en Belgique. Il s'ouvre à tous les exerçants des professions médicales et paramédicales.

Ma recherche participera, je l'espère, à la socialisation de la rééducation sensorielle auprès des institutions universitaires chargées d'enseigner la kinésithérapie et permettra un meilleur accueil au niveau des institutions gouvernementales et hospitalières en répondant à leurs critères de scientificité.

1.4. Pertinence scientifique

Développer la problématisation implique que je définisse mon questionnement scientifique qui me permettra de sortir de la simple interrogation née de mon observation empirique et de mes pertinences personnelles et professionnelles. La notion de problématisation doit prendre en compte la connaissance scientifique. Cette démarche s'impose puisqu'elle développe un questionnement plus vaste que la simple interrogation issue de la rencontre avec un problème professionnel.

Cette posture m'invite à formuler le problème scientifique en menant une étude sur la question du mouvement conscientisé dans la littérature scientifique. Cette recherche n'a pas l'ambition de passer en revue la littérature spécialisée dans le domaine des neurosciences et de la neurophysiologie. Je souhaite ici, offrir des éléments de réflexion autour de la perception kinesthésique, de l'organisation des schèmes du mouvement qui associe les composantes linéaires et les composantes circulaires et cela jusqu'à ces plus hauts degrés d'organisation et d'exécution. Cette démarche n'a pas, à ma connaissance, fait l'objet de recherches sérieuses et exhaustives au niveau de la neuroscience, de la neurophysiologie et de la psychologie. Seule la littérature philosophique et plus particulièrement la phénoménologie s'est intéressée à la perception en tant que surplomb de l'action immédiate. Cependant je n'ai pas fait le choix d'aborder la phénoménologie n'étant pas familiarisée à la philosophie et étant plus intéressé par l'étude du mouvement sous l'angle de la neurophysiologie.

Je considère aussi comme une opportunité de faire la synthèse des travaux réalisés dans le cadre du CERAP (Centre d'Etudes et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive ; www.cerap.org) à propos du geste lent comme vecteur d'enrichissement perceptif

et la biomécanique sensorielle comme représentant le modèle physiologique de la rééducation sensorielle. Je tiens à souligner un point crucial avant de plonger au cœur de mon mouvement théorique que la rééducation sensorielle mobilise une activité perceptive et cognitive innovante ainsi qu'une physiologie articulaire non encore explorée par la communauté scientifique.

En ce qui concerne la douleur aspécifique, on trouve une littérature abondante qui traite la question de la douleur lombaire aspécifique. Je m'appuierai donc sur cette littérature pour offrir quelques repères pathologiques nécessaires à la compréhension des enjeux de la rééducation sensorielle. Cependant, ce qui m'intéresse tout particulièrement est le caractère psychogène de la douleur aspécifique lombaire et comment elle est envisagée par la communauté scientifique.

La littérature scientifique de la kinésithérapie propose un modèle de rééducation qui présente un intérêt certain. Cependant la rééducation proposée ne développe pas le volet éducatif ni pédagogique proposé par la rééducation sensorielle, et n'entrevoit pas la biomécanique sous l'angle de l'activité sensorielle. Cette recherche va dans le sens d'une meilleure compréhension du modèle théorique et pratique qui sous-tend la rééducation sensorielle.

Enfin, dans la grande majorité des cas la rééducation et la douleur aspécifique vertébrale font l'objet de recherches expérimentales respectant le paradigme de *evidence based medecin* qui ne prend pas suffisamment en considération la vie subjective du patient. Ma recherche rompt avec cette tradition scientifique inscrite dans le paradigme explicatif puisque je souhaite inscrire ma recherche dans le paradigme compréhensif. Cette posture m'oblige à déployer une recherche qualitative d'inspiration phénoménologique. En ce sens ma dynamique de recherche constitue une approche audacieuse dans la mesure où le paradigme dominant de la recherche en kinésithérapie est celui de l'approche expérimentale et quantitative.

1.5. Question de recherche

Sur le plan clinique, comme je l'ai mentionné précédemment j'ai acquis une connaissance empirique sur un certain nombre d'impacts de la rééducation sensorielle sur la lombalgie lombaire aspécifique. Parmi ces impacts, j'ai relevé l'enrichissement des potentialités perceptives de la personne et le soulagement de la douleur. Cependant ce qui

m'intéresse dans cette recherche est le point de vue du patient : que rapporte le patient à propos des impacts qu'il ressent au contact de la rééducation sensorielle ? A travers ces témoignages je serai à même de mieux comprendre le processus de ces impacts ainsi que leur nature. En effet j'ai souhaité une question de recherche ouverte qui me permettra une analyse panoramique du vécu de chaque patient. En effet, j'ignore si les patients vivent une expérience identique ou au contraire si chacun d'eux rapporte un rapport singulier.

Pour cette raison la question de recherche se décline de manière suivante : **Quels sont les impacts de la rééducation sensorielle sur les patients souffrant de douleur aspécifique du dos ?**

1.6. Objectifs de recherche

Les objectifs de ma recherche sont de plusieurs ordres. Je souhaite en effet approfondir le champ théorique de la douleur lombaire aspécifique et notamment la douleur qui est en lien avec le complexe somato-psychique. Par ailleurs, je souhaite réaliser une recherche sur les découvertes récentes sur le mouvement et entreprendre une analyse par analogie dans le but de créer des ponts entre les recherches scientifiques actuels et la rééducation sensorielle.

Cette recherche me donnera également l'occasion de consulter la littérature concernant la biomécanique sensorielle et la rééducation sensorielle afin d'approfondir le lien entre le champ théorique et pratique.

Ensuite, il me semble pertinent de repérer dans le témoignage des patients les indices qui annoncent la présence d'impact de la rééducation sensorielle sur la base de leurs vécus. En effet, habituellement toute l'action éducative et thérapeutique est orientée vers le soulagement de la douleur et le confort gestuel. Cette action ciblée peut apparaître restrictive au regard de ce que rapporte la personne.

Sur cette base réflexive mes objectifs de ma recherche visent à :

- Approfondir le champ théorique de la douleur aspécifique lombaire.
- Relever les dernières découvertes sur le mouvement qui sont susceptibles d'enrichir le champ théorique de la rééducation sensorielle.
- Répertorier le champ théorique et pratique de la rééducation sensorielle et l'enrichir.
- Recueillir le témoignage des patients à propos des impacts de la rééducation sensorielle.

Chapitre 2 : Cadre théorique

Cette section aborde deux grandes thématiques, l'une concerne le champ théorique de la douleur aspécifique lombaire qui me donnera l'occasion de préciser le contexte, le type de douleur et de proposer une hypothèse d'une installation d'une douleur aspécifique sous l'éclairage de neurophysiologie et du modèle de la voie de résonance d'un choc. L'autre thématique aborde la rééducation sensorielle proprement dite en prenant soin d'engager un mouvement de problématisation théorique par rapport aux recherches menées sur la biomécanique classique et par rapport à l'état des lieux de la connaissance du modèle théorique de la rééducation sensorielle.

2.1. Champ théorique de la douleur aspécifique lombaire

80 à 90 % des gens ont eu au moins une fois dans leur vie, une période de douleur lombaire. Dans la population active, la douleur lombaire est la raison la plus fréquente des visites médicales. Néanmoins si nous savons que beaucoup de patients souffrant de lombalgie aiguë sont spontanément soulagés sans aucune forme de traitement et nous ignorons pourquoi une partie de cette population évolue aux lombalgies récidivantes et chroniques. (Frymoyer 1988)

En général il est reconnu que la douleur chronique lombaire est fluctuante avec une étiologie multifactorielle et une pathogenèse complexe. (Langevin et al. 2007) Dans 85 % des cas, on ne peut pas faire un diagnostic patho-anatomique et la corrélation entre les symptômes et l'imagerie est très faible. (Deyo R.A. et al. 2001)

2.1.1. Classifications des lombalgies

Nous pouvons classifier les douleurs lombaires de plusieurs façons. Par exemple, en utilisant une classification qui part des structures atteintes en différenciant une douleur primaire d'une douleur secondaire, une douleur référée et une douleur psychogène. Au Pays bas, la médecine préfère le modèle qui est basé sur la durée des plaintes. Puisque la plupart des plaintes disparaissent dans les trois mois, on utilise le terme "chronique" dès que la plainte dure plus de trois mois.

Waddel classifie les douleurs du dos en deux groupes : douleurs avec des causes spécifiques et douleurs sans causes spécifiques. (Waddel 1999) (Van Kleef M. 2000)

Dans les causes spécifiques, on trouve:

- Hernie discale
- Spondylosithésis
- Sténose spinale
- Instabilité segmentaire avec plus de 5 mm de déplacement pendant la flexion/extension
- Fractures vertébrales, tumeurs, infections et maladies inflammatoires.

Si aucune des affections, comme décrit ci-dessus, ne peut être diagnostiquées, le terme “douleurs lombaires avec des causes aspécifiques” ou “douleur lombaire aspécifique” est utilisé.

Mais remarquons tout de suite que 75% des personnes souffrant d’une hernie discale n’a pas de symptôme. (Boos. 1995)

Selon son raisonnement, Waddel classifie certaines douleurs ayant une cause objectivable et d’autres douleurs sans cause objectivable, dans le cas de 95 % des plaintes lombaires.

Alors que pour les cliniciens la cause principale vient d’une anomalie posturale générant des anomalies dégénératives de la colonne lombaire comme les disques, les facettes articulaires ou autres structures et ils rajoutent même, la possibilité d’influences de facteurs psychosociaux.

Une autre forme de catégorisation qui peut donner des indications pour bien mener le traitement en fasciathérapie et la rééducation sensorielle est la catégorisation selon l’origine de la douleur : la douleur somatogène, viscérogène, neurogène et psychogène.

- Pour la douleur somatogène et viscérogène on peut trouver un facteur pathogène qu’on essayera d’éliminer.
- Pour les deux autres c’est plus difficile : la conduction perturbée et la façon dont la personne interprète sa douleur est très complexe. Notons tout de suite que l’aspect psychogène intervient dans chaque forme de douleur. Cette

catégorisation est un vrai plaidoyer pour essayer de trouver un examen fiable et une catégorisation qui tient compte de la subjectivité de cette problématique.

2.1.2. La douleur

La kinésithérapie, a comme vocation de soulager les douleurs physiques et utilise en général une approche biomédicale pour construire son traitement, afin de soulager les douleurs lombaires. (Van Burken et Swank, 2000) La problématique est entrevue selon le modèle de causalité où chaque cause produit des effets dans un cadre “espace-temps”. Dans cette perspective, le kinésithérapeute va chercher le substratum patho-physiologique dans le corps et tente d’enlever la cause corporelle de la douleur.

De plus, l’interlocuteur principal du kinésithérapeute est le corps qu’il entrevoit comme un objet (corps objet) reléguant du même coup la personne dans un second rôle. Il sent et écoute les symptômes, les signes de la maladie et cherche les distorsions et anomalies. Dans cette recherche, l’aspect unique et personnel de la souffrance est plutôt perçu comme gênant.

Néanmoins, la souffrance du patient reste bien le motif pour se laisser traiter par un kinésithérapeute, même si ce dernier voit la souffrance uniquement comme la conséquence d’un problème physiopathologique. Quand cet aspect domine trop dans le traitement, il envoie le patient chez un psychologue ou psychiatre. Cette approche biomédicale se cadre donc dans le dualisme cartésien où le corps et esprit sont séparés.

Mais il existe une autre approche qui s’inscrit dans une démarche qualitative comme le mentionne C. Courraud : « *Par ailleurs, l’aspect subjectif ou émotionnel de la douleur n’est pas du tout abordé en formation de kinésithérapie. La relation d’aide dans les approches bio-psycho-sociales et plus précisément en kinésithérapie doit encore être découverte, construite et enseignée.* » (Courraud. 2007 p. 8). En effet la douleur ou la souffrance est par nature subjective et oblige à prendre en considération l’expérience du patient. C’est que se soulève “The International Association for Study of pain” (IASP date et bibliographie) qui prétend que l’aspect de la souffrance ou l’aspect émotionnel et subjectif fait intégralement partie de la douleur.

Malgré cela, on constate que le kinésithérapeute traite la douleur en tenant uniquement compte des aspects patho-physiologiques qui entrent dans une approche biomédicale sans tenir compte des aspects subjectifs. Dans les années 1980 A. Vleeming, and R. Stoeckaert. (2007) offrent une alternative différente à la compréhension de la douleur lombaire et proposent de remplacer le modèle de causalité par un modèle qui intègre un système

kinématique complexe et limitent donc la douleur à la complexité de l'appareil locomoteur sans prendre pour autant en compte la personne. Dans le traitement de la douleur, Van Burken (2000) propose de remplacer le modèle stimulus-réponse par le modèle stimulus-organisme-réponse, puisque le résultat ne dépend pas uniquement de ce que le kinésithérapeute fait, mais également des caractéristiques du patient. Dans ce contexte l'effet ne dépend pas seulement de la cause (mécanique, psychique, stress...), mais de la réaction de l'organisme (corps, esprit, émotion) qui lui est associée.

On note cependant, une évolution des mentalités à propos de la douleur lombaire à travers le propos de M. H. Langevin & K.J. Sherman (2007) qui situent les douleurs aspécifiques dans un modèle patho-physiologique plus large intégrant les composantes moteurs, sensorielles et émotionnelles avec la plasticité du tissu conjonctif.

Un autre auteur Van Houdenhove (2008) introduit le syndrome fonctionnel somatique comme modèle d'explication des maladies modernes à la frontière entre le psychisme et le soma et notamment dans les syndromes comme la fibromyalgie et la fatigue chronique. Notons que la valeur ajoutée des radiographies est minimale et que les examens corporels et l'anamnèse de routine est selon Van Kleef (2000) subjective et non fiable. Notons que la valeur ajoutée des radiographies est minimale et que les examens corporels et l'anamnèse de routine est selon Van Kleef (2000) subjective et non fiable. Cette idée est partagée par W.B.Strean & R. Strozzi – Hekler (2009) qui postulent pour l'unité somato-psychique et en rejetant l'idée qu'il y a un soi décorporéisé. Selon ces auteurs en l'absence du corps, il est impossible de goûter, entendre, sentir et ressentir. « *People do not have bodies, they are their bodies* » (Strean W.B. & Strozzi – Hekler R, 2009, p.92) Dans cette perspective l'unité corps esprit explique en partie le ressenti de la douleur et invite à soigner la personne dans sa globalité physique et psychique.

La prise en charge de la douleur dans la rééducation sensorielle prend en considération les différentes théories qui ont été présenté ci-dessus, car elle s'adresse à la cause, aux effets, à la réaction de l'organisme dans un contexte de globalité somato-psychique.

2.1.3. Hypothèse d'une installation des douleurs aspécifiques sous l'éclairage de la neurophysiologie et du modèle de la voie de résonance d'un choc

Comme je l'ai déjà écrit, les douleurs aspécifiques indiquent qu'il n'y a pas des causes claires et nettes à trouver expliquant la douleur ou l'inconfort, ce qui est le cas dans plus au moins 85% à 95% des douleurs lombaires. Alors une catégorisation selon les structures atteintes n'est pas indiquée. Chez les gens souffrant de douleurs aiguës, 50% obtiennent une guérison spontanée dans la semaine qui suit et 95% dans les trois mois. Nous pouvons en conclure que le pronostic devient plus négatif au fur et à mesure que les plaintes durent dans le temps. Du point de vue clinique, on émet l'idée qu'il est plus plausible d'utiliser une catégorisation temporelle NHG rapportée par Van Kleef (2000): douleur aiguë (moins que six semaines), subaiguë (entre six et douze semaines) et chronique ou récidivante (plus de douze semaines).

Si nous sommes capables de catégoriser la douleur selon une grille temporelle, pour autant nous sommes toujours dans l'expectative pour ce qui concerne la cause de la douleur. Pour P.C. Vroomen et Van Kleef (2000) la cause est multiple : « *très souvent, la cause doit être recherchée dans une combinaison de facteurs somatiques, psychologiques et sociales* » (p.155). Notons que la valeur ajoutée des radiographies est minimale et que les examens corporels et l'anamnèse de routine est selon Van Kleef (2000) subjective et non fiable.

Cette approche plurifactorielle ne semble pas partagée par Waddel (1999) qui avance l'idée que beaucoup de plaintes sont provoquées par des anomalies statiques (Waddel 1999) qui à leur tour, entraînent des anomalies dégénératives de la colonne vertébrale lombaire. On peut penser ici aux facettes articulaires, aux disques intervertébraux et autres structures comme les ligaments ou la capsule articulaire.

Une autre approche est proposée par Van Cranenburgh (2002) qui confirme l'importance du traitement de la douleur d'un individu autant au niveau cérébral qu'au niveau de l'interprétation et avance comme argument qu'à cause de la plasticité cérébrale, la douleur est imprégnée dans la mémoire et peut de ce fait devenir chronique. Au niveau psychologique, la douleur est convertie dans une interprétation et ensuite dans un comportement. La tension psychique se transforme très souvent en tonus musculaire sensibilisant les motoneurones

D. Bois (1990) et N. Quéré (2010) proposent une première ébauche de la voie de résonance d'un choc, une vision globale du processus pathologique qui prend en compte tous

les systèmes du corps. Ce sont des réactions somatiques (neurologiques, biologiques et physiologiques) et psycho-émotionnelles qui travaillent de manière autonome tout en s'influençant de manière réciproque. Toutes ces réactions apparaissent dans l'immédiateté et non par succession spécifique dans un système de « cause à effet ». Ceci peut expliquer qu'un raisonnement causal dans un cadre « temps-espace » ne correspond pas à l'installation physiologique des douleurs. Cette voie de résonance est constituée de huit éléments :

1. La réaction des systèmes nerveux et hormonaux autonomes

C'est une combinaison de plusieurs réactions respectives du système neurovégétatif, neurovasculaire et neuro-endocrinien. Le but est de préparer le corps à une réaction de stress de combat ou de fuite. Le tonus musculaire augmente et dans un stress trop long ou répétitif, il y a une perte d'adaptabilité et la vasodilatation se transforme en vasoconstriction à tous les vaisseaux de l'organisme : un système provoquant une diminution du degré d'excitabilité nerveuse des nocicepteurs. Dans ce cas, même si la réaction de stress est terminée, la vasoconstriction et le tonus surélevé demeurent et favorisent l'installation d'une douleur ainsi qu'un pattern de mouvements non adaptés. Les grands systèmes ont également une influence globale sur la personne et son état psycho-émotionnel.

2. Le fascia est le tissu conjonctif qui crée une relation de continuité de la superficie à la profondeur du corps.

Ce tissu a la particularité d'être réactif, en effet, un choc physique ou psychologique aboutira à des tensions et/ou des crispations des fascias. Si le stress dépasse les capacités physiologiques à cause d'une intensité trop grande ou de répétitions trop fréquentes, les crispations s'installent. Cela pourrait déclencher des compressions neurovasculaires provoquant des douleurs neurogènes avec toutes les caractéristiques psycho-émotionnelles et également l'installation de tensions fasciales chroniques provoquant une perte d'adaptabilité des fascias. Cette tension chronique influencera la microcirculation et la circulation du liquide interstitiel ayant comme conséquence une perte d'échange nutritionnel, l'acidification du terrain et une perte d'élasticité du derme. Ces phénomènes provoqueront également une diminution du seuil d'excitabilité nociceptive, une perte de vitalité avec installation de fatigue. Le terrain d'un cercle vicieux peut se créer.

3. La tension musculaire avec perturbation de l'équilibre tonique

L'augmentation du tonus de base - par la crispation fasciale, l'excitation continue des systèmes neurovasculaires, neuroendocrines en neuroendocriniens et la diminution du seuil d'excitabilité des nocicepteurs - perturbera l'adaptabilité tonique musculaire : le tonus d'anticipation et d'adaptation le tonus antigravitaire. En rééducation sensorielle, on favorisera la réversibilité tonique en cherchant la fluidité du mouvement.

4. La perturbation des rythmes

Tous les rythmes corporels : le rythme respiratoire, cardiaque et le rythme du biorhythme et du mouvement interne sensoriel de deux ondulations par minute sont perturbés. Tandis que les rythmes des grands systèmes sont surélevés et emmènent à l'épuisement ou vers la dépression, le rythme du mouvement interne diminue ou s'arrête. Alors le sujet porte en lui une prédisposition supplémentaire à la maladie et à l'état dépressif. Lorsque ce rythme est perturbé, un phénomène supplémentaire perturbera le brassage naturel du liquide interstitiel entraînant par conséquence une lourdeur du corps s'alourdit et la stagnation des liquides.

5. La désertion sensorielle ou insensibilité

Pour éviter de « souffrir encore plus », le corps s'insensibilise. C'est une réaction physiologique qui provoque une diminution du rapport sensoriel, une diminution du rapport proprioceptif et une diminution du rapport à soi. Cette « anesthésie » immanente a pour conséquence que le patient ne se ressent plus pareil : il perd le sentiment de soi ou le goût de soi. Comme le processus des systèmes nommés ci dessus, en cas de stress dépassé ou répétitif cette désensorialisation demeurera, même s'il n'y a plus de stressor exigeant une réaction à ce stress ; faisant moins appel aux zones désensorialisées qui seront alors moins utilisées l'immobilité en sera la conséquence.

6. L'immobilité ou la perte de réversibilité spontanée

Comme toute insensibilité s'accompagne d'une immobilité, toute immobilité s'accompagne d'une insensibilité. D. Bois voit l'immobilité dans un double sens :

- D'un côté il s'agit d'une perte d'amplitude voir même une immobilité totale d'une ou plusieurs vertèbres.

- De l'autre, il le voit comme une impossibilité du retour au stade ou situation initiale. Le système neurovasculaire, neuro-végétatif et neuro-endocrinien continuent de manière autonome à travailler, tandis que les crispations fasciales subsistent dans le temps ; l'insensibilité demeure avec toutes ses conséquences sur le plan corporel. Le corps n'est plus adaptable à la situation dans laquelle il se trouve, sa réponse est non adaptée au stressor.

7. L'imperception et l'adaptabilité subnormales des grandes fonctions de l'organisme

Les imperceptions concernent toutes les absences de perception consciente que la personne a de son corps, du mouvement, des réactions physiologiques, émotionnelles etc. donc une incapacité à ressentir les messages du corps. Le sujet n'a plus la possibilité d'accompagner ou d'anticiper le stress. Il devra toujours s'adapter de manière rétroactive. Dans le cas de douleurs aspécifiques par exemple , il corrigera de manière rétroactive, sur une menace de déséquilibre, en contractant les muscles et en utilisant le système « d'inverted pendulum » au lieu de faire appel à la stratégie du mouvement compensatoire. Dans le cas d'un stress répétitif psychique, il ne pourra plus anticiper, donc la réponse corporelle se fera rétroactivement avec un corps déjà en déséquilibre. En rééducation sensorielle, on travaillera l'imperception en donnant des exercices qui inviteront le patient à découvrir ses imperceptions : Soit

- En donnant des indications dans lesquelles l'attention est orientée vers l'imperception quand elle devient à nouveau perceptible pour le patient. C'est toujours bon signe quand le patient témoigne de manière spontanée qu'il ne perçoit pas un phénomène. C'est le premier signe qui montre qu'il perçoit.
- Une autre stratégie est de demander au patient, après une explication de l'imperception, de poser son attention sur le phénomène au moment où celui-ci est perceptible par le thérapeute.

8. La réaction psychologique, le stress dépassé ou récurant

La réaction psychologique se fait de deux manières :

- Une réaction psycho-émotionnelle autonome qui se déclenche de manière rapide et non consciente. En cas de stress intense, ce système a beaucoup d'avantages puisqu' on ne doit pas réfléchir à sa manière de réagir. Elle vient de manière automatique et dans l'immédiat.
- On a également le raisonnement ou la réflexion psychique.

Les deux formes d'adaptation psycho-émotionnelles sont influencées par les informations provenant du corps. Par exemple, un tonus musculaire élevé a, par le biais de la Formation Réticulée, une influence sur le degré de vigilance. Si le tonus musculaire persiste et est accompagné par une sensation d'inconfort ou de douleur, cette vigilance peut se transformer en irritabilité psychique.

Autre exemple : le patient ne connaît pas la cause de sa douleur aspécifique. Sa douleur peut alors être interprétée comme menaçante et procure à son tour une sensation d'insécurité et d'angoisse. Connaître la cause, peut apporter au patient une sensation de sécurité, comme si le problème peut être résolu, ou dans le cas contraire, le conduit vers une acceptation. Cette sensation d'insécurité nourrit la sensation d'angoisse qui à son tour augmentera la douleur et peut emmener le patient vers une vraie kinésiophobie : une vraie maladie qui s'installe dans la maladie.

En plus, les grands systèmes ne touchent pas seulement le corps mais également la personne dans sa totalité. En rééducation sensorielle on mettra alors l'accent sur la sensation de globalité, de fluidité, du mouvement linéaire et de stabilité. Le psychotonus, l'unité corps-esprit est la posture idéale pour entamer une séance qui aura une répercussion sur le corps et l'esprit en temps réel. Ainsi le patient pourra se rencontrer dans le Sensible où la réciprocité actuante peut se déclencher.

Cette résonance de choc donne de bonnes indications dont le thérapeute tiendra compte dans sa rééducation sensorielle. Nous allons essayer de réguler les grands systèmes, les crispations fasciales, le tonus musculaire, les rythmes, la pauvreté ou la désertion sensorielle, l'immobilité, l'imperception et la réaction psychique en temps réel et la façon dont elle s'est installée. On entame le problème en sens inverse. Le Sensible nous offre l'occasion d'entrer dans la réciprocité actuante ou les différents systèmes s'influencent de manière réciproque vers une guérison. Le Sensible nous permet donc d'inverser le processus pathogène vers un processus salutogène.

Puisque la fasciathérapie ne vise pas seulement à chercher à éliminer la cause de la douleur mais tient également compte de la pathogénèse et de la façon dont les processus physiologiques et psycho-émotionnels entretiennent le problème, il me semble important de trouver un moyen de percevoir et de conscientiser ces phénomènes dans notre rééducation. En

effet, par la thérapie manuelle et gestuelle, le fasciathérapeute – en coopération avec le patient – essayent d'inverser ce cercle vicieux.

L'inversion du processus dans les mêmes systèmes se fait par une inversion de l'influence réciproque des différents systèmes physiologiques déterminant le mouvement limité, la douleur et la souffrance. L'apprentissage à la perception des phénomènes physiologiques de l'état du corps, et les aspects psycho-émotionnels nous semblent par conséquent très utile à intégrer dans la rééducation sensorielle.

2.2. La rééducation sensorielle sous l'éclairage de la neurophysiologie, de la neuroscience et du paradigme du Sensible

L'école du dos classique s'oriente principalement vers le renforcement musculaire et l'entraînement de la stabilité de la colonne vertébrale pour résoudre la problématique de la douleur, L'école du dos sensorielle par contre consiste en une rééducation de la personne souffrant de douleurs et des anomalies de mouvement et de postures. Elle envisage la douleur et le mouvement dans des paramètres physiques (biologiques et physiologiques), psycho-émotionnelles et sensibles. Dans cette perspective la rééducation sensorielle du dos présente deux volets : un volet thérapeutique dans lequel le thérapeute-pédagogue corrige le mouvement et tente de réguler l'allostase de tous les systèmes perturbant le pattern de mouvement et le schéma corporel. L'autre volet est l'approche pédagogique dans laquelle la rééducation est considérée comme lieu d'apprentissage expérientiel. Comment apprendre de son mouvement ? comment apprendre sur soi la base de stratégies du mouvement ? Cette dimension de soin qui allie une dimension formative sur la base expérientiel est novatrice au sein des écoles du dos.

Le modèle de base de la rééducation sensorielle appliquée dans l'école du dos sensorielle est la biomécanique sensorielle. C'est pourquoi un large passage est consacré à cette vision novatrice de la biomécanique. J'ai souhaité enrichir la vision de ce modèle du point de vue de certains chercheurs qui ne s'inscrivent pas dans le paradigme du sensible. J'ai donc tenté de réaliser un mouvement de problématisations à travers une recherche par analogie, en évitant la migration de concepts.

Le terme « biomécanique sensorielle » réconcilie deux mots qui appartiennent à des mondes différents et qui sont, à première vue, opposés et non assimilables.

Le mot « biomécanique » : la connaissance cognitive du mouvement de l'homme, appartient plutôt au monde objectif, tandis que

Le mot « sensorielle » : adjectif du mot « sens » dans toutes ses significations (le sens comme perception, le sens comme direction et le sens comme signification) appartient plutôt au monde subjectif.

La biomécanique sensorielle peut être décrite comme l'étude du mouvement de tous les segments constituant le corps, dans un corps en mouvement. « *La gestuelle habituelle dessine des formes circulaires, plus ou moins partielles en fonction de la configuration*

*anatomique des articulations, de la longueur des segments et du nombre d'articulations mises en jeu... » Courraud-Bourhis Hélène, 1999, p. 65) Cette description de l'organisation globale du geste devient phénoménologique dès lors que la perception du sujet discrimine les composantes du geste. Parmi les nombreuses voies pédagogiques de la rééducation sensorielle est l'utilisation du mouvement lent comme éducation à la perception kinesthésique. C'est ce qui conduisit au développement de la rééducation sensorielle puisque la prise en charge du patient sollicite les ressources attentionnelles ciblées sur le geste et vise à enrichir la perception du mouvement objectif et subjectif. Cette nature de perception permet à la personne de faire le constat de l'association des composantes circulaire et linéaire. Il s'agit là d'un concept essentielle de la rééducation sensorielle souligné par D. Bois : « *le mouvement linéaire que j'appelle mouvement de base, transmet à l'ensemble du corps une intention de direction. C'est un système qui assure une coordination segmentaire au sein d'un ensemble en mouvement, et il est garant du lien de globalité entre les différents segments. Mais il est aussi le support anatomique de la sensorialité corporelle.* » (Bois cité par Bourhis 1999 p.66)*

Le propos de D. Bois emporte quatre informations essentielles. D'abord qu'il existe au sein du mouvement circulaire la présence d'une composante linéaire, ensuite cette composante linéaire participe à la coordination globale du corps. Et enfin que le mouvement linéaire est en phase avec l'intention motrice. En effet avant que ne s'organise la dynamique gestuelle, l'intention est toujours orientationnelle et de façon linéaire dans tous les plans de l'espace. Cela introduit la quatrième information, celle qui est en lien avec le support de la sensorialité. Ici la notion de sens de mouvement évoque le support de la sensorialité corporelle. Mais il existe également une notion de sens qui évoque la sensation, c'est à dire le ressenti. Il s'agit dans cette perspective d'éveiller la sensorialité sous l'angle du sens en tant qu'orientation et du sens en tant que sensation. Le mouvement linéaire représente donc le support de la sensorialité entrevu sous ces deux termes. Pour D. Bois « *l'absence de perception du mouvement linéaire, vide le geste de tout sens. Sans lui, la gestuelle s'appauvrit et s'isole du tout, chaque segment semble devenir individualiste.* » (Bois cité par Bourhis p.65)

C'est pour rendre compte de cette réalité subjective que D. Bois propose la notion de mouvement subjectif, par opposition (ou en complément) au mouvement objectif majeur. Le mouvement majeur est visible à l'œil nu dans son déplacement spatial tandis que le mouvement subjectif définit la sensation ressentie dans l'effectuation d'un geste. Ainsi, dans cette perspective la rééducation sensorielle tient compte des phénomènes subjectifs et personnels qui influencent de manière qualitative l'exécution du geste.

Il me paraît utile de d'écrire brièvement les liens scientifiques entre la rééducation sensorielle et les recherches dans le domaine de l'anatomie et la neurophysiologie du mouvement, parce que l'importance de l'anatomie et de la neurophysiologie reste toujours primordial dans la recherche du domaine de la médecine physique. Je décrirai les recherches récentes qui me semblent utiles comme explication et argumentation scientifique de la rééducation sensorielle. Je donne en premier une description de la biomécanique courante et de la biomécanique sensorielle pour deux raisons : observer par contraste la différence entre la biomécanique classique et la biomécanique sensorielle et mettre en lumière les bases scientifiques récentes de la biomécanique sensorielle.

2.2.1. Quelques repères sur les méthodes d'évaluation de la biomécanique classique

Dans le cadre de la kinésithérapie l'analyse fonctionnelle selon A.N. de Wolf (1996) le mouvement passif et les tests de résistance priment sur l'analyse du mouvement actif réputée comme n'apportant aucune information supplémentaire par rapport à l'étude du mouvements passifs et les tests de résistance. Dans ce contexte, la recherche ne favorise pas l'étude du mouvement objectif dans toute sa dimension et notamment au niveau de la fonctionnalité globale du geste. Dans ce cas, l'étude du mouvement n'envisage pas la globalité gestuelle puisque la biomécanique est le plus souvent analysée topographiquement : épaule, hanche, coude sous l'angle de mouvements fondamentaux comme flexion, extension, abduction et adduction, rotation interne et externe qui se déroulent sur un plan sagittal, frontal et horizontal. Un autre auteur, R.S. Behnke (2006) souligne ce phénomène et précise que le mouvement évalué se fait de manière passive envisageant le mouvement d'un segment par rapport à un segment qui reste immobile. Ce concept biomécanique est fondé comme le précise A. Vleeming and R. Stoeckaert (2007) sur le fait qu'une stimulation musculaire entraîne un effet unilatéral : (La contraction musculaire entraînant un rapprochement d'une extrémité musculaire vers l'autre puisque le segment proximal reste immobile apparaît alors un mouvement circulaire du segment distal.) L'axe du mouvement se trouve dans l'extrémité de l'autre segment constituant l'articulation.

Les résultats relevés sont issus d'observations de la situation des muscles après la dissection topographique. Cette façon de disséquer existe depuis toujours : on essaye d'objectiver la position topographique des muscles après avoir enlevé tout le tissu conjonctif qui les entoure. Tous les muscles sont ainsi situés en parallèle et on voit un système actif (les

muscles) et un système passif (le tissu conjonctif). J. Van der Wal (2009) précise que dans cette vision les fascias sont vus comme des enveloppes et comme un tissu soutenant les structures anatomiques. M. Adams et al. (2006) ajoute que les fascias et ligaments sont observés comme des structures non-contractiles capables de subir de grandes forces de traction en étirement.

L'observation de cette anatomie topographique sur ce mode conduit aux conclusions suivantes :

Le système locomoteur est divisé en un système passif et système actif.

- Le système passif (le tissu conjonctif) du système locomoteur est constitué de trois couches : la capsule articulaire, les ligaments et le fascia qui se répandent dans tout le corps et enveloppent les muscles, les os et les articulations comme cela est rapporté par C. Stecco et al. (2006). Dans cette vision le système passif a un rôle de stabilité à la fin de l'amplitude du mouvement et empêche les subluxations des articulations. Elle possède également un rôle perceptif et donne de l'information au cerveau quand il est étiré.
- Dans un autre registre, C.J Snijders et al, (1993) et M.M. Panjabi (2003) abordent les muscles sous l'angle d'un système statique et dynamique et propose une vision neurophysiologique. Ainsi les muscles « statiques » sont stabilisateurs et les muscles dynamiques sont mobilisateurs, tandis que certains muscles ont une fonction double. Les deux systèmes doivent coopérer ensemble pour obtenir une stabilité efficace de la colonne vertébrale. Un mauvais fonctionnement entre ces deux systèmes amène le sujet vers la perte du pattern de mouvement de la motricité spinale provoquant une douleur. Le système de contrôle se porte garant pour la bonne coordination ou coopération des deux systèmes. Une stabilité statique et dynamique est donc obtenue dans le corps entier, à partir du moment où les systèmes actifs, passifs et le système de contrôle coopèrent à répartir leurs forces. Dans cette dynamique chaque muscle possède sa fonction et sa contraction provoque un vecteur de force linéaire qui fait bouger un segment.

2.2.2. Quelques repères théoriques sur la rééducation sensorielle : le mouvement lent, coordination de base linéaire et circulaire

Il n'est pas dans mon intention de contredire les méthodes et résultats décrits ci-dessus. J'ai fait le choix de les présenter pour mettre en relief l'angle de recherche habituel sur le mouvement afin de souligner que de telles études sont très éloignées de la vision du mouvement préconisée dans la rééducation sensorielle. Il est clair que ces méthodes ne peuvent rendre compte de toute la dimension gestuelle du vivant et sur le vivant.

En effet, la dynamique gestuelle sur le vivant met en scène une activité perceptive et cognitive mobilisée par le sujet lui-même, dans la mesure où le sujet participe activement à l'intention motrice à laquelle s'associe une mobilisation attentionnelle qui recrute plus ou moins de ressources et une activité perceptive plus ou moins discriminative. Je tiens à souligner la participation active du sujet à son geste sous cet angle car cette information justifie la physiologie qui est mise à l'œuvre dans la rééducation sensorielle.

– Le mouvement lent

Pour illustrer mon propos, prenons l'exemple du mouvement balistique (mouvement effectué à vitesse rapide), celui-ci ne nécessite pas le recrutement d'une attention et d'une perception de haut niveau dans la mesure où une fois l'intention motrice devenue effective, le sujet ne peut plus influencer l'orientation du geste, excepté en fin de course. En revanche le mouvement en rampe (mouvement effectué à vitesse lente) nécessite une attention plus soutenue et favorise la discrimination perceptive. Dans ce cas de figure le sujet peut modifier l'orientation du geste en temps réel de l'action. T. Hasbroucq précise à ce propos : *"dans le cas d'un mouvement lent, tout commence par une prise d'information, par une action que je qualifierai de sensorielle, puisque le système nerveux va se débrouiller pour utiliser l'information myotatique"* (Hasbroucq, 2001, p. 37)

La dynamique gestuelle de la rééducation sensorielle s'effectue de façon lente de sorte que durant le geste correcteur le praticien demande à son patient de réajuster activement son geste en temps réel de l'action. Par ailleurs, grâce à la lenteur le patient enrichit la fonction discriminative de la perception lui permettant de percevoir la vie subjective qui est contenue dans le mouvement objectif. En procédant ainsi, toutes les sphères cognitives perceptives sont sollicitées au maximum obtenant du même coup une activation centrale et périphérique. Le mouvement lent permet également d'accéder au starter du geste, avant même que celui-ci ne devienne effectif comme le souligne T. Hasbroucq « *le contrôle de sensorialité commence*

avant le déclenchement du mouvement. On voit que cette information sensorielle commence à être intégrée dans les centres plus de 300 millisecondes (c'est relativement long à l'échelle physiologique) avant le début même du mouvement, ce qui n'est pas du tout le cas pour un mouvement rapide de type balistique où l'information sensorielle est consécutive au mouvement, au début de l'action. » (ibid, p. 37)

je tiens à préciser que la rééducation sensorielle comprend deux temps, un temps dynamique sur la base d'un mouvement en rampe avec assistance proprioceptive durant tout le geste et un temps statique qui invite le sujet à adopter une posture immobile relâchée et à focaliser son attention et sa perception sur le déclenchement du pré-mouvement sensorielle. Dans ce cas de figure, le mouvement sensoriel indique le sens du mouvement à venir que le praticien perçoit. Celui-ci guide alors manuellement et verbalement le sujet dans l'exécution de son geste.

Dans le cadre de la rééducation sensorielle le travail prend en considération la dimension spatio-temporelle. La donnée spatiale concerne les orientations et les amplitudes intracorporelles (au niveau micro articulaire), péricorporelles (au niveau du déplacement des segments en fonction de leurs limites anatomiques) et extracorporelles (au niveau du déplacement du corps dans l'espace). La donnée temporelle est particulièrement représentée par la vitesse lente et régulière du geste et par sa rythmicité. Dans l'effectuation du mouvement lent, le déploiement total du segment dans l'espace se réalise dans une structure temporelle cyclique de deux allers et retours par minute, soit une séquence de quinze secondes pour un aller et quinze secondes pour un retour. Grâce à la lenteur de 15 secondes par mouvement, le paroxysme perceptif est favorisé donnant ainsi les meilleures conditions perceptives pour corriger le mouvement en temps réel. En effet, grâce à cette lenteur spécifique, le sujet a le temps de percevoir son pattern de mouvement, et développe ainsi une conscience perceptive de haut niveau. Cette opération est accompagnée en temps réel du mouvement par le pédagogue qui offre des consignes de correction durant tout le trajet du mouvement.

– **Coordination de base: association de la composante linéaire et circulaire**

Il reste maintenant à questionner la notion de mouvement (circulaire) et de contre-mouvement (linéaire) qui est omniprésente dans la rééducation sensorielle. En effet, D. Bois opte pour une gestuelle constituée de composantes circulaire et linéaire participant à la coordination tonico-posturale. Il suffit pour comprendre ce phénomène de se pencher en avant en plaquant le dos au mur, la flexion devient alors impossible car le mouvement postérieur qui

accompagne la flexion ne peut se faire. Nous entrons là dans le répertoire de synergies motrices naturelles qui associe le mouvement et le contre-mouvement.

Ainsi, quand on observe le mouvement sous l'angle de la sensorialité, on distingue le mouvement circulaire et le mouvement linéaire, puis trois sous-mouvements c'est à dire l'intention motrice, l'exécution et la compensation et finalement on distingue quatre invariants, c'est à dire la cadence, la vitesse, l'orientation et l'amplitude. Cette loi a été fondée grâce à l'observation phénoménologique du corps global en mouvement et non sur le mouvement analytique.

2.2.3. La rééducation sensorielle et les trois fonctions de la composante linéaire du mouvement : intentionnalité, compensation et perception

Bien que cette composante soit présente de manière visible dans tous les gestes, dans la biomécanique classique, la composante linéaire passe complètement inaperçue. On tient seulement compte du déplacement angulaire ou circulaire qui se déploie dans l'espace. Cette composante linéaire s'exprime sous trois fonctions, une fonction intentionnelle qui est plutôt globale, une fonction compensatoire qui est plutôt segmentaire, et une fonction perceptive.

– La fonction intentionnelle

Dans les gestes de tous les jours, l'intention a une double fonction qui prend une place importante et détermine la qualité du mouvement au niveau cognitif et spatial.

La fonction cognitive ou psychique est mise en jeu par le projet du sujet et l'objectif à atteindre. C'est pourquoi tout geste porte un sens et se déroule selon une intention évolutive. Il n'y a donc pas d'actions évolutives sans intention.

La fonction spatiale indique la destinée spatiale que la personne veut atteindre. A ce propos M.L. Latach (2002) s'appuie sur Neville Hogan et Tamar Flash qui mettent l'idée en avant que le système nerveux central est capable d'imaginer et de se représenter en coordonnées cartésiennes, la trajectoire de déplacement et qui se fait toujours dans une ligne linéaire. Ce phénomène existe avant l'effectuation du geste et sert de vecteur d'équilibre qui sert de tuteur à la trajectoire. « *La trajectoire du point à déplacer présente une variabilité beaucoup plus faible que la trajectoire des articulations concernées. Ils parlent d'un vecteur d'équilibre, unidimensionnel et de longueur constante.* (Latasch, 2002, p. 209)

En observant le mouvement de la globalité corporelle pendant un geste, selon les principes de la biomécanique sensorielle, nous pouvons trouver une analogie entre la trajectoire d'équilibre comme l'expliquent Nohan et Flash et l'intention directionnelle comme le décrit D. Bois.

Cette vision de l'intention a été illustrée au niveau neurophysiologique par les recherches de M.S.A. Graziano, (2002) et G.E.Loeb (1982) qui donnent une autre fonction à l'homuncule. Ils concluent que les zones dans le cortex prémoteur ne correspondent pas avec les segments ou les muscles mais avec une cible dans l'espace vers lequel un mouvement se dirige. La personne utilise des symphonies de mouvements, exécutés par des synergies musculaires. Ces synergies ne dépendent pas des zones stimulées dans l'homuncule, mais du but à atteindre dans l'espace.

Comme application pratique, je pourrais dire que pour entrainer la stabilité du corps (ou d'un segment ou la colonne vertébrale), il faudrait diriger l'intention et l'attention sur la trajectoire intentionnelle (la composante linéaire intentionnelle) du mouvement linéaire qu'on veut exécuter et tenter de la suivre pendant toute la durée de l'exécution. Alors le maximum d'unités moteurs dans des muscles différents seront sollicités pour que le corps (ou le segment) restes au plus près de cette ligne unidirectionnelle et par conséquence le sujet optimalise l'équilibre.

– **La fonction compensatoire ou contre mouvement**

Dès que le sujet déplace son corps dans l'espace vers un but ou dès qu'il y a une force externe qui agit sur le corps s'installe alors un état de déséquilibre potentiel ou réel. Dans ce cas se met en jeu tout un système de compensation pour préserver l'équilibre de manière préventive ou réactive. Nous trouvons dans la lecture consultée deux stratégies, l'une réagit par une mise en tension du système musculaire et l'autre réalise une adaptation motrice immédiate. Commerford s'exprime de manière suivante : « *Chaque geste est une menace potentielle pour la stabilité et la posture. C'est ainsi que le contrôle de la stabilité doit toujours être entrevu en fonction du contrôle global en mouvement.* » (Commerford MJ. 2001, p. 8)

La première stratégie est représentée par le modèle de « l'inverted pendulum » qui réagit à la force déstabilisante par une contre résistance ou une augmentation du tonus musculaire. Je constate que les patients qui ont une hyper mobilité articulaire ou une douleur lombaire chronique mettent souvent cette stratégie en jeu et réalisent alors une hyper

extension des genoux, une hyper lordose ou cyphose bloquées. C'est une stratégie qui demande une grande force musculaire. La rééducation sensorielle constitue par sa structure (lenteur, mouvement linéaire associé au mouvement circulaire et perception kinesthésique de haut niveau) une stratégie positive pour éviter la nature de compensation de « inverted pendulum ».

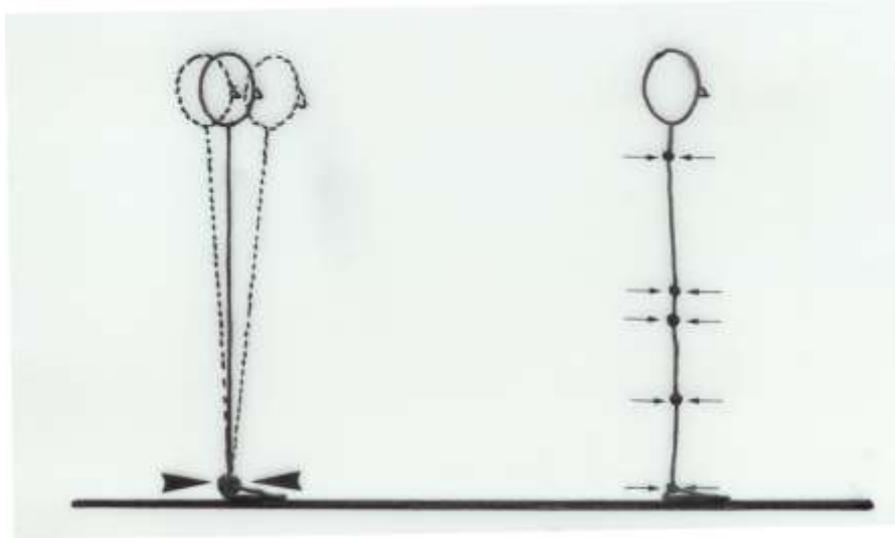


Figure 1 : Le système de l'inverted pendulum et le système du mouvement compensatoire

La deuxième stratégie utilise le contre mouvement de façon inconsciente voire automatique. Soit il peut également utiliser des stratégies de déplacement de segments corporels. Cette stratégie intervient autant de manière anticipatoire que réactive et a comme but de se maintenir le plus près possible du centre de gravité. Le sujet fait alors appel à une coordination de mouvements pour préserver le centre de gravité.

La rééducation sensorielle invite le patient à percevoir grâce à la lenteur du mouvement le contremouvement qui est associé au mouvement circulaire. Par exemple quand le sujet est assis et que le praticien lui propose comme intention motrice de réaliser une flexion du corps, conjointement il sollicite l'attention de la personne dans le mouvement postérieur qui lui est associé. De la même façon quand le praticien propose une effectuation de geste en extension, il oriente l'attention de la personne vers le mouvement qui va vers l'avant et vers le haut. Il s'agit là d'une véritable éducation à gérer en temps réel de l'action la gestion de la fonction compensatoire.

La stratégie du mouvement compensatoire est fort développée dans la biomécanique

sensorielle. Dans la vie, la stratégie d'équilibre se met en jeu lorsque le point de gravité dépasse les limites du polygone de sustentation, quand il y a une force externe qui déséquilibre le corps et enfin dans le cas d'un déséquilibre psycho-émotionnel.

– **La fonction perceptive**

La proprioception, l'organe de sens du mouvement, est en kinésithérapie considérée comme ayant une fonction consciente mais non vécue. Illustrons cela par Gandavia (1992) qui attribue à la proprioception 3 sensations de base :

- le sens de la position et le mouvement.
- le sens de l'effort, de la force et du tonus.
- la charge musculaire et la sensation de l'aspect temporel de la coordination des différents muscles.

F. Edward L. (1999) prétend que les organes proprioceptifs sont des organes des sens qui se trouvent dans les muscles, articulations et tendons. Ils transmettent des informations concernant la posture et le mouvement du corps au système nerveux central.

Dans le cadre de la rééducation traditionnelle, la proprioception n'est pas considérée dans sa fonction perceptive à partir de laquelle le sujet ressent son geste ou prend conscience de son corps. La proprioception est entrevue essentiellement dans sa fonction physiologique surtout dans le cercle réflexe et le réflexe d'étirement. Cette idée est contredite par E.L. Fox quand il écrit : « *Le rôle dans l'action consciente est probablement beaucoup plus important que sa fonction de détecteur passive de la longueur du muscle.* » (Fox. 1999, p. 121). Sous un autre angle, Schleip mentionne la richesse de la proprioception. « *La proprioception qui se trouve dans nos muscles avec leur fascia associés est notre plus riche et plus important organe sensoriel et non l'œil, l'oreille, la peau ou le système vestibulaire. Notre système nerveux central reçoit la plus grande partie des nerfs sensitifs de nos tissus myofasciaux.* » (Schleip 2002, p.11 – 19)

En consultant les travaux scientifiques concernant la proprioception, on trouve une description anatomique et physiologique minutieuse des différents organes proprioceptifs et leur influence sur le corps, l'état émotionnel, le psychisme et même la santé. Parmi toutes les découvertes une m'apparaît importante et notamment dans le lien d'influence entre la sollicitation proprioceptive et la régulation de système nerveux autonome. Selon J.H. Mitchell and R.F. Schmitt (1977), la majorité des mécanorécepteurs de types III et IV ont des fonctions autonomes par des connections très étroites avec le système nerveux autonome. S.Sakada (1974) a constaté le même lien et rajoute que ces connections se traduisent par une

modification de la fréquence cardiaque, de la tension, de la respiration...

Le modèle de réglage hypothalamique de E. Gellhorn (1967) illustre le lien entre l'augmentation du tonus vagal, la modification du système nerveux autonome et ses organes internes associés et l'activation du lobe antérieur de l'hypothalamus induisant une diminution générale du tonus musculaire, une activité émotionnelle plus calme et une activité synchrone corticale.

JP Roll (1993) élargit également la vision classique de la proprioception en faisant d'elle une fonction de perception puisque selon cet auteur elle permet une vision intérieure et participe à la conscience de soi et de sa corporeité. « *La proprioception est une véritable vision intérieure à qui l'on doit l'émergence, souvent silencieuse, mais très prégnante à la fois, de la conscience de soi, de la corporalité propre à chacun et sans laquelle toute relation au réel devient impossible.* » (Roll JP & Roll R, 1993, p. 75)

Pour D. Bois, « la proprioception en tant qu'organe est peu éducable en elle même bien qu'elle participe en tant qu'organe, à la perception de soi, du schéma corporel, de la posture et de la situation du mouvement dans l'espace-temps, ainsi qu'à l'ancrage identitaire corporelle. Ce qui est éducable pour D. Bois c'est l'intentionnalité, l'attention et la perception lorsque celles-ci s'appliquent sur la présence au geste grâce à sa lenteur. » (Bois 2011, littérature grise) La rééducation sensorielle sollicite fortement la perception kinesthésique et vise à saisir la subjectivité qui accompagne tout geste intériorisé : la qualité de la fluidité du mouvement, la gestuelle anti-gravitaire dans la mesure ou les exercices évitent la confrontation trop directe avec la pesanteur, le poids à minima des membres, sensation de globalité cohérente et « bonheur » kinesthésique.

Cependant D. Bois ne se limite pas à la fonction discriminative de la perception. En effet, la perception renvoie aussi au sentiment de soi ou plus précisément au sentiment d'habiter un corps rejoignant en cela l'idée de Damásio « *Je pense qu'il existe encore une autre sorte de perception de l'état du corps [...], je l'appelle perception de l'état d'arrière-plan du corps, parce qu'elle a trait à la perception d'un état de fond plutôt qu'à un état émotionnel. Autrement dit, il ne s'agit pas de ressentir une grande émotion à la Verdi ou une émotion cérébralisée à la Stravinsky mais plutôt un niveau minimal de tonalité et de rythme. En fait, il s'agit de la perception de la vie elle même, de la sensation d'être. [...]* Nous ne sommes conscient de cette perception d'un arrière plan que de manière subtile mais nous en sommes néanmoins suffisamment conscient pour en rapporter instantanément sa qualité » (Damásio, 1995, p. 195)

Bien que la biomécanique analytique utilisée en kinésithérapie s'intéresse au

mouvement dans sa globalité, elle accorde peu d'importance à l'accès de la conscience des perceptions que l'on a de son corps - et encore moins de soi - lors de l'exécution d'un geste ou d'une rééducation. La biomécanique sensorielle, fait de manière explicite appel aux instruments de la cognition comme l'attention, l'intention, la mémoire, la perception et le vécu, pour prendre conscience du mouvement de son corps ou de soi. Tout cela dans le but de modifier en profondeur et de façon consciente les habitus moteurs et perceptifs. L'application explicite de ces instruments de la cognition va donc plus loin que la simple observation d'un phénomène. Elle met le sujet en relation avec le phénomène à observer qui peut être le corps, le tonus, le mouvement ou soi-même. On apprend, par une pédagogie adaptée, à se percevoir comme personne se mouvant en première et en troisième personne. Le sujet est fort impliqué dans ses exercices. Cette approche originale du sens kinesthésique ouvre des horizons nouveaux pour le kinésithérapeute qui peut élargir ainsi son champ de travail : il ne travaillera plus uniquement le mouvement des différents segments du corps et la force de la contraction musculaire mais également les éléments subjectifs qui de manière directe ou indirecte peuvent influencer la qualité du mouvement.

La qualité du mouvement n'est pas seulement déterminée par la simulation des cerveaux qui fait émerger le tonus juste de la contraction musculaire en fonction de la force de la contraction musculaire adaptée à la tâche demandée. Le tonus d'expression et par conséquent l'état émotionnel du sujet va colorer également le tonus musculaire. La qualité de perception du mouvement par le sujet influence à son tour le tonus. Dans la rééducation sensorielle on vise un mouvement fluide qui fait émerger une neutralité active.

Pour mettre de l'ordre dans la complexité du domaine de la perception, nous pouvons distinguer 2 qualités de perception appliquées en rééducation sensorielle.

- simplement percevoir, qui implique un traitement de l'information sensorielle, usuelle, cognitive.
- la conscience perceptive, qui rend compte de la prise de conscience d'une information par le sujet ou être conscient de l'acte de perception et de ses effets. Le sujet rentre en relation avec le percept.

Le statut de la conscience perceptive n'est pas encore bien défini dans la littérature. C'est surtout avec la notion de cénesthésie, en tant que conscience étendue à l'ensemble de l'organisme que nous trouvons un début de résonance avec le concept de conscience perceptive de D. Bois. Cette conception rompt avec l'idée que la conscience siège uniquement au niveau cérébral. La conscience perceptive rend compte de la prise de conscience d'une

information par le sujet par opposition à la conscience réflexive. Elle participe au processus de devenir conscient. Dans cette perspective la perception n'est donc pas seulement une activité de prise d'information sur le monde extérieure, elle est aussi mise en relation directe entre soi et son corps. Merleau-Ponty souligne fort bien le lien entre perception et le mouvement : *« c'est le corps en mouvement qui perçoit, c'est le corps en tant qu'il est capable d'action qui est à la base de la perception. C'est l'organisme tout entier dans sa structure et sa matière qui devient perceptif »* (Merleau-Ponty.1945 p.162)

La rééducation sensorielle va dans ce sens perceptif puisque la perception qu'elle sollicite est une perception de soi au cœur de son action. Dans cette perspective le patient n'effectue pas seulement un geste, il fait l'expérience de son mouvement et rencontre différents degrés de malléabilité, de fluidité, de changements d'états, de passage d'un état de tension vers un état de relâchement. Nous ne sommes plus seulement dans un acte de rééducation mais dans une action éducative. Le mouvement n'apparaît plus uniquement sous l'angle d'un déplacement dans l'espace mais comme mise en action de soi à partir de sa globalité physique, psychique et émotionnelle. Le geste éducatif devient alors un lieu d'articulation entre intention, attention, perception et mise en action sur le mode de la sensorialité. *« la notion essentielle pour une telle philosophie est celle de la chair, qui n'est pas le corps objectif, qui n'est pas non plus le corps pensé par l'âme (Descartes) comme sien, qui est le sensible au double sens de ce qu'on sent et ce qui sent »* (Merleau-Ponty 1964, p. 307)

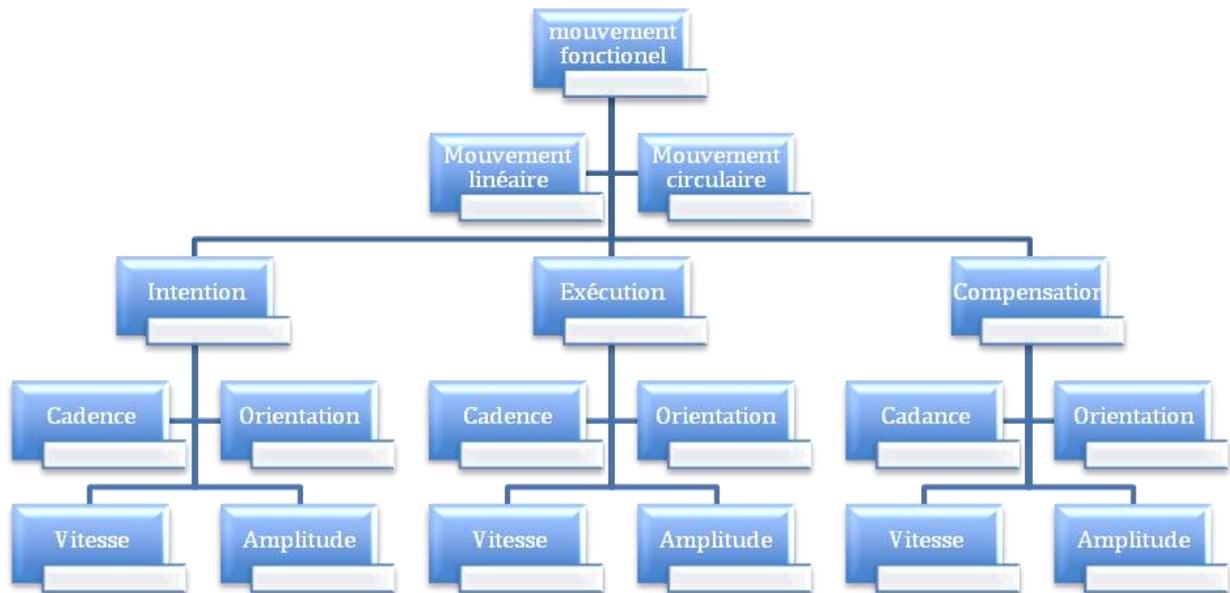


Figure 2 : illustration de l'analyse du mouvement fonctionnel et sensoriel interne : chaque mouvement a deux formes, trois sous-mouvements et quatre invariants.

2.2.4. Le psychotonus : La réciprocité entre le tonus physique et psychique

Cette influence réciproque entre le corps et le psychisme joue un rôle primordial en rééducation sensorielle et installe les fondements d'une émergence de l'accordage somato-psychique. Elle aborde le lien entre les sensations corporelles, les pensées, les croyances et les représentations. Et dans ce contexte, E. Gellhorn, (1967) souligne une augmentation de l'activité corticale, (désynchronisation), une excitation du système ergotrope et une diminution de tonus musculaire. Le patient perçoit une globalité qui se décrit comme une unité corps/psychique, une intensité incarnée dans la matière corporelle et une neutralité psychique. Le sujet témoigne qu'il ne pense pas, ne juge et ne réfléchit pas et qu'il est dans un état de neutralité émotionnelle. Par contre son degré d'attention est au maximum. On s'adresse ici non seulement au corps et/ou le psychisme mais à la personne dans sa totalité mentale et physique en temps réel.

La rééducation sensorielle ne se limite pas seulement à la correction du mouvement, ni à la régulation du tonus physique, mais englobe la prise en compte, la perception et la compréhension de ce que le patient éprouve lors des changements de son état tonique pendant

l'exercice. Cette expérience de soi à travers le Sensible passe par l'expérience des changements toniques. Courraud (2007) parle d'une trilogie Corps/ Tonus/psychisme.

La perception consciente des changements toniques influence la qualité de conscience du patient. La relation aux percepts y compris la douleur incluse, change.

Le fait qu'il existe une influence réciproque entre le tonus musculaire et le tonus psychique, ma conscience professionnelle me pousse à inclure l'état psychique du patient dans cette approche, afin d'obtenir le tonus adapté à une exécution physiologique du geste. Ce phénomène me paraît assez important et m'oblige à tenir compte de l'état psycho-émotionnel du patient. Comme déjà dit précédent, le système qui gère la stabilité articulaire du dos est plus complexe que dans les articulations des extrémités. Il possède son propre système de stabilisation par les muscles stabilisateurs : tous les muscles courts de la couche musculaire profonde du dos ainsi que les muscles avec une fonction double comme le diaphragme et les abdominaux. Ces muscles font également partie de la respiration qui s'adapte à chaque situation de stress par le système autonome lent (le système neuro-endocrinien) et rapide (le système neurovégétatif).

Le psychisme influence la fréquence de la respiration et par conséquent le tonus du diaphragme par le système ergotrophe. Le tonus élevé du diaphragme influence à son tour la qualité du mouvement de la colonne vertébrale. Cela illustre bien que le psychisme peut avoir une influence sur le fonctionnement et plus précisément sur la qualité de la stabilité de la colonne vertébrale et de sa coordination et par conséquence sur la qualité du mouvement. (Van Cranenburgh B, 1999, p. 216 – 219)

La rééducation sensorielle tient compte de ces différents tonus dans son application. Le mouvement fluide (qui fait appel aux nombres de motoneurones adaptés) est pour le fasciathérapeute un référentiel objectif qui démontre que le patient a trouvé le bon tonus.

2.2.5. Les invariants du mouvement et les schèmes associatifs du mouvement

Le mouvement majeur ou fonctionnel, utilisé dans la vie quotidienne, vise comme nous l'avons vu, toujours une cible : une cible spatiale physique et/ ou un but cognitif ou une idée. Il a donc toujours un sens pour la personne. Le sujet se déplace vers une cible afin d'accomplir une tâche imposée. Le mouvement appliqué dans l'expression, notre langage corporel, a plutôt une intention psycho directionnelle, sans déplacement spatial du sujet. Ce

mouvement a comme fonction une communication non verbale qui se perçoit par l'empathie. Le sujet se dirige vers quelqu'un pour lui faire passer une idée ou une émotion. Dans ce cas-là, c'est la direction et l'amplitude de son attention qui détermine l'intention et non le déplacement du corps dans l'espace. Nous pouvons donc décrire le mouvement fonctionnel comme un mouvement visant une certaine cible à distance et qui accomplit une tâche, soit physique soit psychique. Le mouvement fonctionnel est toujours une réponse à un stimulus. Soit un stimulus externe (un ordre, une situation...), soit un stimulus interne (une émotion, une idée, une pensée...).

J'ai fait le choix de ne pas aborder les différents types de mouvement, volontaire, semi-automatique, automatique, réflexe... dans la mesure où la littérature abonde de ces informations et que cet aspect de la mécanique et de la physiologie est considérée comme acquise. Je préfère aborder la question des invariants du mouvement ou plus précisément des composants constitutifs du mouvement que tout kinésithérapeute connaît sans pour autant les prendre en considération dans la rééducation classique. La notion d'invariant invite à considérer le mouvement selon une approche catégorielle. En effet, le mouvement est constitué d'une orientation, d'une vitesse, d'une amplitude et d'une cadence soumise aux limites physiques. La particularité de la rééducation sensorielle est justement d'aborder la globalité à travers le détail du mouvement. Le praticien oriente l'attention de la personne sur chaque invariant du mouvement, l'attention est d'abord mobilisée sur la vitesse du geste lent pour instaurer les meilleures conditions de perception, puis la mobilisation intentionnelle se focalise sur l'orientation du geste, puis sur l'amplitude et enfin sur la cadence. En procédant ainsi le praticien exerce une action éducative des fonctions perceptivo-cognitives de la personne. Cette attention est d'autant plus sollicitée qu'elle doit s'appliquer durant tout le déroulement du geste et dans tous les paramètres et quelle doit aussi s'étendre à plusieurs segments à la fois. Ceci est permis grâce à la focalisation de l'attention sur la composante linéaire du geste. Cette attitude perceptive appliquée à la composante linéaire permet à la personne de développer une conscience globale de l'ensemble des mouvements. Il s'agit là d'un principe simplificateur qui permet l'accès à la description des synergies.

Ce court passage traitant des 4 invariants du mouvement me donne l'occasion d'aborder une argumentation neurophysiologique en faveur d'une organisation sensorielle en synergie. En effet, la plupart de méthodes somato-sensorielles fondent leur rééducation sur l'intégration d'organisation fonctionnelle du mouvement. D. Bois propose des schèmes

associatifs de mouvements à s'appuyant sur la prise de conscience des synergies simplificatrices. Le mot synergie vient de *syn* (ensemble) et *ergos* (travail). Ce concept a été proposé par Bernstein (1967) pour appuyer l'idée que le système nerveux ne peut contrôler toute la complexité du mouvement. Pour cela, il est nécessaire qu'un système de simplification permette un ensemble de muscles qui travaillent ensemble.

La notion de schèmes associatifs du mouvement introduite par D. Bois, propose un cadre d'expérimentation du mouvement fondé sur une cohérence articulaire et musculaire au sein d'une gestuelle globale. En effet, il existe des mouvements anti-physiologiques qui ne s'harmonisent pas entre eux, par exemple effectuer une rotation interne du bras en association avec une supination de l'avant-bras. Encore, un mouvement d'extension de la colonne vertébrale avec une rotation interne des bras. La notion de coordination fondamentale est donc en lien avec une gestuelle qui est en cohérence par rapport à sa physiologie naturelle.

La coordination fondamentale basique mise au point par D. Bois consiste à synchroniser chaque mouvement circulaire de la colonne vertébrale (flexion, extension, inclinaison latérale, excepté la rotation) à une ou deux composantes linéaires qui lui sont associées.

M. Leão (2002), dans sa thèse doctorale, décrit les schèmes associatifs de D. Bois, selon un agencement ordonné et globale, et comprend huit schèmes associatifs construites autour du modèle de la coordination de base (circularité et linéarité) dans une dynamique de mouvement divergent et convergent (p. 265) Il n'est pas dans mon intention de traiter de façon exhaustive ces schèmes de divergence et de convergence, de nombreuses ouvrages traitent de cette organisation.

Tableau 1 : Synthèse des schèmes de divergence et de convergence - Schèmes de divergence

Schèmes	Mouvement linéaire starter	Mouvement linéaire associé	Mouvement circulaire associé
Antérieur	Antérieur	Verticalité haute	Circularité postérieure (extension)
De verticalité haute	verticalité haute	Antérieur	Circularité postérieure (extension)
De transversalité droite	Transversalité droite		Inclinaison latérale gauche

Mouvements associés dans la gestuelle codifiée en divergence : Piston haut, fente antérieure, extension de la colonne vertébrale, ouverture des bras, rotation externe des membres,

transversalité droite, inspiration.

Tableau 2 : Schèmes de convergence

Schèmes	Mouvement linéaire starter	Mouvement linéaire associé	Mouvement circulaire associé
Postérieur	Postérieur	Verticalité basse	Circularité antérieure (flexion)
De verticalité basse	Verticalité basse	Postérieur	Circularité antérieure (flexion)
De transversalité gauche	Transversalité gauche		Inclinaison latérale droite

Mouvements associés dans la gestuelle codifiée en convergence

Piston bas, fente postérieure, flexion de la colonne vertébrale, fermeture et abaissement des bras, rotation interne des membres, transversalité gauche, expiration

Chapitre 3 : Cadre pratique

Cette section est constituée de trois parties, l'une aborde le contexte et l'approche pratique de la rééducation sensorielle, l'autre s'intéresse aux actions ciblées de la rééducation sensorielle et notamment aux cinq aspects fondamentaux du modèle pédagogique de la rééducation sensorielle à savoir : les aspects compréhensifs, perceptifs, moteurs ou exécutifs, évaluatifs et pédagogiques proprement dit.

1.1. Contexte et approche pratique de la rééducation sensorielle

La rééducation sensorielle entre autant dans le domaine de la thérapie bio-psycho-sociale que dans la pédagogie. Elle essaie non seulement de corriger les patterns de mouvement et le schéma corporel, mais le thérapeute-pédagogue tente également de réguler tous les systèmes biologiques, physiologiques et psycho-émotionnels qui peuvent jouer un rôle dans l'émergence ou l'entretien des douleurs aspécifiques et de la souffrance, « *La méthode Danis Bois consiste à inviter la personne à développer son observation d'elle-même, de ses réactions corporelles et de ses pensées* ». (Noël, 2001, p.11)

Avant de pouvoir influencer tous ces éléments, il faut arriver à les percevoir. Dans le cadre théorique, on a expliqué les différents systèmes de perception et les différents percepts quantitatifs et qualitatifs. En pratique, on crée une situation d'expérience dans laquelle le maximum de conditions sont créées pour que le patient puisse appliquer ses instruments internes dans l'exécution de ces exercices.

Je présenterai une méthodologie concrète qui nous démontrera comment passer d'un mouvement objectif au Sensible en passant par la proprioception afférente et efférente conscientisée.

Tandis que dans la thérapie manuelle le thérapeute-pédagogue fait le décodage des informations saisies au niveau interne de la matière pour analyser l'état de physiologie ou de pathologie du dos, dans la rééducation sensorielle le thérapeute-pédagogue décode en premier des informations objectives saisies d'une exécution d'un mouvement majeur. Pour le praticien, c'est plus direct dans le sens où il expérimente et vit le mouvement objectif dans lequel il vérifie si oui ou non, le mouvement exécuté par le patient respectent avec les lois de

la biomécanique sensorielle. Si non, le bilan des angles morts donne des éléments pour corriger le mouvement (Berger, *ibid.*, 1999) Concernant le patient en thérapie manuelle, il joue un rôle plus au moins passif. L'activité demandée consiste à percevoir le pré-mouvement induit par le thérapeute ou le mouvement sensoriel émergeant dans son corps. Ces deux formes de sensation de mouvement produisent les paramètres d'organisation de la gestuelle majeure. En gymnastique sensorielle, un élément supplémentaire se rajoute : le patient est invité à percevoir un mouvement qu'il exécute lui-même et en temps réel. Pendant que dans le premier cas sa participation active consiste à poser l'attention sur des phénomènes qui émergent dans son corps, dans la rééducation sensorielle, il doit faire une activité perceptive en percevant le pré-mouvement et une activité motrice par l'exécution ainsi que percevoir et conscientiser cette activité motrice en temps réel. Ce travail dans l'immédiateté exige une attitude attentionnelle spécifique, et demande un apprentissage et un effort attentionnel de la part du patient.

Cibler les objectifs :

Selon l'intention et la qualité de l'attention qu'on utilise dans l'exercice, nous obtenons un résultat différent. Dans un exercice, par exemple le mouvement de base vers l'avant, avec une intention de travailler la lenteur, on obtient un autre résultat que si l'on fait le même exercice avec une intention de rentrer en relation avec la forme rectiligne du trajet linéaire que le patient parcourt. D'où la nécessité de cibler les objectifs de l'exercice.

On peut cibler les exercices sur différents niveaux :

Au niveau du mouvement pour obtenir une correction du mouvement et une régulation tonique musculaire et vasculaire.

Au niveau des réactions physiologiques pour passer du niveau corporel au niveau psycho-émotionnel.

Au niveau du Sensible pour rentrer en relation avec le mouvement interne et soi.

On peut également catégoriser les buts selon le déroulement de la construction pratique des exercices.

Un premier but de ces exercices est de présenter ou créer le cadre expérimental qui permet au sujet de trouver la bonne posture dans laquelle il peut éveiller la perception spécifique, nécessaire à la perception du mouvement.

Le deuxième but est de donner la possibilité de conscientiser le mouvement et les constituants du mouvement. Le patient doit, en fin d'exercices, être capable de percevoir la

“coordination perceptive” de base : la perception d’une combinaison d’un mouvement linéaire et circulaire dans les trois plans de l’espace. Le troisième but de percevoir la “coordination fonctionnelle” qui associe la combinaison d’un mouvement intentionnel avec un mouvement circulaire (le mouvement exécutif) et le mouvement compensatoire.

Ensuite le thérapeute pédagogue met le patient dans la situation de saisir l’émergence des réactions physiologiques dans le corps ainsi que la perception de son état d’être.

Le quatrième but consiste en la saisie et le témoignage du processus réciproque entre la perception corporelle et la perception de l’état d’être.

Le cinquième but est de donner au patient un protocole lui permettant de trouver sa propre stratégie pour corriger lui-même son mouvement.

En enfin le patient apprend à trouver la possibilité d’intégration des principes de la biomécanique sensorielle dans son mouvement quotidien.

3.1.1. Présentation des exercices

Série 1 : le mouvement linéaire

- Mouvement de base antérieur/ postérieur dans un plan sagittal
- Mouvement de base haut/bas suivant un axe haut/bas
- Mouvement latéro/latéral dans un plan frontal

Série 2 : la combinaison du mouvement linéaire et circulaire: la coordination perceptive de base

- La combinaison d’un mouvement de base antérieur et une circularité postérieur
La combinaison d’un mouvement de base postérieur et une circularité antérieur
- La combinaison d’un mouvement de base vers le haut et une circularité postérieur
La combinaison d’un mouvement de base vers le bas et une circularité antérieur
- La combinaison d’un mouvement de base gauche et une circularité droite
La combinaison d’un mouvement de base droit et une circularité gauche

Série 3 : la combinaison d’un mouvement intentionnel avec un mouvement circulaire (le mouvement exécutif) et le mouvement compensatoire: la coordination de base fonctionnelle

- La combinaison d’un mouvement intentionnel vers l’avant combiné avec un mouvement circulaire vers l’arrière et un mouvement compensatoire vers l’avant.

La combinaison d'un mouvement intentionnel vers l'arrière combiné avec un mouvement circulaire vers l'avant et un mouvement compensatoire vers l'arrière.

- La combinaison d'un mouvement intentionnel vers le haut combiné avec un mouvement circulaire vers l'arrière et un mouvement compensatoire vers l'avant.

La combinaison d'un mouvement intentionnel vers le bas combiné avec un mouvement circulaire vers l'avant et un mouvement compensatoire vers l'arrière.

- La combinaison d'un mouvement intentionnel vers le côté gauche combiné avec un mouvement circulaire vers la gauche et un mouvement compensatoire vers la droite.

La combinaison d'un mouvement intentionnel vers le côté droite combiné avec un mouvement circulaire vers la droite et un mouvement compensatoire vers la gauche.

Série 4: les mouvements de rotation

- Mouvement de rotation vers le côté gauche combiné avec un mouvement linéaire vers le bas
- Mouvement de rotation vers le côté droit combiné avec un mouvement linéaire vers le haut

Série 5 : Le schème associatif antérieur

- C'est un schème de divergence comprenant un mouvement linéaire antérieur en combinant un mouvement circulaire postérieur (extension du tronc) de la colonne vertébrale, une rotation externe des membres, une supination des avant-bras et une inspiration.

Série 5 : Le schème associatif postérieur

- C'est un schème de convergence comprenant un mouvement linéaire postérieur en combinant un mouvement circulaire antérieur (flexion du tronc) de la colonne vertébrale, une rotation interne des humérus, une pronation des avant-bras et une expiration.

Série 6 : Le schème associatif de verticalité haute

- C'est un schème divergent comprenant un mouvement linéaire supérieure en combinant un mouvement circulaire postérieur et une rotation droite du tronc et de la tête. Une rotation externe de l'humérus et supination de l'avant-bras droit et une

rotation interne de l'humérus et pronation de l'avant-bras gauche. Le mouvement peut être combiné avec une inspiration.

Série 7 : Le schème associatif de verticalité basse

- C'est un schème convergent comprenant un mouvement linéaire inférieur en combinant un mouvement circulaire antérieur et une rotation gauche du tronc et de la tête. Une rotation interne de l'humérus et pronation de l'avant-bras droit et une rotation externe de l'humérus et supination de l'avant-bras gauche. Le mouvement peut être combiné avec une expiration.

Série 8 : Le schème associatif de transversalité droite,

- C'est un schème divergent comprenant un mouvement linéaire de transversalité droite en combinant un mouvement circulaire gauche du tronc et de la tête. Un mouvement circulaire intérieur de l'humérus et de l'avant-bras droit et un mouvement circulaire extérieur de l'humérus et de l'avant-bras gauche.

Série 9 : Le schème associatif de transversalité gauche,

- C'est un schème convergent comprenant un mouvement linéaire de transversalité gauche en combinant un mouvement circulaire droite du tronc et de la tête. Un mouvement circulaire extérieur de l'humérus et de l'avant-bras droit et un mouvement circulaire intérieur de l'humérus et de l'avant-bras gauche.

3.2. Les actions ciblées de la rééducation sensorielle

Dans l'application de la pédagogie nous pouvons distinguer cinq aspects :

- Un aspect compréhensif
- Un aspect perceptif
- Un aspect moteur ou exécutif
- Un aspect évaluatif
- Un aspect pédagogique
 - Du thérapeute vers le patient
 - Du patient par rapport à lui-même

3.2.1. L'aspect compréhensif

Avant de commencer les séances d'école du dos il est conseillé de donner au patient une compréhension minimale de l'anatomie de la colonne vertébrale et de ses muscles. On donne également des points de repère corporels qui serviront de référence pendant le traitement.

Des données anatomiques seront enseignées ainsi qu'une introduction sur la compréhension du fonctionnement du mouvement fonctionnel selon les lois de la biomécanique sensorielle et les différentes formes de perceptions utilisées en rééducation sensorielle. Je ne développerai pas d'avantage ce sujet qui n'apporte que peu d'éléments intéressants pour ma question de recherche.

3.2.2. L'aspect perceptif

Nous pouvons résumer les percepts suivants :

La perception des différents éléments anatomiques du corps : on apprend à sentir la présence des points de repère corporels.

La perception des différents constituants du mouvement : les deux formes, la combinaison de ces deux formes, les trois sous mouvements et les quatre invariants par la proprioception afférente et efférente.

La perception des effets des exercices proposés : l'information intéroceptive.

La conscientisation de la perception et l'état d'être de la personne : le psychotonus et l'état psychique

Le Sensible : l'exécution du mouvement et le déplacement effectif du tronc et de la colonne vertébrale sont imprégnées de la lenteur et de la saveur du voyage sensoriel interne : le patient entre dans la réciprocité actuante.

3.2.3. L'aspect exécutif

L'aspect exécutif peut être décrit de la façon dont le patient applique sa stratégie motrice, c'est-à-dire : passer d'une posture initiale à une posture finale. Cette stratégie peut être influencée ou perturbée par plusieurs facteurs physiques, biologiques, physiologiques et psycho-émotionnelles. La perturbation se traduit en angles morts, perceptibles par un thérapeute-pédagogue bien entraîné.

L'exécution d'un mouvement physiologique consiste selon les lois de la biomécanique sensorielle, en un équilibre entre le mouvement intentionnel, exécutif et compensatoire.

Pour arriver à un mouvement physiologique en rééducation sensorielle du dos, on propose au patient d'entraîner d'abord les deux formes du mouvement : le mouvement linéaire et le mouvement circulaire.

Concrètement, le patient doit être capable d'exécuter les mouvements de base dans les six directions de l'espace : avant/arrière, latéro/latérale et haut/bas, ainsi que les fentes avant/arrière. Pendant l'exercice, il doit être capable de percevoir le mouvement circulaire. Il doit également être capable de percevoir la combinaison d'un mouvement linéaire avec un mouvement circulaire exécutif dans le polygone de sustentation et un mouvement circulaire avec un mouvement linéaire compensatoire en quittant le polygone de sustentation. Tout ça en situation assise et debout, autant dans le plan sagittal que sur un plan transversal. Ensuite, les 8 chaînes de mouvement doivent pouvoir être exécutées par le patient, pour se finaliser vers un mouvement physiologique fonctionnel.

3.2.4. Aspect évaluatif : les 7 angles morts

Ayant parlé dans le paragraphe précédent des angles mort je vais en faire une description. Ils sont au nombre de sept: la lenteur, la globalité, le mouvement linéaire, les séquences, les orientations, les amplitudes, les différentes vitesses, les dissociations d'orientation.

La lenteur :

La lenteur, un élément indispensable à la rééducation sensorielle permet au sujet de prendre contact et d'entrer en relation avec le mouvement exécuté ou le mouvement sensoriel interne. En utilisant la lenteur de manière explicite, le patient arrive à passer de la perception proprioceptive à une gestuelle conscientisée. Elle permet également de rentrer dans l'immédiateté : le patient apprend à exécuter, conscientiser et à corriger le mouvement en temps réel. Dans le domaine psychique, le patient fait réellement l'expérience de « prendre le temps » et reçoit l'occasion de goûter le vécu du repos, un moment de paix ou un point d'appui dans la vie stressante de tous les jours.

En observant la lenteur du mouvement d'un patient pendant la séance de rééducation sensorielle, on peut distinguer plusieurs formes de lenteur :

- Une lenteur ralentie avec une vitesse contrôlée dans ce cas il n'y a pas de sensation kinesthésique est pauvre. Cette lenteur s'accompagne d'une attention focalisée qui à son tour (par la boucle neurologique de la Formation Réticulée) augmente l'état tonique corporel (Van Cranenburgh B. 1998 p. 172-187)

- En deuxième, on a la lenteur proprioceptive dans laquelle le sujet exécute un mouvement fluide, non retenu ou non dirigé. Le sujet est mis au courant des informations proprioceptives afférentes et efférentes et en perçoit les effets corporels et psychiques.

- En troisième, on a la lenteur sensorielle. On l'obtient dès que le patient arrive à entrer en relation de conscience avec la subjectivité du mouvement. Le patient a l'impression qu'il est « porté » par son mouvement qui émerge à l'intérieur de son corps exprimé sans aucune sensation d'effort musculaire. Sa notion temporelle et spatiale se transforment, il a l'impression que son mouvement dure plus longtemps que le temps objectif nécessaire pour exécuter ce mouvement et il perçoit une amplitude subjective plus grande que son amplitude réelle. La lenteur favorise l'intensité et la profondeur du vécu. Il entre dans la réciprocité actuante où il y a une influence réciproque entre le patient et les phénomènes corporels perçus.

La globalité :

La globalité est une composante non-perçue dans la vie quotidienne. La perception conscientisée de la globalité en suivant l'intention directionnelle amène le sujet à retrouver en premier une stabilité physique et dynamique. Percevoir la globalité du corps donne au sujet l'occasion de se prendre lui-même comme point de repère par rapport à son environnement. La sensation vécue du « readiness » de la colonne vertébrale, la stabilité physique, la globalité, la solidité et le psychotonus emmènent vers une perception de stabilité psychique. La globalité permet également au sujet de percevoir sa stratégie de mouvements qu'il met en place et sa répercussion sur sa posture.

Par exemple, dans le cas d'un exercice linéaire, lorsqu'une ou plusieurs vertèbres ne participent pas de manière active au mouvement global, elles sont tractées par les autres vertèbres. Une ou plusieurs vertèbres restent immobiles par rapport aux autres pendant l'exécution de ce mouvement linéaire.

- Une ou plusieurs vertèbres dévient de la direction cohérente. Par exemple : en exécutant en mouvement linéaire vers l'avant, il y a plusieurs vertèbres qui dévient dans un plan transversal.

- Une ou plusieurs vertèbres ratent le top départ, l'impulsion du mouvement. Par exemple : en exécutant un mouvement linéaire vers l'avant.

- Une ou plusieurs vertèbres quittent leur vitesse et empêchent le mouvement d'être cohérent : par exemple : pendant le mouvement linéaire vers l'arrière, les thoraciques basses et lombaires hautes augmentent leur vitesse à partir de l'axe médian et sortent de la globalité vertébrale.

Le mouvement linéaire

Comme je l'ai déjà dit dans la partie théorique, le mouvement linéaire a deux fonctions :

- La fonction intentionnelle c'est le but pour lequel la globalité du corps va s'engager. Ce mouvement se déroule en suivant une trajectoire virtuelle linéaire. En posant l'attention sur ce trajet virtuel, le patient arrive à se glisser dans cette trajectoire et on peut vérifier si le mouvement accomplit son amplitude totale, s'il ne dévie pas ou ne change pas de direction. Je constate par exemple que les gens qui souffrent d'angoisses sévères, n'arrivent pas à faire un mouvement linéaire vers l'avant. Presque tous, une fois passé la ligne médiane, changent de direction et suivent une direction vers le haut. Ce phénomène serait intéressant à examiner de manière scientifique. Je constate également que les gens qui font des crises d'hyperventilation, qui respirent surtout avec une respiration « haute », provoquée par un travail des muscles respiratoires supplémentaires, n'arrivent pas à faire un mouvement linéaire vers le bas. Il semblerait en me référant à un autre exemple qu'il y a une corrélation entre l'intention directionnelle et l'état psychique d'une personne. C'est un répertoire de base des attitudes psychiques. (Berger 2000).

- La fonction compensatoire :

Cette fonction est plutôt motrice et a comme fonction, selon les lois de la biomécanique sensorielle, la garde dynamique et physiologique de l'équilibre. Ce mouvement linéaire est toujours dans le sens opposé du mouvement circulaire exécutif. Par exemple : en faisant un mouvement circulaire vers l'avant, on constate très souvent que le recul du bassin, les jambes et les vertèbres manquent. En faisant une inclinaison latérale, le mouvement compensatoire linéaire vers le côté opposé manque. Alors l'équilibre s'entretient par une contraction excentrique des muscles qui se trouvent à la convexité du tronc. Ce mouvement est peu conscientisé et très souvent absent chez les gens souffrant de douleurs aspécifiques du dos. Un des premiers apprentissages thérapeutiques est d'intentionnaliser ce mouvement.

Les séquences

La séquence comprend l'aspect temporel du mouvement et indique la partie du mouvement se trouvant entre le départ et l'arrivée. Dans un mouvement physiologique de la colonne vertébrale ou dans un mouvement global fonctionnel, il faut que chaque segment participant au mouvement, démarre (top départ) et s'arrête (top arrivée) au même moment. Alors on évite la surcharge de certains muscles ou articulations.

Les orientations :

Dans la rééducation sensorielle, on tente de faire redécouvrir au patient toutes les orientations de l'espace. On invite le patient à découvrir son environnement tout en restant en contact avec soi, son corps et son mouvement et en s'ouvrant vers l'extérieur. On voit souvent que le patient se dirige toujours dans son champ visuel et jamais en arrière par exemple, ce qui provoque la désensorialisation et l'inconscience de cette zone. Redécouvrir une orientation dans laquelle on ne sait plus bouger pendant un long temps crée une sensation de liberté. Danis Bois propose l'exercice du carré : il invite le patient à faire un mouvement linéaire vers l'avant, ensuite à gauche, en arrière, à droite, et ensuite de nouveau vers l'avant. C'est un mouvement qui crée fortement la sensation de confiance.

Les amplitudes :

Très souvent, les patients souffrant de douleurs du dos n'utilisent que rarement l'amplitude totale des articulations vertébrales. Puisque la douleur est interprétée en termes de dégât tissulaire, le patient évite les grandes amplitudes ayant ainsi l'impression d'éviter l'augmentation des dégâts et a plutôt tendance à s'immobiliser. Mon expérience personnelle avec les gens souffrant d'une kinésiophobie, un phénomène qui arrive souvent chez les gens souffrant des douleurs aspécifiques, est que le fait de redécouvrir l'amplitude dans la lenteur juste en suivant un mouvement linéaire conscientisé et avec le relâchement musculaire adapté, donne un détournement radical de leur angoisse de bouger. Au lieu de se battre contre la peur, d'avoir mal, ils découvrent par contraste en pleine sérénité et confiance une amplitude qu'ils ne soupçonnaient pas. Être présent aux derniers degrés de son amplitude donne au patient une nouvelle sensation bienfaisante et satisfaisante.

Les différentes vitesses des segments

En exerçant les mouvements de base, chaque vertèbre se déplace avec sa propre vitesse et attribue ainsi au mouvement corporel global une vitesse uniforme. Du point de vue de la biomécanique, c'est à cause de la différence de vitesse de déplacement spatial des vertèbres respectives qu'on peut constater que les vertèbres bougent l'une par rapport aux autres et que les courbes se forment. Du point de vue sensoriel, sentir une dissociation de vitesse des vertèbres est très difficile à percevoir. Sûrement parce que dans l'homuncule sensoriel, les zones corporelles profondes occupent une zone beaucoup moins clairement limitée que les zones corporelles superficielles. Les vertèbres sont difficiles à conscientiser. Pour combler ce problème il est très utile que le thérapeute-pédagogue pose un doigt sur la vertèbre qui bouge trop ou pas assez vite et demande au patient de l'utiliser comme starter du mouvement. Le patient est invité à garder son attention sur cette vertèbre, sans perdre la globalité du corps ou l'intention directionnelle.

Pour les mouvements fonctionnels, on constate que la dissociation de vitesse est très souvent absente entre les membres et le tronc.

Dissociation d'orientation

Dans la colonne vertébrale, une forme de dissociation de direction que nous pouvons constater est celle qui existe entre la direction du mouvement linéaire compensatoire et le mouvement circulaire exécutif. Ils bougent toujours dans le sens opposé.

Une autre forme est la direction opposée des extrémités d'un segment quand il bouge dans l'espace en faisant un mouvement circulaire. Mais comme déjà écrit ci-dessus, percevoir ce phénomène dans une vertèbre entre toutes les autres est impossible. Sentir cela dans les extrémités, la tête et le bassin inclus est plus évident. C'est pour cette raison que les exercices sur la dissociation de direction seront surtout appliqués dans des exercices fonctionnels qui entraînent la coordination entre le mouvement du monobloc avec les membres.

3.2.5. L'aspect pédagogique : application dans le cadre d'une école du dos

Dans ce chapitre nous allons indiquer les spécificités de l'école du dos pour indiquer sa valeur ajoutée.

Dans l'école du dos sensorielle on accorde beaucoup d'importance à l'aspect pédagogique. Ce processus d'apprentissage est spécifique dans ce sens que le patient apprend comment s'apercevoir. Comme je l'ai déjà décrit, il doit arriver à recevoir des informations

directes concernant le mouvement, le corps et le comportement et doit pouvoir les utiliser et les influencer. Comme O'Sullivan, Commerford et autres, on voit la rééducation comme une pédagogie motrice. On identifie les fausses formes de mouvement chez le patient, on isole des composantes pour après les entraîner à nouveau par des mouvements fonctionnels, selon les besoins du patient.

La différence par contre se situe à deux niveaux :

En pédagogie perceptive le patient accède à d'autres informations utiles. Grâce à la perception spécifique, le sujet ne perçoit pas uniquement le mouvement de son corps mais également tous les phénomènes subjectives qui influencent le geste comme par exemple la forme linéaire et circulaire du mouvement, la fluidité du mouvement ou son état d'être. Après avoir posé son attention, voir être entré en relation avec ces données, le patient apprendra à les influencer, afin d'augmenter son confort en mouvement.

La deuxième différence se trouve dans la perception de soi. En s'apercevant faire son nouveau pattern de mouvement, il aperçoit par contraste, ses angles morts, il peut en tirer une connaissance et peut ensuite adapter son geste habituel. Les indications précises reçues par le fasciathérapeute sont indispensables dans ce processus.

L'école du dos sensorielle fait donc plus appel à une pédagogie dans laquelle le patient apprend lui-même à se percevoir et à influencer toutes les composantes d'un mouvement fonctionnel et cohérent. Alors, par contraste, il découvre petit à petit ses propres incohérences, ce qui lui donne de la connaissance et éventuellement une motivation. L'information du mouvement ne vient donc pas en premier du thérapeute-pédagogue, mais du mouvement vécu conscientisé du patient lui-même. Le thérapeute-pédagogue donne de préférence des indications permettant au patient de trouver lui-même ses incohérences.

Contrairement à O'Sullivan qui commence par une compréhension cognitive des muscles concernés dans le but d'apprendre à les localiser, pour ensuite apprendre à les contrôler, pour enfin commencer un entraînement fonctionnel, D. Bois propose au patient de faire l'expérience d'un mouvement spatial et cohérent dans lequel il développe en premier la perception proprioceptive conscientisée soutenue par une attention. La perception et l'attention sont deux instruments internes primordiaux pour percevoir les différentes formes du mouvement, les sous-mouvements et leurs composantes respectives.

3.2.6. Méthodologie du passage de l'exécution du mouvement

- Le sujet exécute le mouvement et tourne son attention vers les informations quantitatives afférentes accompagnant le geste.
- Il discrimine les 2 formes de mouvement, les trois sous mouvements et les deux invariants spatiaux :
 - La direction intentionnelle linéaire dans sa direction et son amplitude
 - Le mouvement exécutif des différents segments et leurs directions et amplitudes respectives.
 - Le mouvement compensatoire des différents segments et leurs directions et amplitudes
- Le sujet exécute le mouvement et tourne son attention vers les informations qualitatives afférentes accompagnant le geste : la souplesse du mouvement et la qualité de glissé
 - La qualité de fluidité du mouvement
 - Discrimination d'un mouvement fluide, saccadé, lourd
- Le sujet entre en relation avec l'information quantitative et qualitative :
 - L'application qualitative de l'attention par le sujet résulte dans un gain d'importance et d'intensité du phénomène observé: l'information provenant de la perception proprioceptive afférente, soutenue par l'attention spécifique en temps réel que l'exécution du mouvement dans la lenteur optimale fait que le sujet ne perçoit plus l'information motrice en troisième personne. Sa posture se transforme. L'exécution et perception deviennent vécue et conscientisée. Le psychotonus s'installe.
- Le sujet tourne son attention, une fois que la posture finale est atteinte, vers un mouvement subjectif qui émerge :
 - L'attention utilisée dans le psychotonus est tirée par une émergence d'une sensation du mouvement prolongeant le mouvement objectif arrêté par une

continuation de l'amplitude et de la durée et dans la même direction. La perception proprioceptive afférente conscientisée se transforme en proprioception efférente conscientisée.

- Le sujet oriente, dans un premier moment, son attention vers l'information proprioceptive, provenant d'une simulation conscientisée d'un mouvement où la personne se voit, voire se sent faire un mouvement donné. Dans un deuxième moment elle accompagne cette sensation de mouvement par une exécution objective du mouvement perçu en temps réel.
 - Il décide de laisser partir le mouvement subjectif et le suit par un mouvement objectif.
 - Il répète plusieurs fois ce mouvement toujours en diminuant l'exécution objective du mouvement virtuel qu'il perçoit. Le sujet constate que le mouvement subjectif augmente en intensité et en autonomie.
- Le sujet pose son attention sur le fait que l'impulsion, l'amplitude, la direction et le trajet du mouvement deviennent complètement autonomes. Le mouvement émerge de la globalité corporelle hors la volonté du sujet. Il perçoit le mouvement interne sensoriel.
- Le sujet entre en réciprocité actuante avec ce mouvement interne sensoriel et prend acte de l'influence réciproque.

3.2.7. Indications montrant que le patient est dans le sensible :

Le patient arrive à poser son attention sur son corps.

- A reconnaître la neutralité active : l'accordage somato-psychique où il n'y a pas de pensées, ni de jugement en faveur de la qualité de perception et une diminution tonique corporelle
- A sentir et rentrer en relation avec le mouvement subjectif
- A percevoir les effets corporels, physiologiques, localement et globalement.
- A synchroniser de manière spontanée sa respiration avec la durée de l'exécution du mouvement.
- A percevoir le changement d'état d'être, suite à l'absence de pensées et de jugement.
- A entrer dans la réciprocité actuante en étant conscient du processus.

Évolution de la qualité de perception :

- Suspension de l'attention : combinaison d'une attention panoramique et attention focalisée
- Inversion de l'attention :
- Poser l'attention sur le corps
- Poser l'attention sur le mouvement
- Faire l'exercice selon les critères de la rééducation sensorielle
- Letting go : laisser venir les informations
- Entrer en relation : laisser venir les informations et en même temps aller vers pour provoquer de nouvelles réactions
- Entrer dans la réciprocité actuante où le patient se laisse influencer par les effets qu'il provoque lui-même dans le corps. Cette influence se déroule de manière réciproque entre le niveau corporel et au niveau psycho-émotionnel.

Deuxième Partie

Cadre épistémologique et méthodologie de la recherche

Chapitre 1 : Cadre épistémologique

A l'heure actuelle, le domaine des démarches qualitatives est vaste et les méthodologies qu'il est possible d'utiliser sont nombreuses. La recherche que j'ai choisi de conduire s'inscrit résolument dans les démarches qualitatives dans la mesure où je me positionne comme praticien chercheur qui crée les conditions d'une expérience sensorielle, et qui analyse et interprète les expériences vécues des patients qui participent à ma recherche. La subjectivité interrogée est une subjectivité de relation à la douleur, au corps et au mouvement. Il s'agit donc d'une subjectivité corporéifiée qui se donne dans l'expérience proposée par la rééducation sensorielle.

Pour réaliser une analyse interprétative adaptée, j'ai choisi d'épouser la démarche heuristique qui me permettra de m'appuyer sur ma propre expérience de mon vécu corporel et sur ma propre expertise de la subjectivité spécifique au travail somato-sensoriel. Comme le précise P. Paillé, « *la recherche heuristique est une méthodologie de recherche à caractère phénoménologique ayant pour objet l'intensité de l'expérience d'un phénomène tel qu'un chercheur et des co-chercheurs l'ont vécu.* » (Paillé, 2007, p. 144) Cette démarche heuristique me paraît pertinente car c'est à partir de mon propre vécu que je reconnaitrais et construirais mon approche catégorielle. Je précise également que parmi les critères d'inclusion des trois participants à ma recherche figure la nécessité d'avoir vécu l'expérience de la subjectivité corporelle. « *l'approche exige du chercheur qu'il ait eu une expérience intense du phénomène étudié. Cela est vrai également des personnes qui seront interviewés ultérieurement.* » (ibid. p. 145)

L'exercice dépasse toutefois la simple activité d'introspection, car dans l'esprit heuristique j'ai déterminé la méthodologie pratique que j'ai déployée auprès des participants à ma recherche. Puis, j'ai construit une grille d'analyse catégorielle visant à recueillir au plus près possible la réalité du texte. Sur cette base de données, j'ai déployé et construit une analyse phénoménologique. Ainsi la démarche qualitative et heuristique s'inspirent fortement de la phénoménologie dans la mesure où j'analyse des phénomènes subjectifs et singuliers et que je reste ancré au plus proche du texte sans toutefois me limiter à ses significations premières. En effet, je souhaite engager un mouvement herméneutique qui m'autorise à dépasser le texte afin d'établir des liens avec ma question de recherche et mes objectifs respectant ainsi le propos de P. Paillé concernant l'expertise du chercheur qui doit

avoir: « *la capacité à tirer du sens des données, d'en dégager les implications, les liens, les ordonner dans un schéma explicatif [...]* » (P. Paillé, 1994, p. 160)

Je précise également que je mènerai ma recherche dans une posture en seconde personne puisque j'utiliserai comme matériau de recherche une enquête auprès de trois participants sur le mode de l'entretien. Utiliser ce mode de recueil de données me semble être un moyen efficace pour accéder plus profondément au contenu du vécu expérientiel des participants au contact de la rééducation sensorielle. Il y a en effet, dans ce choix un élément de cohérence si l'on considère que mon objectif est de mieux comprendre les impacts de la rééducation sensorielle à partir du point de vue du patient.

1.1. Posture de praticien-chercheur

Traditionnellement le praticien est celui qui connaît la pratique d'un art, d'une technique. J'exerce la kinésithérapie depuis 31 ans et la fasciathérapie depuis 25 ans, en ce sens j'ai traversé toutes les étapes qui me permettent de dire que j'ai acquis une expertise dans mon métier de soignant et de pédagogue. Pour L. Albarello (2004), la posture de praticien se définit par les critères d'efficacité et d'efficience mises en œuvre dans l'action. Ce n'est pas cette posture qui m'intéresse ici, même si celle-ci participe à mon apprentissage de chercheur. J'ai traversé durant toute ma recherche une certaine difficulté à passer du statut de praticien à celui de praticien chercheur. Cela m'a demandé un processus de transformation accompagné par des périodes de crises identitaires. Pour épouser la posture de praticien chercheur j'ai dû apprendre à me remettre en question et à transformer une structure de connaissance établie créant parfois un véritable conflit cognitif. Heureusement la dimension d'implication en première personne qui me liait à mon expérience de praticien. La posture heuristique était en lien avec mes propres compétences de praticien. J'ai traversé ainsi un phénomène d'oscillation pendulaire entre les deux postures pour progressivement finalement trouver une place stable où la suspension du connu, de l'ancien, des présupposés, m'ouvrait à de nouvelles perspectives, réflexives et interprétatives.

1.2. Une recherche qualitative

Dès l'introduction de ma recherche, j'ai assumé ma posture de chercheur inscrit dans le paradigme compréhensif et interprétatif fondé par W. Dilthey et M. Weber. L'objectif que je poursuis ne s'inscrit pas dans une démarche de preuves, mais une démarche qui vit à mieux comprendre l'expérience que vivent les participants au contact de la rééducation sensorielle. Le sociologue J.-P. Kaufmann défend ainsi la prise en compte de la réalité vivante des personnes : « La démarche compréhensive s'appuie sur la conviction que les hommes ne sont pas de simples agents porteurs de structures mais des producteurs actifs du social, donc des dépositaires d'un savoir important qu'il s'agit de saisir de l'intérieur, par le biais du système de valeurs de l'individu » (Kaufmann, 1996, p. 23). La démarche compréhensive est ancrée dans la volonté de saisir la singularité de l'expérience interne « On ne peut nier qu'il y ait des expériences vécues et plus particulièrement une expérience interne » (Dilthey, 1992, p. 176)

Le fait que le patient, souffrant de douleurs aspécifiques du dos, est exécuteur de son mouvement, il est en même temps le sujet qui vit l'expérience et il joue en plus un rôle de témoin qui s'observe exécutant cette expérience, ce qui oblige à garder une souplesse épistémologique et une réelle ouverture à plusieurs modes de recherche. C'est le patient qui vit sa rééducation. Il est autant acteur qu'observateur de son expérience et des effets de son expérience à plusieurs niveaux.

Je me rends compte combien il est difficile d'en faire l'évaluation, dans la mesure où ces tonalités se modifient en permanence en fonction de la qualité du rapport et de l'immédiat, ce qui complique notre tâche de chercheur. Donc il faut prendre en compte une nouvelle subjectivité très large qui inclut des phénomènes dynamiques concernant le mouvement, des phénomènes corporels, physiologiques, psycho-émotionnels et existentiels.

Les conceptions et les pratiques proposées proviennent toutes d'une expérimentation approfondie, d'une formation expérientielle dans le domaine de la médecine physique et plus précisément de l'analyse du mouvement selon les lois de la biomécanique sensorielle. La saisie de la subjectivité dont nous parlons, fait appel à une observation rigoureuse de nature phénoménologique des vécus internes et du mouvement fonctionnel.

La rééducation sensorielle m'intéresse parce qu'elle me donne une connaissance empirique ouvrant des portes à des nouvelles connaissances scientifiques. Je me rends compte que la tâche dans laquelle je me risque est délicate et que mon domaine de recherche touche des thèmes sensibles pour le courant des sciences de la médecine classique, physique et la

kinésithérapie : l'étude des données subjectives donnant des référentiels scientifiques, producteurs de connaissances scientifiques et le franchissement de certaines frontières entre la santé et l'éducation.

Chapitre 2 : Devis méthodologique

2.1. Les participants à la recherche

J'ai mené mon enquête sur le terrain de ma pratique de cabinet libéral justifiant ainsi ma posture de praticien-chercheur. Le choix des participants à ma recherche s'est orienté vers des patients qui souffraient de douleur aspécifique lombaire et qui acceptaient de participer à ma recherche et à se soumettre au protocole proposé. Afin de mener une enquête en profondeur à visée exploratoire, j'ai limité la population à trois participants dont 2 femmes âgées de 63 ans et 29 ans et un homme âgé de 49 ans.

Mes critères d'inclusion prenaient en considération un certain nombre d'éléments qui me semblaient important pour la fiabilité de ma recherche. Les trois personnes devaient être diagnostiquées comme personnes souffrant de douleurs lombaires aspécifiques par le corps médical, elles ne devaient pas être médicalisées durant le temps de ma recherche (pas de prise de traitement anti-douleur, pas d'autres formes de traitement manuel et de rééducation) Par ailleurs les trois personnes choisies devaient avoir une expérience significative d'une prise en charge manuelle sur le mode de la fasciathérapie. (9 séances, 15 séances et 16 séances). En effet, la rééducation sensorielle est proposée après que le patient ait été traité en fasciathérapie. Cette dynamique chronologique fait partie du protocole de la rééducation sensorielle. Ensuite il me semblait important que les patients devaient avoir un minimum d'expérience de la subjectivité corporelle pour optimiser la prise de conscience des impacts de la rééducation sensorielle.

2.2. Le mode de recueil de données

J'ai choisi comme collecte de données l'entretien de recherche respectant la confidentialité. C'est pourquoi chaque personne est dénommée par un prénom d'emprunt Julien, Francine et Catherine, j'ai pris soin de différencier l'entretien de recherche de l'entretien clinique dans le contrat posé avec chaque participant en mentionnant clairement la

visée de mon intervention qui était celle de recueillir un maximum d'informations concernant le vécu de l'expérience, l'impact de la rééducation sur la douleur et le confort et sur les différents impacts émergents.

Malgré mon souci de recueillir un maximum de données j'ai pris soin d'éviter les attitudes moralisatrice, interventionniste et explicative en adoptant une posture de neutralité active. Neutre, dans la mesure où j'évitais les trois attitudes relatées précédemment et active, dans la mesure où je m'autorisais des relances à visée de clarification et de déploiement de l'expérience. Je n'ai pas utilisé de reformulation à visée de prises de consciences ou de mises en sens.

J'ai parfois adopté une attitude de directivité informative dans la mesure où j'ai proposé des relances informatives qui étaient en lien avec la question de recherche ainsi que mes objectifs. Dans ce cas la relance était dirigée de telle sorte que la personne soit invitée à formuler son expérience à propos de sa douleur, de son vécu et des impacts qu'elle percevait.

J'ai réalisé trois dynamiques d'entretien : un entretien immédiatement après l'accordage manuel (fasciathérapie), un entretien pendant la séance de rééducation sensorielle et enfin un entretien immédiatement après la séance de rééducation sensorielle (post-immédiateté). Chaque entretien était enregistré avec l'accord des participants et on fait l'objet d'une retranscription intégrale. Je précise que deux entretiens ont été réalisés en français et un entretien a été traduit par mes soins du néerlandais au français.

Les conditions d'expérience offertes aux participants, c'est à dire la séance d'accordage manuel et la séance de rééducation sensorielle ont été effectuées par moi-même. Chacune des séances avait une durée non standardisée. Les entretiens ont également été réalisés par moi-même, selon la dynamique suivante.

1. L'entretien réalisé immédiatement après la séance d'accordage manuel était orienté vers l'anamnèse, la description de la douleur et les impacts éventuels.

2. L'entretien réalisé pendant la séance de rééducation sensorielle était ciblé de façon a priori à recueillir des informations sur le vécu du mouvement en temps réel de la rééducation sensorielle.

3. L'entretien réalisé après la séance de rééducation sensorielle visait à recueillir des informations à partir de questions en lien avec mon projet de recherche. « C'est quoi pour vous l'impact des exercices sur la douleur lombaire ? » ou encore concernant les impacts « est ce que ça a influencé votre schéma corporel, votre façon de bouger dans la vie quotidienne ? » ou bien « Est ce que cela fait augmenter le confort ? »

2.3. La méthode d'analyse des données

L'analyse des données de ma recherche se fera en trois phases selon trois méthodes d'analyse : analyse classificatoire, analyse phénoménologique cas par cas et analyse herméneutique transversale.

– Analyse classificatoire

La première étape représente la prise en main du corpus des données constitué d'un matériau de 32 pages. Je me suis immergé dans chacun des entretiens à travers une première lecture en diagonale pour dégager les premières unités de sens et de réponses à mon projet de recherche. Puis après une lecture plus approfondie, j'ai construit trois catégories émergentes : douleur aspécifiques, dimension perceptive et impacts. Mon objectif à ce stade de ma recherche est de réaliser une étape de réduction (7 pages) qui permet de dégager les énoncés les plus significatives.

Tableau 3 : Grille de catégorisation émergente

DOULEURS ASPECIFIQUES	DIMENSION PERCEPTIVE	IMPACTS

– L'analyse phénoménologique cas par cas

J'ai réalisé la construction de l'analyse phénoménologique en m'appuyant sur les énoncés recueillis dans l'analyse classificatoire. Cette phase d'analyse phénoménologique est une phase d'organisation du matériau sous la forme d'une nouvelle cohérence organisationnelle dans la mesure où l'expérience du sujet est reformulée selon une organisation chronologique qui tend à créer une intrigue tout en restant ancrée fortement dans le texte.

J'ai construit l'analyse phénoménologique de manière standardisée de la manière suivante :

1. La nomination qui respecte l'anonymat de la personne (Julien, Francine, Catherine,)
2. Le contexte qui comprend un cadre qui définit le sexe, l'âge, la profession, et la nationalité, suivi de l'anamnèse.

3. la description de la douleur aspécifique avant la rééducation sensorielle
4. la dimension perceptive pendant et après la rééducation sensorielle
5. Les différents impacts de la rééducation sensorielle (Aux niveaux physique, du confort et de la douleur, du comportement, de l'environnement.

– **L'analyse herméneutique transversale**

Dans la troisième et dernière phase, je serai en mesure de construire un mouvement interprétatif des données qui me permettra une mise en lien des trois expériences relevées dans l'analyse phénoménologique cas par cas. En croisant les données, je serais à même, de répondre à ma question de recherche ainsi qu'aux objectifs. De là s'engagera une dynamique qui mettra en relief d'éventuelles résultats de recherche.

Troisième Partie

Analyse et interprétation des données

Chapitre 1 : Trois analyses phénoménologiques

Analyse phénoménologique de Jullien

Homme

49 ans

CEO de trois entreprises

Belge, Francophone

Anamnèse

Jullien est venu en traitement à cause des douleurs aspécifiques. Il était en traitement de chiropraxie : “*chiropracteur*” (J : L. 4) sans résultat satisfaisant : “*je suivait les séances sans aucune amélioration.*” (J : L. 5-6) Il a fait connaissance avec la fasciathérapie par un article de presse : “*c’était un article de presse*” (J : L. 10) et l’article a suscité chez lui un intérêt : (307-308) “*je suis venu ici parce que j’étais curieux*” Il mentionne qu’il ne suit pas d’autres traitements que la rééducation sensorielle : (J : L. 315-316) “*Si j’avais fait autre chose en même temps, ... mais je ne fais rien d’autre en même temps*”

Description de la douleur aspécifique avant la rééducation sensorielle

Jullien donne une description de sa douleur comme il la vit. A l’évidence il a une connaissance précise de sa douleur et de son influence sur sa vie et précise que sa douleur existe depuis plusieurs années : “*Oh... ces douleurs là, c’est déjà depuis trois ou quatre ans..*”. (J : L. 17) Les douleurs apparaissent de manière intermittente : “*Je souffrais du dos dans la façon relativement récurrente*” (J : L. 2) “*mon mal de dos revenait en permanence*” (J : L. 4-5) Il donne des indications sur la nature de sa douleur qui est à la fois nocturne et diurne. En effet, selon sa description la douleur émerge surtout le matin : “*j’avais mal de la nuit, pas en m’endormant mais souvent tôt le matin, vers quatre ou cinq heures*” (J : L. 6-7) et

cela l'empêche d'avoir un sommeil normal : *“ne pouvais plus dormir au delà cinq heures de sommeil”* (J : L. 8), mais également il mentionne qu'il souffre aussi dans la journée : *“et alors pendant la journée j'avais mal aussi”*. (J : L. 29) La douleur a également un lien avec sa posture physique : *“c'était complètement insupportable après une demi-heure, il fallait que je me mettes à genoux,”* (J : L. 42-43)

Jullien témoigne aussi que sa douleur envahit différents secteurs de sa vie, et notamment à sa qualité de vie : *“donc ça commençait à rendre ma vie difficile, ça me rendait irascible”*, (J : L. 8-9) ce qui le rend à l'évidence irritable : *“épuisant qui énerve quoi...”* (J : L. 33) *c'était complètement insupportable”* (J : L. 42-43) au point que la douleur devient secondaire par rapport à son inconfort de vie : *“Je n'avais pas tellement mal, mais c'était un vrai inconfort de vie”* (J : L. 308) De plus, Jullien a une responsabilité professionnelle importante qui amplifie sa douleur et son inconfort de vie : *“j'ai un métier excessivement stressant, je suis chef d'entreprise, je gère quatre entreprises, ils sont dans les trois coins de Belgique : Flandre, Bruxelles, Wallonie, j'ai plus que cent dix personnes qui travaillent pour moi, on travaille dans un milieu très stressant, c'est la construction. Pour pouvoir gérer ce métier il faut pouvoir être excessivement relax quoi... on ne peut pas être en permanence en stress, il faut que j'écoute énormément les gens, je passe beaucoup de temps avec eux, avec mes collaborateurs..”* (J : L. 66-73)

Après avoir pris connaissance d'un article sur la fasciathérapie mdb, il témoigne de sa prise de conscience que sa douleur n'est pas seulement un problème physique et peut être liée à d'autres problèmes : *“je me rendais compte que ces maux de dos étaient aussi liés à des causes que je ne maîtrise pas, que ce n'était pas seulement physique mais ça ne pouvait pas seulement être lié au dos mais à des autres parties de mon corps...”*(J : L. 11-13) Par exemple, on note qu'il est ouvert à l'idée qu' la douleur du dos peut être en lien avec un problème intestinale : *“le médecin traitant disait que mes douleurs pouvaient venir de mes intestins...”* (J : L. 52)

Jullien donne une indication précieuse sur la localisation de la douleur qui touche tout le dos avec des variations topographiques : *“une douleur de dos qu'on sent depuis le haut du dos au niveau des clavicules jusqu'au niveau de la ceinture et parfois c'était plus au niveau de la ceinture, parfois plus bas ...”* (J : L. 30-32)

A l'évidence, Jullien vit sa douleur d'une manière violente : *“... c'était un mal très carré, c'est un mal que je ressentais comme une rage de dents, c'est un mal lançant”* (J : L. 32-33) Il sent des limitations d'amplitudes de mouvement : *“mon bassin était complètement coincé.”* (J : L. 87)

La dimension perceptive pendant et après la rééducation sensorielle

Jullien témoigne de sa difficulté à percevoir : *“Oui... c’est difficile, ça demande énormément de concentration... donc si je suis vraiment très concentré sur moi...”* (J : L. 134-135) Pendant les exercices guidés il prend conscience qu’il lui est impossible de réfléchir et de percevoir en même temps : *“Je le constate en effet, oui, lorsque je réfléchis... je ne peux peut-être pas faire les deux en même temps”* (J : L. 150-151) Ou encore, il découvre que se concentrer et parler simultanément durant la séance est difficile : *“je suis très concentré, ce qui n’est pas le cas quand je parle parce que ce n’est pas facile de faire les deux en même temps...”* (J : L. 211-213) Cette situation lui révèle sa façon de pratiquer chez lui l’éducation sensorielle, il s’aperçoit qu’il exécute les exercices sans mobiliser le même niveau de conscience. A la question “vous n’êtes donc pas conscient de ce que vous percevez, Vous faites vos exercices sans percevoir à la maison...?” Il acquiesce J : *“Oui”* (J : L. 147) *“de manière automatique”* (J : L. 85) *“sans même... de manière inconsciente quoi”* (J : L. 89-90) Mais cet état ne l’empêche pas de percevoir une amplitude subjective qui lui donne le sentiment que son mouvement continue alors même qu’il est en situation immobile. En tout cas à l’interrogation: ‘mais au bout de course, avez vous l’impression que le mouvement continue et cela même quand vous êtes arrêté ? il répond par l’affirmative : ” oui, ” (J: L. 174) et il confirme : *Oui... ça oui, c’est ce que je voulais dire par automatique”* il mentionne que le mouvement va de soi puisque quand je lui pose la question il : “donc avec « automatique » vous voulez dire que le mouvement va tout seul” J :” est formel, il confirme à nouveau *“Oui...”* (J : L. 178)

Malgré la difficulté à se concentrer, Jullien mentionne que parfois, grâce à la rééducation sensorielle il parvient à atteindre un degré de conscience qui lui permet de ressentir la vie à l’intérieur de son corps et de manière globale : *“quand je suis très concentré... Je SENS l’intérieur de mon corps... Je SENS mon corps... aussi bien les mains, les pieds, il y a des vibrations comme je disais toute à l’heure, c’est des frissons pas des vibrations le long des membres encore... donc je le sens, oui.”* (J: L. 213-216) A plusieurs reprises, on note que Jullien témoigne de la présence d’une atmosphère de mouvement global. A la question “Percevez vous la globalité de votre corps ? C’est à dire votre tête, les épaules... Qui se bougent dans l’espace ?” il répond : *“oui, tout à fait”* (J: L. 105) Si je demande si il sent également si il perçoit la mobilité qui bouge dans l’espace, il confirme qu’il le perçoit : *“oui tout à fait...”* (J: L. 107) Ou encore *“j’ai l’impression que c’est un*

mouvement très complet” (J: L. 170-171) le mouvement lui semble différent : “ *plus rond...*” (J: L.158) “*...et très souple*” (J: L. 171) et l’amplitude : “*Elle augmente..*” (J: L. 160) et sa pensée semble ne plus l’envahir lui donnant le sentiment d’être relâché. A la question “ sentez vous un relâchement à ce moment là ?” Jullien répond : “*Oui tout à fait*” (J: L. 183) Pendant ce relâchement toutes ses pensées s’arrêtent “Donc vos pensées sont parties ?” il dit: “*Oui..*” (J: L. 195) au point que la notion du temps change : “*Une fois que je suis lancé dans le mouvement de manière très lente, c’est comme un balancier quoi, c’est partie et ce n’est que je m’aperçois tout à coup que il y a un dé clic qui se fait et que je dis « tiens, depuis combien de temps est ce que je suis occupé à faire ça*” (J: L. 247-250)

Et enfin Jullien témoigne d’un changement de son état somato-psychique : “*une souplesse générale quoi... une souplesse du corps, une souplesse d’esprit.. une souplesse mentale...une souplesse, c’est une forme de bien-être, c’est relaxation quoi...*” (J: L. 190-191)

Les différents impacts de la rééducation sensorielle :

Le premier impact qui apparaît est la progression et l’évolution de sa perception. En effet, Jullien précise qu’au début de ses séances il ne sentait rien, mais au fur et à mesure il perçoit une évolution : “*après la deuxième, troisième , quatrième séance, c’est pas que j’ai rien senti, j’ai vu une évolution*” (J: L. 26-27)

- **Au niveau physique**

Cette évolution se retrouve au niveau physique et notamment au niveau de la souplesse dans les mouvements de base, c’est à dire linéaire : “*je connais une nouvelle souplesse*” (J: L. 84) et, “*je me rends compte que je fais mes mouvements de base, un mouvement que je ne savais pas du tout faire à l’époque, mon bassin était complètement coinçé.*” (J: L. 85-87)

- **Au niveau du confort du mouvement et de la douleur:**

L'impact sur la douleur est net pour lui : *“je continuais à avoir ces douleurs la nuit et le matin , tandis que maintenant...”* (J: L. 28-29) La douleur s'améliore de manière progressive : *“... ça a duré toute une semaine et donc je me rends compte que je n'ai pas mal ce qui est relativement exceptionnel. Et maintenant je me rends compte que je n'ai pas mal pendant plus d'une semaine, même parfois entre deux séances qui ont lieu tous les quinze jours où j'ai pas du tout mal au dos”* (J: L. 36-39) Jullien précise également que la position debout qui provoquait une douleur a disparu : *“alors que maintenant je peux être debout pendant un certain temps sans avoir cette douleur qui s'installe dans mon dos.”* (J: L. 45-46) De la même façon Pendant qu'il exécute les exercices la douleur n'apparaît plus : *“Euh... j'en ai plus”* (J: L. 222) plus tard il le répète : *“et vraiment sans les douleurs quoi...”* (J: L. 254) Il prend acte aussi d'une amélioration au niveau intestinal : *“depuis quelques mois mes intestins sont radicalement différents et donc je pense que c'est très fort lié, enfin, moi, c'est l'idée que je me fais c'est que les douleurs que j'avais au dos étaient lié à un dysfonctionnement des intestins mais en même temps que ça a résolu en même temps mes problèmes des intestins.”* (J: L. 61-64)

- **Au niveau du comportement**

Le traitement a un impact évident sur la physiologie et l'état général mais aussi sur le comportement : *“Oui, cette thérapie a une influence sur mon comportement général”* (J: L. 313-314) *“j'admets que je constate un changement dans mon comportement”* (311-312) et : *son état général dans ma physiologie.. oui...dans mon état général”* (J: L. 312) et son état de stress : *“Eh bien je me rends compte que je suis beaucoup plus cool quoi”* (J: L. 66) *“je me dis que depuis que je fais la fascia(rééducation sensorielle) je suis beaucoup plus... beaucoup moins stressé.”* (J: L. 75-76) Et : *“j'ai un niveau de stress qui est vraiment tombé.”* (J: L. 78) Jullien souligne que la fasciathérapie et la rééducation sensorielle lui permet de faire un travail sur lui-même : *(“depuis que je fais ce travail sur moi, j'ai beaucoup réfléchi et je me dis que depuis que je viens en fascia (rééducation sensorielle), et je ne vois pas que ça serait du d'autres parce que je ne fais rien d'autre.. en termes de travail personnel...”* (J: L. 73-75) et il peut à nouveau profiter de ses weekends : *“Ici je parviens à avoir des weekends sans être tracassé* (J: L. 77-78) Il note même que sa disponibilité envers les autres change : *“j'arrive à consacrer du temps au gens, ’* (J: L. 292-293) *et j'arrive vraiment a consacrer du temps à les écouter”* (J: L. 295) et sa qualité d'attention est amélioré et il le répète : *‘et à ne travailler*

que là dessus'. (J: L. 296) Avant il n'écoutait pas parce qu'il était trop préoccupé "*que je n'écoutais pas parce que je pensais à autre chose*" (J: L. 288-289) tandis que depuis peu de temps : "*c'est très nouveau tout ça, ça date de il y a quelques semaines*" (J: L. 291-292) il arrive à avoir une écoute qui a changé de qualité : (301-302) "*Donc, j'ai une meilleure écoute, oui*".

- **Au niveau de l'environnement**

Sa relation au travail change également, il est plus détendu qu'avant : "*Elle est très bonne, parce que quand j'arrive au bureau, je suis relax, je suis souriant, non, je suis détendu, je me rends compte que je suis beaucoup plus détendu qu'avant. Donc sur la qualité de travail, ça doit avoir... C'est pas à moi de demander, il faudrait pouvoir demander cela à mes collaborateurs, mais je me rends compte que je suis beaucoup plus relax quoi.*" (J: L. 279-283) Jullien remarque que sa vie familiale bénéficie de son changement , selon lui il est plus disponible et son écoute s'améliore : "*Au niveau familial, c'est exactement la même chose, je me rends compte que quand mes enfants ou ma femme me parlent, je me rends compte que j'avais plus à me concentrer sur ce qu'ils me disent, alors qu'avant ils me disaient souvent quelque chose et cinq minutes plus tard je posais souvent des questions sur quelque chose qu'ils venaient de me dire. Donc, j'écoutais vraiment pas. Donc, j'ai une meilleure écoute, oui.*" (297-302)

Analyse phénoménologique de Francine

Femme

63 ans

Maître de Yoga

Belge Francophone

Anamnèse

Francine a commencé des séances de fasciathérapie après conseil de son médecin traitant : *“mon médecin m’a envoyé chez vous et il m’a parlé de fasciathérapie.”* (F : L. 4) Elle souffre de son dos depuis sa jeunesse. Le but du traitement est à visé d’entretien et de prévention : *“des problèmes d’entretien de dos, des articulations cervicales et puis aussi le bassin. Donc le sacrum et vertèbres lombaires”* (F : L. 5-6) et de prolonger le travail de l’ostéopathe qui avait quitté son cabinet : *“cet ostéopathe est partie au Brésil”* (F : L. 4) . *Je viens de recommencer d’avoir mal au dos depuis quelques années”*. (F : L. 45-46)

Par le passée elle était professeur de yoga ce qui dit elle, lui a développée la conscience de son corps et amplifiée sa gêne physique : *“Oui, j’ai une conscience très forte, quand ma hache est bloqué, c’est comme si elle était là... j’ai une conscience très forte de cela. J’ai le bassin basculé et tourné ici.* (F : L. 384-386) ou encore : *“ça me gêne évidemment si je n’arrive pas à débloquer ça.”* (F : L. 386), *“moi je suis très centré consciente, toute suite ça vient à la conscience”* (F : L. 392-393)

Description de la douleur aspécifique avant la rééducation sensorielle

Francine décrit sa douleur et la localise de façon précise au niveau lombaire et agit sur l’état de contraction des muscles : *“Des douleurs qui partent, à la suite durcissent tous le dos* (F : L. 8), *“quand c’est le bas du dos, j’ai mal quand je marche je sens que mon bassin est basculé. J’ai des douleurs dans le bas du dos.”* (F : L. 10-11) De plus elle mentionne des douleurs au niveau cervicales et dorsales supérieures : *“au niveau des cervicales mais c’est*

surtout les haut dorsales qui me font mal entre les omoplates. La j'ai une lordose." (F : L. 14-15) "*qui est décalcifié*" (F : L. 17)

La dimension perceptive pendant et après la rééducation sensorielle

Francine mentionne que par le yoga elle a appris à percevoir son corps et qu'elle découvre des nouveautés dans la pratique de la rééducation sensorielle : "*Je sens très, très bien une chose que j'ai jamais senti avant ...*" (F : L. 23-24) Son rapport au mouvement devient plus subtile et notamment au niveau du contrôle : "*Là, il me semble que je contrôle, non ? est ce que je contrôle ?*" (F : L. 271). Par ailleurs, elle commence à différencier la nature des percepts selon la manière dont elle exécute son exercice. Elle constate ainsi que la lenteur influence la qualité de la perception et de sa concentration : "*Eh bien, elle est obligatoire pour la perception, hein ? Si on ne va pas lentement... moi, j'ai tendance à aller trop vite quand je fais mes exercices. Mais ça c'est question de concentration, hein ?*" (F : L. 273-275) Elle ressent à travers le mouvement lent un relâchement dans la gestuelle : "*tout se relâche... je suis pas sûre, si je fais cette exercice rapidement, ça va devenir de la gymnastique, ça va devenir une musculation.*" (F : L. 278-279) Ce relâchement ne semble pas uniquement de nature musculaire, en effet, elle prend conscience qu'elle relâche le contrôle mental : "*mais encore une fois, j'ai l'impression que je ne fais rien avec ma tête. je n'ai pas l'impression de penser*". (F : L. 239) mais qu'il y a des phénomènes qui émergent dans son corps. Ainsi elle arrive à percevoir sa colonne vertébrale d'une manière qualitative. Ce n'est plus elle qui se tient droite, mais c'est sa colonne qui la soutient : "*La colonne vertébrale me soutient et tout se relâche. Mes épaules, mon bassin...*" (F : L. 248-249) En exécutant les exercices proposées, elle discrimine les différentes zones du corps par le biais du « starter » du mouvement et constate que son bassin recule sans qu'elle en ait l'intention : "*je fais reculer les lombaires et le bassin recule... mais je ne recule pas mon bassin.*" (F : L. 147) Cette nature d'exercice très localisée lui permet pourtant d'accéder à la globalité de son corps : "*Içi, je me sers de mes vertèbres, ou plutôt de mon corps.*". (F : L. 214-215). Cette nouvelle perception kinesthésique qui vient du corps lui permet de faire la différence avec la perception du yoga qui, selon elle vient de la tête : "*En yoga, la détente vient par la pensée et est liée à la respiration: les apnées, les inspirations, les expirations Être ça c'est toujours une commande qui, à mon avis, vient de là (elle met son index à sa tête)*" , (F : L. 55-57) Cette distinction ne se limite pas à ce constat car elle est capable de distinguer la présence du

mouvement linéaire dans le mouvement de flexion ou extension de sa colonne vertébrale. Ainsi à la question « vos vertèbres bougent dans quelle direction? » Francine répond : *“Elles vont vers l’avant..”* (F : L. 186) et sur la question : “et quand vous allez vers le bas?” elle répond : *“elles vont vers l’arrière.”* A l’évidence Francine, au contact de la rééducation sensorielle, est capable de façon très précise chaque segment de son corps, par exemple : *“le sternum qui bouge ou le diaphragme qui descend”* (F : L. 24-25) ou encore : *“les dorsales basses... j’ai l’impression que ça bouge là...et là... les omoplates, (“La colonne vertébrale me soutient et tout se relâche. Mes épaules, mon bassin...”*,(F : L. 167) on note qu’elle est même capable de discerner des nuances de sensations corporelles : *“les jambes par contre je sens moins..”* (F : L. 165) Mais au fur et à mesure que la session évolue, elle perçoit davantage la globalité de son corps : *“Je sens le tronc, les cuisses, les jambes...”*(F : L. 324)” et elle précise qu’il y a des zones anatomiques qui se dévoilent, mais de manière différente : *“La colonne vertébrale me soutient et tout se relâche. Mes épaules, mon bassin...”*,(F : L. 248-249) Elle rapporte qu’elle installe un nouveau rapport à son corps qu’elle semble redécouvrir : *“Il y a quelque chose qui se passe où je retrouve mon corps...”* (F : L. 115). Ou encore : *“Qu’est ce que je me sens grand !* (F : L. 308) *“j’ai l’impression d’être grandi aussi.”* (F : L. 293) Cette nouvelle perception lui permet de saisir des nuances qualitatives dans son mouvement, elle a le sentiment que ses vertèbres glissent : *“je les sens glisser”* (F : L. 167-168) et que son tronc s’allonge : *“quand je fais les exercices, du bassin, je sens ma taille qui descend, vraiment. C’est comme si je m’allonge..”*. (F : L. 96-97) On voit bien que Francine vit une relation étrange avec le mouvement puisqu’elle n’hésite pas à utiliser le terme « comme si » pour définir la présence d’un mouvement subjectif de nature différente d’un mouvement classique. De plus, Francine décrit la présence d’un mouvement interne qu’elle décrit sous une forme métaphorique (la vague) : *“ici, j’ai l’impression que c’est des vagues que c’est pas... hop... mais que c’est ondoyant.”* (F : L. 90-91) Et quand je lui pose la question si elle perçoit un mouvement interne elle répond : (93) *“Ah oui... alors j’essaie de le suivre, et je voudrais savoir trouver ça toute seule...”*

Les différents impacts de la rééducation sensorielle:

- **Au niveau physique**

Francine perçoit un changement d’état qui vient de l’intérieur de son corps : *“c’est de sentir de l’intérieur un lâchement.”* (F : L. 21) associé à une sensation d’ouverture : *“c’est*

comme si le corps s'ouvrait, les épaules s'élargissent, le bassin aussi comme le corps s'ouvre à l'intérieur" (F : L. 22-23).) Cette impression interne vécue lui fait prendre conscience de son état d'avant : *"il y a une aération dans le corps hein, il y a une espèce d'ouverture intérieure du corps, j'ai l'impression qu'avant j'étais toute collée, mais pas seulement les os... tout ici...(montre le ventre). J'ai l'impression qu'on prend du volume,"* (F : L. 295-297) Elle précise que ce n'est pas le corps qui change de volume mais que c'est une sensation d'espace intérieure, en présence : *"c'est une espèce de volume relâché"* (337) *"Oui, il y a un espace, mais surtout l'intérieur...c'est comme il y a plus d'espace à l'intérieur de mon corps..."* (342) *"Il y a une occupation différente de l'espace..."* (344) *"mais en présence..."* Quand je l'invite à entrer en relation avec la fluidité elle fait le lien entre la perception de la fluidité du mouvement et le relâchement interne : *"Alors tout est détendu, j'ai le dos qui se relâche, le bassin bascule vers l'avant, mes épaules descendent..."* (F : L. 260-261) La perception est si étrange qu'elle ne parvient pas à lui donner une signification classique, mais à l'évidence, il se passe quelque chose au niveau corporel : *"je ne comprends pas ce qui se passe, mais il se passe quelque chose."* (F : L. 79-80) *"elle perçoit clairement des zones qui se relâchent dans son corps : "Alors là, j'ai le diaphragme qui se lâche, il y a quelque chose qui se lâche..."* (F : L. 153) ou encore *"Les muscles gonflent..."* (F : L. 348)

- **Au niveau physique**

Francine témoigne qu'elle constate un changement de sa posture : *"Je le sens aussi mes épaules sont plus droite."* (F : L. 36) *"et puis maintenant j'arrive à faire descendre mes omoplates ça veut dire qu'ici il y a quelque chose qui se passe."* (F : L. 33) C'est non seulement elle, mais également son entourage qui constate ce changement : *"Tout le monde dit que je suis plus droite"* (F : L. 34) Elle remarque en plus un changement de la morphologie de son corps : *"Oui, il change l'état de mon corps, mais peut-être pas comme mon corps est fait"* (F : L. 103) et elle explique : (113-115) *"J'ai l'impression que la fasciathérapie (rééducation sensorielle) remet les choses en place C'est à dire, comme je suis faite hein, je suis tordue : le haut vers là.. le bas vers là... la fasciathérapie remet les choses en place..."*

- **Au niveau du confort et de la douleur :**

Depuis que Francine applique les exercices appris dans la rééducation sensorielle, elle parvient à agir positivement à sa douleur au moment où elle apparaît : *"j'arrive à faire passer le mal"* (F : L. 38) et à la question *"c'est quoi pour vous l'impact de ces exercices sur la*

douleur lombaire ?” elle répond : *“Jusqu’à présent, elles les font disparaître..”* (F : L. 371) Cette amélioration est nouveau pour elle : (F : L. 40-41) *“... que j’arrivais pas trop à faire malgré le yoga c’était faire passer ses douleurs”* mais ici : *“avec les exercices, le problème se résout”*. (F : L. 95) Ou encore de façon plus affirmative : *“je n’ai pas de douleur”*. (F : L. 363) Le fait de pouvoir gérer sa douleur a un impact sur le confort de vie : *“j’arrive à gérer ça, j’ai jamais fait ça. Et oui, ça donne du confort”* (F : L. 373) Elle précise qu’elle a trouvé un confort dans sa façon de bouger : *“Oui, où c’est très remarquable, c’est quand je marche La liberté au niveau des sacro iliaques et des fémurs”*. (F : L. 431-432)

Enfin Francine offre des informations sur l’impact de la rééducation sur le confort de mouvement : (F : L. 443-444) *“Quand on dit confort du dos ça veut dire ne pas sentir son dos, c’est sentir le dos comme quelque chose de présent mais pas de gênant”* et elle souligne, *“c’est un corps qui ne pèse pas. Je dirais le mot peser.”* (F : L. 450)

- **Au niveau du comportement**

Lui posant la question si la rééducation sensorielle a eu un impact sur son schéma corporel elle répond : *« Oui, je pense, oui... »* (F : L. 412) et elle éclaircit sa réponse en soulignant que sa façon de bouger change de manière spontanée : *“ca vient plus spontané”* (F : L. 414) Elle ajoute que la rééducation a une influence sur sa façon de penser : (464-465) *“Allez... pour le moment. C’est à dire que ça a une influence sur les pensées mais pas forcément sur une ascèse spirituelle.”*

- **Au niveau de l’environnement : Rien à signaler**

Analyse phénoménologique de Catherine

Femme

29 ans

Kinésithérapeute

Belge, néerlandophone. L'interview a été traduite en français.

Anamnèse

Catherine est venue en traitement à cause des douleurs lombaires aspécifiques depuis environ neuf mois. Elle souffre depuis l'âge de 17 ans elle consultait jusqu'alors un ostéopathe qui parvenait à la soulager ponctuellement. Je note que Catherine est kinésithérapeute et qu'elle est en première année de formation en fasciathérapie à l'école Européenne de fasciathérapie à Gand.

Description de la douleur aspécifique avant la rééducation perceptive:

Catherine donne une description de sa douleur comme elle la vit. La localisation de la douleur est décrite en termes vagues et est difficile à préciser : « *Tout cela est un peu ... vague, latent...un peu vague, dispersé le long du dos.* » (C : L. 4) Elle peut cependant la décrire : « *un peu facettaire, des élancements dans le bas du dos et j'avais alors des difficultés* » (C : L 221) Parfois la douleur apparaît la nuit : *aussi la nuit, ce n'étaient plus des élancements mais une douleur constante* » (C : L. 11-12) ou : « *tiraillements* ». (C : L. 13) Au niveau du confort, lorsque la douleur est présente, elle n'est pas soulagée par aucune position et la posture la plus gênante est la position assise : « *cela m'empêchait aussi de m'asseoir* » (C : L. 14) Elle prenait inconsciemment une posture antalgique mais se rendait plus trop compte qu'elle avait mal : « *alors avant j'avais peut-être de temps en temps un peu mal mais pas fréquemment, et alors je prenais spontanément cette position le soir, pour étudier par exemple je n'ai jamais été assise, toujours couchée, à plat, sur le dos avec les jambes relevées ou sur le côté avec les jambes levées, non, je n'ai jamais réfléchi à cela, je pense que je n'ai jamais été assise à un bureau...* » (C : L. 59-64) Catherine mentionne également que la douleur a une influence sur la qualité de son sommeil : « *...très mal aussi la nuit, ce n'étaient*

plus des élancements mais une douleur constante et des tiraillements vers le bassin et la jambe. Ne pas savoir bien dormir, ne pas trouver une bonne position mais cela avec des hauts et des bas » (C : L. 12 – 14) La douleur est constante. Elle explique que le terme « constant » doit être compris en terme d'intensité et non pas en terme de durée : « ... *parce qu'elle est constante, allez...au moment où j'ai la douleur elle est constante... elle n'y est pas à chaque minute de la journée, mais bien parfois pendant une heure ou une demie heure constamment et alors elle est là tout le temps.* (C : L. 39 – 41) Catherine précise également que sa douleur agit sur son humeur ou son état émotionnelle : « *J'en deviens nerveuse et embêtante* » (C : L. 38) ou encore : « *Elle est simplement là tout le temps et c'est terriblement embêtant* » (C : L. 38) Ce sentiment est majoré par le fait qu'elle ne peut contrôler la douleur : « *Alors je ne sais pas prendre une position, je ne sais rien faire pour la faire disparaître.* (C : L. 41-42)

La dimension perceptive pendant et après la rééducation sensorielle

Catherine mentionne que la rééducation sensorielle est relaxante. « *C'est très relaxant..* (C : L. 182) mais paradoxalement cet état lui pose problème au point de lui provoquer une réaction émotionnelle lorsqu'elle doit répondre à une relance concernant cet état : « *maintenant j'ai très chaud, mes mains et ...mais si vous me demandez cela ,alors je deviens très émotionnelle...* » (C : L. 184 – 186) elle précise même que cela la perturbe et la met dans un état d'inconfort somato-psychique : *maintenant j'attrape froid..*, (C : L. 186) ou encore « *je ne sais plus exactement..* » (C : L. 186) Cela la renvoie à la crainte de la soumission, sentiment qui la désarme.

En ce qui concerne le rapport au mouvement, on note qu'elle ressent la présence du mouvement linéaire/circulaire et quelle est capable de discerner différentes sensations en fonction de la direction du mouvement : « *vers le haut, je sens qu'en descendant il n'y a pas de coordination ou que c'est plus difficile , en soi je le sens bien* » (C : L. 141-142) ou encore : « *en descendant il n'est pas fluide* » (C : L. 145)

Catherine mentionne qu'elle ne perçoit pas la subjectivité qui accompagne le mouvement majeur. A plusieurs reprises elle répond négativement aux questions qui abordent le vécu de la subjectivité : « *non, non..parce que je ne l'ai pas senti* » (C : L. 256).

Les différents Impacts de la rééducation sensorielle:

- **Au niveau physique**

Au début, Catherine ne semble pas percevoir sa globalité corporelle. Certaines zones semblent échapper à sa conscience, ainsi que certains mouvements: « *je sens bien mon ventre mais pas mon dos...allez...mon côté antérieur je sens bien, mon côté postérieur pas.* » (C : L. 102-103) mais elle confirme plus tard : « *quand j'y prête attention..alors mon bas ventre et mon dos à l'arrière je ne le sens pas si bien jusque le milieu du dos* » (C : L. 114-115)

- **Au niveau du confort du mouvement et de la douleur:**

Catherine témoigne une amélioration de sa douleur au contact de la rééducation sensorielle « *Jusqu'à maintenant la douleur dans la jambe est moindre, ainsi que dans l'aine et la hanche. Il apparait clairement que la douleur change de nature « La douleur est moins fréquente et moins constante. »* (C : L. 31-33) Il reste une douleur résiduelle mais elle est atténuée : « *Jusqu'à maintenant la douleur dans la jambe est moindre, ainsi que dans l'aine et la hanche. La douleur est moins fréquente et moins constante. Dans le dos par contre, c'est difficile, euh oui... mais la douleur dans le dos n'était pas présente aussi nettement.* » (C : L. 31 – 33) ou encore : « *Il me semble que cette douleur s'est manifestée parce que la hanche et la jambe commençaient à faire moins mal.* » (C : L. 34 – 35)

A la question « comment va votre douleur ? » Catherine offre une réponse vague du fait de son changement de rapport avec la douleur, cependant, il est clair pour elle que la tension qui accompagnait la douleur a disparu. « *maintenant c'est parti* » (C : L. 226)

- **Au niveau du comportement**

Catherine souligne que le travail sur le mouvement linéaire, la centre, le rend plus solide et elle se sent dans sa peau : « *plus centrée sur moi-même. Je me sens plus forte. Plus solide, une. Je suis totalement en moi-même, dans ma peau.* » (C : L. 217-218) Elle précise également : « *Je me sens plus forte alors.* »

- **Au niveau de son environnement : rien à annoncer**

Analyse herméneutique transversale

L'analyse phénoménologique a donné lieu à un volume de données organisées qui me permet de déployer l'analyse herméneutique ciblée sur ma question de recherche.

Les trois participants présentent des douleurs aspécifiques lombaires avec un tableau clinique de douleurs récurrentes, intermittentes, intenses, nocturnes et diurnes et qui n'est pas soulagée par des attitudes antalgiques. Les trois participants ont fait appel à des thérapies manuelles et notamment l'ostéopathie et la chiropraxie qui soulageait ponctuellement la douleur.

Les trois participants à ma recherche ont suivi des séances de fasciathérapie (15 pour Jullien, 16 pour Francine et 9 pour Catherine) avant de participer à la séance de rééducation sensorielle (de recherche). Les séances de la fasciathérapie montre chez deux participants (Jullien et Francine) une amélioration de la douleur notable et une absence totale de la douleur après chacune des séances. Chez Catherine le résultat est peu significatif.

Ce qui nous intéresse dans notre recherche concerne les impacts de la rééducation sensorielle sur la perception, la douleur et le confort du mouvement et sur le comportement. On ne note pas dans le témoignage des trois participants une frontière nette entre les impacts de la fasciathérapie et ceux de la rééducation sensorielle. En effet à aucun moment les participants précisent ce qui revient à la fasciathérapie et à la rééducation sensorielle. Toutefois, on voit nettement les impacts qui sont spécifiques à la rééducation sensorielle et au mouvement linéaire/circulaire dans la mesure où le témoignage est en lien avec la découverte du mouvement et de ses effets

On note clairement chez Jullien et Francine un impact significatif sur la perception kinesthésique et corporelle. Il y a à l'évidence chez ces deux participants un enrichissement perceptif qui s'est déployé au cours de la séance, au point d'être capable de discriminer des détails du mouvement linéaire et circulaire et de ressentir le mouvement subjectif à l'intérieur de leur corps. Francine se rend compte qu'elle a tendance à contrôler son geste, malgré une grande pratique du yoga. Puis elle déclare qu'avant de pratiquer la rééducation sensorielle, elle n'avait jamais ressenti de telles sensations. Elle découvre, tout comme Jullien une nouvelle forme de concentration corporelle. Chez Jullien et Francine, la nouvelle nature de concentration leur permet de vivre l'intériorité de leur corps sur la base de sensations inhabituels. En effet Francine et Jullien témoignent de la présence de vagues à l'intérieur du

corps et de sensations subjectives d'une animation interne. Ce phénomène ne se retrouve pas chez Catherine.

On retrouve de façon forte chez Jullien et Francine le sentiment de globalité corporelle et de relâchement physique et psychique. Chez ces deux participants il apparaît clairement que la rééducation sensorielle a une action sur les tensions physiques et psychiques. On retrouve à un degré moindre ce phénomène chez Catherine pour des raisons qui sont liées au rapport à la soumission et au contrôle. On ressent chez Catherine une certaine peur face au relâchement qui est probablement synonyme pour elle d'absence de protection et de défense.

On note de manière évidente chez Jullien et Francine une incidence de la rééducation sensorielle sur leur mode de pensée. La pensée devient plus spontanée, plus fluide et moins prégnante. On ne retrouve pas ce phénomène chez Catherine.

On retrouve chez les trois participants un nouveau rapport au mouvement qui se traduit par une perception très analytique de la présence de la composante linéaire dans le mouvement circulaire favorisant fortement la sensation de globalité corporelle et le sentiment de se sentir plus solide et plus fort.

En ce qui concerne les impacts sur la douleur, on note une amélioration notable chez les trois participants à des degrés différents. Mais à la fin de la rééducation sensorielle les trois participants rapportent que la douleur a disparu. Ainsi Francine déclare de façon affirmative : « je n'ai pas de douleur » (F : L. 363) et au niveau du confort : « oui, ça me donne du confort (F : L. 373) » au niveau du bassin et des fémurs et au niveau du dos. Catherine dit à propos de sa douleur : « maintenant c'est parti » (C : L. 226) et elle peut trouver des postures antalgiques ou encore : « la douleur est moins fréquente et moins constante » (C : L. 31-33) et enfin pour Jullien concernant la douleur après la séance de rééducation il déclare « j'en ai plus » (J : L. 254)

Et enfin en ce qui concerne l'impact sur le comportement on note chez Jullien un profond changement dans ses attitudes, plus cool, moins stressé, plus à l'écoute des autres et plus de disponibilité dans son travail et dans sa vie familiale. Chez Francine et Catherine l'impact n'est pas significatif.

Conclusions et résultats de recherche

J'ai pu dégager des lignes directrices qui m'informent sur les différents impacts de la rééducation sensorielle et notamment les impact qui concernent ma question de recherche :

Quel est l'impact de la rééducation sensorielle sur le confort gestuel des patients souffrant de douleur aspécifique du dos ? Ma recherche a été l'occasion de réaliser une démarche compréhensive de ces différents impacts et j'ai pu établir sur la base de mon analyse phénoménologique et herméneutique des indices forts qui me permettent de répondre à ma question de recherche. **Il apparaît clairement que la rééducation sensorielle a un impact sur la douleur lombaire aspécifique sur deux participants et de façon moindre chez le troisième participant.** En ce qui concerne l'impact sur le confort, **on note chez deux participants un confort gestuel majoré et un confort somato-psychique**, c'est à dire une incidence entre les tensions physiques et les tension psychiques puisque deux participants relèvent l'impact sur le relâchement, la détente. Egaleme nt, chez un participant la rééducation sensorielle associée à la fasciathérapie a eu un impact signifiant sur le comportement. On note de plus un impact très signifiant chez deux participants sur l'enrichissement perceptif que l'on peut attribuer à la rééducation sensorielle.

Critiques

Je dois reconnaître que j'étais avant de réaliser cette recherche résolument un praticien et qu'il m'a fallu un certain temps pour intégrer et m'immerger dans la dynamique et la posture de praticien-chercheur. J'ai commencé ma recherche par l'entretien pensant que cela était plus facile pour moi que de m'engager dans un mouvement théorique. Avec du recul, je m'aperçois que ma technique d'entretien aurait pu être plus performante et cela a probablement eu une incidence sur la qualité du matériau de recherche.

En analysant les données je me suis rendu compte que je n'avais pas suffisamment séparé la fasciathérapie de la rééducation sensorielle. En effet l'accordage somato-psychique et manuelle est une étape préliminaire à la rééducation sensorielle. Je prends conscience que l'intégration de ces deux temps de la rééducation sensorielle rend difficile l'analyse de l'impact qui revient à la fasciathérapie et à la rééducation sensorielle. Dans le cadre d'une future recherche je veillerai d'avantage à éviter cette situation.

Par ailleurs le nombre de participants aurait mérité d'être plus important. Mais d'un autre côté, j'ai souhaité inscrire ma recherche dans une dynamique avant tout exploratoire.

Perspectives

Cette recherche a été l'occasion pour moi de me familiariser aux exigences scientifiques. Il me semble que l'aspect théorique et pratique de la rééducation sensorielle constitue une contribution scientifique à la rééducation classique. De la même façon, cette recherche contribue à promouvoir la démarche qualitative dans le champ de la kinésithérapie. Par ailleurs, le champ théorique de cette recherche ainsi que le mouvement heuristique et herméneutique qui a traversé ma recherche renouvellera ma façon d'enseigner la rééducation sensorielle.

Cette recherche exploratoire, je le souhaite, apportera une contribution à tous les étudiants qui désirent réaliser un Master dans le domaine de la rééducation sensorielle.

Bibliographie

- Adams N. (1997) *The Psychophysiology of Low Back Pain*, Churchill Livingstone, New York, p.1.
- Alberello L. (2004) *Devenir praticien - chercheur – comment réconcilier la recherche et la pratique sociale*. Edition De Boeck. p. 138.
- Arni C. (2009) *Corps et formation en fasciathérapie, Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de licenciée en Sciences de l'éducation*. Université Catholique de Louvain, Louvain-La-Neuve. p.91.
- Austry D & Berger E. (2000) *Mouvement, action & sensation*, Les cahiers de la mdb, Éditions point d'appui Paris
- Basmajian JV, De Luca C. (1985) *Muscles Alive – Their Functions Revealed by electromyography* ; Williams and Wilkins ; Baltimore
- Behnke Robert S. (2006) *Kinetic Anatomy*, second edition, Human Kinetics, Champaign, p. 25 – 33.
- Bernstein N. (1967) *The Co-ordination of MOVEMENTS*, Pergamon Press Oxford, London. p. 127
- Bois D. & Austry D. (2007) *Vers l'émergence du paradigme du Sensible'*, Réciprocités no 1 – Novembre 2007
- Bois D. (2001) *Le sensible et le mouvement*, Essai philosophique, éditions point d'appui, Paris.
- Bois D. (2005) *Corps sensible et transformations des représentations, propositions pour un modèle perceptivo cognitif de la formation d'adulte*, Université de Seville, p. 139
- Bois D. (2006) *Le moi renouvelé, introduction à la somato-psychopédagogie*, éditions point d'appui, Ivry-sur-Seine.
- Bois D. (2007) *Le corps sensible et la transformation des représentations chez l'adulte : vers un accompagnement perceptivo-cognitif à médiation du corps sensible*, thèse de doctorat européen, Université de Seville, sous la direction d'Antonio Morales et d'Isabel López Gòrriz.
- Bois D. et Berger E. (1990) *Une thérapie manuelle de la profondeur*, Paris : Trédaniel
- Boos et al. (1995), *The diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging, work perception, and psychosocial factors in identifying disc herniations*, *Spine* 20(24): 2613 – 2625.
- Bruner J.-S. (1996) *Towards a theory of instruction*, Cambridge, Harvard University press, p. 5-13

- Chapman Arthur E. PhD, DCL; (2008) Simon Fraser University, Burnaby, Canada, Human kinetics, p. 14
- Cholewicki J, McGill SM. (1996) Mechanical stability of the in vivo lumbar spine: implications for injury and chronic low back pain. *Clinal Biomechanics* 11(1): 1-15.
- Commerford MJ. & Mottram SL. (2001) , Kinetic control, Functional stability re-training : principles and strategies for managing mechanical dysfunction. *Manuel Therapy*; 6 (1) : p. 3-14
- Commerford MJ. & Mottram SL. (2001) , Kinetic control, movement and stability retraining : principles and strategies for managing mechanical dysfunction, *Manual Therapy*. 6 (1), p. 15 – 26.
- Courraud C. (2007) Toucher psychotonique et relation d'aide, Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive, Universidade Moderna, Lsboa, p. 8
- Courraud-Bourhis H. (1999) Biomécanique sensorielle Méthode Danis Bois, éditions point d'appui, Paris, p. 20 et 85-86
- Courraud-Bourhis H. (2002) Le sens de l'équilibre, Éditions point d'appui, Paris, p.31
- Courraud-Bourhis H. (2005) Biomécanique sensorielle & biorythmie, collection Les cahiers de la mdb, point d'appui, Ivry - sur - Seine, p51
- Damásio A. (1995) L'erreur de Descartes, éditions Odile Jacob, Paris, p. 195
- de Wolf Dr. A.N., Mens J.A.M. (1996) Onderzoek van het bewegingsapparaat, Fysische diagnostiek in de algemene praktijk, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten Giegem, p. 20 – 24
- Depraz, N. (2006). Comprendre la phénoménologie : une pratique concrète. Armand Colin, Paris.
- Deyo R.A. and Weinstein J.N. (2001), Low back pain, *N Engl J Med* 344 (2001) (5), p. 363 - 370
- Dilthey W. (1947) Origine et développement de l'herméneutique (1900). *Le monde de l'esprit*, T. 1 (p. 247-318). Paris : Aubier Montaigne
- Dilthey W. (1992) Introduction aux sciences de l'esprit. Œuvres complètes T.I. Paris : Cerf
- Enoka Roger M., PhD. (2008) Univerity of Colorado at Boulder, *Neuromechanics of Human Movement*, fourth edition, Human Kinetics,
- Eyskens J.B. (2007) *Body in peace, Waarnemen, bewegen en energie bij aanhoudende pijn en vermoeidheid*. Standaard Uitgeverij, Antwerpen, p. 117
- Fontaine P. (2007). Phénoménologie. In Zarander, J-P., *Dictionnaire de philosophie*. Ellipses Editions Marketing S.A., Paris. p. 441 – 442.
- Fox E.L. et al. ; 1999 ; *Fysiologie voor lichamelijke opvoeding, sport en revalidatie*, Elsevier de Tijdstroom, Maarsen.

- Frymoyer J.W. (1988) back pain and sciatica, N Engl J Med 318 View Record in Scopus / Cited By in Scopus. p. 291 – 300,
- Gallese V., Fagida L., Fogassi L. et Rizzolatti G. (1996) Action Recognition in the Premotor Cortex, partie 119, no 2, p. 593-609.
- Gandaviva SC, Mc Closeky DI, Burke D. (1992) Kinaesthetic signals and muscle contraction. Trends Neuroscience 15: p. 62 à 65
- Gellhorn E. (1967) Principles of autonomic – somatic integrations. University of Minnesota Press, Minneapolis. p. 67
- Gellhorn E., (1967) Principles of Automatic – Somatic Integration : Physiological Basis and Psychological and Clinical Implications. University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Gély, R., 2000, La g n se du sentir : Essai sur Merleau-Ponty. Editions Ousia, Bruxelles.
- Graziano M.S.A., et al. (2002) Complex Movements Evoked by Microstimulation of Precentral Cortex, Neuron, Vol. 34, p. 841-851
- Hasbroucq Thierry. (2000) Thérapie et Mouvement, 1er congrès international Méthode Danis bois, Les modalités de contrôle du mouvement volontaire, mouvement lent/mouvement rapide,  ditions point d'appui, Paris, p. 36.
- Honoré B. (1996) La santé en projet, Inter-editions, Paris,
- Huijing P.A. (1997) Muscle as a collagen fiber reinforced composite: a review of force transmission in muscle and whole limb. Journal of Biomechanics. p. 329 – 345
- Huijing P.A. (1999) Remarks regarding the paradigm of study of locomotor apparatus and neuromuscular control of movement. In: Crago, P.A., Winters., (Eds.); Biomechanics and Neural Control of Movement. Springer, New York, in press
- Kandel E.R. (1995) Essentials of Neural Science and Behavior; Apletown and Lange, New York.
- Kaufmann, J.-C. (1996) L'entretien compréhensif, Paris : Editions Nathan.
- Langevin H.M. and Sherman K.J. (2007) Pathophysiological model for chronic low back pain integrating connective tissue and nervous system mechanisms, Medical Hypotheses 68, 74 – 80.
- Latasch M.L. (2002) Bases neurophysiologiques du mouvement, De Boeck Université, Paris, p. 207-209.
- Le o M. (2002) Le pr mouvement anticipatoire, la présence scénique et l'action organique du performer, Méthodes d'entrainement à travers la méthode Danis Bois, Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Esthétique, Science et Technologie des Arts Option Etudes Th atrales et Chorégraphiques ; Université de Paris VIII U.F.R. « ARTS, PHILOSOPHIE ET ESTHETIQUE ».
- Levine P.A. (2010) In an Unspoken Voice, How the Body Releases Trauma and Restored Goodness, North Atlantic Books, Berkeley, California. p XIII

- Loeb G.E. (1982) task groups- a proposed functional unit for motor control. Abstr SOC neurosci. 8 . p. 272-277
- Loeb G.E. (1985) Motoneuron task groups : coping with kinematic heterogeneity. J EXP Biol.
- Merleau-Ponty M. (1964), *Le visible et l'invisible*. Paris, Gallimard
- Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945
- Mitchell JH, Schmidt RF . (1977) Cardiovascular reflex control by afferent fibers from skeletal muscle receptors. Shepherd JT et al. (eds). *Handbook of Physiology, Sect. 2 ; Vol III*.
- Nieman DC, Henson DA et al. (2010) Upper respiratory tract infection is reduced in physically fit and active adults. *Br J Sports Med*. Nov 1.
- Noël A. (2001) *La gymnastique sensorielle selon la méthode Danis Bois*, Éditions Point d'appui, Paris p. 17
- O'Sullivan P.B. (2000), Lumbar segmental instability: initial presentation and specific stabilizing exercise management, *Manual therapy* 5 (1), p.2 à 12.
- Offringa, M. (2003). *Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*. Antwerpen : Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Paillé P. (1994). *L'analyse par théorisation ancrée* . Cahier de recherche sociologique. No 23, pp. 147-181.
- Paillé P. (2007) *Recherches qualitatives – vol 27(2)*, p. 133-151
- Panjabi MM. (1992) The stabilizing system of the spine. Part I: Function and dysfunction, adaptation, and enhancement. *Journal of Spinal Disorders* 5 (4), p. 383-389.
- Panjabi MM. (2003) Clinical spinal instability and Low Back Pain. *J Electromyogr Kinesiol*. 13:371 – 379)
- Petit J.-L. (1997) *Les neurosciences et la philosophie de l'action*, Librairie Philosophique J. Vrin, Paris, p 419-459.
- Roll J.-P. (2000) *Physiologie de la kinesthèse, rôle fondateur de la sensibilité proprioceptive*, conférence donnée au Collège de France.
- Roll JP (1993) *Le sentiment d'incarnation : arguments neurobiologiques*, *Revue de Réd. Psychosom*, n°35. p. 75-90.
- Rombout W. (2000), *Rug- en neklachten klein krijgen*, Globe, Antwerpen, p. 29 – 29, p. 198
- Rombout W. (2000), *Rug- en neklachten kleinkrijgen*, Globe,
- Rothschild B. (2000), *The Body Remembers*, W. W. Norton & Company, New York – London, p. 29.
- Sadaka S. (1974) Mechanoreceptors in fascia, periosteum and periodontal ligament. *Bulletin of the Tokyo Medical and Dental University* 21 (Suppl.) p. 11 – 13.

- Schleip R. (2002) Fascial plasticity – a new neurobiological explanation, Part 1, p.9, *Journal of bodyworks and Movement Therapies* 7(1)
- Schleip R. (2002), Fascial plasticity – a new neurobiological explanation, Part 1, *Journal of bodyworks and Movement Therapies* 7(1), p. 9
- Schleip R. (2003), Fascial plasticity – a new neurobiological explanation, Part 2, *Journal of bodyworks and Movement Therapies* 7(1), p.11-19, 107.
- Snijders CJ, Vleeming A, Stoeckaert R. (1993) A Transfer of lumbosacral load to iliac bones and legs.1: Biomechanics of self-bracing of the sacro-iliac joints and its significance for treatment and exercise; *clinical biomechanics* 8, p. 285 – 294.
- Snijders CJ, Vleeming A, Stoeckaert R. (1993b). Transfer of lumbosacral load to iliac bones and legs.2: Loading of the sacroiliac joints when lifting in a stooped posture. *Clinical Biomechanics* 8, p. 295 – 301.
- Stecco, C., Porzionato, A., Macchi, V., Tiengo, C., & Aldegheri, R. (2006). A histological study of the deep fascia of the upper limb. *Ital J Anat Embryol*, 111(2), p. 105–110.
- Van Burken P. en Swank J. (2000) *Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, p. 104-116
- Van Cranenburgh B, (1998) *Neurowetenschappen, een overzicht, deel 1 : Toegepaste neurowetenschappen*, Elsevier/De Tijdstroom, p. 153, 172-187
- van der Wal Jaap MD PhD. (2009) *Fascia Research II, The Architecture of the connective Tissue in the Musculoskeletal System – An often overlooked Functional Parameter as to Proprioception in the Locomotor Apparatus*. Elsevier, München p. 21-35
- Van Houdenhove B. (2008) *Stress, het lijf en het brein, ziekten op de grens tussen psyche en soma*, Lannoo, Leuven
- van Kleef M. e.a., (2000), *Handboek pijn bestrijding, de tijdstroom*, hoofdstuk 14, P.C.A.J. Vroomen e.a., Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom.
- Varela F. et al. 1993, *L'Inscription corporelle de l'esprit*. Seuil. Paris VIème. p. 174
- Varela J. et al., *A l'épreuve de l'expérience. Pour une pratique phénoménologique*
- Verbrugh, H.S. & Kips, M. (2004). *Al te naïeve geneeskunde? Materiaal voor de vorming van een oordeel over alternatieve geneeswijzen*. Kampen: Klement.
- Vleeming A. and Stoeckaert R. (2007) *The role of the pelvic girdle in coupling the spine and legs: a clinical-anatomical perspective on pelvic stability*. *Movement, Stability and Lumbopelvic Pain*, Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh. p. 128
- Waddell G. (1999) *The Back pain Revolution*, New York, Churchill Livingstone,
- Wicker B. (2003) *Both of us Disgusted in my insula: The Common Neural Basis of Seeing and feeling Disgust*, Université de Marseille

Annexe

Interview Jullien

Anamnèse

1 P : Pourquoi êtes-vous venu en traitement chez un fasciathérapeute ?

2 J : Je souffrais du dos dans la façon relativement récurrente, et ça durait déjà un certain
3 temps, donc j'ai suivi des séances chez un kiné, un chiropracteur. Et même si le
4 chiropracteur me faisait du bien dans les deux, trois jours après la séance, après mon mal de
5 dos revenait en permanence, ça faisait plusieurs mois que je suivais les séances sans aucune
6 amélioration. Mon souci particulier, c'était que j'avais mal de la nuit, pas en m'endormant
7 mais souvent tôt le matin, vers quatre ou cinq heures, en fait je me rendais compte que je
8 ne pouvais plus dormir au delà cinq heures de sommeil, donc ça commençait à rendre ma
9 vie difficile, ça me rendait irascible, et donc par hasard je suis tombé sur une publicité,
10 non... c'était un article de presse la fasciathérapie... et comme j'étais en recherche d'une
11 autre technique pour soulager mon dos et je me rendais compte que ces maux de dos
12 étaient aussi liés à des causes que je ne maîtrise pas, que ce n'était pas seulement physique
13 mais ça ne pouvait pas seulement être lié au dos mais à des autres parties de mon corps...
14 En lisant cet article sur le fascia, je me je suis venu par curiosité. Voilà, j'ai pris contact et
15 j'ai participé à une première séance.

16 P : Ok... et c'est depuis quand que vous avez mal au dos ?

17 J : Oh... ces douleurs là, c'est déjà depuis trois ou quatre ans..

18 P : Et depuis quand suivez vous les séances de fasciathérapie ?

19 J : Je ne suis pas sûr, mais là on est le mois de mai, donc ça doit être depuis le mois de
20 décembre 2007.

21 P: Et vous avez déjà suivi combien de séances ?

22 J : Vous savez mieux que moi, mais je dirais une quinzaine ou quelque chose comme ça...

23 P : Et qu'est ce que ça a donné comme résultat en général ?

24 J : tout au début pas grand..... en tout cas j'ai vu une évolution. J'avais lu qu'il fallait
25 deux ou trois séances pour être remis sur pied, ça m'a laissé relativement septique...mais
26 bon... je suis venu avec beaucoup de curiosité, c'est vrai qu'après la deuxième, troisième
27 quatrième séance, c'est pas que j'ai rien senti, j'ai vu une évolution mais mon mal de dos

28 revenait quand même systématiquement et je continuais à avoir ces douleurs la nuit et le
29 matin , tandis que maintenant... et alors pendant la journée j'avais mal aussi, donc c'est
30 vraiment une douleur de dos qu'on sent depuis le haut du dos au niveau des clavicules
31 jusqu'au niveau de la ceinture et parfois c'était plus au niveau de la ceinture, parfois plus
32 bas ... c'était un mal très carré, c'est un mal que je ressentais comme un rage de dents,
33 c'est un mal lançant , épuisant qui énerve quoi... et puis j'ai eu des périodes de régression,
34 donc de calme, de non douleur, parfois pendant un jour, deux jours, trois jours jusqu'au
35 moment ou je me souviens, il ya de ça maintenant deux mois environ, ou peut-être un mois
36 et demi... ça a duré toute une semaine et donc je me rends compte que je n'ai pas mal ce
37 qui est relativement exceptionnel. Et maintenant je me rends compte que je n'ai pas mal
38 pendant plus d'une semaine, même parfois entre deux séances qui ont lieu tous les quinze
39 jours où j'ai pas du tout mal au dos ... sauf une douleur différente qui est un effort
40 musculaire que j'ai pu avoir provoqué par un mouvement excessif, sportif , un torticolis ou
41 quelque chose comme ça mais pas cette douleur que je connaissais avant. Et même quand
42 je reste debout longtemps en position relativement statique, bien qu'avant c'était
43 complètement insupportable après un e demi-heure, il fallait que je me mettes à genoux,
44 accroupis, où je devais m'étirer le dos, je me mettais en boule comme une tortue ou une 45
hérisson pour vraiment tirer sur les muscles, alors que maintenant je peux être debout
46 pendant un certain temps sans avoir cette douleur qui s'installe dans mon dos.

47 P : **Avez-vous faites des examens avant de venir ici ?**

48 J : Non

49 P : **Avez vous été chez un médecin ?**

50 J : Ah oui... chez un médecin traitant...

51 P : **et ces douleurs, ça venait d'où selon lui ?**

52 J : Bien le médecin traitant disait que mes douleurs pouvaient venir de mes intestins... il
53 me traite déjà depuis un certains temps avec tes oligoéléments... tous les trois mois
54 environs, il me fait une injection d'oligoéléments pour équilibrer le sang et j'admets que
55 mes intestins allaient déjà mieux et ici je venais pour traiter mes douleurs au dos, mais ce
56 qui est certain et j'en suis convaincu... Ça a aussi fondamentalement changé, j'ai dur à y
57 croire en fait...c'est un peu compliqué pour moi, dans ma tête parfois, mais c'est que... il
58 me semble que depuis que je viens en fasciathérapie mes intestins ont fondamentalement
59 changé de travailler, si je peux le dire... Alors je peux croire que c'est lié à la prise de ces
60 oligoéléments, mais pas seulement, parce que ceux-là je prends déjà depuis très longtemps
61 et je voyais pas de changement et depuis quelques mois mes intestins sont radicalement

62 différent et donc je pense que c'est très fort lié, enfin, moi, c'est l'idée que je me fais c'est
63 que les douleurs que j'avais au dos étaient liées à un dysfonctionnement des intestins mais en
64 même temps que ça a résolu en même temps mes problèmes des intestins.

65 P : **et en quoi est ce que ça a changé votre vie ?**

66 J : Eh bien je me rends compte que je suis beaucoup plus cool quoi... j'ai un métier
67 excessivement stressant, je suis chef d'entreprise, je gère quatre entreprises, ils sont dans
68 les trois coins de Belgique : Flandre, Bruxelles, Wallonie, j'ai plus que cent-dix personnes
69 qui travaillent pour moi, on travaille dans un milieu très stressant, c'est la construction.
70 Pour pouvoir gérer ce métier il faut pouvoir être excessivement relax quoi... on ne peut
71 pas être en permanence en stress, il faut que j'écoute énormément les gens, je passe
72 beaucoup de temps avec eux, avec mes collaborateurs et je me rendais compte combien
73 dont je peux être stressé, et depuis que je fais ce travail sur moi, j'ai beaucoup réfléchi et
74 je me dis que depuis que je viens en fascia, et je ne vois pas que ça serait du d'autres parce
75 que je ne fais rien d'autre..en termes de travail personnel... je me dis que depuis que je fais
76 la fascia je suis beaucoup plus... beaucoup moins stressé. Avant je regardais en
77 permanence ma montre, je devais être à permanence au boulot à telle heure le matin... Ici je
78 parviens à avoir des weekends sans être tracassé, j'ai un niveau de stress qui est vraiment
79 tombé.

80 P : **Et votre situation de vie n'a pas changé... ?**

81 J : Absolument pas...

82 P : **Ok... Et encore une dernière question : puis je conclure en fait que les séances que
83 vous faites ici en fasciathérapie, ça a fort augmenté le confort du mouvement du dos ?**

84 J : Absolument... je connais une nouvelle souplesse aussi depuis que je fais mes
85 exercices tous les matins, pendant la journée... de manière automatique aussi, je me rends
86 compte que je fais mes mouvements de base, un mouvement que je ne savais pas du tout
87 faire à l'époque, mon bassin était complètement coincé. Maintenant c'est un mouvement
88 que je parviens à faire en avant et en arrière, et tirer sur mes épaules, je me rends compte
89 que je fais ce mouvement aussi régulièrement chez moi à la maison aussi sans même... de
90 manière inconsciente quoi.

91 P : **Oui... OK.... D'accord...Super...**

92 **On va faire des exercices maintenant ?**

Entretien dans l'immédiat

93 P : Ce sont des exercices... enfin... ce sont les exercices que vous connaissez hein...

94 Donc on fait les exercices et on va percevoir ce qu'on fait, pendant que vous les faites,
95 et il faut essayer de répondre aux questions en temps réel. D'accord ?

96 J s'installe bien sur sa chaise....

97 P : On va donc faire un mouvement linéaire vers l'avant ... ok.... On combine avec un
98 mouvement circulaire opposé... accentuez un peu le mouvement circulaire... Voilà,
99 cambrez un peu le dos... Donc vous allez vers l'avant... vous reculez... oui... vers
100 l'avant.. Travaillez vous avec les yeux ouverts ou fermés ?

101 J : Les yeux fermés...

102 P : Oui... encore une fois... Bien...

103 **Percevez- vous la globalité de votre corps ? C'est à dire votre tête, les épaules... Qui
104 se bougent dans l'espace ?**

105 J : oui, tout à fait

106 P : **Qui se bougent dans l'espace...**

107 J : oui tout à fait...

108 P : **vous le sentez donc bouger dans l'espace...**

109 J : Oui

110 P : **Percevez vous la globalité du corps ? les bras, les jambes... la présence de votre
111 corps ici sur la chaise dans cette espace ici ?**

112 J : Oui...

113 P : **y a-t-il des endroits du corps que vous sentez moins ? Une zone, un membre...**

114 J : Euh... La tête peut être, je ne sens pas le poids de ma tête par exemple...

115 P : **Sentez vous la globalité du tronc qui se déplace de manière linéaire dans l'espace ?**

116 J : Oui..

117 P : **Et sentez vous le mouvement circulaire ?**

118 J : je ne sais pas ce que c'est...

119 P : **Donc, le dos qui s'arrondit...**

120 J : Oui

121 P : **Maintenant, vous allez en avant, sentez-vous que votre dos se cambre pendant
122 que vous allez en avant ?**

123 J : Oui, tout à fait

124 P : **Arrivez-vous à percevoir ces deux mouvements en même temps ?**

125 J : Linéaire et circulaire ? Euh oui... je pense.. oui... si je réfléchit à la question...oui...

126 P : **Mais là... est-ce que vous réfléchissez ou est ce que vous percevez ?**

127 J : Non, non, je perçoit en effet un double mouvement.

128 P : **Et le fait de percevoir cela, est-ce que ça change la relation que vous avez avec**
129 **votre corps ?**

130 J : Le fait de le percevoir ?

131 P : **Oui, non, Oui... vous dites ; « quand je réfléchis sur mon corps » et après vous**
132 **dites « je perçois » . est ce que ça change la relation que vous avez avec votre**
133 **corps quand vous réfléchissez sur votre corps ou que vous percevez votre corps ?**

134 J : Oui... c'est difficile, ça demande énormément de concentration... donc si je suis
135 vraiment très concentré sur moi... alors oui, effectivement oui... mais là pour l'instant,
136 non..

137 P : **expliquez moi... donc vous posez votre attention sur la globalité de votre tronc et**
138 **en fait, grâce à cela vous êtes capable de sentir en même temps le mouvement**
139 **circulaire et le mouvement linéaire ?**

140 J : Oui

141 P : **Est ce que vous réfléchissez en ce moment que vous percevez cela ?**

142 J : Oui, puisque vous me posez la question, du coup je me mets à réfléchir.

143 P : **Et quand vous faites vos exercices tout seul ?**

144 J : Je n'ai jamais fait attention

145 P : **vous n'êtes donc pas conscient de ce que vous percevez, Vous faites vos exercices**
146 **sans percevoir à la maison... ?**

147 J : Oui...

148 P : **Constatez vous que lorsque je vous pose une question difficile que votre**
149 **amplitude du mouvement que vous êtes en train de faire diminue ?**

150 J : Je le constate en effet, oui, lorsque je réfléchit... je ne peux peut-être pas faire les deux
151 en même temps

152 P : **Ok.. ; vous savez se qu'on va faire ? On posera votre attention, comme au début**
153 **des exercices, sur le corps et sur le mouvement...**

154 **Percevez-vous la lenteur ?**

155 J : Oui tout à fait

156 P : **Et si vous vous mettez en contact avec la lenteur, donc vous posez votre attention**
157 **sur la lenteur, est-ce que ça rend le mouvement plus fluide ?**

158 J : oui, plus rond...

159 P : **Et est-ce que l'amplitude augmente ou est-ce qu'elle diminue ?**

160 J : Elle augmente..

161 P : **on fera ce mouvement encore deux fois et vous restez bien en contact avec cette**

162 **lenteur et cette fluidité... donc maintenant on parle des aspects plus qualitatifs du**
163 **mouvement...**

164 **Alors.. percevez vous un mouvement subjectif ? C'est à dire, est ce que vous avez**
165 **l'impression de faire un mouvement plus ample que vous faites objectivement ?**

166 J :

167 P : **Il ne faut pas chercher... simplement constater...**

168 J : c'est un mouvement qui semble être simple quoi, qui se fait de manière très
169 automatique et naturel et qui va loin dans les deux sens, aussi bien quand j'arrive en bout
170 de course... quand j'ai le dos cambré, j'ai l'impression que c'est un mouvement très
171 complet et très souple, mais quand à savoir si il y a un mouvement subjectif, je ne sais
172 pas répondre à cette question ..

173 P : **Oui, mais au bout de course, avez vous l'impression que le mouvement continue ?**

174 J : Oui

175 P : **Même quand vous êtes arrêté ?**

176 J : oui, Oui... ça oui, c'est ce que je voulais dire par automatique

177 P : **donc avec « automatique » vous voulez dire que le mouvement va tout seul**

178 J : Oui...

179 P : **Et pas que c'est un automatisme, Comme quand vous marchez, ça c'est un**
180 **mouvement automatique en physiologie...**

181 J : Non, c'est pas cela...

182 P : **et sentez vous un relâchement à ce moment là ?**

183 J : Oui tout à fait

184 P : **Ok... on va changer d'exercice... on va aller vers la haut...hop... voilà...**

185 **Percevez- vous ce relâchement ?**

186 J : Tout à fait

187 P : **Et Qu'est-ce que cela vous fait ? ...Sur vous... sur votre état...**

188 J : Euh..Au niveau métal ou...

189 P : **Oui...**

190 J : une souplesse générale quoi... une souplesse du corps, une souplesse d'esprit.. une
191 souplesse mentale...une Souplesse, c'est une forme de bien-être, c'est relaxation quoi...

192 P : **Donc là, vous n'avez plus de pensées parasites ?**

193 J : Non

194 P : **Donc vos pensees sont parties ?**

195 J : Oui.. ;

196 P : **donc vous constatez que vous ne pensez plus ?**

197 J : Oui...c'est exacte

198 P : **Et vous vous sentez comment avec ça ? Est ce que vous vous sentez plutôt énervé
199 ou plutôt calme ? Serein ou plutôt excité ?**

200 J : Non.. ; très serein.. je dirais même quand je sors d'une séance de fascia... moi j'ai

201 plus envie de travailler quoi...dans la mesure ou.. ce n'est pas que je n'ai pas envie..

202 j'aurais plus envie de faire une grande promenade à la plage, vous voyez ? Ou dans la

203 campagne ou faire du jogging ou prendre mon vélo ou...

204 P : **Ok... Et percevez vous une profondeur corporelle ?**

205 J : Ça veut dire quoi ça ?

206 P : **Vous percevez le volume de votre corps ?**

207 J : Hmm hmm...

208 P : **Et que vous sentez là dedans une intensité, que vous sentez que... dans ce volume
209 qui est englobé par votre peau, que c'est rempli dedans, Que vous sentez qu'il y a
210 quelque chose dedans... une colonne vertébrale, des intestins..**

211 J : Ah oui, oui, oui...oui oui oui... c'est ce que je vous disais, quand je suis très

212 concentré, ce qui n'est pas le cas quand je parle parce que ce n'est pas facile de faire les

213 deux en même temps... quand je suis très concentré... Je SENS l'intérieur de mon

214 corps... Je SENS mon corps... aussi bien les mains, les pieds, il y a des vibrations

215 comme je disais toute à l'heure, c'est des frissons pas des vibrations le long des membres

216 encore... donc je le sens, oui.

217 P : **Et sentez vous un douleur en ce moment ?`**

218 J : En bas ?

219 P : **oui, par exemple..**

220 J : Non pas en bas... en haut un petit peu...

221P : **Et en général, est ce que la douleur a diminué ?**

222 J : Euh... j'en ai plus

223 P : **et est ce que cela a augmenté le confort du mouvement ?**

224 J : Oui, tout a fait..

225 P : **Ok, je vous remercie... Je vais vous poser encore deux, trois questions et après
226 vous êtes libre...**

Entretien post-immédiat

227 P : **Il y a encore deux choses que je voulais encore éclaircir. On a parlé à la fin de
228 confort de mouvement....**

229 **Qu'est-ce que cela veut dire pour vous le confort de mouvement... parce que**
230 **tout le monde interprète cela d'une autre manière...**

231 J : Euh... je pense que... ce ne sont pas des questions facile à répondre hein ?

232 P : **Non...**

233 J : Le confort de mouvement, c'est... moi je le perçois plus comme une souplesse de ce
234 mouvement donc c'est la facilité avec laquelle... je me rends compte que ce dos monte,
235 descente, va en avant, va en arrière de manière... oui, très souple. C'est un
236 mouvement... je le perçois comme un mouvement très confortable..

237 P : **Et vous avez parlé d'un mouvement automatique... est ce que ce mouvement**
238 **entre là-dedans aussi ?**

239 J : quand je parlais de mouvement automatique je voulais dire que une fois que le
240 mouvement est lancé, et que je l'avais fait trois ; quatre fois... je me rends compte
241 certains matins quand je le fais, bon je me lève chaque matin à six heures et je commence
242 directement par ça... et parfois je regarde mon réveil et parfois à six heures cinq.. ; je fais
243 les exercices et je regarde à nouveau le réveil et il est six heures dix ou six heures
244 quinze..et je ne me rendais pas compte que j'étais en train de faire cela.. c'est ça que je
245 veux dire avec automatisme...

246P : Ah oui...

247 J : Une fois que je suis lancé dans le mouvement de manière très lente, c'est comme un
248 balancier quoi, c'est partie et ce n'est que je m'aperçoit tout à coup que il y a un dé clic
249 qui se fait et que je dis « tiens, depuis combien de temps est ce que je suis occupé à faire
250 ça

251 Et je constate que c'est un certain temps sans m'en rendre compte, donc ça se trouve que
252 c'est vingt fois sans m'en rendre compte... C'est à ça que je fais allusion en parlant
253 d'automatisme . A ce moment là je me rends compte à quel point que ça m'a fait du bien
254 et combien au moment de me lever j'ai l'impression d'avoir une grande souplesse dans le
255 dos et vraiment sans les douleurs quoi...

256 P : Oui

257 P : **Et est ce que je peux dire que vous n'utilisez aucun effort pour faire les exercices**
258 **et il y a une force interne**

259 J : oui..

260 P : ... **qui vous pousse vers l'avant et vers l'arrière..**

261 J : Oui

262 P : **une force qui remplace la force musculaire.**

263 J : Oui, c'est ça, oui...

264 P : **Ok... et encore une dernière question.. A la fin des exercices, vous avez parlé de
265 ne plus avoir envie d'aller travailler**

266 J : oui

267 P : **Est- ce pas un peu en contradiction avec ce que vous avez dit comme « je suis 268
plus cool, je suis moins stressé.. » ?**

269 J ; J'ai aussi dit que cela a enlevé mon tonus hein...

270 P : **Oui ... je veux juste éclaircir...**

271 J : C'est vraie que le stress est quelque chose excessivement, comment dirais-je,

272 en mirant, on a tous besoin, et plus particulièrement moi, on a tous besoin du stress pour

273 pouvoir avancer dans les projets, et c'est vrai que si, par une séance de fasciathérapie on a

274 inhibé ce stress, alors il me manque cet adrénaline, il me manque ce peps pour affronter

275 une ambiance de travail quoi. Et c'est vrai que quand je sors d'ici avec un sentiment de

276 bien être, j'ai plus envie d'exprimer ce bien-être par une promenade dans le champs et au

277 soleil que de me retrouver dans une ambiance de travail. Ca c'est vrai.

278 P : **Mais qu'est ce que ça donne alors comme influence sur la qualité de votre travail ?**

279 J : Elle est très bonne, parce que quand j'arrive au bureau, je suis relax, je suis souriant,

280 non, je suis détendu, je me rends compte que je suis beaucoup plus détendu qu'avant.

281 Donc sur la qualité de travail, ça doit avoir... C'est pas à moi de demander, il faudrait

282 pouvoir demander cela à mes collaborateurs, mais je me rends compte que je suis

283 beaucoup plus relax quoi.

284 P : **Oui... et est-ce que la qualité de votre écoute vers vos collaborateurs, il a changé ?**

285 J : Oui, tout a fait,

286 P : **Pouvez-vous me décrire la différence ?**

287 J : Bien oui, ce n'est pas compliqué, moi je étais quelqu'un qui avait beaucoup de

288 difficultés à écouter, non pas que je parle de trop, mais parce que je suis, j'ai la tête fort

289 occupé. Et donc quand j'ai quelqu'un en face de moi qui me parle, je me rends compte

290 maintenant que je n'écoutais pas parce que je pensais à autre chose, avec toutes mes

291 préoccupations, tandis que maintenant je me rends compte que.. allez, c'est très nouveau

292 tout ça, ça date d' il y a quelques semaines... euh... j'arrive à consacrer du temps au

293 gens, j'inscris des rendez-vous pour les écouter dans mon agenda... et au moment où ces

294 gens viennent me parler, donc des collaborateurs avec un ordre du jour, et ils viennent de

295 parler de, enfin ils viennent rapporter ce qu'ils ont fait, j'arrive vraiment a consacrer du

296 temps à les écouter et à ne travailler que là dessus. Que sur eux qu'avec eux. Ce que je

297 n'arrivais pas à faire avant. Au niveau familial, c'est exactement la même chose, je me
298 rends compte que quand mes enfants ou ma femme me parlent, je me rends compte que
299 j'avais plus à me concentrer sur ce qu'ils me disent, alors qu'avant ils me disaient
300 souvent quelque chose et cinq minutes plus tard je posais souvent des questions sur
301 quelque chose qu'ils venaient de me dire. Donc, j'écoutais vraiment pas. Donc, j'ai une
302 meilleure écoute, oui.

303 P : **Donc conclusion : Peut-on conclure que cette école du dos sensorielle que vous
faites 304 ici, que cela n'a pas simplement une influence sur le confort du mouvement,
mais aussi 305 une influence sur le confort de votre vie ?**

306 J : Ah oui, j'en suis convaincu... même si pour moi ça reste toujours très énigmatique ? je
307 ne sais pas si je vous j'ai dit mais c'est vrai que... je suis venu ici parce que j'étais
308 curieux. Je n'avais pas tellement mal, mais c'était un vrai inconfort de vie... et donc je
309 me suis dit, pfff...il faut aller voir, on verra bien quoi, ça me coûtera rien et je suis venu
310 avec énormément de réserve.. je suis relativement méfiant par rapport à des techniques
311 qui sont des techniques non violentes et ici il faut que j'admets que je constate un
312 changement dans mon comportement, dans ma physiologie.. oui...dans mon état général,
313 donc je suis obligé à tirer cette conclusion : oui ça a une influence, cette thérapie a une
314 influence sur mon comportement général, parce que je ne vois pas que ça pourrait être
315 quelque chose d'autre. Si j'avais fait autre chose en même temps, je pourrais continuer à
316 douter, mais je ne fais rien d'autre en même temps, donc ça ne peut être que ça. Je suis
317 satisfait...

318 P : Ok je vous remercie pour votre coopération et pour votre temps

319 J : Avec plaisir

Interview de Francine

Anamnèse

1 P: Pourquoi est ce que vous êtes venu en thérapie.?

2 F: Je suis venu parce que j'ai des problèmes au dos, pas très grave. Comme je faisais depuis
3 longtemps des séances d'ostéopathie. C'étaient des séances d'entretien. Puis cet ostéopathe
4 est partie au Brésil et mon médecin m'a envoyé chez vous et il m'a parlé de fasciathérapie.
5 Elle m'a à peine expliqué, donc je suis venu, moi pour des problèmes d'entretien de dos,
6 des articulations cervicales et puis aussi le bassin. Donc le sacrum et vertèbres lombaires.

7 P: Est ce que tu peux décrire tes douleurs?

8 Des douleurs qui partent a la suite durcissent tous le dos, quand j'ai des problèmes
9 cervicaux j'ai de l'arthrose prouvé sur les radios toutes les épaules sont prises. le haut du
10 dos est bloqué la nuque raide ; c'est le bas du dos... j'ai mal quand je marche, je sens que
11 mon bassin est basculé. J'ai des douleurs dans le bas du dos.

12 P: Est-ce que ils ont trouvé une cause?

13 F: j'ai de l'arthrose, les radios montrent que j'ai l'arthrose. J'ai une vertèbre sacrée ou une
14 lombaire qui est sorti aussi d'ailleurs ça se sent. Et au niveau des cervicales mais c'est
15 surtout les haut dorsales qui me font mal entre les omoplates. Là, j'ai une lordose. J'ai
16 aussi une scoliose dans le bas du dos. J'ai la deuxième vertèbre là-dessus la, comment ça
17 s'appelle de nouveau ? qui est décalcifié elle est il y a un coté
18 en mais ça il y a très longtemps.

19 P:d'accord

20 P: Depuis que vous êtes en traitement de fasciathérapie qu'est ce que vous avez remarqué?

21 F : Ce qui ma frappé en fasciathérapie' c'est de sentir de l'intérieur un relâchement.
22 De l'intérieur tout se lâche de c'est comme si le corps s'ouvrait... les épaules
23 s'élargissent le bassin aussi.. comme le corps s'ouvre à l'intérieur. Je sens très très bien
24 une chose que j'ai jamais senti avant : le sternum qui bouge ou le diaphragme qui
25 descend. Suite a ça il y a quelque chose qui se passe sur la peau on dirait que la peau
26 glisse c'est comme la peau glisse. Sur la table je sens qui il y a quelque chose qui se passe
27 au niveau de la peau sur la table

28 P :ok, au niveau de la colonne vertébrale, le bassin et les lombaires, qu'est ce qui a changé ?

29 F : Avec les exercices que vous m'avez ses exercices la pas comme vous lavez fait
30 au travail avec moi, mes ses exercices la fait la oreille vers le menton comme ça je sens
31 ici que ça descend. Comme si mes omoplates redescendaient en faisant ça au début

32 ses expertises là, ça paraît quand même assez basique et puis maintenant j'arrive à faire
33 descendre mes omoplates ; ça veut dire qu'ici il y a quelque chose qui se passe. Tout le
34 monde me dit que je suis plus droite...

35 P: Oui

36 F: Je le sens aussi mes épaules sont plus droites. Avant j'avais des épaules ... j'arrive pas à
37 expliquer... une chose qui se passe aussi il m'arrive à avoir mal encore, bien sûr,
38 mais j'arrive à faire passer le mal. A oui, pas tout de suite au premier exercice il faut que
39 je m'en charge. Si je porte des sacs trop lourds bon là à ce moment là..mais une chose qui
40 est aussi très valable et que j'arrivais pas trop à faire malgré le yoga c'était faire passer ses
41 douleurs parce que j'ai été quelqu'un de jeune qui souffrait énormément du dos. Quand
42 j'avais 30 ans j'allais chez un kiné en Allemagne et il m'a dit si vous continuez comme ça
43 vous, dans le temps, vous allez terminer à 40 ans dans une chaise roulante. Ça m'a affecté.
Je

44 me suis dit : qu'est ce que je peux faire? Vous n'avez pas le nombre de muscles de votre
45 dos. J'étais très maigre j'avais 45 kilos. Et après 5 ans de yoga je vous assure que je
n'avais

46 plus mal au dos. Je viens de recommencer d'avoir mal au dos depuis quelques années.

47 P: **Et pendant tout ce temps vous avez continué à faire le yoga ?**

48 F: oui presque 40 ans. Mais maintenant je le fais moins souvent.

49 P: **Et est ce que, depuis que vous faites la gymnastique sensorielle, vous faites le yoga
50 d'une manière différente? Où est ce que ce sont deux choses séparées?**

51 F: Pour moi le yoga, c'est une autre démarche. Le yoga, ça part d'une concentration de
52 l'esprit sur un endroit du corps. Et quand je suis à ce niveau là, je peux réagir avec la
53 fasciathérapie maintenant.

54 P: Explique moi...

55 F: C'est tellement difficile à expliquer. En yoga, la détente vient par la pensée et est liée à
56 la respiration: les apnées, les inspirations, les expirations. Et ça c'est toujours une
57 commande qui, à mon avis, vient de là (elle met son index à sa tête), c'est à dire que...

58 P: **Ca vient de votre tête... ?**

59 F : Oui, c'est décidé. Bon, la fasciathérapie, moi je... en fait, je le fais si j'ai mal. Sauf le
60 matin, quand je lave les dents, je fais les expertises, que vous m'avez dit de faire hein...
61 c'est à dire avec le bassin et Bon... Je trouve que ça délie les sacro-iliaques, ça bouge
62 très bien le truc.. Mais... Le yoga, moi je fais ça, c'est une seconde nature. Je fais deux
63 saluts au soleil, en me levant. Le salut au soleil, c'est, je crois que vous savez, c'est une

65 séance de yoga en raccourci mais entière, sauf les torsions. Si tu fais le salut au soleil, il
66 faut faire des torsions en plus. Toute la respiration du yoga est là, tout le travail,
67 absolument tout le travail ... Comme j'ai mal au dos, je ne fais pas le salut au soleil,
68 parce que ça tire dans mon dos. Donc moi, la fasciathérapie, je le vois plus comme, pour le
69 moment en tout cas comme une amélioration des pathologie que j'ai.

70 **P: Ah bon, donc c'est surtout dans un cadre de thérapie et pas un cadre personnel.**

71 F: Non, pour moi, ce n'est pas passé comme ça.

72 P: Et tu viens de parler là de, " le yoga part des cervaux..

73 F: Oui...

74 **P: Et c'est quoi la différence exacte avec la fasciathérapie?**

75 F: Bien là, il y a les techniques de respirations, pour détendre.

76 P: Dans le yoga?

77 F: Oui, beaucoup de techniques de respiration, soit accélérer, soit des apnées, soit des
78 respirations à carré, des respirations aussi heu... pour la nuque, c'est excellent, faire des
79 respirations accélérées, mais alors ce qui me fascine dans la fasciathérapie, c'est de la
80 fascination, c'est que je ne comprends pas ce qui se passe, mais il se passe quelque chose.
81 Je crois que dans le yoga; j'ai l'impression de contrôler quelque chose. Parce que mes
82 respirations, elles sont volontaires hein... Ça nous est pas naturel... chez les indiens un peu
83 plus... mais pas nous. Ici on ne fait pas tout ça. Les exercices que tu me fais faire, pour moi
84 c'est magique, parce que ça, et puis ça.. (elle montre un mouvement de base vers le haut et
85 vers le bas), hop... j'ai mon dos qui se détente. Ça veut dire quoi, j'en sais rien... Parce que
86 c'est rien du tout l'exercice que je fais. C'est pas acrobatique... tout le monde peut faire ça.
87 Je fais ça dans l'autobus quand j'ai mal.. au cinéma, dans la voiture... Personne ne me voit,
88 ou presque.. et ça a un côté magique quand-même...

89 Et vous ne savez pas comment ça se fait... En plus, c'est des sensations très
90 différentes, parce qu'ici, j'ai l'impression que c'est des vagues que c'est pas... hop... mais
91 que c'est ondoyant. C'est jamais des étirements quand on fait par exemple une inclinaison.

92 **P: Est ce que vous percevez le mouvement?**

93 F: Ah oui... alors j'essaie de le suivre, et je voudrais savoir trouver ça toute seule...

94 **P: Vous ne le trouvez pas avec les exercices?**

95 F: Oui, mais je n'ai quand-même pas... avec les exercices, le problème se résout. Je dis
96 que c'est miraculeux parce que... dans le bassin c'est pareil... quand je fais les exercices,
97 mais du bassin, je sens ma taille qui descend, vraiment..C'est comme si je m'allonge...

98 P: **Est ce que je peux dire, quand vous faites du yoga que vous contrôlez quelque chose, ou 99 est ce que ça vient de vous?**

100 F: Oui, ça vient de moi...

101 P: **est ce que je peux comprendre que l'exercice que vous faites change l'état de votre**

102 corps et après vous percevez le changement de l'état de votre corps?

103 F: Oui, il change l'état de mon corps, mais peut-être pas comme mon corps est fait.

104 P: Expliquez-moi...

105 F: eh bien parce que ce sont des techniques extérieures qui agissent sur le corps. Ça c'est
106 inévitable hein?... Donc, sans forcer, en douceur, parce que dans le yoga on ne peut
107 jamais avoir mal... quand on va trop loin, ça serre à rien...; par exemple, si je veux
108 travailler mes maux lombaires, je faisais des torsions du dos. Donc couchée, je levais le
109 bassin d'un côté... donc c'est une torsion mais qui n'est pas une position normale du
110 corps... c'est une technique hein? C'est une posture.

111 Je n'ai pas l'impression que la fascia c'est des postures.

112 P: Non, c'est le mouvement...

113 F: J'ai l'impression que la fasciathérapie remet les choses en place. C'est-à-dire, comme
114 je suis faite hein, je suis tordue : le haut vers là.. le bas vers là... la fasciathérapie remet
115 les choses en place... Il y a quelque chose qui se passe où je retrouve mon corps... et c'est
116 mon corps tel qu'il est et sans techniques extérieures, parce que j'estime que mettre son
117 oreille là (monter un inclinaison de la tête).. ça c'est pas une technique hein... c'est un
118 mouvement tandis que le yoga, c'est très technique... tout en douceur, on muscle très
119 bien, tout ce qu'on veut...

120 Par contre, est ce que la fasciathérapie muscle par contre? Ça c'est une question que je
121 me pose.. Est ce qu'on se muscle en faisant la fasciathérapie? Je n'ai pas l'impression
122 hein?

123 P: Eh bien, on se muscle dans ce sens là qu'on redonne d'abord la coordination au
124 mouvement. On apprend d'abord à la personne d'utiliser ses muscles de manière
125 cohérente. Donc en premier lieu, ça n'a rien à voir avec un renforcement. Ce qui ne veut
126 pas dire qu'on ne renforce pas les muscles... mais il faut d'abord une bonne coordination
127 pour après renforcer et pas renforcer les muscles en espérant qu'on van corriger le
128 mouvement.

129 F: Ah oui, je pense que le yoga, c'est ça... il me semble hein...

130 P: **En fait, vous êtes prof en yoga?**

131 F: Oui, je l'étais, maintenant je ne le suis plus, je l'ai quitté il y a 5 ans. Et je dois vous
132 dire aussi, je ne sais pas si c'est intéressant d'être enregistré, alors c'est que le yoga que
133 j'ai fait c'est du Hata-yoga. Alors mon prof à Paris a travaillé avec Yenga qui est un Guru
134 et c'était une grande ascèse. Et tout le yoga que j'ai appris est basé sur ce qu'elle appelle
135 le plomb. C'est-à-dire: avec un fil à plomb sur la tête du trochanter, il faut être debout de
136 telle manière que le fil de plomb tombe à la malléole de la cheville. Eh bien, l'exercice
137 que vous me faites faire, reculer ça et reculer ça (montre le mouvement linéaire vers
138 l'avant et vers l'arrière) .. alors ça c'est génial... Je lui ai téléphoné et je lui ai dit... il y a
139 trente ans que je travaille avec elle... que j'ai exactement la même sensation,
140 c'est-à-dire quand je fais cette exercice de recul... automatiquement mes jambes reculent
141 et mon dos se libère. Alors qu'on a beaucoup travaillé l'apport sur la tête, nous. Ça
142 muscle et ça ne mets pas du poids sur le cou, ça fait monter le cou. Et si on n'est pas à
143 plomb, ça ne tient pas sur la tête. Et en fasciathérapie, quand on fait cet exercice, le
144 bassin recul... et à ce moment là, le dos se lâche. En yoga, on faisait reculer les jambes et
145 le dos se relâchait. La fasciathérapie, c'est pas ça.

146 P: **Alors, c'est quoi la fasciathérapie pour vous?**

147 F: je fais reculer les lombaires et le bassin recule... mais je ne recule pas mon bassin.
148 Vous voyez la différence?

149 P: oui OK... maintenant on va faire une série d'exercices hyper simple et je vais vous
150 poser quelques questions... et après on va discuter de tout ça.

Entretien dans l'immédiat

151 P: On va faire un mouvement linéaire vers l'avant et vers l'arrière. Et on le fait trois
152 fois..;

153 F: Alors là, j'ai le diaphragme qui se lâche, il y a quelque chose qui se lâche... Vers
154 l'avant, j'ai des omoplates qui

155 P: Ok.. maintenant on va faire un mouvement vers l'avant combiné avec un mouvement
157 156 circulaire vers l'arrière...

158 F: quand je vais vers l'avant je me redresse...

159 P: **Quand vous allez vers l'avant, est ce que vous percevez le mouvement circulaire?**

160 F: c'est comme ça, vers l'arrière, dans l'autre sens... oui oui, je le sens.. les épaules
161 reculent...

162 P: **Sentez vous la globalité de votre tronc?**

163 F: le cou aussi? Oui je le sens.

164 P: **sentez vous la globalité corporelle?**

165 F: Euh... oui... les jambes par contre je sens moins...

166 P: **quelle est la partie que vous percevez le moins....?**

167 F: les dorsales basses... j'ai l'impression que ça bouge là...et là: les omoplates, je les sens

168 glisser...

169 P: **Sentez vous votre corps encore comme un volume?**

170 F:oui... oui... je le sens...

171 P: **et les jambes son incluses dans cette globalité?**

172 F: haha... non... pas trop

173 P: **donc vous sentez mieux le tronc que les jambes?**

174 F: j'ai l'impression que je n'utilise pas mes jambes, non?

175 P: **oui, naturellement... mais est ce que vous percevez la présence de vos jambes?**

176 F: Oui, mais je m'en sers pas.

177 P: maintenant on va faire un mouvement vers le haut, combiné avec le mouvement

178 circulaire vers l'arrière... Et on va vers le bas combiné avec un mouvement circulaire vers

179 l'avant.

180 F: Ca goûte quand-même pas de la même façon, c'est un relâchement...

181 P: On va vers le bas... encore, encore... encore... encore...

182 Oui ... Stop... et on va vers le haut.... **Quand vous allez vers le haut, percevez vous le**

183 **mouvement de vos vertèbres?**

184 F: Oui...

185 P: **Et ils bougent dans quelle direction, vers le bas, le haut, l'arrière ou vers l'avant?**

186 F: Ils vont vers l'avant...

187 P: **et quand vous allez vers le bas?**

188 F: ils vont vers l'arrière.

189 P: **Ok.... on descend... et vers le haut... et quand vous percevez ces deux mouvement?**

190 Arrivez vous à vous faire toucher par ce mouvement... est ce que vous faites l'exercice et

191 vous percevez le mouvement vers le haut et vers l'avant ou est ce que vous décidez

192 d'abord de sentir le mouvement vers le haut et vers l'avant et vous le faites après?

193 F: non.. quand je vais vers le haut, je déroule ma colonne vertébrale... je ne suis pas sûr

194 d'avoir bien compris la question...

195 P: **C'est une question sur comment vous utilisez votre attention... est ce que votre**

196 **attention part de votre tête et vous Voulez absolument sentir le mouvement de la**

197 **globalité du tronc qui va vers le bas et est ce que vous voulez sentir la colonne**

198 **vertébrale qui recule... ou... , autre choix...: Vous faites le mouvement et vous**

199 **goûtez le mouvement de votre tronc qui va vers le bas et dans cette globalité, vous**
200 **constatez que les vertèbres reculent... et vous vous laissez faire quelque part par** 201
202 **cette sensation ?**

202 F: c'est plutôt la deuxième solution et le yoga, c'est plutôt la première... mais dans le
203 yoga, on le combine toujours avec une inspiration. Quand on fait allonger le dos, il y a
204 toujours une inspiration. Ici, le support c'est le corps... je ne sais pas ce que c'est... c'est
205 du muscle... des muscles intérieurs qui travaillent... ce sont les muscles lombaires...

206 P: Oui, Oui...

207 F: Mais le travail est différent... ce n'est pas le même point de départ, ce n'est pas le
208 même point de départ... vous n'avez jamais fait du yoga?

209 P: Si...

210 F: Alors vous comprenez

211 F: que c'est pas le même point de départ...

212 P: Non...

213 F: En yoga, le point de départ, c'est allonger les vertèbres... c'est d'étirer la colonne
214 vertébrale... et par un souffle que les Indiens considèrent comme spirituel. Ici, je me sers
215 de mes vertèbres, ou plutôt de mon corps. C'est pas la même chose... Je crois que la
216 fasciathérapie ce n'est pas une philosophie, tandis que le yoga c'est une philosophie... je
217 crois que c'est ça la différence...

218 P: **peut-être vous n'avez pas encore fait la connaissance avec la philosophie de la**
219 **fasciathérapie...?**

220 F: Ca fait pas partie de la médecine?

221 P: Oui, mais est ce que chaque forme de médecine, n'est elle pas basée sur une vision
222 philosophique?

223 F: oui, mais c'est une philosophie du corps tandis que le yoga c'est une philosophie de
224 vie... c'est une ascèse vitale le yoga... je ne sais pas.. peut-être que je me trompe...

225 P: Oui... parce que...

226 F: parce que le vrai hata-yoga, c'est une discipline du corps mais qui a un but spirituelle...
227 et je ne sens pas du tout cela en fasciathérapie..

228 P: Ah si... mais vous le vivez peut-être pas comme ça parce que vous venez pas chercher
229 cela en fasciathérapie. En fasciathérapie on peut chercher la partie divine dans toi...

230 F: Ah bon? Et c'est expliquée dans les brochures cela?

231 P: Non...

232 F Peut on donc faire des exercices psychologiques et spirituelles avec la fasciathérapie ?

233 On travaille avec des malades mentaux ?

234 P : Oui... comme on fait une analyse de mouvement, on peut faire une analyse de ses

235 pensées ou de son comportement, selon exactement les mêmes principes. Et on arrive à

236 découvrir ses stratégies de pensées et de comportement...

237 F : Par la perception... ?

238 P : Oui, vous vous mettez dans la même posture comme vous analysez votre mouvement,

239 et vous écoutez vos pensées, vous découvrez vos stratégies...

241 240 F : Ah Bon..

242 P : On va continuer.... Là vous percevez...

243 F : Le dos, le ventre, le cou...

244 P : Peut on dire que vous rentrez en relation avec le mouvement que vous percevez ?

245 F : Oui, oui

246 P : **et est-ce que ça vous donne une connaissance ? Apprenez vous quelque chose de**

247 **cela ? Est-ce qu'il y a quelque chose qui te frappe ?**

248 F : Quand on est comme ça, et tout le reste est relâché. La colonne vertébrale me soutient

249 et tout se relâche. Mes épaules, mon bassin...

250 P : **vous le vivez comme une relaxation active ?**

251 F : Oui, c'est ça...

252 P : **Donc vous apprenez à bouger sans muscles ?**

253 F : Oui, sans je me commande les muscles, ni ma respiration...

254 P : **Et quand vous faites encore une fois le mouvement vers le haut... ce que vous**

vivez 255 là, est-ce que ça peut être utile dans votre vie quotidienne ?

257 P : Et maintenant on va vers le bas... est-ce que le mouvement est fluide ?

258 F : Oui..

259 P : et quand vous rentrez en contact avec cette fluidité...

260 F : Alors tout est détendu, j'ai le dos qui se relâche, le bassin bascule vers l'avant, mes

261 épaules descendent...

262 P : Rentrez bien en relation avec la fluidité...

263 F : Alors j'ai le sentiment que ma colonne vertébrale est dynamique, tout le reste suit et

264 se lâche.

265 P : **voulez vous dire avec cela que l'impulsion de votre mouvement vient de**

l'intérieur de 267 F Ah oui... voilà, ici je suis en extension, et tout se relâche,

268 P : On va vers le haut et on perlera de la lenteur... **percevez vous la lenteur ?**

269 F : Qu'est-ce qu'il faut faire ?

270 P : vous faites le mouvement, et en exécutant le mouvement, percevez vous la lenteur ?

271 F : Là, il me semble que je contrôle, non ? est ce que je contrôle ?

272 P : Rentrer dans le mouvement, est ce que ça vous dit quelque chose, cette lenteur ?

273 F : Eh bien, elle est obligatoire pour la perception, hein ? Si on ne va pas lentement...

274 moi, j'ai tendance à aller trop vite quand je fais mes exercices. Mais ça c'est question de

275 concentration, hein ?

276 P : **Est-ce que vous percevez, quand vous rentrez en contact avec la lenteur, Qu'il y a**
277 **quelque chose qui change ?**

278 F : tout se relâche... je suis pas sûre, si je fais cette exercice rapidement, ça va devenir de
279 la gymnastique, ça va devenir une musculation.

280 P : On refait l'exercice... pendant 15 secondes, vous allez vers le haut et pendant 15

281 secondes vous allez vers le bas.... Sentez vous un mouvement subjectif ? C'est à dire que

282 **vous sentez que vous faites un mouvement plus grand?**

283 F : ça se relâche plus, oui...

284 P : **Sentez vous que l'amplitude est plus grand que le mouvement que vous faites ?**

285 F : Oui...

286 P : **Avez vous l'impression que le mouvement continu quand vous arrivez à une posture ?**

287 F : Donc, ici je m'arrête et je dois percevoir que le mouvement continu, c'est ça ?

288 P : Oui

289 F : Oui... oui, virtuellement parce que il est arrêté par mes muscles et par mes os, mais

290 virtuellement... oui... Toutes mes vertèbres craquent... Ici ça pèse très fort ...

291 P : Vous allez vers le haut maintenant...

292 F : Ici j'ai l'impression que je m'étire plus, je ne sais pas, c'est peut être une

293 impression... Qu'est ce que je me sens grand !...

294 P : **Et qu'est ce que cela peut vous dire ?**

295 F : il y a une aération dans le corps hein, il y a une espèce d'ouverture intérieure du corps,

296 j'ai l'impression qu'avant j'étais toute collée, mais pas seulement les os... tout

297 ici...(montre le ventre). J'ai l'impression qu'on prend du volume, je ne sais pas expliquer

298 P : Fermez vos yeux... et quand vous faites vos exercices,

299 F : Avec les yeux fermés ?

300 P : Oui... percevez vous une diminution de votre tonus ? Ou sentez vous plutôt un

301 renforcement du tonus ?

302 F : Peut-être... les yeux fermés ???

303 P : **Pendant que vous faites ces exercices, et comparé au début de la séance, pouvez vous 304 constater qu'il y a un relâchement musculaire ?**

305 F : Ah oui, bien sûr, j'ai l'impression d'aller plus haut, j'ai l'impression d'aller plus vers 306 là...

307 P : Le dossier de la chaise...

308 F : j'ai l'impression d'être grandi aussi.

309 P : Arrivez vous à rentrer en relation avec cette lenteur ?

310 F : Oui, oui... mais moi, j'aime mieux avec les yeux ouverts et fixer un point. Je suis pas

311 sûre, est ce que les yeux fermés ça apporte quelque chose ? Je crois pas...Non...

312 P : **Ce relâchement, est ce que ça peut te donner une information utile ?**

313 F : Eh bien, l'information utile c'est que si j'ai des douleurs... oui... l'information utile

314 par rapport avec une pathologie..

315 P : Expliquez-moi...

316 F : Bon, je n'ai jamais fait cette exercice là, c'était reculer... mais parfois j'ai mal au

317 lombaires, alors je vais faire cette exercice-là par exemple. (montre le mouvement

318 avant/arrière). Parce que là, cette partie du dos se détente

319 P : Oui, d'accord...

320 F : Là, ils sont très étirés, ils sont allongés... alors pour mon bassin pareil hein...

321 P : **Et ça vous motive à faire les exercices à la maison ?**

322 F : Ah oui...

323 P : **Et percevez vous la globalité du corps ?**

324 F : Je sens le tronc, les cuisses, les jambes... est ce que les jambes doivent participer au

325 mouvement ?

326 P : **Non... mais sentez vous la présence de vos jambes ?**

327 F : Oui, et les bras aussi.

328 P : **Vous percevez toute la globalité du corps ?**

329 F : Oui, mais encore une fois, j'ai l'impression que je ne fais rien avec ma tête.

330 P : **Sentez vous la présence de votre tête ?**

331 F : Oui, mais je n'ai pas l'impression de penser.

332 P : **Ok... Et là... Percevez vous une profondeur dans le corps ?**

333 F : Oui,

334 P : **Arrivez vous à rentrer en relation avec ?**

335 F : c'est-à-dire, la profondeur, c'est une espèce de volume relâché, n'est-ce pas ?

336 P : Oui

337 F : Oui, il y a un espace, mais surtout l'intérieur... c'est comme il y a plus d'espace à
338 l'intérieur de mon corps... ça c'est une idée que la fasciathérapie m'a donnée.. ; Et avant
339 j'avais l'impression que mes organes étaient collés, et ça donne une aération à tous les
340 organes, non seulement aux os hein...

341 P : Hmm...

342 F : Il y a une occupation différente de l'espace...

343 P : Qu'est ce que ça veut dire,

344 F : mais en présence... Si on fait une gymnastique, on ne fait pas une occupation de 345
346 l'espace extérieure...

347 P : Oui...

348 F : Les muscles gonflent... ici... je sens surtout mon tronc.. J'occupe avec mon tronc un
349 autre espace... un espace plus... C'est plus large... je suis décollée là de l'intérieur...
350 mais ça c'est la relaxation qui fait ça hein...

351 P : **Et est-ce que vous percevez que vous n'avez plus de pensées ?**

352 F : Ah oui, je ne pense pas. Je me concentre, et c'est pas la même chose... En fait c'est de

354 P : D'accord... Et vous vous sentez comment là ? Euh.. ; sereine ...

355 F : Très sereine

356 P : **Croyez vous que ça peut être utile dans la vie quotidienne ?**

357 F : Quand on peut la saisir comme ça, par quelques exercices comme celles-ci... la
358 serenité donne une disponibilité à plein de choses.. je trouve que ça libère les pensées
359 aussi quand on se sent bien dans son corps... on a une liberté quand-même

360 P : **Et avez vous une sensation de confiance ?**

361 F : Ah oui...

362 P : **Et sentez vous encore une douleur ?**

364 363 F : je n'ai pas de douleur, je n'ai plus de douleur.

365 P : Et au début ?

366 F : J'avais un peu mal au sacrum. Non je n'ai plus mal nulpart... grâce à Dieu, même
367 mon pied ne me fait pas mal... Je ne sais pas si j'arrive à expliquer ce que je sens, ce
368 n'est pas évident...

Entretien post-immédiat

369 P : Maintenant on a fait les exercices, je vais vous poser encore quelques questions...

370 **C'est quoi pour vous l'impact de ces exercices sur la douleur lombaire ?**

371 F : Jusqu'à présent, elles les font disparaître.. ;

372 P : Et sur le confort..

373 F : j'arrive à gérer ça, j'ai jamais fait ça. Et oui, ça donne du confort parce que au
374 moment où mon corps est bloqué quelque part, je ne sais pas, mais c'est comme une
375 présence parasite de quelque chose hein ?

376 P : Comment ?

377 F : Quand on sent son corps de façon négative, c'est à dire pesant, c'est peut-être pas les
378 douleurs..mais... ça parasite la vie quand-même... parce que c'est présent, c'est
379 omniprésent, on fait un mouvement, ça fait mal, on est au spectacle et on a mal aux
380 épaules, on a mal aux cervicales... c'est un parasite de ce qu'on vie... donc... moi je
381 trouve que l'idéal ce serait d'avoir une conscience de son corps mais de ne pas le sentir...
382 de savoir qu'il est là, qu'il occupe un espace, mais on ne sent rien... qu'il n'y a pas
383 quelque chose qui tire là... il n'y a pas de douleur là, une lourdeur là, des tiraillements
384 là... Oui, j'ai une conscience très forte, quand ma hache est bloqué, c'est comme si elle
385 était là... j'ai une conscience très forte de cela. J'ai le bassin basculé et tourné ici. Et ça je
386 le sens très fort, ça me gêne évidemment si je n'arrive pas à débloquent ça.

387 P : **Qu'est ce que vous percevez dans la vie quotidienne, quand ça commence à vous gêner ?**

389 F : oui, moi je vois ça quand je travaille au PC, j'ai souvent les épaules qui se prennent,
390 j'en suis conscient, tout de suite je le sens et en plus après ça monte et... à ce moment-là
391 je fais des exercices devant mon PC. Mais mon PC n'est pas à la bonne hauteur, là il y a
392 quelque chose à faire... moi je suis très centré consciente, toute suite ça vient à la
393 conscience quand j'ai un malaise comme ça. C'est le yoga qui m'a aidé à faire ça, hein...
394 Et quand je suis en situation où je ne peux pas faire quelque chose, on ne peut pas
395 toujours faire des exercices comme ça, Quand on est chez des gens... Mais par exemple,
396 où ça a une importance dans ma vie je ne m'assoie pas n'importe où : je me mets jamais
397 dans un fauteuil mou. Quand je suis chez des gens je me mets sur une chaise. Alors les
398 gens demandent : « est ce qu'il y a quelque chose qui ne va pas ? » et moi je dis : « non,
399 au contraire tout va très bien. » Non mais c'est une bêtise mais c'est ça... ou les
400 omoplates qui tombent quand on avance les bras pour faire quelque chose : travailler dans
401 l'évier, faire la vaisselle, on est toujours comme ça... on n'a jamais les bras dépliés, ils
402 sont toujours tendus, moi j'ai une conscience de ça.

403 P : **Est ce que vous croyez que les mouvements simples que vous venez de faire là,
404 vers l'avant, l'arrière, le haut, le bas, faire des inclinaisons...**

405 F : ça décolle mes épaules

406 P : **Est ce que ça a influencé votre schéma corporelle, votre façon de bouger dans la**
407**vie quotidienne ?**

408 F : Oui... quand je suis à l'arrêt du bus, je travaille, lorsque je m'ennuie,

409 P : **Oui, mais je veux plutôt dire, quand vous bouger spontanémentt comme faire la**
410**vaisselle, écrire...est ce que vous sentez que les exercices que vous avez faits ont**
411**influencé votre pattern de mouvement ?**

412 F : Oui, je pense, oui...

413 P : **Est ce que vos mouvements sont devenu plus équilibrés ?**

414 F : Ils sont devenu plus spontanés. Ça vient plus spontané, c'est à dire que j'arrive à
415 refaire descendre mes omoplates, je crois que ça c'est l'usage, hein ? Je crois que
416 finalement ça doit devenir une deuxième nature, ça devrait être une deuxième nature,
417 hein , savoir où je dois mettre mon bassin, où je dois mettre mes épaules, où je dois
418 allonger là, ou je dois allonger là... je dois encre le faire, je dois encore y penser. Et
419 m'arrêter et le faire. Et je fais pas toujours parce que je n'ai pas toujours le temps. Quand
420 c'est très prouvant, c'est quand je suis devant mon PC ou devant la télé ou assis dans un
421 fauteuil... tout d'un coup tout se dégingue, tout devient dégingue. J'ai l'impression que
422 rien qui va. Et à ce moment là, je les fais. Donc je me redresse, et je remets les choses en
423 place. Bon, ça fait pas encore tout à fait partie de ma vie de tous les jours. Tous les jours
424 oui, mais c'est pas encore une deuxième nature.

425 P : **Et est ce que cela à fait diminuer le confort du mouvement en générale ?**

426 F : Diminuer le mouvement ?!

427 P : Euh... augmenté...

428 F : oui, par exemple, là je n'ai plus mal hein..

429 P : **Oui, et en général, est ce que vous bougez de manière plus confortable, moins de**
430**douleurs qu'avant ?**

431 F : Oui, où c'est très remarquable, c'est quand je marche. La liberté au niveau des sacro-
432 iliaques et des fémurs. Quand je sors de chez vous j'ai des ailes, c'est comme si on étaient
433 en apesanteur. C'est comme si le corps est élargi et est devenu plus léger. C'est surtout un
434 espace intérieure. C'est ça que je trouve magique, moi. C'est qu'on a une conscience
435 d'espace intérieure de son corps. Alors qu'on a toujours son corps étriqué comme ça. Et
436 la fasciathérapie elle fait ça, fait ça et fait ça (mvmts de base). Et le yoga pas trop, pas
437 trop .

438 P : **Donc, si les exercices que vous faites font augmenter le confort de mouvement, de**

439 **votre corps, de votre dos, en quelle mesure est ce que cela fait augmenter le confort de**

440 **votre vie ?**

441 F : bien oui, évidemment...

442 P : Comment

443 F : Quand on dit confort du dos ça veut dire ne pas sentir son dos, c'est sentir le dos

444 comme quelque chose de présent mais pas de gênant.

445 P : **Oui... et est ce que ça a une influence sur vos pensées ? La façon de penser ?**

446 F : C'est une liberté quand-même intérieure hein ? Si je ne suis pas préoccupé par mon

447 dos qui pèse mille kilos, je peux m'occuper d'autre chose. Je peux regarder la nature

448 quand je me promène, et si j'ai mal aux articulations quand je marche, je ne vois rien.

449 Enfin, je veux dire, je crois que le corps doit être présent, d'accord, mais l'évité de

450 l'esprit, c'est un corps oublié hein... c'est un corps qui ne pèse pas. Je dirais le mot peser.

451 On voit ça quand on regarde les gens autour de soi, ils ont les corps qui pèsent. Ils

452 traînent les pieds, c'est quelque chose d'étriqué comme ça, de très étriqué. Et je trouve que

453 la fasciathérapie, aussi avec les mouvements de diagonal, un côté par là et l'autre par là..

454 (montre une dissociation de direction). Le yoga il ne fait pas ça... La colonne doit être

455 érigée mais droite, nous par exemple courber la colonne comme ça, on ne fait jamais. Elle

456 doit s'étirer avec les petits muscles, elle s'étire avec la respiration. L'périnée, ça monte

457 par la colonne vertébrale, donc ça c'est oublié. Il y a une détente ici, mais ce n'est pas ça,

458 la concentration. La concentration n'est pas là, c'est ça le spirituel du yoga, c'est que la

459 colonne vertébrale est le siège de l'esprit qui monte, tos les ascètes, ils oublient leur corps.

460 Mais pas dans la vie. Ils l'oublient quand on fait le lotus, où on doit faire mourris tout le

461 bas du corps. Il faut presser sur les deux artères iliaques, le pied doit être plat et opprimer

462 les deux artères. On ne doit plus se préoccuper des jambes. Et tout vient de là pour aller

463 vers l'esprit. La fasciathérapie me fait plus penser, peut être à une philosophie, mais pas

464 de l'esprit mais du corps. Allez... pour le moment. C'est à dire que ça a une influence sur

465 les pensées mais pas forcément sur une ascèse spirituelle. Moi, je ne le vois pas comme

466 ça. C'est peut-être pas ça que je cherche, hein ?

467 P : **Bien oui, là vous venez pour des douleurs et pour un inconfort ?**

468 F : Absolument. Et un entretien vu mon âge. Parce que on a quand-même tendance à se

469 coller, mais travailler les endroits sensibles, par exemple si j'aurais des exercices pour

470 mes pieds, moi je les ferais hein...

471 P : Ok merci pour votre coopération.

Interview Catherine

Anamnèse

1 P : Et à quel âge avez-vous eu des douleurs lombaires pour la première fois ?

2 K : A mes 17 ans

3 P : Et quelle sorte de douleur ?

4 K : un peu facettaire, des élancements dans le bas du dos et j'avais alors des difficultés
5 pour dormir

6 P : Et qu'avez-vous fait alors ?

7 K : Je suis allée une ou deux fois chez l'ostéopathe.

8 P : Et alors après ?

9 K : Cela passait alors et de temps en temps j'ai encore eu des élancements mais ils passaient
10 toujours spontanément ; je ne suis pas allée en traitement et je n'ai pas eu de douleurs
11 constantes mais maintenant depuis neuf mois ou un an... l'année passée en vacances j'ai eu
12 très mal aussi la nuit, ce n'étaient plus des élancements mais une douleur constante et des
13 tiraillements vers le bassin et la jambe. Ne pas savoir bien dormir, ne pas trouver une
14 bonne position mais cela avec des hauts et des bas.

15 P : Pouvez-vous comparer cela avec des « restless legs » ?

16 K : Mmm oui un peu... oui,...il y avait un peu de cela.

**17 P : Donc une sensation de grande tension dans le dos, agitée , et cela vous empêchait
18 de dormir ?**

19 K: Oui oui et cela m'empêchait aussi de m'asseoir et constamment : ici cela fait mal

20 P : Et cette douleur n'est pas comparable avec la douleur de jadis ?

21 K : Non

22 P : Qu'avez-vous fait alors ?

23 K : Jusqu'à maintenant rien..et maintenant la fasciathérapie .

24 P : O.K. ...vous n'avez pas fait faire de radios ?

25 K : Non.... de la hanche bien, mais pas du dos.

26 P : Et le résultat de la hanche ?

27 K : Des radios rien et de l'échographie une hernie inguinale.

28 P : Combien de traitements avez-vous déjà eus ?

29 K : Presque 9... je pense

30 P : OK comment la douleur a-t-elle évolué jusqu'à maintenant ?

31 K : Jusqu'à maintenant la douleur dans la jambe est moindre, ainsi que dans l'aîne et la

32 Hanche . La douleur est

33 moins fréquente et moins constante. Dans le dos par contre, c'est difficile,,euh oui... mais

34 la douleur dans le dos n'était pas présente aussi nettement,. Il me semble que cette douleur

35 s'est manifestée parce que la hanche et la jambe commençaient à faire moins mal.

36 P : **OK très bien... Pouvez-vous encore me décrire le mal de dos que vous avez**

37 maintenant ?

38 K : Enervant, j'en deviens nerveuse et embêtante parce qu'elle est

39 constante,allez...au moment où j'ai la douleur elle est constante... elle n'y est pas à

40 chaque minute de la journée mais bien parfois pendant une heure ou une demie heure

41 constamment et alors elle est là tout le temps. Alors je ne sais pas prendre une position , je

42 ne sais rien faire pour la faire disparaître. Elle est simplement là tout le temps et c'est

43 terriblement embêtant.

44 P : **Donc vous ne trouvez pas une position dans laquelle la douleur diminue ?**

45 K : Oui

46 P : **Et comment est-ce que cela passe alors ?**

47 K : En bougeant , la plupart du temps oui...cela passe le mieux quand je n'y pense plus ou

48 En me couchant à plat sur le sol, vraiment à plat, les jambes relevées ou sur le fauteuil
avec

49 Les jambes levées assez haut faisant un angle de 90° ou un peu plus, bien soutenue ;

50 P : **Quand vous étirez la chaîne musculaire postérieure ?**

51 K : Oui passablement haut avec les jambes à 90°. Je ne sens pas l'étirement à ce moment

52 mais c'est bien la position

53 la plus agréable.

54 P : **Et cela disparaît alors ?**

55 K : Oui...ainsi je peux me coucher le plus facilement...il y a déjà longtemps que j'adopte

56 cette position...

57 depuis déjà des années

58 P : **Donc avant vous adoptiez cette position même quand vous n'aviez pas mal ?**

59 K : Mmm oui...alors avant j'avais peut-être de temps en temps un peu mal mais pas

60 fréquemment,et alors je prenais

61 spontanément cette position le soir, pour étudier par exemple je n'ai jamais été assise ,

62 toujours couchée, à plat, sur le dos avec les jambes relevées ou sur le côté avec les jambes

63 levées, non, je n'ai jamais réfléchi à cela, je pense que je n'ai jamais été assise à un

64 bureau... déjà alors, je ne pouvais rester assise, je m'en rends compte maintenant.

65 P : **mais vous ne saviez pas encore pourquoi ?**

66 K : non je n'y ai jamais réfléchi, j'attrapais mal à la nuque je pensais alors... mais

67 P : et vous pensez qu'après 4 séminaires et 9 traitements ..est-il possible que la prise de
68 conscience de votre corps a pour effet que vous sentez mieux la douleur ?

69 K : oui

70 P : **donc que vous vous anesthésiez en fait auparavant ?**

71 mal à l'aise mais vous ne pouviez pas localiser cela clairement.

72 K : oui..maintenant je peux dire , je suis agitée. Avant je ne pense pas que j'ai jamais

73 dit « je suis agitée », maintenant je vois cela.

74 P : **Et avez-vous déjà remarqué ... vous venez de dire « ma douleur s'en va quand
mon**

75 **attention s'en va, quand mon attention s'en éloigne «**

76 K : oui...oui

77 P : si vous vous concentrez maintenant sur votre attention, est-ce alors parfois ainsi que
78 vous n'avez pas mal ? vous dites « tiens je n'ai pas mal « et la douleur vient ?

79 P : ou est-ce toujours inconsciemment que vous avez mal et que vous vous rendez
80 seulement compte de la douleur...

81 K : non cela se peut que je n'ai pas mal et en pensant brièvement ... » ah ...aujourd'hui je
82 n'ai pas encore eu

83 mal...hup ..la douleur est là.Je ne sais pas dans quel ordre cela va exactement, mes idées et
84 la sensation de douleur..mais c'est bien possible que de toute la journée je n'ai rien senti et
85 que j'y pense soudain et que j'ai mal alors.Mais je ne sais pas exactement si je pense
86 d'abord à la douleur et que je la sens alors ou si je sens d'abord la douleur et que j'y pense
87 ensuite et que je la sens alors...je ne sais pas exactement.

88 P : oui

89 K : pour moi c'est un signe pour dire : cool, pendant toute la journée je n'ai pas senti la
90 douleur et je l'ai pourtant encore..allez, et maintenant je le sens bien. Alors je considère
91 comme positif le fait de n'avoir rien senti pendant
92 toute la journée.

93 P : Ok...voilà..c'est bien...merci bien. Nous allons faire des exercices... Donc nous
94 allons faire un mouvement de base vers l'avant et un mouvement circulaire vers l'arrière.
Entretien en temps réel

(Nous déplaçons les chaises. La patiente est assise sur la chaise, le thérapeute s'assied à côté, le corps tourné vers elle, les chaises étant suffisamment rapprochées pour permettre l'aide manuelle et l'appui.)

95 P : Nous allons d'abord faire trois fois le mouvement : Linéaire vers l'avant et circulaire
96 vers l'arrière et linéaire vers l'arrière et circulaire vers l'avant. Donc vous faites trois fois
97 le mouvement...Après 15 secondes : stop en arrière hop...le bassin ne bouge pas et vous
98 bombez totalement le dos, bombez, bombez... Deuxième mouvement...vers l'avant
99 l'avant...l'avant...stop...vers l'arrière et tout à fait bombé...troisième mouvement ...de
100 nouveau bien détendue...Donc maintenant que vous allez vers l'avant, sentez-vous bien
101 la globalité ?

102 K : je sens bien mon ventre mais pas mon dos...allez...mon côté antérieur je sens
103 passablement bien, mon côté postérieur pas.

104 P : Et si vous cotez de 0 à 4 sentez vous cela, est-ce que cela vous dit quelque chose ?

105 **Entrez-vous en relation avec cela ?**

106 K : euh...oui

107 P : est-ce que cela vous donne une certaine connaissance ? Non hein ?

108 K : non

109 P : **et encore : et sentez-vous la globalité de votre tronc ?**

110 K : euh

111 P : **donc vous sentez également vos jambes, vos pieds, vos mains, votre tête ?**

112 K : mmm oui le reste je le sens moins, par contre je sens mieux le tronc.

113 P : **ok ..et quelles parties de votre corps ne sentez-vous pas ou moins bien ?**

114 K : maintenant je sens naturellement tout mieux... euh...quand j'y prête attention..alors

115 mon bas ventre et mon dos à l'arrière je ne le sens pas si bien jusque le milieu du dos

116 allez

117 P : oui ok retournons à la position intermédiaire : regardez allez faites un mouvement vers

118 le haut et circulaire en arrière n'est-ce pas ...oui descendre et circulaire vers

119 l'avant...**sentez-vous le mouvement linéaire vers le haut ...et vers le bas naturellement.. ?**

120 **Donc vous sentez le mouvement de la globalité , le tronc qui monte ?**

121 K : oui, lombaire , je le sens plus difficilement

122 P : et quand vous descendez ?

123 K : thoraco-lombaire je le sens un peu moins, je sens simplement qu'ils ne descendent pas

124 aussi facilement, mais cela signifie bien que je le sens...

125 P : oui...donc vous sentez mieux que cela monte que vous sentez que cela descend..c'est

126 un fait qui apprend quelque chose : vous y gagnez de la connaissance...cela est le numéro

127 3..ok ? Descendez encore une fois...**sentez-vous le mouvement circulaire ?** Donc ne pas

128 réfléchir... simplement faire le mouvement et observer.

129 K : oui mais tout cela à part... je dois déplacer mon attention de l'un à l'autre...

130 P : donc vous sentez, si je vous comprends bien... faites encore un mouvement vers le

131 haut avec un mouvement circulaire vers l'arrière..**donc vous sentez un mouvement global**

132 **du tronc**...et du mouvement circulaire vous dites : « ceci je dois le sentir à part »

133 K : oui quand je vais vers le haut, je sens plus facilement les deux ensemble que tout à

134 l'heure..(K parle pendant l'exécution du mouvement vers le haut)

135 P : et maintenant vers le bas..C'est donc plus difficile...

137 K : Oui, et je perd plus facilement l'équilibre.

138 P : **et sentez-vous la coordination du mouvement linéaire/circulaire ?**

139 K : oui..

140 P : **le sentez-vous mieux vers le haut ou vers le bas ?**

141 K : vers le haut..Je sens qu'en descendant il n'y a pas de coordination ou que c'est plus

142 difficile , en soi je le sens bien

143 P : **ainsi nous arrivons à la question suivante : sentez-vous que le mouvement se déroule** 144 **de façon fluide ou sentez-vous que cela ne se passe pas de façon fluide ?**

145 K : en descendant il n'est pas fluide.

146 P : en montant bien ?

147 K : oui en tout cas mieux

148 P : **sentez-vous la lenteur du mouvement ?**

149 K : oui

150 P : **la sentez-vous, la ressentez-vous ? Vous en retirez de la connaissance ? Que vous dit** 151 **cette lenteur maintenant ?**

152 K : que cela bouge bien quand je monte..

153 P : **et la lenteur quand vous descendez ?**

154 K : alors je sens, surtout au niveau thoraco-lombaire qu'il y a des vertèbres qui arrêtent

155 quelque chose, à droite , c'est que ces vertèbres ne sont pas bien...

156 P : **sentez-vous qu'il y a des zones qui ne suivent pas le mouvement ou moins ?**

157 K : en montant mmm... au niveau du thorax un peu peut-être... mais cela je ne le sens
158 pas vraiment

159 P : **Ici pas non plus ?** (P. montre du doigt la dorsale 8)

160 K : oui là..

161 P : **sentez-vous le mouvement subjectif, c.à d. que le mouvement donne l'impression
162 d'aller plus loin que vous vous déplacez objectivement ?**

163 K : non...

164 P : faites encore un mouvement vers l'avant et circulaire vers l'arrière.

165 Sentez-vous que ,fur à mesure que vous faites vos exercices, le tonus,la tension
musculaire diminue ?

166 K : mmm oui..je sens surtout que cela continue à bouger

167 P ; **voulez-vous dire que l'amplitude du mouvement devient plus grande ?**

168 K : oui...je sens que les vertèbres lombaires du bas vont plus loinP : **Sentez-vous en**

169 **outré plus de chaleur dans le corps qu'au début des exercices ou moins ?**

170 K : Plus

171 P : **Maintenant vous ne bougez plus aussi correctement... (P corrige le mouvement) Quel
172 mouvement deviez-vous exécuter ?**

173 K : linéaire vers l'arrière et circulaire vers l'avant..

174 P : **Bien... sentez-vous le corps dans sa globalité ?**

175 K : Oui

176 P : **Et sentez-vous là dedans une profondeur anatomique ?**

177 K : Oui

178 P : **Et remarquez-vous que dans l'exécution de cet exercice,vous ne pensez plus à
rien ?**

179 K : Oui

180 P : Vous le remarquez ? cela vous apprend-il quelque chose ? Trouvez-vous utile de
181 pouvoir faire cela à la maison ?

182 K : C'est très relaxant..

183 P : **Vous sentez-vous plus calme, plus sereine ?**

184 K : Oui mais si vous me demandez cela, alors c'est parfois... maintenant j'ai très chaud,
185 mes mains et ...mais si vous me demandez cela ,alors je deviens très émotionnelle...

186 maintenant j'attrape froid.., je ne sais plus exactement..

187 P : **donc quand vous êtes ainsi , vous perdez de la stabilité psychique ou voulez-vous
dire 188 que vous gagnez de la stabilité psychique ?**

189 K : non...

190 P : est-ce plutôt un sentiment de « je me sens vulnérable »

191 K : euh...euh...

192 P : ce que je veux dire est : vous sentez-vous vulnérable parce que vous osez vous

193 montrer vulnérable parce que vous vous sentez en sécurité ou vous sentez- vous agressé

194 par quelqu'un ?

195 K : non mais j'ai bien peur pour...

196 P : **donc vous vous sentez, comment puis-je l'exprimer.. ? désarmée ?**

197 K : oui

198 P : **comme si vous vous soumettiez à quelqu'un ou à quelque chose.. un sentiment de**

199 **soumission ?**

200 K : oui

201 P : et cela vous rend hésitante .. et quand vous continuez votre exercice et vous établissez

202 un bon contact avec le mouvement linéaire de la globalité de votre corps...

203 K : oui je sens cela

204 P : vous sentez-vous déjà plus stable ou pas.. nous ferons l'exercice trois fois...

205 K : directement déjà plus fort, bien que cela bouge, je sens le mouvement quelque peu

206 déviant gauche/droit, simplement y penser, se représenter l'axe est déjà plus fort et tout à

207 l'heure cet axe n'était plus là.

208 P : **donc quand vous venez en contact avec votre mouvement linéaire , vous sentez la**

209 **stabilité au niveau psycho émotionnel. Avez-vous déjà prêté attention à cela ?**

210 K : non, non

211 P : **c'est donc la première fois que vous le ressentez ainsi... ?**

212 K : oui

213 P : **vous sentez-vous totalement engagée comme personne dans ce que vous faites ?**

214 K : oui

215 P : **et ce sentiment d'engagement vous apporte quoi ? vous sentez-vous plus centrée**

216 **sur vous-même ou sur le mouvement que vous faites ?**

217 K : plus centrée sur moi-même. Je me sens plus forte.Plus solide , une. Je suis totalement

218 en moi-même, dans ma peau.

219 P : **et maintenant comment va votre douleur : avez-vous mal, n'avez-vous plus mal ?**

220 **Sentez-vous de la tension, pas de tension ?**

221 K : tout cela est un peu ... vague, latent...un peu vague, dispersé le long du dos

222 P : **est-ce plutôt une douleur ou une tension ?**

223 K : pas tellement une tension, plutôt comme un nuage détaché sous ma peau et mes
224 vertèbres. On dirait une main. Ce n'est pas dur

225 P : **pouvez-vous le définir comme douleur ?**

226 K : maintenant c'est parti

227 P : ok. merci beaucoup, nous retournons au bureau.

Conversation postimmédiate

228 P : **nous allons parler maintenant de ce que vous venez de vivre. Quel est votre
229 impression générale du questionnement ?**

230 K : je trouve cela bien, que je fais cette expérience, comme avec le mouvement linéaire.

231 Parce que le plus souvent je n'éprouve pas cela si vite... mais j'expérimente ça maintenant

232 et cela me servira dans l'avenir ; quand je suis en train de faire mes exercices et que j'ai

233 de nouveau mal, que je pourrai me stimuler moi-même pour revenir en contact avec le

234 mouvement linéaire. Donc cela c'est bien...

235 P : **et quel effet vous fait-il le mouvement linéaire ?**

236 K : je me sens plus forte alors. Avant quand je n'en tenais pas compte j'étais bien entourée

237 de 4 verres vagues, de parois transparentes... je pouvais les traverser, bouger à

238 travers... comme si j'étais très vulnérable et après quand je voyais de nouveau cet axe

239 antérieur/postérieur et que je sentais et que j'essayais de dresser ma colonne vertébrale, l'

240 espace autour avait disparu ... allez, toutes ces parois en verre avaient disparu mais

241 l'espace n'était pas menaçant.

242 P : **si je vous comprends bien, c'est l'interrogation sur ce mouvement linéaire qui
vous a**

243 **fait découvrir que ce pouvait avoir un effet positif sur votre état psychique ;**

244 K : oui

245 P : **Est-ce bien ainsi que si vous n'aviez pas eu cet interrogatoire ou cette
information,**

246 **vous ne l'auriez jamais découvert ?**

247 K : Oui, je pense bien , je pense que je ne l'aurais jamais découvert.

248 P : Avez-vous encore quelque chose à ajouter ?

249 K : non

250 P : ok , nous allons voir. Vous n'avez donc pas senti de mouvement subjectif.

251 K : non ou peu

252 P : **mais à la fin vous vous sentiez plus stable ?**

253 K : OUI

254 P : **donc cette stabilité que vous avez reçue ne vient sûrement pas du contact avec votre 255 mouvement subjectif ?**

256 K : non,non..parce que je ne l'ai pas senti

257 P : Exactement.ok Merci bien..nous nous revoyons dans trois semaines ou un mois ?

258 K : oui cela va

259 P : merci

260 K : je vous en prie

Analyse classificatoire de Jullien

DOULEURS ASPECIFIQUES	DIMENSION PERCEPTIVE	IMPACTS
<p>Caractéristiques de la douleur</p> <p>(32-33) “[...]c’était un mal très carré comme un rage de dents, [...]un mal lançant</p> <p>Aspects temporels</p> <p>(17) déjà depuis trois ou quatre ans..</p> <p>(2) relativement récurrente”</p> <p>(4-5) revenait en permanence”</p> <p>(6-7) souvent tôt le matin, vers quatre ou cinq heures</p> <p>(29) “et alors pendant la journée j’avais mal aussi”.</p> <p>Zones de douleur</p> <p>(30-31) depuis le haut du dos au niveau des clavicules jusqu’au niveau de la ceinture</p> <p>(32) parfois c’était plus au niveau de la ceinture, parfois plus bas ...”</p> <p>Douleur posturale</p>	<p>L’attention</p> <p>(134) c’est difficile, ça demande énormément de concentration...</p> <p>(135) concentré sur moi (150-151) lorsque je réfléchit... je ne peux peut-être pas faire les deux en même temps”</p> <p>je suis très</p> <p>(212-213) Je suis très concentré, ce qui n’est pas le cas quand je parle parce que ce n’est pas facile de faire les 213 deux en même temps...</p> <p>Le Sensible</p> <p>(213-214) Je SENS l’intérieur de mon corps... Je SENS mon corps,</p> <p>Le mouvement subjectif :</p> <p>(173-176) P : “Oui, mais au bout de course, avez vous l’impression que le mouvement continue ?” J : “Oui”</p>	<p>Réactions Physiologiques</p> <p>c’est des frissons [...]le long des membres encore</p> <p>(182) un relâchement ? Oui (58-59) mes intestins ont fondamentalement changé de travailler,</p> <p>(64) mais en même temps que ça a résolu en même temps mes problèmes des intestins.”</p> <p>Son comportement</p> <p>(313-314) Oui, cette thérapie a une influence sur mon comportement général</p> <p>(66) je suis beaucoup plus cool</p> <p>(78) “j’ai un niveau de stress qui est vraiment tombé.”</p> <p>(73) “depuis que je fais ce travail sur moi, j’ai beaucoup réfléchit</p> <p>(292-293) “j’arrive à consacrer du temps au gens</p> <p>(301-302) “Donc, j’ai une meilleure écoute, oui”.</p> <p>Son état d’être</p>

<p>(42-43) “c’était complètement insupportable après une demi-heure, il fallait que je me mettes à genoux,”</p> <p>Autres symptômes</p> <p>(8) “ne pouvais plus dormir au delà cinq heures de sommeil”,</p> <p>(8-9) “donc ça commençait à rendre ma vie difficile, ça me rendait irascible”,</p> <p>(308) “Je n’avais pas tellement mal, mais c’était un vrai inconfort de vie”</p> <p>(33) “épuisant</p> <p>(11-13) ces maux de dos</p> <p>étaient aussi liés à des causes que je ne maîtrise pas, que ce n’était pas seulement physique</p> <p>(52) mes douleurs pouvaient venir de mes intestins...”</p> <p>Evolution de la douleur</p> <p>(37-39) Et maintenant je me rends compte que je n’ai pas mal pendant plus d’une semaine, même parfois entre deux séances qui ont lieu tous les quinze jours où j’ai pas du tout mal au dos</p> <p>(56) ça (les intestins) a aussi</p>	<p>P : Même quand vous êtes arrêté ? J :” oui, Oui... ça oui,</p> <p>P : “donc avec « automatique » vous voulez dire que le mouvement va tout seul” J :” Oui... ”</p> <p>(170-171) “c’est un mouvement très complet”</p> <p>(242-244) “je fais les exercices et je regarde à nouveau le réveil et il est six heures dix ou six heures quinze.. et je ne me rendais pas compte que j’étais en train de faire cela”</p> <p>(190-191) ... une souplesse du corps, une souplesse d’esprit.. une souplesse mentale...</p> <p>(200) très serein.</p> <p>PERCEPTS</p> <p>Qualité du mouvement</p> <p>(157-158) “oui, plus rond...”</p> <p>(171) “...et très souple”.</p> <p>(160) “Elle augmente..”</p> <p>Quantité du mouvement</p> <p>(247) de manière très lente,</p>	<p>(200) “très serein..”</p> <p>(297) relax..souriant..détendu,</p> <p>Environnement professionnel</p> <p>(279-280) quand j’arrive au bureau, je suis relax, je suis souriant, non, je suis détendu</p> <p>Environnement familial</p> <p>(297-280) je me rends compte que j’avais plus à me concentrer sur ce qu’ils me disent</p> <p>(320) j’ai une meilleure écoute, oui.</p> <p>(77-78) “Ici je parviens à avoir des weekends sans être tracassé,”</p>
--	--	---

<i>fondamentalement changé</i> (254) “ <i>et vraiment sans les douleurs quoi...</i> ”		
--	--	--

Analyse classificatoire de Francine

DOULEURS ASPECIFIQUES	DIMENSION PERCEPTIVE	IMPACTS
<p>Caractéristiques de la douleur</p> <p>(8) <i>Des douleurs qui partent, à la suite durcissent tous le dos</i></p> <p>Zones de douleur</p> <p>(6) le sacrum et vertèbres lombaires</p> <p>(9) j'ai des problèmes cervicaux</p> <p>(11) <i>J'ai des douleurs dans le bas du dos</i></p> <p>(14-15) <i>"c'est surtout les haut dorsales qui me font mal entre les omoplates."</i></p> <p>Douleur posturale</p> <p>(10) <i>"j'ai mal quand je marche"</i></p> <p>durée da la douleur</p> <p>(45) <i>Et après 5 ans de yoga je vous assure que je n'avais plus mal au dos"</i></p> <p>(46) <i>"Je viens de</i></p>	<p>Qualité de l'attention</p> <p>(239) <i>"mais encore une fois, j'ai l'impression que je ne fais rien avec ma tête. je n'ai pas l'impression de penser".</i></p> <p>(202) <i>"c'est plutôt la deuxième solution et le yoga, c'est plutôt la première"</i></p> <p>(275) <i>Mais ça c'est question de concentration, hein ?</i></p> <p>Changement de perception</p> <p>(23-24) <i>"Je sens très très bien une chose que j'ai jamais senti avant ..."</i></p> <p>(239) <i>"mais encore une fois, j'ai l'impression que je ne fais rien avec ma tête. je n'ai pas l'impression de penser".</i></p> <p>(271) <i>"Là, il me semble que je contrôle, non ? est ce que je contrôle ?"</i></p> <p>(55-57) <i>En yoga.. c'est toujours une commende qui... vient de là (elle met son index à sa tête)"</i></p>	<p>Au niveau de sa posture</p> <p>(34) <i>Tout le monde dit que je suis plus droite"</i></p> <p>(36) <i>"Je le sens aussi mes épaules sont plus droite."</i></p> <p>(113-114) <i>"J'ai l'impression que la fasciathérapie remet les choses en place</i></p> <p>Sur la Douleur</p> <p>(38) <i>"j'arrive à faire passer le mal"</i></p> <p>(371) <i>"Jusqu'à présent, elles les font disparaître.."</i></p> <p>(95) <i>"avec les exercices, le problème se résout".</i></p> <p>(363) <i>"je n'ai pas de douleur".</i></p> <p>Sur le confort du mouvement</p> <p>(373) <i>"j'arrive à gérer ça, ... Et oui, ça donne du confort"</i></p> <p>(432) <i>La liberté au niveau des sacro iliaques et des fémurs".</i></p> <p><i>c'est sentir le dos</i></p> <p><i>comme quelque chose de présent mais pas de gênant</i></p>

<p><i>recommencer d'avoir mal au dos depuis quelques années</i>".</p>	<p>Niveau corporel</p>	<p>(444) <i>c'est sentir le dos</i></p>
<p>Autres symptômes</p>	<p>(165) <i>"Euh... oui... les jambes par contre je sens moins.."</i></p>	<p><i>comme quelque chose de présent mais pas de gênant</i></p>
<p>---</p>	<p>(324) <i>"Je sens le tronc, les cuisses, les jambes..."</i></p>	<p>(450) <i>"c'est un corps qui ne pèse pas. Je dirais le mot peser."</i></p>
<p>Evolution de la douleur</p>	<p>(167) <i>"les dorsale basses... j'ai l'impression que ça bouge là...et là: les omoplates</i></p>	<p>Sur le Schéma corporel</p>
	<p>(293) <i>"Qu'est ce que je me sens grand !</i></p>	<p>(414) <i>"Ils sont devenu plus spontanés"</i></p>
	<p>(308) <i>"j'ai l'impression d'être grandi aussi."</i></p>	<p>Sur sa manière de penser</p>
	<p>(115) <i>Il y a quelque chose qui se passe où je retrouve mon corps...</i></p>	<p>(464-465) <i>"Allez... pour le moment. C'est à dire que ça a une influence sur les pensées mais pas forcément sur une ascèse spirituelle."</i></p>
	<p>Réactions Physiologiques</p>	
	<p>(21) <i>"c'est de sentir de l'intérieur un lâchement."</i></p>	
	<p>(23) <i>"le corps s'ouvre à l'intérieur"</i></p>	
	<p>(260-261) <i>"Alors tout est détendu, j'ai le dos qui se relâche</i></p>	
	<p>(153) <i>"Alors là, j'ai le diaphragme qui se lâche, il y a quelque chose qui se lâche..."</i></p>	
	<p>(348) <i>"Les muscles</i></p>	

	<p><i>gonflent... “</i></p> <p>Niveau du mouvement</p> <p>(186) <i>“Ils vont vers l’avant..”</i></p> <p>(188) <i>“ils vont vers l’arrière.”</i></p> <p>(147) <i>“je fais reculer les lombaires et le bassin recule... mais je ne recule pas mon bassin.”</i></p> <p>(167-168) <i>‘je les sens glisser’</i></p> <p>(214-215) <i>“Ici, je me sers de mes vertèbres, ou plutôt de mon corps.”</i></p> <p>Le Sensible</p> <p>(97) <i>C’est comme si je m’allonge..”</i></p> <p>(293) <i>“Qu’est ce que je me sens grand !</i></p> <p>(308) <i>“j’ai l’impression d’être grandi aussi.” ...</i></p> <p>(295) <i>” il y a une aération dans le corps’</i></p> <p>(297) <i>« J’ai l’impression qu’on prend du volume »</i></p> <p>(91) <i>c’est ondoyant</i></p> <p>(297) <i>J’ai l’impression qu’on</i></p>	
--	---	--

	<p><i>prend du volume,”</i></p> <p>(93) <i>“Ah oui... alors j’essaie de le suivre,</i></p> <p>(337) <i>“Oui, il y a un espace, mais surtout l’intérieur... il y a plus d’espace à l’intérieur de mon corps...”</i></p> <p>(342) <i>“Il y a une occupation différente de l’espace...”</i></p> <p>(344) <i>“mais en présence...”</i></p>	
--	--	--

Analyse classificatoire de Catherine

DOULEURS ASPECIFIQUES	DIMENSION PERCEPTIVE	IMPACTS
<p>Caractéristiques de la douleur</p> <p>« Tout cela est un peu ...vague, latent... » (C : L. 4) « tiraillements ». (C : L. 13) « ...elle est constante, allez...au moment où j'ai la douleur elle est constante...(C : L. 39 – 40)</p> <p>Aspects temporels</p> <p>“aussi la nuit » (C : L. 11-12) une douleur constante » (C : L. 12) j'avais peut-être de temps en temps un peu mal (C: L. 59) « non cela se peut que je n'ai pas mal et en pensant brièvement ... « ah ...aujourd'hui je n'ai pas encore eu mal »...hup... la douleur est là. Je ne sais pas dans quel ordre cela va exactement, mes idées et la sensation de douleur... Mais c'est bien possible que de toute la journée, je n'ai rien senti et que j'y pense soudain et que j'ai mal alors. Mais je ne sais pas exactement si je pense d'abord à la douleur et que je la sens alors ou si je sens d'abord la douleur et que j'y pense ensuite et que je la sens alors...je ne sais pas exactement ». (C : L. 81 – 87)</p> <p>Zones de douleur</p> <p>dispersé le long du dos. » (C :</p>	<p>L'attention</p> <p>« oui mais tout cela à part... je dois déplacer mon attention de l'un à l'autre... » (C : L. 129) , « simplement y penser, se représenter l'axe est déjà plus fort et tout à l'heure cet axe n'était plus là. » (L 206-207)</p> <p>Le Sensible</p> <p>(213-214) Je SENS l'intérieur de mon corps... Je SENS mon corps,</p> <p>Le mouvement subjectif :</p> <p>« non,non..parce que je ne l'ai pas senti » (C : L. 256).</p> <p>PERCEPTS</p> <p>« quand j'y prête attention..alors mon bas ventre et mon dos à l'arrière je ne le sens pas si bien jusque le milieu du dos » (C : L. 114-115)« je sens bien mon ventre mais pas mon dos...allez...mon côté antérieur je sens bien, mon côté postérieur pas. » (C : L. 102-103) « oui...je sens que</p>	<p>Réactions corporels</p> <p>« C'est très relaxant.. (C : L. 182) maintenant j'ai très chaud, maintenant j'attrape froid.., je ne sais plus exactement.. » (C : L. 184 – 186) « Je ne sens pas l'étirement à ce moment mais c'est bien la position la plus agréable. » (C : L. 51 – 52) « pas tellement une tension, plutôt comme un nuage détaché sous ma peau et mes vertèbres. On dirait une main. Ce n'est pas dur. » (C : L. 223-224)</p> <p>Son comportement</p> <p>‘ouimaintenant je peux dire , je suis agitée. Avant je ne pense pas que j'aie jamais dit « je suis agitée ». (C : L. 72-73) « mais j'expérimente ça maintenant et cela me servira dans l'avenir ; quand je suis en train de faire mes exercices et que j'ai de nouveau mal, je pourrai me stimuler moi-même pour revenir en contact avec le mouvement linéaire. Donc cela c'est bien... »(C : L. 231-234)</p> <p>Son état d'être</p> <p>« Je me sens plus forte alors. » (C : L.236) je deviens très émotionnelle... » (C : L. 184 – 186) (313-314) « je ne sais plus</p>

<p>L. 4), dans le bas du dos et j'avais alors des difficultés » (C : L 221)</p> <p>Douleur posturale</p> <p>« cela m'empêchait aussi de m'asseoir »(C: L. 19) “ne pas trouver une bonne position” (C: L. 14) je ne pouvais rester assise » (C : L. 64).</p> <p>Autres symptômes</p> <p>« J'en deviens nerveuse et embêtante » (C : L. 38). « Elle est simplement là tout le temps et c'est terriblement embêtant » (C : L. 38) et « et c'est terriblement embêtant » (C : L. 43)</p> <p>Evolution de la douleur</p> <p>« Alors je ne sais pas prendre une position, je ne sais rien faire pour la faire disparaître. (C : L. 41-42) . La douleur est moins fréquente et moins constante. » (C : L. 31-33) La douleur est moins fréquente et moins constante. (C : L. 31 – 32) « maintenant c'est parti » (C : L. 226)</p>	<p>les vertèbres lombaires du bas vont plus loin » (C. :L 168)</p> <p>« vers le haut..Je sens qu'en descendant il n'y a pas de coordination ou que c'est plus difficile , en soi je le sens bien » (C : L. 141-142)</p> <p>après quand je voyais de nouveau cet axe antérieur/postérieur (C: L. 238-239) Je suis totalement en moi-même, dans ma peau. » (C : L. 218)</p> <p>Qualité du mouvement</p> <p>« en descendant il n'est pas fluide » (C : L. 145)</p> <p>Quantité du mouvement</p> <p>(247) de manière très lente,</p>	<p>exactement.. » (C : L. 186)</p> <p>« non mais j'ai bien peur pour... » (C : L. 195) mais l'espace n'était pas menaçant : (C : L.238 – 241 « directement déjà plus fort, bien que cela bouge, je sens le mouvement un peu déviant gauche/droit » (C : L. 205-206)</p> <p>« plus centrée sur moi-même. Je me sens plus forte. Plus solide , une. Je suis totalement en moi-même, dans ma peau. » (C : L. 217-218)</p>
--	--	--