

**PRATIQUE DE LA METHODE FELDENKRAIS™  
DANS UN CENTRE D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT  
DE LA DOULEUR :  
RETOURS D'EXPERIENCES**

Sous la direction d'Isabelle GINOT  
Responsable pédagogique du D.U. *Techniques du corps et monde du soin*  
Professeur à l'UFR 1 de l'Université Paris 8

Mémoire pour l'obtention du D.U. *Techniques du corps et monde du soin*

Présenté et soutenu publiquement par

**Sylvie FORÊT**  
Le 2 juillet 2010



Avec mes remerciements

au Docteur Pascale PICARD et à son équipe du Centre d'Evaluation et Traitement de la  
Douleur de Clermont-Ferrand

aux patients du centre

à Isabelle GINOT

à Thierry FORÊT

à Pascale PAUTRAT

# SOMMAIRE

	<b>Page</b>
<b>INTRODUCTION</b>	7
<b>A) CONDITIONS IDEALES POUR UNE EXPERIENCE</b>	12
<b>I - Le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur de Clermont-Ferrand</b>	12
- Son fonctionnement et ses objectifs	
- Les ateliers psycho corporels mis en place par les équipes médicale et soignante	
- Les échelles d'évaluation des patients	
<b>II - L'intervenante stagiaire : praticienne de la Méthode Feldenkrais</b>	15
- Comment la méthode Feldenkrais traite de l'attention	
- Un stage au cœur de ma formation	
- Des intuitions aux intentions : 1ère hypothèse	
<b>III - Les conditions objectives de mes interventions</b>	18
- L'engagement personnel de la responsable de l'unité	
- L'accueil des équipes	
- Mon défi	
1- Mes choix	
2- Du schéma corporel de l'anxiété vers le schéma corporel de l'abandon :	
2° hypothèse	

<b>B) – LES ETAPES ET LE DEROULEMENT DE L’EXPERIENCE</b>	22
- Le planning de l’ensemble du projet et les choix de travail	
<b>I - Avec les équipes médicale et soignante</b>	23
Nos rendez vous mensuels	
- Première rencontre	
- Deuxième rencontre	
- Troisième rencontre	
<b>II - Avec les patients douloureux chroniques</b>	37
a- Les pathologies neurologiques	37
- Entretien avec le Docteur PICARD	
- Etude de cas	
b- Le syndrome fibromyalgique	49
- Définition	
- Mes choix d’intervention	
- Déroulé	
c- Le processus attentionnel	56
d- De l’évaluation à l’autoévaluation	58
- Evaluations faites par le centre	
- Mes outils d’évaluation	
- L’échelle de « l’acture »	
- Tableau récapitulatif des autoévaluations	
<b>ET MAINTENANT... POUR CONCLURE</b>	62
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	65
<b>ANNEXES</b>	67 à 91



## Une utopie en acte : inventer mon métier

**Dans quelle mesure la pratique de la méthode Feldenkrais peut-elle contribuer à déplacer l'attention du patient douloureux chronique et diminuer le seuil de sa douleur ?**

### INTRODUCTION

Le sujet de ce mémoire a émergé d'une expérience inhabituelle pour moi et c'est de cette expérience que ce document rend compte. En tant que praticienne de la méthode Feldenkrais depuis une vingtaine d'années, j'enseigne dans les milieux social, éducatif, artistique, para médical, mais je n'ai jamais eu l'opportunité d'inventer ma profession dans un contexte hospitalier.

Le Centre d'Evaluation et de Traitement de la douleur de Clermont-Ferrand m'a ouvert ses portes pendant 4 mois en accueillant la méthode Feldenkrais en tant que processus d'apprentissage et d'éducation par le mouvement. L'accueil qui m'a été réservé m'a permis de travailler dans des conditions idéales : l'audace du médecin responsable de ce service à accepter l'expérience, la mettre en place et la suivre, le temps avec les patients, le temps avec les équipes médicale et soignante , et surtout la rencontre avec des patients, la rencontre avec la douleur chronique ou les douleurs chroniques...

**Les interactions entre douleur chronique, attention, anxiété et émotions guideront ma réflexion au cours de ces quatre séquences de travail à Clermont-Ferrand**

- **La douleur chronique** est une expérience sensorielle désagréable ressentie à différents degrés d'intensité mais surtout elle se répète dans le temps et prend toute la place dans la vie des personnes qui en souffrent. 1/3 à 2/3 des douloureux chroniques sont anxieux. *L'anxiété est une émotion liée à la douleur*, elle prend plusieurs formes : l'attente anxieuse, la crainte, l'évitement de la douleur, l'anticipation de la douleur, la rumination mentale. Cette anxiété et la peur augmentent les pensées catastrophiques qui créent la douleur.

- **Le processus attentionnel** est une recherche quotidienne et d'actualité pour l'équipe soignante. Des études scientifiques<sup>1</sup> montrent qu'amener son attention ailleurs que sur la

---

<sup>1</sup> « La Lettre » Juin 2002 n° 17 de l'Institut Upsa de la douleur

stimulation douloureuse de façon cognitive ou sensorielle diminue les zones d'excitation de la douleur dans le cerveau et allume des zones d'inhibition. **L'attention est alors utilisée comme un traitement** pour réduire la douleur. On utilise l'imagerie, la méditation, le faire diversion. Il ne faut pas que l'exercice soit trop complexe sinon la douleur augmente.

Le Docteur PICARD, responsable de l'unité, pense que la méthode Feldenkrais répond à deux éléments essentiels qui pourraient jouer sur le seuil de la douleur, à savoir :

- l'attention du patient est amenée ailleurs que sur la douleur tout en voyageant dans le corps
- la sensorialité, le savoir sentir apprennent à sortir des mouvements compulsifs, générateurs de troubles et de douleurs.

Elle a sélectionné deux groupes de patients qu'elle présentait disposés à vivre cette expérience et qui ont accepté :

- des patients ayant des douleurs neuropathiques centrales
- des patientes présentant un syndrome fibromyalgique

Moshé Feldenkrais est né en Russie (1904-1984). Ingénieur en mécanique, électricité et physique, Docteur ès sciences, il collabore avec F. Joliot-Curie et P. Langevin à Paris tout en pratiquant le jiu-jitsu<sup>2</sup> et le judo avec Maître Kano.<sup>3</sup> Suite à une blessure au genou, il entreprend d'élaborer une méthode d'apprentissage à partir du mouvement, à partir des coordinations motrices existantes chez chaque être humain, pour renforcer l'efficacité de l'unité corps esprit. Il met en relation la qualité du mouvement exprimé dans les actions de la vie quotidienne et l'image de soi, construite au fil du temps. *« Apprendre au corps à perfectionner toutes les formes et configurations possibles de ses membres change non seulement la force et la souplesse du squelette et des muscles, mais provoque un profond changement dans l'image de soi et dans la qualité de direction de soi »*

La perception et l'origine de la douleur diffèrent d'une personne à l'autre, d'un groupe à l'autre. Le champ d'action de la Méthode Feldenkrais n'est pas fonction de l'origine de la douleur, elle ne se situe pas dans le diagnostic médical mais dans l'observation de la personne

---

<sup>2</sup> Techniques de combat japonaises basées sur la souplesse

<sup>3</sup> Fondateur du Judo

en mouvement, selon la façon dont elle se perçoit elle-même en mouvement. M. Feldenkrais a utilisé cette métaphore : « *L'homme qui n'a pas pris conscience de lui-même est semblable à une voiture dont les occupants sont les désirs, les chevaux, les muscles, la voiture elle-même, le squelette. La conscience est le cocher qui dort. Mais quand le cocher est éveillé, il peut guider les chevaux, et par là même, la voiture, de telle manière que tous les voyageurs atteignent leur but.* »<sup>4</sup>

La douleur chronique isole et transforme le quotidien. Elle malmène les relations avec autrui et se traduit par un comportement passif, agressif, évitant l'autre. Des réactions de rejet, de compassion provoquent des conflits. Ces manières de réagir et de penser différemment s'inscrivent petit à petit dans des habitudes. La mobilité s'en trouve réduite. La part sympathique et parasympathique du système nerveux qui organise l'expérience, l'apprentissage et les moyens de survie de l'organisme s'adapte. Une des conséquences de la plasticité neuronale conduit le système nerveux à oublier des chemins s'il n'est pas sollicité ; de nouvelles postures de défense, de compensation, d'exclusion apparaissent.

De nombreuses personnes se tournent vers la méthode Feldenkrais après avoir cherché différentes approches qui leur permettraient d'avoir moins de douleurs. Si elles s'atténuent ou disparaissent c'est parce que nous travaillons avec des personnes et non pas avec des problèmes et que nous mettons la personne au centre de ce changement. Cette éducation au mouvement vise l'amélioration de la qualité de vie en venant re-questionner l'image du corps et ré-organiser le schéma corporel.

Là où Feldenkrais parlerait « **d'inhibitions dans les fonctions motrices** », certains chercheurs avancent d'autres définitions :

- Hubert Godard<sup>5</sup> avec les notions de « **gestosphère** » : « *J'avance la notion de gestosphère pour désigner cette idée que nous sommes constitués par ce que l'on pourrait appeler des gestes fondateurs. A un certain moment, ces gestes sont donnés, ils se développent plus ou moins selon les personnes, de telle sorte que chacun de nous développe une manière d'être au monde, avec une sphère de possibles par rapport à chacun de ces gestes face à une situation. Exemples : repousser, désigner... avec une portée signifiante (...) Tout geste est niché dans la fonction gravitaire, niché dans la fonction tonique. C'est l'état tonique du moment qui va donner la qualité du geste. Or,*

---

<sup>4</sup> M. Feldenkrais, *La Conscience du corps* – page 24

<sup>5</sup> Chercheur, thérapeute et danseur français, spécialisé dans la rééducation et l'enseignement du mouvement.

*cet état tonique est lié à la constitution propre de cette histoire particulière qui m'a rendu indépendant gravitairement. »*

Il parle aussi de « **trous noirs** », c'est-à-dire des zones de l'espace qu'une personne a du mal à percevoir ou qui sont perçues d'une manière focalisée ou menaçante.

- Thomas Hanna, parle de « **l'amnésie sensitivomotrice** » qu'il définit ainsi : « *Le système sensitivomoteur réagit quotidiennement à des agressions ou à des traumatismes par des réflexes musculaires spécifiques, lesquels, sous l'effet de la répétition, provoquent des contractions musculaires conditionnées. Ces contractions musculaires échappent si bien à notre volonté et à notre conscience, qu'au bout du compte, nous ne sommes plus libres de nos mouvements mais sous l'emprise de raideurs, de douleurs ou d'autres limitations. Ce stade d'oubli prolongé est appelé amnésie sensitivomotrice : désapprendre ce qui a été appris et réapprendre ce qui a été oublié. »*<sup>6</sup>
  
- Boris Dolto, médecin et enseignant en kinésithérapie, parlait, lui, « *de l'homme ordinaire qui ne fait pas d'exercice. L'entretien de sa musculature est le dernier de ses soucis : il laisse s'atrophier en premier les muscles profonds. **La rétraction ligamentaire** s'associe à la **rétraction musculaire**. La sensibilité fine disparaît, puis apparaissent les douleurs d'isolement, de sclérose ».*<sup>7</sup>
  
- J.M. André, médecin en réadaptation et médecine physique décrit le **syndrome d'exclusion segmentaire** comme une réaction de perte et d'oubli de mouvement, comme marcher après une période d'alitement prolongé : « *c'est un gommage transitoire de la zone du cortex moteur chargée de la fonction motrice de la partie du corps immobilisée. »*<sup>8</sup>

Ce problème, nommé sous différents termes, est la question centrale qui interroge autant le monde du soin que celui des pratiques somatiques. Le patient n'étant pas une somme d'inhibitions, il doit être considéré comme un partenaire. L'essentiel est dans la relation qu'il entretient avec la douleur.

---

<sup>6</sup> Thomas Hanna – La somatique – Interéditions 1989

<sup>7</sup> Boris J. Dolto – Le corps entre les mains – Hermann- Editeurs des sciences et des arts 1988

<sup>8</sup> Le syndrome d'exclusion segmentaire de la main et des doigts. Comportement de négligence périphérique ? JM André, A. Vielh, JM Beis – annales de réadaptation et de médecine physique 1996 -

Le départ de la douleur est difficile à localiser parce que la personne a une perception erronée, déformée de son schéma corporel, de sa mobilité. La non coordination musculaire est en elle-même allogène et impose l'immobilité par souci de protection ou de défense. Les muscles douloureux cesseront de faire souffrir quand ils retrouveront leurs dimensions normales et que le sang recommencera à circuler dans les fibres musculaires.

En jouant avec la plasticité des coordinations, c'est-à-dire avec les accords synchroniques et spatiaux de plusieurs muscles qui concourent au même mouvement, la méthode Feldenkrais vient créer du désordre dans le réseau synaptique (association de neurones) en re-questionnant les chemins d'actions installés par habitude et en créant d'autres réseaux synaptiques qui vont modifier les conditions initiales de l'activité posturale. M. Feldenkrais met en évidence les relations entre le squelette, les muscles, le système nerveux central et le monde extérieur. C'est l'ensemble des quatre éléments qui produit le mouvement de la vie.

### **De la posture à l'acture...**

**Moshé Feldenkrais** a inventé le mot « *acture* » afin de préciser sa pensée par rapport à un autre mot : « posture ». La posture, pour lui, s'apparente au potentiel d'actions de chacun et non au maintien d'une position dans le corps. Il n'y a pas à proprement parler de bonne ou de mauvaise posture si on ne regarde pas la personne dans sa globalité ; mais en parlant d'*acture* et non de posture, il amène chacun à se questionner sur la qualité de son action et la manière la plus efficace pour soi d'y parvenir. L'acture dépend des habitudes de mouvement, compulsives, qui ont été formées sous l'emprise de l'affection, du sentiment de sécurité et autres facteurs émotionnels. Comment avons-nous appris à utiliser notre corps pour bouger et nous déplacer ?

Le rôle de la formation des habitudes semble tellement mineur que l'on n'y prête pas attention. Tant que nous n'avons pas conscience de l'inefficacité d'un mouvement et que nous n'en ressentons ni inconfort, ni douleurs à l'exécution, nos habitudes de mouvement même non efficaces nous satisfont. Ces habitudes produisent des déformations et des mouvements mal équilibrés, puis la dégénérescence des articulations crée de nouvelles limitations affectant les muscles qui essaient d'éviter les mouvements désagréables ou douloureux. Il s'installe ainsi un cercle vicieux qui conduit à une déformation du squelette, de la colonne vertébrale

avec une réduction dans l'amplitude et la variété de ses mouvements. Nos habitudes feront l'objet d'un système de compensation.

Ayant l'énorme chance d'avoir « carte blanche » pour organiser mon stage, je me suis bien sûr demandé une centaine de fois comment j'allais bâtir ce projet. Je me suis déterminée à poser une première hypothèse : amener les patients, quelle que soit leur pathologie chronique, à porter leur attention sur la manière dont ils sont en mouvement contribuera à diminuer le seuil de leur douleur, à retrouver un meilleur confort gestuel et du plaisir à être dans l'action.

## **A – DES CONDITIONS IDEALES POUR UNE EXPERIENCE**

### **I - Le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur de Clermont-Ferrand**

#### **- Fonctionnement et objectifs**

Le centre se situe dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire, dans un bâtiment récent et autonome que le service partage avec le Centre de Pharmacologie Clinique et le Centre d'Endoscopie et de Nouvelles Technologies Interventionnelles.

L'équipe médicale est composée de trois médecins : - responsable de l'unité, rhumatologue, anesthésiste-, et l'équipe soignante de sept personnes : - deux infirmières, une psychologue, un kinésithérapeute, une assistante sociale, deux secrétaires-. Un médecin psychiatre et un médecin acupuncteur, extérieurs au centre, interviennent régulièrement.

La plaquette de présentation du centre propose une définition internationale de la douleur : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, décrite en terme d'un tel dommage » et continue en parlant de douleur chronique (après un délai d'évolution de 3 à 6 mois) comme une expérience complexe et individuelle qui se traduit par 4 aspects indissociables : une sensation physique, une émotion, un comportement, une implication cognitive. Une dizaine de pathologies liées à la douleur sont traitées : lombalgies, sciatiques, dorsalgies, troubles musculo-squelettiques, migraines, céphalées, fibromyalgies...

Lors de la première consultation, le patient est reçu par un médecin qui deviendra son médecin référent. Celui-ci le suivra tout au long de la durée de la prise en charge et assurera la cohérence des soins qui lui seront proposés. La consultation permet de faire un examen clinique : évaluation de la douleur, bilan neurologique, mise en place des traitements antalgiques, modification des médications en cours en tenant compte des descriptions de la

douleur par le patient et des effets secondaires, prescriptions de séance de kinésithérapie, d'apprentissage de la neurostimulation transcutanée que le patient pourra réaliser plusieurs fois par jours à domicile... Le centre dispose de plusieurs lits d'hospitalisation pour les traitements nécessitant des soins sur place. Les patients sont accueillis uniquement en journée.

La même plaquette précise que « L'objectif principal du centre est de rendre le patient autonome, acteur de ses soins et de sa vie : apprendre à mieux gérer sa douleur plutôt que chercher à la faire disparaître. »

C'est ainsi, par exemple, que pendant les soins donnés au malade, le patient est sollicité pour participer à ce moment par son attention, son écoute, au lieu parfois « d'abandonner son corps aux infirmières » tout en continuant à écouter de la musique...

### **- Les ateliers psycho corporels mis en place par les équipes médicale et soignante**

La prise en charge psycho corporelle fait partie intégrante des propositions thérapeutiques faites aux patients douloureux chroniques fréquentant les centres d'évaluation et traitement de la douleur. Celui de Clermont-Ferrand a privilégié certaines approches comme la sophrologie, l'hypnose, la somatothérapie et certaines approches de groupe en particulier : groupes de perception corporelle, musicothérapie, groupes éducatifs et art thérapie.

L'évaluation des thérapeutiques complémentaires et plus spécialement celle des techniques psycho-corporelles reste une difficulté actuellement et une voie de recherche prometteuse. En effet, tous les outils d'évaluation actuellement validés pour évaluer les stratégies antalgiques le sont seulement pour les thérapeutiques médicamenteuses allopathiques. L'ouverture et la curiosité vers la méthode Feldenkrais est au rendez-vous. Elle est attendue comme une technique corporelle qui pourrait inviter le patient à se connecter à lui-même plutôt qu'à la douleur. Le service propose d'évaluer les résultats. Mais comment ?

### **- Les échelles d'évaluation des patients**

Les échelles d'évaluation de la douleur utilisées par le centre sont des échelles codifiées et validées par les scientifiques et conçues pour évaluer les traitements allopathiques antalgiques. Un cahier d'observation intitulé « Douleur chronique et « éducation du mouvement – Méthode Feldenkrais » est attribué à chaque patient à titre expérimental. Il

comporte différentes fiches (annexe 1): caractéristiques du patient, questionnaire concis sur les douleurs, essais thérapeutiques antérieurs, traitement actuel, échelle de catastrophisme, différentes évaluations de la douleur, du sommeil, du retentissement émotionnel et évaluation de l'impression globale de changement par le patient (PGIC). Les patients sont évalués avant, pendant et après mes interventions, avec l'aide de leur médecin référent.

N'ayant pas d'autre échelle et dans un souci d'évaluation, le Docteur PICARD décide d'utiliser ces outils. Consciente de leurs limites, elle m'encourage cependant à en créer de nouveaux pour ma propre intervention,

Evaluer, c'est poser la question de la valeur. Le cahier d'observation apparaît comme une évaluation objective et quantifiable qui se rapporte à une norme. Dans son livre *Le normal et le pathologique* Georges Canguilhem dit, page 156 « *Tout en admettant l'importance des méthodes objectives d'observation et d'analyse dans la pathologie, il ne semble pas possible que l'on puisse parler, en toute correction logique, de « pathologie objective ». Certes une pathologie peut être méthodique, critique, expérimentalement armée. Elle peut être dite objective, par référence au médecin qui la pratique. Mais l'intention du pathologiste ne fait pas que son objet soit une matière vidée de subjectivité.* »

En terme de santé, le médecin n'a pas affaire à une mesure objective mais à une appréciation subjective et cette subjectivité n'est pas individuelle mais universelle : c'est la vie. Le propre du vivant doit échapper à toute valeur mesurable.

Quand l'évaluation est faite par les patients, sur leur propre vie, leur propre corps, leur propre devenir, c'est un acte dynamique. Ils peuvent s'appuyer sur le potentiel d'une situation qui leur permettra de s'adapter, de rebondir. Rien n'est figé. François Jullien dans son *Traité de l'efficacité* parle de propension et sa stratégie s'appuie sur la variable.

« *Si la valeur du vivant est dans la variation, on peut la détacher de l'instauration d'une norme* »<sup>9</sup>. Le point de vue de Canguilhem est particulièrement crucial pour la perception de la douleur.

### **- L'échelle de l'acture**

J'ai donc conçu mes outils pour évaluer la personne dans son potentiel de mouvement : plusieurs documents composés d'observations faites au cours des entretiens avec les patients concernant les écoutes -auditive, visuelle, kinesthésique- et la lecture corporelle. (annexe 2)

---

<sup>9</sup> Georges Canguilhem « Le normal et le pathologique »

J'ai proposé à chaque patient d'auto-évaluer son ressenti sur « le possible » de ses mouvements, quelque chose de l'ordre du confort dans le mouvement, de la facilité, du plaisir de se sentir en action. Le plaisir, non pas en tant que valeur opposée à la douleur, mais porteur d'une attention à soi qui ne juge pas, qui prend son temps et qui reste imprévisible.

J'ai nommé cette autoévaluation : **l'échelle de l'acture**, chiffrée de 0 à 10, du moins au plus de plaisir de mouvement. Certains patients, au saugrenu du mot « plaisir » ont écarquillé les yeux, d'autres ont souri d'étonnement. Une autre façon de déplacer leur attention !

## **II - L'intervenante stagiaire : praticienne de la Méthode Feldenkrais**

### **- Un stage au cœur de ma formation**

J'ai ressenti la nécessité de m'engager dans cette formation « Techniques du corps et monde du soin » pour me poser, pour réfléchir à ma pratique et pour porter sur elle un autre regard. J'ai saisi la proposition du Docteur PICARD, une amie toute aussi curieuse que moi, d'associer une technique d'éducation somatique, c'est-à-dire basée sur « l'apprentissage de la conscience du corps sensible en mouvement dans l'espace » à une structure de soins hospitaliers. C'était un défi et une chance.

En découvrant l'histoire des institutions à la lecture de *Surveiller et Punir* de Michel Foucault, j'avais pris la mesure du décalage qu'il peut y avoir à créer des passerelles entre les techniques du corps et le monde du soin. C'est pourtant dans ce monde hospitalier que j'allais sauter à pieds joints avec dans mon sac à dos mon expérience de la Méthode Feldenkrais.

### **- Comment la méthode Feldenkrais traite de l'attention**

*« Ne vous concentrez pas, portez plutôt votre attention sur l'ensemble de la situation, votre corps et votre environnement, en balayant suffisamment le tout pour devenir conscient de tout changement ou toute différence en vous concentrant juste assez pour percevoir cela »*

M. Feldenkrais <sup>10</sup>

Par rapport à l'attention je m'entends souvent dire, lorsque j'enseigne en groupe :

- que le seul effort à faire dans ce travail c'est **l'effort d'attention à soi**. C'est une attention intense certes mais relâchée. Je perçois une notion d'effort dans le mot « concentration » qui invite à être centré sur quelque chose à l'extérieur de soi avec une certaine intensité. Hubert

---

<sup>10</sup> M. Feldenkrais - Learning to learn page 13 -

Godard parle du regard focal, exocentrique, qui provoquerait une crispation intérieure de la musculature profonde. David Bohm, spécialiste en physique théorique, parle de deux sortes d'attention : l'une limitée, qu'il nomme concentration l'autre illimitée qu'il nomme l'attention fondamentale.<sup>11</sup>

- que la méthode Feldenkrais a plus à faire avec **la qualité d'attention** que l'on porte à soi-en-mouvement, ou que l'on porte à l'autre dans les séances individuelles, qu'avec le mouvement en lui-même : le mouvement n'est qu'un prétexte pour se mettre au centre d'une attention exercée, compassionnée et avoir une chance de se redécouvrir. Martin Weiner, formateur américain de la méthode Feldenkrais, parle, dans un article sur le travail du praticien<sup>12</sup> de porter son attention à soi comme une observation consciencieuse de son paysage intérieur. Il dit :

« *La différence majeure entre la conscience d'un paysage extérieur et la conscience du paysage intérieur, ou ce que M. Feldenkrais appelait à l'occasion « l'accordage », est que depuis la perception du paysage extérieur les élèves apparaissent comme des objets sur lesquels nous travaillons dans notre monde de subjectivité. Par la conscience du paysage intérieur, par contre, c'est nous, praticiens Feldenkrais, qui devons entrer dans la subjectivité de nos élèves et travailler de l'intérieur (...)*

C'est **notre attitude, notre manière de voir et percevoir l'élève** qui sont efficaces et non pas la Méthode.

Une séance Feldenkrais débute systématiquement par ce que l'on appelle un balayage, un état des lieux des appuis sur le sol, un scanning.... Russell Delman<sup>13</sup>, formateur de la méthode Feldenkrais distingue plusieurs attentions « *C'est-à-dire une **attention superficielle mobile** qui consiste en un balayage rapide des sensations de la tête aux pieds, sans s'attarder sur une zone particulière* ».

Chacun considère attentivement comment il prend contact avec le sol et apprend progressivement à discerner des différences en termes de contact faible ou inexistant, de contact évident et clair, d'asymétrie dans des parties symétriques du corps et ce « prendre contact » est plus facile avec certaines parties du corps que d'autres.

« *Ce type d'attention libre et mobile est une capacité importante et libératrice. En effet pour beaucoup de gens le seul type de sensations internes qu'ils connaissent sont des*

---

<sup>11</sup> Article d'Ilana Nevill – L'apprentissage en Feldenkrais et le modèle de dialogue de David Bohm

<sup>12</sup> « Intégration Fonctionnelle » - Martin Weiner – Bulletin APMF hiver 1996

<sup>13</sup> Formateur américain de la méthode Feldenkrais.

*endroits spécifiques douloureux, vers lesquels leur attention est toujours ramenée. Pour ressentir plus de liberté, il est utile de pouvoir distribuer son attention de façon égale dans la totalité de l'organisme. C'est une qualité qu'il est possible d'acquérir, en particulier par le balayage. »*

***L'attention en profondeur*** : *il s'agit de rester dans une sensation durable, puis de dépasser la première couche jusqu'à une deuxième couche puis une troisième couche. Il faut « rentrer en amitié » avec la sensation quelle qu'elle soit. Paradoxalement, c'est cet aspect que j'utilise avec les personnes en grande souffrance. Il est important de leur apprendre à rentrer plus profondément dans leur sensation. La plupart du temps, la notion de douleur est mêlée à de la peur. Quand nous ressentons une douleur dans notre corps, notre première réaction est d'essayer de la fuir (...) et la sensation de douleur physique mêlée à de la peur devient de la souffrance (...) La douleur d'origine diminue d'intensité quand nous apprenons à y pénétrer... ». Le psychanalyste Nasio dirait : « La douleur, dernière crispation d'un moi désespéré qui se tétanise pour ne pas sombrer dans le néant (...). La douleur corporelle est une surestimation réactionnelle de la représentation de la partie blessée du corps. On souffre parce qu'on s'affole devant le danger. »<sup>14</sup>*

A travers la technique Feldenkrais, les peurs conscientes et les réactions protectrices peuvent être contournées tout en apprenant à améliorer l'organisation de soi en mouvement. Les actions non efficaces qui peuvent conduire à des dommages organiques, à une tendance à la maladie, c'est-à-dire s'écartant du modèle fonctionnellement correct ou optimal, sont portées à l'attention de la personne, ce qui revient à lui donner sur eux un moyen d'action volontaire lui permettant de les modifier, de les corriger et de les améliorer à sa propre manière. Par conséquent, on ne lui « apprend » pas quelque chose, mais on lui apprend comment apprendre.

Les changements concernent l'image de soi, l'attitude, la tension musculaire et le comportement compulsif. Nous ne pouvons pas enlever la douleur, mais nous pouvons enlever la peur, cause de la contraction.

---

<sup>14</sup> J.D. Nasio « Mon corps et ses images » Désir/Payot

### **III - Les conditions objectives de mes interventions**

#### **- L'engagement personnel de la responsable de l'unité**

Une première rencontre a eu lieu en juillet 2009 avec le Docteur PICARD, responsable de l'unité. J'ai choisi mes périodes d'interventions et j'ai proposé de travailler avec les patients et les équipes médicale et soignante. Le Docteur PICARD a choisi les patients en fonction de leurs motivations et de leurs pathologies et a proposé mon projet aux deux équipes.

#### **- L'accueil des équipes**

Le personnel est motivé : découverte, curiosité et intérêt vis-à-vis des patients. Nous aurons ensemble 10h de PCM. Dix personnes sur douze ont accepté de suivre les dix heures de séances collectives, avec comme exigence du Docteur PICARD de s'engager dans le cycle complet et de restituer leurs impressions, leurs questionnements à la fin du stage.

#### **- Des intuitions aux intentions : mon défi - 1<sup>ère</sup> hypothèse**

##### 1. Mes choix

**Moshé Feldenkrais** a décrit longuement le **schéma corporel de l'anxiété**. Les origines de la peur et de l'anxiété sont reliées à la chute pour protéger les organes vitaux. Tout comme la peur de tomber produit l'attitude corporelle et évidemment la sensation d'anxiété, celle-ci produira l'attitude corporelle de la peur de tomber. La peur de tomber est une réaction à la pesanteur. Lors d'une chute, le bébé se construit un schéma fort de contraction des fléchisseurs pour empêcher la tête de heurter le sol et pour renforcer la colonne vertébrale en l'arquant. Chez l'adulte la même réponse l'amène à baisser la tête, à se mettre en boule et à plier les genoux... Cette attitude conduit à la meilleure protection possible et elle donne aussi un sentiment de sécurité. Cette contraction des fléchisseurs se produit à nouveau chaque fois que la personne a recours à une protection passive et qu'elle n'a pas le moyen de faire autrement, ou lorsqu'elle doute de sa capacité à résister activement... C'est l'interdépendance entre le comportement du corps dans les mouvements et les phénomènes mentaux tels que la peur ou l'anxiété.

J'ai donc choisi d'aborder la douleur à partir de son lien avec l'anxiété. Les séances individuelles et collectives de la méthode Feldenkrais viendront appuyer l'idée de ne pas se focaliser sur la localisation de la douleur en invitant à une circulation guidée de l'attention dans son paysage intérieur. Dans les entretiens que j'ai eus avec le Docteur PICARD, j'ai souvent entendu que les patients avaient des moments de déprime, voir de syndrome abandonnique majeur, que ces personnes s'en voulaient beaucoup d'être ainsi et que ces monologues intérieurs ne les aidaient pas à gérer la douleur. Le centre a mis en place des activités psycho corporelles pour les aider à développer leurs ressources, à focaliser ailleurs, à changer leur pensée.

Ce schéma d'auto protection est mis à feu par le système nerveux sympathique.

Russel Delman, lors d'une post-formation à Paris en 2004, a proposé aux étudiants présents de travailler autour du « **schéma corporel de l'anxiété** » en le transposant en « **schéma corporel de l'abandon** quand il est dominé par le **système nerveux parasympathique**. Il attire l'attention des étudiants vers différents éléments qui concourent à passer d'un schéma à l'autre, c'est-à-dire « *à posséder quelques rudiments sur l'art de contrôler le passage de la dominance sympathique à la dominance parasympathique, et accéder à un état intermédiaire, neutre* ». Dans une séance collective « *Prise de Conscience par le Mouvement* », il prend ces éléments un à un et propose une manière différente de les percevoir et de créer ce schéma corporel de l'abandon dans lequel « *s'inscrit la paix* », la tranquillité. « *Qu'est-ce que le lâcher prise, l'abandon, en quoi cela consiste d'aller lâcher la protection basique de soi et quelles sont les conditions pour permettre à quelqu'un de se sentir suffisamment en sécurité pour relâcher cette exigence de protection de soi ? Ce n'est pas que l'auto protection soit mauvaise, c'est fondamental qu'elle existe, mais quand l'auto protection est exagérée on se retrouve avec des schémas de guerre.* »

Je me baserai sur ces deux schémas : celui de M. Feldenkrais « *le schéma corporel de l'anxiété* » comme système explicatif et celui de R. Delman « *le schéma corporel de l'abandon* » que j'utiliserai dans la pratique. Il s'agira de travailler les mêmes éléments qui ne s'opposent pas mais qui s'inscrivent corporellement avec des qualités de mouvement différentes :

### ***1 – Les yeux, les mâchoires, la colonne cervicale***

**Anxiété** : les yeux sont serrés, fermés ; la tête part en arrière offrant la gorge mais avec les épaules qui se soulèvent pour la protéger ; la mâchoire et les dents sont serrées

**Abandon** : Disponibilité à laisser les yeux rouler vers le haut, la bouche s'ouvre, les muscles des mâchoires se relâchent. L'acte de mordre est abandonné, la gorge est offerte au baiser... Le haut de la colonne cervicale et l'occiput, les vertèbres cervicales moyennes, les cervicales basses en relation avec la poitrine : 3 régions à différencier pour les rendre fonctionnelles.

### ***2 – La cage thoracique***

**Anxiété** : très forte contraction du torse pour protéger les organes, forte inhibition des extenseurs.

**Abandon** : La poitrine plonge vers le bas et vers l'arrière, elle change de forme. En allant dans le sens du pattern pour détendre cette zone, il y a la possibilité de moduler l'expressivité à l'avant, de tester l'élasticité des côtes et repositionner les vertèbres en extension. Les symptômes cervicaux et lombaires viennent souvent de cette région thoracique centrale. Ouvrir l'espace entre le sternum et les dorsales donne une sensation de volume, de sécurité. Ce qui empêche l'adaptation de la cage thoracique, c'est l'image du corps.

### ***3 – Le bassin***

**Anxiété** : le bassin et sa forte contraction des abdominaux

**Abandon** : le bassin roule tranquillement vers l'arrière (en rétroversion) allant ainsi vers l'abandon, le lâcher prise « mystique » comme le lâcher prise sexuel menant à l'orgasme.

### ***4 – La respiration***

**Anxiété** : rétention de la respiration

**Abandon** : sans effort particulier, l'énergie de l'inspiration s'engage profondément dans le corps, jusque dans le fond du bassin, le plancher pelvien. L'expiration arrive en laissant le dos s'aplatir vers le bas, les deux épaules se soulèvent du sol, le sternum fond, la tête glisse en arrière, la mâchoire s'ouvre, les yeux roulent vers le front, le regard est doux. Tout ce schéma se produit sans plus d'effort.

## 2. Du schéma corporel de l'anxiété au schéma corporel de l'abandon : ma 2<sup>e</sup> hypothèse

Il m'apparaît important de re-préciser, en citant Hubert Godard<sup>15</sup>, le terme de schéma corporel : « *La manière dont chacun organise ses mouvements repose sur un système de fonctions motrices, qui opèrent sans la nécessité d'une représentation consciente, intentionnelle, et gèrent la plupart de nos mouvements de manière automatique, dans la référence du contexte. Cet ensemble de fonctions, nommé le « schéma corporel » ne définit*

---

<sup>15</sup> « Des trous noirs – Un entretien avec Hubert Godard » in Scientifiquement Danse – Nouvelles de Danse 2006

*pas un « soi » puisqu'il peut intégrer le contexte, un outil, une prothèse... Au contraire, ce que l'on nomme « l'image du corps » est un ensemble d'états intentionnels, de représentations mentales, de croyances, d'attitudes dans lesquels l'objet intentionnel est son propre corps. Le contexte social et culturel, l'inconscient travaillent cette image du corps. Bien entendu, ce « schéma » et cette « image » se croisent dans l'action, mais ces notions ont leur utilité, particulièrement dans la compréhension des déficits moteurs ou plus simplement dans l'apprentissage des gestes. L'acquisition d'un nouveau geste peut se heurter à une difficulté d'ordre physique ou d'information proprioceptive qui gêne le fonctionnement d'un schéma corporel cohérent, mais qui peut aussi être limitée par les croyances, les attitudes, les déformations liées à l'image du corps. »*

C'est la séance de R. Delman que j'ai décidé d'utiliser pour entrer dans la pratique Feldenkrais aussi bien avec les équipes médicale et soignante que les patients douloureux chroniques.

- **pour les équipes** : il me semble intéressant de pratiquer cette séance sur laquelle je vais m'appuyer pour travailler avec les patients. Elle crée une expérience commune qui peut enrichir la relation médecin/patient.

- **pour les patients** : le fait de la détailler ainsi avec tous ces éléments clefs pourrait les aider à déplacer leur attention **ailleurs et autrement** que là où c'est douloureux, **ailleurs** que là où il y a peu ou pas de vie pour trouver une porte d'entrée, une issue dans laquelle se faufiler et retisser des liens entre le haut du corps et le bas du corps, entre les orteils et la nuque, entre le côté droit et le gauche, entre l'avant et l'arrière du corps, entre soi en trois dimensions et les autres.

- **pour les patients en séance individuelle** : je solliciterai une demande : qu'aimeraient-ils améliorer en termes de mouvement, d'action, de gestes dans leur vie quotidienne ? Je considère que chaque demande formulée par eux est le point de départ d'un questionnement propre à leur ressenti sur lequel je m'appuierai pour les inviter à se rapprocher de ce schéma corporel de l'abandon. Pendant la séance, leur demande guide leur attention au regard de mes suggestions de mouvement, elle fait lien entre nous.

A partir du choix de garder ce schéma corporel de l'abandon soit en avant-plan de mon attention soit en arrière plan, je construirai les autres séances. Cette entrée commune à la pratique Feldenkrais me permettra d'évaluer les écarts, les inconduites fonctionnelles entre ce schéma référent de l'abandon corporel et les habitudes motrices, qui peuvent être sources de douleurs.

## B) LES ETAPES ET LE DEROULEMENT DE L'EXPERIENCE

### PLANNING DES INTERVENTIONS « METHODE FELDENKRAIS » Au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur Clermont-Ferrand (63)

PERIODES GROUPES	Novembre 2009	Décembre 2009	Janvier 2010	Février 2010
EQUIPES MEDICALE ET SOIGNANTE (10 personnes)	2 PCM	6 PCM 2 IF	2 PCM	
PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES (5 patients)	1 IF par patient			
SYNDROME FIBROMYALGIQUE (6 patientes)				2 IF par patiente 6 PCM

PCM : Prise de Conscience par le Mouvement (séance collective)    IF: Intégration Fonctionnelle (séance individuelle)

## **1) Avec l'équipe médicale et l'équipe soignante**

### **- Nos rendez-vous mensuels**

**Première rencontre : samedi 7 novembre - 9h /11h :**

#### La séance du « schéma corporel de l'abandon »

Neuf personnes sur les dix engagées dans ce cycle de trois rencontres « à la découverte de la méthode Feldenkrais » arrivent ce samedi matin dans la salle qui a été réservée pour cette occasion et préparée par le kinésithérapeute. Il a chauffé la salle et installé de gros tapis bleus, moelleux qui invitent à la relaxation. Je propose pourtant d'utiliser plutôt les quelques tapis moins épais qui sont dans la salle car le décalage de hauteur avec le sol, une fois allongé, risque de créer des tensions dans les bras, les épaules, le dos... et de gêner la mobilité. Certains changent de tapis, d'autres non.

Je choisis de retranscrire l'essentiel de la séance de Russell Delman en gardant l'ordre chronologique des propositions mais en les synthétisant.

**PCM – Schéma corporel d'abandon**

**I – LA RESPIRATION**

Allongé sur le dos – Observez la respiration, sans effort ni intention particulière, jusqu'à quelle profondeur pénètre-t-elle dans le bassin ? Avez-vous la sensation d'ouverture vers le plancher pelvien ?

**II – LA CAGE THORACIQUE**

- Levez les bras vers le plafond, les paumes en face l'une de l'autre sans se toucher et légèrement monter vers l'avant avec les deux bras de 5 à 10 cm environ. Quelle influence à travers la poitrine, le cou, la mâchoire ? Sentez comment la poitrine change de forme à mesure que vous allez chercher vers l'avant et toute l'influence dans le cou.
- Observez votre respiration pendant la pause et amenez l'attention vers l'expiration et la fin de l'expiration. Demandez vous s'il y a un espace à la fin de cette expiration et s'il est possible de rester conscient à l'intérieur de cet espace.

**III – LE BASSIN**

- Tout en expirant, commencez à faire un mouvement avec le bassin pour aplatir le bas du dos qui s'approche du sol, comme connecté à l'expiration.
- Sentez comment vous pouvez maintenant soulever les deux épaules du sol et quelle influence sur le sternum et sur le cou.
- Alternez le mouvement avec une épaule et l'autre. Sentez le schéma des côtes quand vous soulever l'épaule. Qu'est-ce qui se passe au niveau du bassin ? Soulevez les deux épaules en sentant le schéma tout le long du tronc, jusqu'au bassin, au cou. Voyez si l'abdomen peut rester mou ou s'il a besoin de se contracter ? Vous sentez le pubis se rapprochant du sternum ou le contraire ? Ou aucune influence ?

**IV – LE COU, LES MACHOIRES, LES YEUX**

- Amenez les mains sous l'occiput et poussez très doucement ces premières vertèbres cervicales pour permettre à la tête de tomber en arrière : influence dans la mâchoire ? Puis ouvrir grand la mâchoire pour sentir s'il y a une influence sous les doigts, à l'arrière plan vous respirez...

- Mettez ces deux mouvements ensemble : ouverture de la bouche et glissement de la tête en arrière, vous pouvez regarder vers le haut au fur et à mesure que la tête part en arrière. Laissez les yeux monter le regard est doux et vague et non pas fixé vers le haut.
- Simultanément sur une expiration, ayez la sensation d'aplatir le dos, d'amener les épaules en avant, de laisser la tête glisser et la mâchoire s'ouvrir. Laissez les yeux rouler vers le haut et observez comment le sternum donne la sensation de fondre, la bouche est molle et les mains sont molles.
- Amenez les deux bras en avant vers le plafond, allongez les bras en alternance puis ensemble avec le visage tourné à droite ou à gauche. Cette façon d'aller chercher est vraiment douce presque passive, comme si quelqu'un tirait légèrement sur vos bras.

#### **V – L'ACTION D'ALLER VERS S'ASSEOIR**

- Levez la jambe droite du sol et entrecroisez les doigts des mains derrière la cuisse juste sous le genou. Commencez à aller chercher avec le pied pas tout à fait devant vous mais quelque part vers l'extérieur, regardez comment cela entraîne vos épaules. La tête et le cou cèdent, sentir l'influence sur la bouche et la mâchoire.
- Essayez des angles différents avec la jambe pour être tiré de différentes manières. Sentir l'aplatissement du bas du dos sur le sol et voyez si vous pouvez sentir que vous vous abandonnez au mouvement comme si c'était quelque chose qui vous arrive. C'est le bas de la jambe qui va chercher vers l'extérieur. Quels sont les endroits ou c'est difficile de lâcher, de laisser faire : les yeux, la mâchoire prête à « laisser prise », en haut de la colonne cervicale à la rencontre avec la crâne, le reste du cou de la colonne cervicale qui va vers l'avant, les vertèbres du haut du dos peuvent lâcher aussi, la poitrine plonge vers le bas et vers l'arrière, Doucement, le bas du dos accepte de s'aplatir contre le sol. La respiration cède dans une expiration, conscience de la légèreté des mains ?
- Avec l'autre jambe, allez expérimenter différents angles et leur influence sur tous les éléments clefs. Si vous sentez quoi que ce soit en train de se crispier, libérez cela et continuez...

Post-Formation – septembre 2004 – Accord Mobile

## Ma séance en deux parties

Je décide de couper la séance en deux parties avec un temps de pause de 10 minutes.

Pendant la première partie, j'ai été sensible à la qualité et à l'intensité de l'attention que chacun a portée à soi- en –mouvement et aux consignes verbales. J'ai noté pour certains un réel questionnement quant au chemin à emprunter pour explorer la coordination proposée. Le questionnement est un outil pour être co-auteur de son mieux être.

La 2<sup>e</sup> partie de cette séance sera consacrée, à partir de la position allongée, à venir s'asseoir, ou à partir de la position assise à venir se réallonger : les doigts des mains entrecroisés derrière la cuisse juste sous le genou, le pied, la jambe vont s'orienter pour aller chercher vers l'extérieur une direction pour venir s'asseoir. C'est l'acquisition d'une nouvelle coordination, dans le plaisir et sans effort et qui ne pourra se faire que si tous ces éléments clefs reliés entre eux permettent une détente musculaire et articulaire, un tonus musculaire plus égalisé et une augmentation de l'amplitude et de la force.

L'élément clef concernant le lâcher prise de la poitrine ne me semble pas clair pour tout le monde. Ces observations me conduiront à chercher une stratégie pour améliorer la coordination de ce schéma corporel de l'abandon. Je proposerai des mouvements auxiliaires à partir des mains placées sur les côtes pour inviter la cage thoracique à se mettre en mouvement dans un plan antéro postérieur afin que celle-ci soit plus à même de transmettre la force avec un minimum d'effort quand il s'agira d'utiliser ce lâcher prise pour venir s'asseoir. Cette séance peut donc paraître difficile si la priorité est donnée à la réussite de l'action de s'asseoir. Il est nécessaire de l'envisager comme une exploration d'une manière de venir s'asseoir qui ne s'attache pas au résultat.

Cette deuxième partie est aussi pour moi l'occasion de définir le mouvement « juste » pour Feldenkrais. Il répond à quatre critères : absence de résistance - moindre effort - respiration adaptée à l'action - réversibilité du mouvement.<sup>16</sup>

La matinée s'achève. Une psychologue me transmet ses réflexions quant aux mouvements auxiliaires de la cage thoracique évoqués plus haut. Elle perçoit que le lien entre lâcher prise, abandon et intention peut tout à fait répondre au profil des personnes qui

---

<sup>16</sup> M. Feldenkrais – La puissance du moi – Editions Laffont – page 149

viennent au centre. Le médecin, responsable de l'unité, me fait part de son étonnement : « *ton langage est clair et la moitié des mots que tu utilises n'est pas employée dans notre langage médical, là où tu diras « consigne » je dirai « règle »*. Je pense à Michel FOUCAULT et à l'organisation des institutions.<sup>17</sup>

### **Deuxième rencontre : les 22, 23 et 24 décembre 2010**

Parallèlement à ces rendez-vous avec l'équipe soignante, j'ai commencé à travailler avec des patients atteints de pathologies neurologiques. Ces patients sont tous atteints de lésion de la moëlle épinière. J'ai bénéficié d'un temps d'information, voire de formation, avec la responsable de l'unité en ce qui concerne ce type de pathologies. Dans cet entretien que je détaillerai plus loin, elle m'a fait part d'une interprétation qui lui venait en me parlant des membres fantômes, des douleurs fantômes :

*« Dès qu'il y a un fantôme de mouvement, pas de sensation mais presque... cela créé de la douleur, des tensions, des réactions et on se demande pourquoi le cerveau réagit ainsi : si quelqu'un a coupé son nerf, qu'il ne sent plus rien, au lieu de le laisser tranquille, le cerveau s'excite. Il n'aime pas le vide alors il y met de la douleur.... Pourquoi ? C'est un réflexe archaïque ? C'est pour la survie de l'espèce ? La sensorialité est nécessaire pour la survie, pour l'être au monde et la relation à l'autre : il faut sentir pour ne pas mourir, et c'est l'archéo cerveau qui met en route cette connexion. »*

Pendant un temps je me suis demandé si réactiver des schémas de mouvements archaïques pour stimuler le cortex moteur participerait à apaiser la douleur qui remplit le cerveau et qui est due au vide de mouvement chez les patients atteints de paralysie.

A partir de ces réflexions, j'ai décidé de continuer la pratique de la méthode Feldenkrais avec les équipes médicale et soignante en intégrant quelques mouvements comme le ramper, le retournement. Cette nouvelle orientation dans les séances me permettra de m'adosser différemment et continuer à travailler la mobilité et l'élasticité de la cage thoracique pour revenir au schéma corporel de l'abandon. Voici les thèmes des séances travaillées trois jours consécutifs, par la suite, avec les équipes médicale et soignante.

---

<sup>17</sup> Surveiller et punir – Michel Foucault

### **Mardi 22 décembre, 14h / 16h**

Explorer le schéma d'extension. Allongé sur le ventre :

- clarifier l'extension, des pieds jusqu'à la tête
- travailler les différents points d'appui du sternum pour aller vers le mouvement de ramper

### **Mercredi 23 décembre, 14h /16h**

Explorer les mouvements de torsion qui allongent la colonne vertébrale.

Proposer de vivre une expérience de la verticalité dans la position assise.

Sur le dos : comment passer de cette position à la position allongée sur le ventre ?

Assis sur une chaise : transférer ce dynamisme de l'extension, du redressement pour aller dans l'action de se mettre debout.

### **Jeudi 24 décembre, 9h / 11h (2 absentes)**

Explorer les mobilités de la colonne vertébrale en utilisant les coordinations hanches/épaules.

Terminer cette session de décembre avec un retour sur la mobilité de la cage thoracique.

Sur le ventre : les différentes sortes de ramper (homolatéral, controlatéral)

Sur le dos : exploration des différentes mobilités de la cage thoracique dans les différents plans de l'espace.

Je me suis demandée, si je devais refaire cette session, si je suivrais à nouveau cette intuition de travailler sur les différentes sortes de rampés parce que j'ai eu la sensation de m'être éloignée de mon intention de travailler dans le détail et en profondeur la séance « schéma corporel de l'abandon ». J'ai aussi choisi de faire ce détour vers les coordinations motrices liées au ramper pour déplier l'éventail des séances Feldenkrais et mettre en évidence la pédagogie exploratoire de la méthode, pour apprendre, réapprendre des schémas de mouvements liés à l'enfance et quelque peu oubliés. En fin de compte, je m'aperçois que chacun s'est emparé de quelque chose de ces coordinations motrices qui feront écho au lâcher prise de la cage thoracique. Ceci dit, je n'énonce pas de regret quant à ce détournement d'intention, d'attention... A la fin de cette matinée, quelqu'un a dit, à propos du ramper : « *il y a des moments où l'on ne sait plus comment faire* ». Cette réflexion me paraît essentielle car elle indique qu'il faut abandonner quelque chose de soi pour trouver un autre chemin. Tout changement d'orientation nécessite un changement d'appui.

## Réactions des équipes médicale et soignante

A l'issue de cette deuxième rencontre, je propose un temps de paroles que j'enregistre. Je souhaitais prendre note des questions, des remarques et des commentaires à propos de l'expérience et du ressenti de chacun à travers ces apprentissages et inventer les deux prochaines et dernières séances de janvier. Voici de larges extraits choisis pour la diversité des sujets abordés et les réactions. Je ne fais pas état de mes réponses mais j'ai mis en évidence les enseignements que j'en tire pour la suite :

- « *Comment sait-on si notre mouvement est **juste** puisqu'il n'y a pas de **correction** ?* »

- « *Moi, je fais beaucoup de sport et ce que l'on a fait là c'est infernal pour moi. **Je faisais comme je fais d'habitude : je faisais** beaucoup pour un résultat nul. **J'ai appris qu'en faisant peu et en se mettant dans le ressenti, c'est efficace.** Ce n'est pas le mot efficace que je voudrais dire mais cela fait avancer, on se libère, on sent quelque chose. C'est **révolutionnaire** pour moi cela ! Ce n'est pas faire qui compte, c'est trouver le déclic, l'organisation, l'harmonie... J'étais dans un effort terrible ! Je n'avancerais pas et je ne me faisais pas **plaisir.*** »

- « *Je trouve que ce qui est nouveau et c'est logique, c'est que l'on **veut** faire. Par exemple, la consigne est de monter l'épaule si tu ne donnes aucune autre indication, on est un peu bête, on fait... mon épaule lève bien, au maximum on va dire, c'est plaisant mais d'un seul coup tu nous dis de sentir ce qu'il se passe dans le sacrum, vers l'omoplate. **Cette attention à ailleurs** nous débarrasse du faire pour être dans une **globalité**, moi je trouve que c'est énorme !* »

- « *Cette attention à ailleurs est aussi due à la **résonance du mouvement** que l'on travaille, c'est cela qui m'a surpris !* »

- « *Quand tu disais assouplir **la nuque**, c'est drôlement intéressant de voir **comment en mobilisant le bassin cela a des répercussions.** Rien que cela déjà je me dis **je pourrais mieux m'asseoir sur une chaise**, être plus détendue rien qu'en positionnant mieux mon bassin... »*

- « *Il y a une notion intéressante que j'ai trouvée hier, c'est la notion de **rotation** et il y avait de la **confusion**, quand on a travaillé comme cela (elle montre l'inclinaison). J'ai trouvé intéressant de travailler dans **l'inclinaison** avec les mains autour de la tête, inclinaison et rotation... Je n'avais pas senti cette différence, cette histoire de pivot pour aider au retournement... »*

- « *Pour ma part c'était la **prise de conscience des limites**, c'est à dire arrêter avant d'avoir mal. Je me suis aperçue que j'avais plein de blocages tout le côté droit surtout au niveau de*

*la nuque et de la fluidité du côté gauche. Cette prise de conscience s'est faite doucement... Je fais beaucoup de sport aussi mais toujours à fond ! **Retrouver du plaisir au mouvement** »*

- « *Quand tu as dit de faire **50 % de moins** au niveau de l'amplitude... tout à coup, il s'est passé quelque chose et je me suis sentie mieux... mais c'est contraire à ce que l'on fait habituellement ! »*

- « *Faire le mouvement **sans bouger** est intéressant et inhabituel. Cela rejoint ce que l'on demande aux **patients**... Allez explorer **d'autres pistes, d'autres mouvements, d'autres façons de faire, d'autres regards**, encore faut-il le pouvoir... »*

- « *Mais, parfois quand même au départ je trouve que j'étais obligée d'aller à fond pour essayer d'avoir la sensation sinon je ne l'avais pas. Une fois que je l'avais trouvée, là je pouvais **diminuer les amplitudes**. Parfois, démarrer petit ne me permettait pas de sentir mais en allant plus loin, oui. »*

- « *J'ai réalisé qu'il y avait plein de mouvements que je faisais **sans respirer** parce que je forçais trop et de **caler la respiration me donnait un bon garde-fou** »*

- « *Quand on marche **dans les heures qui suivent** il n'y a pas du tout les mêmes points d'appuis. C'est totalement différent et il y a vraiment des choses qui se passent **en profondeur** sans que l'on cherche forcément à faire... **Cela s'inscrit dans la marche après** »*

- « *Je pense que c'est vraiment quelque chose de tout à fait différent par rapport à la rééducation : de ne pas vouloir à tout prix arriver à faire le mouvement et même avec de l'expérience, on n'a pas forcément ces notions de faire tout petit. **Même sans faire tu as quand même des répercussions**, un travail qui se fait ! Cela peut être intéressant justement de **proposer à certains patients** qui ne peuvent pas faire les mouvements d'être dans la visualisation... De ne pas forcément être dans le mouvement mais dans la sensation de ce qui pourrait se passer ... »*

- « *Tu peux sentir les limites et ne pas sentir l'harmonie de toute la chaîne, **les résonances** ... Il y a des sportifs de haut niveau qui n'ont aucune conscience de leur corps. D'où l'idée de toutes ces techniques de fascia, de Feldenkrais pour les danseurs, pour les musiciens car ce sont des virtuoses techniques mais **des désertés du corps**. Ils sont très forts techniquement...Ce sont les découvertes de ces dernières années qui ont amélioré les performances sportives ! Il y a des gens qui peuvent ne pas avoir conscience de leur corps et qui sont des virtuoses dans le sport ou la musique »*

- « *La découverte du **sternum** par exemple, c'est fort cela ! Pourtant on le bouge, on respire... »*

- « Dans notre métier nous serons meilleurs si nous sommes plus relâchés et **la relation à l'autre sera meilleure** »
- « A force de ne plus bouger, le cerveau ne sait plus comment faire bouger, la partie concernée s'exclut... Si le patient ne sait plus bouger, **il faut peut être le faire imaginer, il faut lui donner une « canne** »
- « C'est intéressant. Si tu fais **mimer** le handicap à la cheville qui va bien, après la cheville abîmée va trouver l'intelligence pour réapprendre la mobilité, c'est le cheminement qui va se transférer. Cela peut être un jeu pour les enfants. Il faut que cela passe par le cerveau. Il faut que cela se reconnecte. A un moment c'était figé, c'était bloqué.... **C'est un transfert d'apprentissage**. Comme on a un corps calleux, normalement cela devrait fonctionner. »-  
« Moi, je sens tout l'intérêt de cette rééducation avec ce travail. A un moment j'avais cherché des mouvements pour ramper et là j'ai trouvé des choses très intéressantes à décortiquer à ressentir. **Il y a des moments où on ne sait plus et là aussi c'est intéressant. Cette idée est vraiment à creuser.** »

J'écoute ces commentaires, je remarque que les observations se sont portées dans un premier temps autour de l'application de ce travail à la vie personnelle pour s'orienter ensuite vers la vie professionnelle. Les réactions de l'équipe sont différentes : certains ont exploré ces coordinations habituelles avec ennui ou avec plaisir, pour d'autres ces mouvements inhabituels ont demandé beaucoup d'effort, surtout dans la position à plat ventre. Un débat s'est installé autour des attentes de chacun par rapport à ce travail : raisonner en efficacité, en dépense d'énergie (pratique de la natation et des sports en général) ou privilégier le savoir – sentir (percevoir la transmission du mouvement éviterait des blessures). L'organisation du mouvement de ramper a suscité un intérêt dans l'optique de réinvestissement auprès de patients. Je retiens également :

- L'importance de déplacer son attention ailleurs
- Le faire n'améliore pas l'efficacité du mouvement
- La prise de conscience des limites, de la respiration
- Le travail en imagination et son intérêt pour la rééducation avec les patients.

Je perçois une demande d'évaluation à laquelle je réponds qu'il s'agit d'un apprentissage exploratoire où chacun apprend à partir de sa propre expérience sensori-motrice, et non à partir de modèles et de règles extérieures. Il n'y a pas de jugements, de succès, d'échec ou de performance - l'attention peut être accaparée par la peur de ne pas bien faire -. Nous

apprenons à défaire des habitudes inutiles, à abandonner l'idée de réussir. Cela aura plus d'effets à long terme que d'essayer de corriger une posture de l'extérieur.

### **Troisième et dernière rencontre : samedi 16 janvier 2010, 9h / 11h**

Je décide donc de préparer une séance qui me permettra de faire des commentaires sur les notions de **lenteur**, de **réversibilité**, de ne pas **chercher à réussir**, sur le travail en imagination, la respiration et les notions de regard focal et périphérique en lien avec les schémas posturaux. Mon intention est de conclure en revenant vers le **schéma corporel de l'abandon** pour vivre ce laisser faire et permettre à l'attention de se déplacer sans fixation, d'apprendre par la perception de soi en mouvement.

1<sup>ère</sup> séance :

- Assis au sol, une jambe pliée devant et l'autre pliée derrière soi : aller regarder derrière soi à partir du mouvement du bras : travail de différenciation entre la colonne vertébrale et la ceinture des épaules, la ceinture des hanches ; explorer cette intention par le regard focal ou périphérique : percevoir les différences - être en relation avec l'espace.

2<sup>e</sup> séance :

- Allongé sur le dos : retour sur le schéma corporel de l'abandon avec des variations au niveau de la position des bras et sans intention de s'asseoir exprimée physiquement, uniquement en imagination.

Après cette troisième rencontre, je vois des changements chez tous les participants : plus de fluidité, de facilité de mouvement, une attention plus présente à l'instant et moins d'effort. Ce que nous ressentons comme un effort est une tension inutile résultant d'un acte mal adapté. Cela pourrait être comparé à rouler à toute allure sur une route horizontale avec les freins serrés... et les dommages correspondants.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Je redonne cette métaphore entendue lors de ma formation Feldenkrais – Accord Mobile Paris 3 - sans savoir à qui l'attribuer.

## Bilan des médecins et des soignants, un mois plus tard

C'est dans une enveloppe blanche que les commentaires de chacun, manuscrits ou tapés, ont été placés à mon intention. Onze personnes sur douze ont fait cette démarche. Je choisis de faire une synthèse de ces évaluations en distinguant trois groupes dans l'équipe :

### **\* des personnes qui ne travaillent pas directement avec le corps, comme l'assistante sociale, la secrétaire :**

- leur ressenti pour elles-mêmes : *similitude avec le Tai Chi quant à la lenteur et les enchaînements de mouvements et la sophrologie quant aux positions de travail, les paroles et le ton de la « thérapeute ». Difficultés parfois à être dans la sensation, prise de conscience de ses propres douleurs et de l'absence de douleurs. Etonnement et surprise de noter les liens entre les parties du corps et les réactions en chaîne provoquées par de tous petits mouvements.*

- leur ressenti pour les patients : *ce travail peut redonner espoir à certains patients douloureux chroniques qui ne peuvent plus accomplir certains gestes aux quotidiens. Les patients doivent être prêts dans leur tête et ne plus être dans la plainte. Méthode ressource sur le plan physique et mental.*

### **\* des personnes qui travaillent dans la sensorialité comme les infirmières pratiquant les massages, le kinésithérapeute :**

- leur ressenti pour eux mêmes : *méthode intéressante pour le ressenti de la position des différentes parties du corps dans l'espace et pour la connaissance du corps. Lenteur et calme des mouvements appréciés. Découverte d'une autre approche du corps (en séance individuelle) qui crée des perceptions de longueur et de verticalité différentes, de résonance dans les articulations voisines. Quelques courbatures et des difficultés de mouvements dans la position à plat ventre alors que les séances assises sur une chaise ou debout sont réutilisables avec les patients.*

*Meilleur alignement d'un corps plus dense avec un effet « sablier », c'est-à-dire une échappée des tensions, une mobilité intérieure ou une circulation intérieure, accroissement des possibilités directionnelles, sensation que la séance n'a pas fini de travailler... Intérêt pour les schémas de correspondances corporelles.*

- leur ressenti pour les patients : *si certains exercices sont poussés à l'extrême cela peut entraîner des douleurs. Ce travail demande à être adapté en fonction des pathologies. Le*

*vocabulaire n'est-il pas un peu complexe pour le patient ? Les séances individuelles semblent intéressantes pour les patients douloureux chroniques du centre qui sont prêts à se poser et être dans une écoute patiente. De quelle façon peuvent-ils le **transposer dans leur quotidien** ?*

Une infirmière a comparé la Méthode Feldenkrais (1943) à la technique de Massage Sensitif (Claude Camilli – 1956) qu'elle utilise au centre. C'est un travail qui demanderait une autre recherche, un autre temps, aussi je ne ferai que l'évoquer :

*- Ces deux méthodes d'éducation somatique s'occupent de la globalité de l'individu, dans une unité corps esprit. Ces approches permettent à la personne de renforcer son être, d'agir sur elle-même et de soigner ses maux. L'écoute et l'observation sont primordiales, elles permettent de différencier, de s'améliorer, le travail se fait en douceur, sans forcer. Les différences pourraient se situer dans l'action sur la respiration : ouverture de la cage thoracique pour Feldenkrais et relance de la respiration en Massage Sensitif et dans le « comment apprendre à mieux organiser son corps » et le « comment apprendre à mieux disposer de son corps ? »*

**\* des personnes qui se sont formées dans une technique, comme l'hypnose Eriksonienne, l'auriculothérapie, mais qui n'enseignent pas elles-mêmes une technique corporelle au centre, comme les médecins et psychologues :**

*- leur ressenti pour elles-mêmes : **attention à soi très aiguë**, une écoute différente des mouvements, chaleur, apaisement, calme intérieur, obligation de se concentrer sur le mouvement : rien de connu à suivre « machinalement » ce qui conduit à une détente, **un arrêt des pensées**. Intérêt de faire des **constats avant, pendant et à la marche** pour noter la différence d'équilibre, cela crée une prise de conscience que le rééquilibrage est subtil et ne passe pas forcément pas de grands mouvements. Plus de fluidité, de disponibilité à l'autre, sensation d'être « dégrippée ». Un mois après, **envie d'y revenir et d'être attentif à soi de l'intérieur, l'attention est différente aux mouvements lors de la pratique de sport.***

*Découverte « épaisse » de cette discipline, nouvel univers par rapport à celui du yoga au niveau des sensations et de conscientisations corporelles. Dimensions de lenteur et de fluidité. Re-découverte du corps sous l'aspect du **petit**, de l'infime mais agréable, avec la sensation d'harmonie entre les parties du corps et de **réaction en chaîne**. Appréciation de porter **attention au mouvement sans se forcer**, être concentré sur le corps sans en ressentir un effort particulier : juste écouter les articulations, visualiser les segments articulaires en mouvement*

*entourés de muscles et tendons, entendre la respiration en cadence, voir les bulles d'oxygène parcourir les vaisseaux... Redécouverte du mouvement dans une **globalité**, peut être **une trace animale archaïque** oubliée mais profondément inscrite dans le corps qui s'exprime sans retenue puisque le cerveau lui laisse enfin prendre le dessus !*

- leur ressenti pour les patients : *Il est fondamental qu'il puisse exister **une redécouverte de cette genèse du mouvement** qui peut participer à un **phénomène de réparation tant corporel que psychique**. Réappropriation du corps dans la pleine conscience pour aller vers un **réaccordage** corps/psyché qui est souvent défailant pour les personnes. Technique intéressante pour certains des patients douloureux chroniques qui ne sont plus dans **la plainte constante**. Elle pourrait les aider à trouver un autre regard sur leur corps, grâce à ses sensations agréables d'apaisement que procurent cette redécouverte du mouvement. Elle peut les aider à sentir que, malgré tout, **ce corps meurtri à des capacités d'adaptation** et cette méthode peut peut-être les aider dans la recherche de solutions.*

Un médecin témoignera des liens entre la méthode Feldenkrais et l'Hypnose Eriksonienne :

- ***explorer ailleurs** que le seul mouvement proposé permet d'oser changer son registre de solutions éclusées.*
- *le mouvement se fait, et non plus je fais le mouvement : **il y a un « cela » sur lequel je peux m'appuyer**, une intelligence du corps qui peut me surprendre.*
- *cette proposition d'explorer ailleurs soutient le **bénéfice** qu'il y a à « **porter son attention** » ailleurs et qui est « **salvatrice** » de la douleur (la distraction attentionnelle module les phénomènes douloureux dans le sens d'une diminution de la douleur).*
- ***Confusion** (la tâche impossible) permet la **défocalisation** de la douleur ou autre est la première étape de la transe. Tous ces apprentissages pendant la séance sont des « chances » à prolonger ensuite dans la vie quotidienne.... Pour permettre la seule chose qui compte finalement : **le changement**.*

Je remarque la similitude entre ces deux moments de paroles : le temps d'échanges en décembre et les écrits. Ces derniers apportent cependant des éclairages sur la complémentarité avec les pratiques psycho corporelles proposées par les soignants.

Il me paraît donc clair que pour les médecins et les soignants, la méthode Feldenkrais est prophylactique. Elle travaille à la rééducation et non au traitement, il y est question

d'apprentissage et non de maladie et de soins. La pédagogie est exploratoire, elle ne fonctionne pas par imitation de modèles mais en suscitant des expériences personnelles.

J'ai perçu des personnes curieuses dans leur propre expérience du savoir sentir et conscientes du bénéfice des moments pris à la fois pour soi et avec d'autres. Elles se sont saisies de ces propositions comme d'une possibilité de développer un langage commun avec les patients autour de la sensorialité. Les craintes relatives à la compréhension des consignes par les patients pourraient avec plus de temps être dissipées en rappelant que dans chaque séance chacun cherche un rythme d'action adapté à ses moyens. Les consignes de mouvement sont simples et n'évoquent pas tout de suite l'action finale (comme par exemple s'asseoir, se retourner...) ; aussi, non seulement il n'y a pas la nécessité de se presser pour réussir, mais la lenteur d'exécution des mouvements permet d'apprendre et de s'autoriser à faire des erreurs. Chacun agit en fonction de son propre vécu. Il est primordial de faire confiance à l'enseignant pour entrer dans un état de conscience accru, proche de la transe, afin de réduire les efforts inutiles et se libérer de ses limitations habituelles. Aller du global au subtil et de ce qui est familier à ce qui est inhabituel est une question d'attention à soi. La méthode Feldenkrais s'adresse à des personnes, pas à des pathologies.

Quel patient est prêt à cela ? Quelles sont ses motivations ? A plusieurs reprises j'ai entendu que le patient ne devait plus être dans la plainte pour redécouvrir ces mouvements apaisants. Russel Delman <sup>19</sup> pense qu'accepter la douleur permet le changement et enrichir le langage de la douleur par l'expérience sensorielle pourrait diminuer les ressassements d'idées « *Porter son attention sur la qualité de présence en plus de celle de penser* ». Une qualité de présence neutre crée une meilleure relation au monde extérieur, enrichit la faculté de penser en termes fonctionnel, créatif et non plus compulsif : la douleur comme une expérience vivante.

M. Feldenkrais disait que quand un élève se plaignait d'une douleur à un endroit spécifique, il « reformulait » le problème dans le contexte d'un apprentissage pour améliorer la qualité du mouvement particulier. La localisation d'une douleur peut être une source pauvre d'information sur ce qui n'est pas fonctionnel. La reformulation d'une demande en termes sensoriels libère de la perplexité d'un jargon technique.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Commentaire lors d'une post-formation à Vassaux (Ardèche) en octobre 2004

<sup>20</sup> Article de Mark Reese : approche verbale de M. F dans l'éducation somatique : parallèles avec l'utilisation du langage par Milton Erickson

J'ai noté également l'intérêt pour le travail en imagination qui ouvre des pistes de recherche dans le travail des médecins et soignants avec les patients et le déplacement de l'attention attesté comme susceptible de diminuer le seuil de la douleur.

Le questionnement sur le « comment continuer » avec les patients dans leur quotidien ne m'amène pas de réponse pour l'instant. Le Docteur PICARD a émis une réserve en ce qui concerne la prise en charge en général dans les centres de la douleur dans la mesure où il est indispensable que le patient puisse prolonger ce travail par lui-même en dehors du centre. Cette possibilité est-elle offerte avec le travail Feldenkrais ?

Je cite la métaphore du Docteur PICARD « tout ce que l'on peut proposer aux patients douloureux chroniques pour les aider dans la gestion de leur douleur c'est comme un poteau indicateur qui met sur la bonne voie. Il ne faut pas s'y accrocher, s'y agripper sinon ce n'est plus possible d'avancer. » La méthode Feldenkrais pourrait être un de ces poteaux indicateurs sur lequel toute personne peut s'appuyer quels que soient son parcours, son expérience, et une indication à explorer d'autres chemins vers le changement et l'autonomie.

## **II- Avec les patients douloureux chroniques**

Je suis arrivée au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur en sachant que j'allais rencontrer 5 patients ayant des douleurs neuropathiques centrales et 6 patientes fibromyalgiques. N'étant ni thérapeute, ni médecin, j'ai recherché quelques éléments qui me permettraient de comprendre ces maladies chroniques douloureuses.

### **a- Les pathologies neurologiques**

#### **- Entretien avec le Docteur PICARD**

En novembre 2009, je rencontrai, pour la première fois, les 5 patients sélectionnés par le Docteur PICARD. Une petite salle bien chauffée est mise à ma disposition pour les recevoir ainsi qu'une table de travail. Je les reverrai en décembre 2009, en janvier et février 2010, à raison d'une séance individuelle par mois. L'hypothèse qui consiste à m'appuyer sur le schéma corporel de l'abandon comme pour les équipes médicale et soignante est toujours d'actualité.

Autant dire que je n'avais jamais rencontré de personnes vivant avec autant de douleurs et dans la souffrance d'une vie quotidienne à réinventer. Dans un premier

mouvement, je me suis dit qu'effectivement le schéma corporel de l'abandon allait souvent être en arrière plan de mon attention et qu'il fallait que je compte davantage sur mes capacités d'adaptation. Après avoir rencontré les trois premiers patients, le Docteur PICARD me propose d'emblée un entretien afin de m'expliquer le pourquoi et le comment de ces pathologies neurologiques. J'accepte avec empressement.

***Ils sont amarrés dans le corps avec pompes, plaques et vis...***

*« C'est à la suite d'un accident que quatre de ces patients ont vu leur vie basculer, et pour une patiente il s'agira d'un anévrisme du tronc cérébral. Un accident de la route, un accident domestique, un accident de travail et un accident chirurgical. Tous ces patients ont une atteinte neurologique centrale quelle soit médullaire ou cérébrale. Dès l'instant que le système nerveux central est atteint, l'évaluation clinique de ces patients révèle des troubles moteurs (plégie ou parésie et/ou spasticité) et une atteinte sensitive qui se révèle le plus souvent être douloureuse. »*

**Pourquoi la moëlle épinière est-elle douloureuse quand elle est atteinte ?**

*« La transmission douloureuse est altérée ainsi que les contrôles qui sont contenus dans les fibres ascendantes et descendantes de la moëlle épinière. »*

**Comment peut-on expliquer le paradoxe anesthésie ou hypoesthésie/hyperalgésie ?**

*« Ce paradoxe se nomme douleur fantôme. Il est secondaire à l'activation neurologique centrale en particulier au niveau cérébral qui trouve son explication dans la déafférentation du schéma corporel. En effet, l'ensemble du schéma corporel est représenté au niveau cortical que ce soit sur le versant moteur ou sensitif. Lorsque les régions corticales dévolues à certaines parties du corps ne reçoivent plus d'information sensorielle ou motrice, il y a un vide qui tend à se combler par des phénomènes de réexcitation neuronale eux-mêmes à l'origine des phénomènes d'excitation douloureuse.*

*Par le biais de l'autre système nerveux, celui que l'on appelle le neurovégétatif : le sympathique et le parasympathique qui n'est pas forcément altéré, la méthode Feldenkrais peut, peut-être, communiquer quelque chose... Toutes ces techniques psycho corporelles ou corporelles agissent sur le parasympathique pour lâcher, ouvrir.*

***Nous sommes très limités sur le plan thérapeutique, nous n'avons aucune solution pour le moment... Tous les patients ont des médicaments contre la douleur. Il y a des anti-***

*épileptiques qui contiennent un peu l'excitation et bloquent la transmission et des anti-dépresseurs qui fonctionnent comme des filtres sur la douleur et qui renforcent le contrôle. Ces deux classes thérapeutiques sont théoriquement très séduisantes mais relativement décevantes en clinique quotidienne car non active chez tous les patients et parfois grevées d'effets secondaires importants. C'est pour cette raison que parallèlement aux techniques médicamenteuses d'autres stratégies thérapeutiques sont nécessaires. Elles peuvent être techniques comme avec Monsieur A...qui a bénéficié d'un cathéter intra-thécal (c'est-à-dire plongeant dans le liquide céphalo-rachidien) et qui distribue en permanence une molécule anti-spastique. D'autres avancées plus techniques comme la stimulation corticale sont réservées aux patients présentant des douleurs neurologiques centrales rebelles à toute thérapeutique.*

*Tous les patients sont à des niveaux différents de pathologie mais aussi d'avancement dans la gestion des phénomènes douloureux. Quatre patients sur les cinq sont des « vieux » traumatisés. Ils traînent leur handicap, leur douleur depuis une dizaine d'années. Cet état s'inscrit dans leur corps avec une perte de fonctions. Ils ne sont pas tous déprimés. Ils doivent développer leurs propres ressources : ils apprennent la relaxation, l'hypnose.... »*

Je remercie le Docteur PICARD pour ce temps qu'elle m'a accordé : un temps pédagogique et formateur qui m'éclaire pour la suite de mes interventions. J'ai retenu de son exposé qu'en faisant appel au système para sympathique, il y a la possibilité de calmer cet état d'hyper vigilance, lui-même à l'origine de tension musculaire importante. C'est aussi une réflexion que j'ai notée pendant nos cours avec Hubert Godard à Paris 8 : travailler sur les chaînes musculaires profondes en les renforçant crée une détente, une relaxation et joue sur la posture, le calme mental, le mode de respiration. C'est un éveil de l'attention minimale pour avoir le maximum de potentiel d'actions. La séance relative au schéma corporel de l'abandon, du lâcher prise de Russel Delman que j'ai utilisée avec les équipes médicale et soignante me paraît être un choix judicieux pour aborder le travail en séance individuelle.

Cette séance sera, tout au long de mes interventions, toujours et encore en avant plan ou en arrière plan de mon attention. Avec aucun d'entre eux je n'irai au bout de cette séance mais peu importe : c'est le chemin emprunté différemment avec chacun pour s'en rapprocher qui les sécurisera et leur donnera l'opportunité de rester éveillés à leurs propres possibilités d'avancer, de changer.

- Etude de cas

Dans *L'évidence en question*, M. Feldenkrais écrit : « *L'Intégration Fonctionnelle fait appel aux éléments les plus anciens de notre système sensoriel : le toucher, les sensations de traction et de pression, la chaleur de la main (...). La personne, de plus en plus attentive, sent son tonus musculaire diminuer, sa respiration se faire plus régulière et plus profonde, son abdomen se détendre et sa peau, mieux irriguée, se dilater. Elle ressent ces choses selon un mode primitif volontairement oublié et retrouve le bien être d'un jeune enfant en pleine croissance* ».

Dans la séance individuelle « Intégration Fonctionnelle » le praticien touche et mobilise physiquement la personne pour augmenter sa perception kinesthésique interne. Avant tout, il s'agit d'un dialogue entre deux personnes. Quelqu'un est prêt à se rendre disponible pour quelqu'un d'autre et explorer sa logique de transmission de la force à travers le squelette et la distribution du mouvement dans les articulations.

J'ai pris le parti de choisir l'étude du cas de Monsieur B parmi les autres patients : d'une part parce qu'il m'a semblé plus évident de traiter avec lui du déplacement de l'attention et d'autre part parce qu'il me paraissait être le plus éloigné du schéma du lâcher prise.

### Synthèse du diagnostic médical

Monsieur B a 62 ans, il est tombé d'une échelle en 1996 et s'est fracturé le segment cervical C6/C7. L'opération a consisté à bloquer définitivement l'articulation de ce segment. Des plaques et des vis maintiennent son cou et des greffons d'os lui ont permis de refaire son canal rachidien. Il souffre de douleurs permanentes, à type de brûlures, au niveau cervical et à type de tiraillements au niveau lombaire à hauteur de 7/10 sur l'échelle d'évaluation de la douleur. Il présente une forte dégradation du dos, certainement par compensation. Aujourd'hui, il a des problèmes de rachis dorsolombaire : une hernie discale à chaque étage, de l'arthrose partout et une destruction osseuse. Personne ne veut l'opérer. Il a en permanence mal au dos et aux jambes. Cette décompensation secondaire de son dos est peut être due à son accident et peut être aussi à un terrain. Il a des douleurs neurologiques un peu étagées. Partout ses nerfs sont mis à vif par des petits bouts d'os. Il a une souffrance des racines des nerfs, il n'a pas les signes moteurs mais les signes sensitifs.

## Novembre 2009, première rencontre

Monsieur B arrive en marchant précautionneusement. Tout est organisé dans son corps pour marcher avec le moins de douleurs possibles. Ma première action me concerne. Elle est kinesthésique, empathique : je me confonds dans l'organisation squelettique de sa marche. Je me ressens « en train de marcher comme lui » cherchant à localiser où sont ses amnésies sensitivomotrices. Je l'observe en m'appuyant sur la grille de lecture du corps proposée par Hubert Godard lors de notre formation :

- une tendance à marcher avec un dos figé en extension, la poitrine projetée en avant,
- pas de mouvement de torsion dans la colonne vertébrale
- une tête fixée avec tendance à rentrer le menton,
- des bras qui balancent un peu à partir de l'articulation de la tête de l'humérus sur l'omoplate,
- peu de mouvement du bassin et des hanches plutôt tournées en rotation externe

Il est entendu dans notre pratique Feldenkrais d'interroger chaque personne pour lui demander ce qu'elle aimerait améliorer en termes de mobilité ; souvent la demande est en relation avec une douleur, parfois il y a juste une curiosité envers ce travail d'intégration fonctionnelle. Dans ce contexte inhabituel, je n'éprouve pas la nécessité d'interroger la personne sur sa demande. Je perçois l'intensité de la souffrance, la question me semble dérisoire et ce sera la même chose pour chaque patient lors de la première rencontre.

Après **l'écoute visuelle**, je passe à **l'écoute auditive** : Monsieur B parle beaucoup, il décrit sa douleur. Je lui demande dans quelle position il se sent confortable pour que je puisse travailler avec lui. Il ne peut s'allonger que sur son côté droit : s'allonger sur le dos ou de l'autre côté le gêne et accentue ses douleurs. Je place un coussin sous sa tête afin qu'elle soit dans l'axe de la colonne vertébrale ; je place un rouleau entre ses deux jambes et un autre entre ses deux bras. Cette installation permettra aux muscles de ne plus avoir de poids à soutenir. Ce sont les supports qui font le travail maintenant. Monsieur B ne parle plus, je le sens présent à ce que mes mains proposent.

Je commence **l'écoute kinesthésique**. J'ai toujours en arrière plan de mon attention ce schéma corporel de l'abandon. Je pose mes mains sur le côté gauche de son bassin, ma première intention sera d'évaluer la mobilité de son bassin dans un plan de rotation : je ne sens pas le bassin répondre à la direction que je propose, je ne force pas pour que le bassin

bouge. Je ne perçois pas de mouvement entre l'articulation du sacrum et l'os iliaque gauche. Je décide de continuer mon évaluation quant à la mobilité de la jambe gauche, de la colonne vertébrale, de la cage thoracique, de l'épaule gauche, de la tête... avec la même constatation. Quelle porte va s'ouvrir pour que je puisse entrer en contact avec lui ?

Je décide de placer mes doigts dans la gouttière supérieure de la colonne vertébrale et je vais inviter tour à tour chacune des vertèbres jusqu'à la première thoracique, avec un contact léger, à aller dans le sens de flexion latérale que la colonne a prise dans cette position sur la table. J'imagine la mobilité de chacune d'entre elles. Je dessine sa colonne vertébrale avec une qualité de toucher suffisante pour attirer son attention et la déplacer du bas du corps vers le haut. Je reviens vers le bassin, mes deux mains sur le haut de sa crête iliaque gauche et j'invite le bassin à se déplacer en flexion latérale. J'installe un dialogue entre le bassin et la colonne vertébrale. Je décide de passer un peu de temps à différencier les articulations de sa jambe gauche et à observer comment le mouvement de la cheville se transmet vers son genou puis vers la hanche. Je cherche à transmettre la force à travers le squelette.

A nouveau, je place mes mains sur son bassin pour vérifier si mes propositions créent du sens en améliorant la mobilité dans le plan de flexion latérale mais aussi dans celui de la rotation. Je perçois du mouvement. Je place son bras gauche sur son côté gauche et je continue mon enquête, je place mes mains sur son épaule gauche et je questionne son omoplate gauche : est-ce qu'elle glisse sur les côtes ? Dans quelle direction ?

Je change de place pour passer de l'autre côté de la table, face à Monsieur B et c'est à partir de son bras gauche, en le soutenant et en le tirant délicatement vers moi que je reposerai cette question et que j'évaluerai de combien la cage thoracique peut suivre, par une rotation, l'allongement du bras. Peu de réponses là encore.

Je replace son bras sur son côté gauche et reviens me placer à la tête de Monsieur B. J'installe mon bras droit sur son côté gauche et les doigts de ma main gauche à nouveau dans la gouttière supérieure de la colonne vertébrale. En pressant sur son côté gauche avec mon bras droit, j'invite en même temps les vertèbres à bouger dans le sens de l'inclinaison. Je crée des liens de mouvement entre ses côtes, son bras et sa colonne vertébrale.

Quand je reviens m'asseoir derrière Monsieur B je place ma main droite sur ses côtes, d'abord sous l'aisselle gauche, puis un peu plus bas. Je teste la mobilité des côtes à nouveau dans le sens de la flexion latérale puis dans celui de la rotation. A chaque question posée par mes mains, les réponses sont très discrètes. Monsieur B me paraît somnoler.

Je continue et je place ma main droite sur ses côtes et ma main gauche sur son bassin et j'imagine, sans aucun mouvement, que j'emmène ces deux volumes du corps, le bassin et le

thorax, à se déplacer en avant en se rapprochant l'un de l'autre et de retour à la position initiale. Je suis calme, je respire. Je suis là avec lui, dans son mouvement. C'est un dialogue. Je suggère une direction de mouvement et j'attends une réaction. Je reviens vers le premier mouvement du bassin que j'ai testé au début de la séance, je vois que celui-ci commence à tourner, à lâcher prise parce qu'il est relié par un mouvement, même infime, aux autres parties du corps. La stimulation répétée permettra à Monsieur B de se souvenir de cette mobilité. Je commence à sentir du changement dans sa façon de bouger.

La séance se termine. Je m'approche de la tête de Monsieur B. C'est la partie la plus lourde de notre corps, celle qui « *porte tous les instruments nécessaires à notre orientation dans l'espace, mais également à nos relations avec le son, la lumière et l'odeur* »<sup>21</sup> Je constate peu de mouvements, Monsieur B la maintient rigide. Je la mobilise doucement en la tournant, en imaginant que la soulève, que je la renverse en arrière, en avant ainsi, une fois que Monsieur B sera assis et debout, sa tête sera intégrée à la sensation de changement qu'il percevra ou non.

Je lui demande s'il peut envisager de repasser sur le dos en gardant les jambes pliées, sachant qu'il ne souhaitait pas s'installer dans cette position en début de séance. Il accepte, il est calme, il prend son temps pour se tourner. Quelques grimaces me laissent entendre que le retour dans la position assise ne sera pas simple. Une fois sur le dos, je lui demande s'il perçoit des différences entre les deux côtés de son corps. Pas de réponse, il ne sait pas. J'entends : il ne sent pas. C'est justement ce travail là qui est à faire. Apprendre à sentir.

Je l'aide à s'asseoir. Nous restons un temps assis côte à côte sur la table. Je respecte ce moment où il revient sur la verticale. En parlant de la mémoire corporelle, Hubert Godard dit : « *plus on descend dans le corps, plus elle est forte. C'est une mémoire archaïque. La position assise est une position transitoire qui permet de se relever en gardant la sécurité construite au sol. La verticalité c'est la rencontre avec l'autre.* »<sup>22</sup>

Une fois debout, Monsieur B marche, je le sens étonné. Cet instant « autre » durera quelques minutes. Pensant qu'il s'était un peu assoupi pendant la séance, je suis vite contredite. Monsieur B commence une analyse minutieuse de la séance Il a perçu les différentes connexions entre le haut et le bas de la colonne vertébrale, entre la tête et les pieds. J'apprends qu'avant de venir il s'est renseigné sur la méthode Feldenkrais. Il en parle... presque mieux que moi !

---

<sup>21</sup> M. Feldenkrais – *L'évidence en question* – page 162

<sup>22</sup> Notes de cours avec Hubert GODARD – Paris 8 – décembre 2009

## Décembre 2009, deuxième rencontre

Je lui demande ce qu'il a remarqué après la séance précédente : *« J'ai remarqué que je faisais plus attention à moi, à mon état intérieur, cela m'a permis de ne pas aggraver les choses... mais malgré tout, j'ai forcé un peu en portant du bois, en déneigeant devant chez moi... mes douleurs se déclenchent à la marche et d'ailleurs je marche un peu mieux... »*

En observant Monsieur B pendant qu'il parle, je note que son côté droit est plus court ; je lui propose de s'installer sur son côté gauche.... Ce qu'il accepte. Il prend le temps de s'installer confortablement.

Dans un premier temps, j'accentuerai le schéma de flexion latérale du côté droit que j'ai noté : en augmentant la rétraction musculaire de ce côté et en la relâchant lentement, le système nerveux pourra reconnaître l'existence d'un autre choix, d'une autre organisation squelettique.

Puis, je reconstruis par questionnement le schéma de mouvement corporel qui se rapproche du mouvement de torsion de la colonne vertébrale. Je crée des espaces mobiles vers les 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> vertèbres thoraciques dans l'idée d'alléger la marche de Monsieur B. Je m'éloigne du schéma corporel de l'abandon pour mieux y revenir par la suite.

De retour sur le dos avec les jambes pliées, il ne sent pas de différences entre un côté et l'autre. Je pose mes mains sur ses genoux et je les incline vers la droite puis vers la gauche. *« Je sens très bien jusqu'où va ce mouvement, assez haut, en bas du thorax. Dans le sens purement axial cela remonte à peu près au niveau du dos par la colonne »* Je lui demande d'amener sa tête vers la droite quand j'incline ses jambes à droite, puis d'amener sa tête à gauche. Je le ramène vers le mouvement de torsion.

Puis je lui demande s'il peut allonger les jambes, ce à quoi il me répond *« Je ne peux pas le faire sinon cela va me déclencher un truc dans le dos comme d'habitude »*.

J'ai noté la façon dont il s'apprêtait à le faire : en soulevant ses jambes avant de les allonger ce qui provoque généralement une forte contraction des muscles du bas de dos, non recommandée pour les personnes ayant une sensibilité de la zone lombaire. Je lui propose alors d'utiliser une rotation externe de l'articulation de ses hanches et d'allonger une jambe après l'autre en glissant sur le bord externe du pied. Il se réjouit de cet apprentissage qui lui permet d'allonger plus paisiblement ses jambes. Mais je lui demande de rester avec les deux jambes repliées car malgré l'amélioration de cette position je perçois une appréhension sous jacente. *« Ce qui est drôle dans tout ce que vous m'avez fait, c'est que quand vous passez en revue le mouvement, les appuis...on sent que les points douloureux en appellent d'autres.*

*Chaque endroit a besoin d'être bougé pour être détendu. Il faut que je laisse le corps relâché totalement au maximum pour que l'effet soit le plus bénéfique possible. C'est pour cela que j'aime bien fermer les yeux et ne penser à rien. Essayer de ressentir tout ce que vous faites. »*

Une fois debout il perçoit un fort changement dans l'appui des pieds et « *il n'a même pas mal.* » Je lui demande de porter son attention sur le déroulé de ses pieds quand il va marcher. Il me répond aussitôt : *Pourquoi ? Je fais des pas trop grands ? Qu'est-ce que je ne fais pas ? Je les déroule mal ? Dites moi... C'est toujours intéressant de savoir* ». Je lui explique la différence entre marcher avec un pied qui se déroule, qui repousse le sol, qui crée une extension et qui allège la marche et le pied qui aurait plutôt tendance à amener le marcheur en flexion.

Je modère mes explications car Monsieur B conclut toujours par des « *Il faut se corriger* » « *Il faut que je change ma façon de faire...* » « *Cela oblige à...* » « *J'ai pris une mauvaise manie, il faut que je me redresse quand je marche...* » Il s'agrippe à une image idéale qu'il s'est forgée de lui et qui me paraît erronée. Monsieur B repart en disant qu'il est mieux qu'à l'arrivée. « *Vous voyez c'est presque une demande du corps d'aller chercher ailleurs car cela bouge de partout et j'ai bien senti aujourd'hui que c'est partout. Ce n'est pas que mon mal de dos, on sent que j'ai mal partout en fin de compte, tout a besoin d'être relâché. C'est un travail très pointu. Je surveille mes mouvements même si les douleurs arrivent. Je m'écoute plutôt que de passer à travers mes douleurs.* »

### Janvier 2010 – 3<sup>e</sup> rencontre

Monsieur B arrive, inquiet. Il a beaucoup de douleurs dans les jambes qu'il n'arrive pas à s'expliquer. Il a des crampes terribles quand il sort ses jambes de la voiture... Je le sens déprimé. Je lui demande de marcher. Il commente : « *C'est revenu de nouveau doucement dans les douleurs... mais avant que cela ne revienne, il y a eu un petit quelque chose, vraiment très faible, c'est difficile à percevoir... J'ai augmenté mon périmètre de marche. J'ai essayé de ne pas me provoquer du mal en me projetant vers l'avant et vers le haut pour essayer de diminuer ces douleurs quand j'ai mal... Là aujourd'hui je suis raide ....* » Marchez comme c'est confortable pour vous ! « *J'essaye de marcher comme il faut mais j'ai une douleur qui me gêne. Elle m'empêche le basculement... Vous savez, quand on marche, on a le bassin qui bouge un peu, non ?* » Oui. « *Et bien, cela me gêne un peu...* » « *Quand il bouge ?* » « *Oui, parce que quand il bouge cela fait un enchaînement dans le tronc et cela fait bouger*

*tout ce qui est autour de la colonne et sur une bonne hauteur cela me fait mal ! » A quelle hauteur ? Il montre les vertèbres lombaires. Et au - dessus ? « Là non, cela ne se transmet plus après... peut être qu'il y a du mouvement mais je ne m'en rends pas compte ! »*

Que voudriez-vous travailler aujourd'hui ? *« Les jambes car ces douleurs sont pires que tout... »* Dans quelle position souhaiteriez vous vous installer ? *Cela m'est égal.* Sur le dos ? *« Oui, j'ai envie d'essayer, il faut que je passe ce cap ».* Monsieur B s'installe lentement sur le dos, non sans douleur. Je place un rouleau sous ses genoux et un autre sous les chevilles afin d'inviter la musculature des jambes à se laisser porter par le support. *« Ah très bien, cela calme mes douleurs ! »* Cette position n'était pas envisageable au début de nos rencontres. Je place une main sur le rouleau entre ses deux genoux et je commence à créer un mouvement de roulement qui, si le corps est bien organisé, se transmet dans les hanches, le bassin, la colonne vertébrale, le thorax, la ceinture des épaules, la tête... Une oscillation de bas en haut et de haut en bas. *« Je sens mes jambes qui montent et qui descendent, elles jouent sur le bassin et le bas du dos, c'est équilibré. On sent que c'est bien parallèle... »* Sa voix baisse... *« On ne fait pas assez de mouvements chez soi, tranquille, par terre... ».*

Je m'installe au niveau de ses pieds et là je vais commencer toute une série de différenciations avec tous les os du pied gauche pour stimuler les terminaisons nerveuses proprioceptives des articulations, des muscles et des tendons. Le changement de tonus musculaire du pied retentira dans l'ensemble du corps. *« Je m'aperçois que tout est détraqué... dans le pied il y a plein d'endroits où l'on sent des tous petits signes de douleurs que je perçois aussi dans la hanche gauche. Voilà, quelque part dans mon pied, tout n'est pas complètement en place. Les contraintes au quotidien font que l'on ne se rend pas compte mais on a tout qui est un peu coincé, vous voyez... »* Vous vous rappelez de notre discussion au sujet du déroulé du pied ? *« Oui, mais ce n'est pas du tout douloureux, ce sont des contractures qui vont disparaître tout doucement. C'est dur de rester debout finalement... »*

Je continue la séance en allant vers la hanche gauche. Ensuite je crée une connexion en diagonale entre la hanche gauche et l'épaule droite. Je différencie la tête de l'humérus droite avec l'omoplate droite. Je joue avec cette diagonale en la raccourcissant. J'essaie, en ne travaillant que sur une diagonale, de mettre en évidence la relation entre le haut et le bas du corps dans un mouvement de flexion. Je me rapproche du schéma corporel de l'abandon. Assise à côté de sa tête, je placerai une main sur son front pour évaluer l'amplitude, la facilité avec laquelle sa tête roule d'un côté et de l'autre. Puis je placerai mes mains de chaque côté de sa 7<sup>e</sup> cervicale, qui est une vertèbre – pivot pour la tête et une articulation charnière avec le thorax. J'ai tout à fait conscience que cette zone a été, par l'opération chirurgicale,

définitivement été mise hors service. En imagination, c'est-à-dire en portant mon attention sur moi en mouvement, je viendrai rappeler au cortex moteur de Monsieur B les différentes mobilités de cette zone.

Je reviens vers le rouleau qui est sous ses genoux, comme au début de la séance. Le roulement induit par ma main se transmet beaucoup plus facilement et légèrement. Il y a davantage de relations de mouvement entre les différents « objets » du corps. Je demande à Monsieur B de reprendre ces mouvements de torsion entre la tête et le bassin, puis de les imaginer. L'idée d'imaginer le mouvement lui permettra de clarifier mentalement l'organisation de cette coordination.

Je l'aide à s'asseoir : *« C'est drôle comme on ressent tout pendant la séance. De partout cela circule, on perçoit comme un chemin dans le corps. On s'imagine tout ce que cela fait comme mouvement. C'est une limite entre deux états : on n'est pas du tout relâché à fond mais on est pas en même temps contracté, un peu un état de veille, on se laisse un peu aller, cela fait du bien et on sent par moment que cela flotte... et hop cela revient. On ne pèse plus rien et les mouvements sont plus fluides... »* **et puis tout d'un coup, le « on » devient « je »** *« Je sentais des relâchements musculaires, des circuits qui se remettaient en route et je n'avais pas l'impression d'être sous le contrôle de quelque chose, mon cerveau n'était pas obligé de commander quelque chose ».*

Une fois debout, Monsieur B respire mieux : *« Je suis arrivé j'étais cassé en deux pour ainsi dire et là je me sens plus redressé. Je me sens mieux pour marcher, comme si j'avais grandi, même au niveau des jambes je sens plus de souplesse ; ce n'est pas encore parfait, il n'y a pas de miracle, mais **on** a bien travaillé ! »*

Comment cela s'est-il passé après la séance de janvier ?

*« La séance allongé sur le dos m'a fait terriblement du bien ! J'ai perçu de la détente et un répit. Je me disais que mon mal de dos était en train de disparaître et puis, je ne sais pas pourquoi, sans avoir rien fait de spécial, j'ai ressenti comme une barre douloureuse dans le dos, comme si j'avais fait un lumbago ! Alors je me suis mis au repos, tranquille, pour en faire le moins possible, j'ai refait les petits mouvements appris ensemble et tout doucement cette douleur est atténuée. J'ai massé le bas du dos avec une pommade à base d'argile et de menthol, cela m'a aidé. Malgré cette contraction soudaine j'ai eu quand même le sentiment d'avoir eu une amélioration, légère, mais plus que d'habitude. »*

Parfois, lorsque l'on sent une amélioration cela donne envie d'en faire tout de suite plus... *«Oui, mais cela m'a fait chuter le moral quand même, j'ai repris aussi des médicaments pour la douleur et la dépression, cela m'a aidé à remonter et je me suis motivé ».*

Que voulez-vous travailler aujourd'hui ? *« Comme la dernière fois sur le dos, ce serait pas mal ! »* En s'allongeant sur la table, Monsieur B raconte : *« Est-ce que ce ne serait pas aussi chez le médecin qu'il s'est passé quelque chose ? Je n'avais pas mal en arrivant chez lui et quand il m'a demandé de m'installer sur sa table j'y suis allé gaiement.... C'est possible que j'aie fait une bêtise qui m'a déclenché ce mal de dos ! »*

Je me prépare à replier ses deux jambes pour mettre les rouleaux sous ses genoux mais je n'en ai pas le temps puisqu'il plie de lui-même ses deux jambes en les tournant vers l'extérieur. Je commence à reprendre les éléments du schéma corporel de l'abandon, un à un, pour créer cette coordination du lâcher prise.

A la fin de la séance, une fois debout, c'est la première fois que je l'entends rire : *« L'appui des pieds est vraiment différent ! Ce n'est pas la perfection, mais est-ce qu'elle existe ? Je me sens plus ouvert, plus dégagé ».* Je l'accompagne dans la marche en le soutenant par la cage thoracique, puis à la base du crâne et lui fais remarquer les mouvements de torsion dans le dos.

Au cours de ces quatre séances avec Monsieur B j'ai cherché à lui faire comprendre le lien entre sa manière de marcher et ses problèmes fonctionnels. Nous avons comparé sa façon d'être en mouvement, ses habitudes et ce qu'il serait possible de faire sans oublier que dans une mauvaise posture, il y a toujours des bénéfices pour la personne et que les changements

ne se font pas par la force. En le rapprochant du schéma corporel de l'abandon, il s'agissait de calmer son agitation corporelle pour lui permettre de s'adosser différemment à son système gravitaire.<sup>23</sup>

Si j'étais conduite à poursuivre ces séances avec Monsieur B je continuerais vers la recherche de cet état d'abandon. Lâcher prise autant sur le plan corporel que psychique. Son passé de militaire le conditionne dans ce qu'il faut faire, dans l'image de lui qu'il doit donner. Ne pas se décourager équivaut pour lui à renforcer sa posture d'extension dans le bas du dos qui lui donne l'illusion d'être plus grand.

*« Ce qui m'a le plus étonné dans ce travail c'est le calme du mouvement, le calme du corps, le silence. Cela me rend à l'écoute de moi, j'ai pris conscience de ce plaisir de détente du corps avec aussi peu de mouvements ! Ce que vous faites se situe pour moi à la fois dans la relaxation car on se laisser aller, l'esprit s'apaise... alors que là avec la méthode Feldenkrais c'est l'esprit et le corps. Changer l'attention permet en plus d'apprendre à se connaître, même si des gens comme moi ont un sens plus aiguë d'eux-mêmes par rapport à la douleur. Si on fait un parcours médical classique : médecin, médicaments et kiné, on ne prend pas conscience des choses de la même façon. Je faisais déjà attention à moi mais je n'avais pas compris certaines choses quand même... ».*

J'aurais aimé écrire sur chacun des patients que j'ai rencontrés individuellement. J'ai vécu chaque rencontre comme un temps d'échange de connaissances. J'ai ressenti très fortement leur désir d'ouvrir une autre porte, d'apprendre à devenir plus autonomes et chercher à se libérer du carcan dans lequel ils vivent. Je sais aussi que les équipes médicale et soignante les accompagnent dans ce sens et qu'ils leur en savent gré. Avec eux, j'ai appris à écouter et à regarder autrement.

## b- Le syndrome fibromyalgique

### - Définition

Le syndrome fibromyalgique est un ensemble de pathologies dont le point commun est l'existence de douleurs musculaires diffuses et non expliquées : maux de tête, paresthésies, sommeil non réparateur, fatigabilité, troubles digestifs, raideur matinale... La douleur est renforcée par l'effort, l'immobilité, la fatigue, le stress et les conditions climatiques. Elle

---

<sup>23</sup> Notes de cours d'Hubert Godard – Paris 8 – décembre 2009

empêche la plupart du temps une activité normale, les gestes répétitifs sont impossibles. Les efforts sont limités et suivis de douleurs musculaires aggravées souvent pendant plusieurs heures. Ces personnes ont du mal à mener une activité professionnelle à temps complet.

Toutes les patientes ont été choisies par le Docteur PICARD et toutes également ont suivi il y a peu de temps un protocole de 5 séances d'Hypnose Eriksonnienne, ce dont elles me remercieront toutes avec enthousiasme.

- Mes choix d'intervention

J'ai choisi d'organiser cette rencontre avec le groupe de 6 patientes sur le temps d'une semaine complète, à savoir :

- **Le lundi** : chaque patiente reçoit une séance individuelle. Mon objectif est de m'approcher du schéma corporel de l'abandon. Je souhaite connaître leurs attentes par rapport à cette proposition de travail corporel. De ces rencontres, je construis les séances collectives qui suivront.
- **Les mardi, mercredi et jeudi** : 2 séances collectives de ¾ d'heure chacune avec une pause entre les deux. J'ai construit une progression vers le schéma corporel de l'abandon en tenant compte des attentes et des possibilités de chacune.
- **Le vendredi** : chaque patiente reçoit à nouveau une séance individuelle. Nous évaluerons ensemble l'évolution de chacune et ce qu'elles souhaiteraient clarifier en termes de mouvement ou de perception suite à la semaine de travail.

J'ai condensé cette rencontre avec le groupe pour une question d'emploi du temps personnel et pour observer l'impact d'une proposition de travail en continuité. J'ai conscience que la fatigue est un facteur important dans la vie de ces femmes mais je mesure aussi qu'il peut être bénéfique pour elles de modifier certaines habitudes de mouvement ancrées dans leur fonctionnement habituel. Ce questionnement journalier, provoqué par des répétitions de propositions de mouvements inhabituels, peut créer plus rapidement des circuits neuronaux plus efficaces et conduire au changement. Je prendrai le temps de parler brièvement des séances individuelles avec chacune de ces patientes et décrirai le contenu des séances collectives que j'ai inventées.

## Lundi 22 février : 1ères séances individuelles

**Madame F** aimerait pouvoir se servir de tout son corps, repasser, se gratter le dos... et soulager la douleur. Pour venir à ce stage, elle vient en taxi : 1 heure et ½ de route à l'aller et idem au retour. Elle s'en plaint beaucoup. Je ne peux pas la toucher. En quelques minutes, elle a changé plusieurs fois de position, elle est recroquevillée sur elle, grimace de douleur. Je lui demande si, dans son corps, il y a une zone que je peux toucher : **les basses côtes**. Je reste quelques instants à inviter au mouvement cette partie de la cage thoracique. Le travail en imagination la fatigue. Elle préfère s'asseoir. Je continue, imperturbable, à chercher une autre porte d'entrée. Elle me laisse la saisir au niveau du bras droit et là, je perçois que son bras devient de plus en plus lourd... Bilan : **le poids de son bras attire son attention** et l'étonne.

**Madame G** souhaiterait avoir plus de mobilité générale, moins de douleurs et plus spécifiquement améliorer les mouvements de son **bras gauche**. Elle ne peut s'allonger que sur le dos. Je remarque assez rapidement qu'elle a une perception erronée de certains mouvements : par exemple, lorsque j'incline vers la droite ses deux jambes pliées, cela déclenche une réaction de peur, car elle a la sensation de chuter de la table. A ce propos, M. Feldenkrais écrit dans *L'Evidence en question*, page 82 : « *La peur innée est celle de la chute, mais la structure anatomique implique logiquement que sa suivante immédiate soit la peur des bruits violents. La sensation inconditionnelle d'angoisse est provoquée par la stimulation de la branche vestibulaire du huitième nerf crânien. Toutes les autres peurs, tous les autres symptômes d'angoisse sont donc conditionnés (...)* On comprend maintenant que la peur et l'angoisse soient des sensations produites par des impulsions qui arrivent au système nerveux central en provenance des organes et des viscères (...) L'arrivée de telles impulsions vers les centres supérieurs du système nerveux central est ressentie comme de l'émotion ».

J'ai travaillé avec ses **muscles fléchisseurs de l'abdomen** pour aller vers le schéma corporel de l'abandon en créant du lien entre son épaule droite et sa hanche gauche. Je l'ai amenée à diriger sa respiration vers le bas-ventre. Beaucoup de **crispations dans les mâchoires**, donc une incidence sur l'oreille interne. Ses réactions à l'issue de cette première séance : sensation d'avoir fait de la musculation des cuisses de façon intensive, ses bras lui ont paru plus longs, voir gênants, la chaleur de mes mains lui a parfois fait mal. Un peu de vertiges au retour sur la verticale.

**Madame H** cherche tous les moyens possibles pour améliorer la qualité de sa vie et être moins fatiguée. Ses jambes sont faibles, elle aimerait qu'elles reprennent de la force mais sa priorité reste d'avoir plus de dextérité et d'aisance dans les **bras, les mains**. Quand elle est arrivée, elle marchait avec une canne car elle venait de se « bloquer » le dos. Elle parle de son corps comme d'un corps outil. C'est une jeune femme qui analyse constamment ce qu'elle dit et ce qu'elle fait.

Je travaille à **différencier la mobilité de son bassin, de sa cage thoracique, de sa tête** pour mieux associer ces volumes dans un **mouvement de torsion** pour l'aider à marcher. Après la séance, elle a le mal de mer et des nausées, ses pieds se déroulent plus facilement sur le sol.

**Madame I** aimerait être plus souple au niveau de son dos pour pouvoir se baisser et elle respire difficilement.

Je travaille autour de la **mobilité des hanches, plier et déplier les jambes** sans solliciter le bas du dos et **autour des yeux et de la tête** car son regard est fixe. Une fois debout, elle éclate de joie et je mesure mes mots.... Elle n'arrête pas de plier et de déplier ses jambes : elle re-découvre ce mouvement, elle se sent plus légère dans la marche et n'arrête pas de le dire.

**Madame J** cherche de l'aide pour mieux gérer sa douleur. Quand elle parle de son corps, il n'est qu'enveloppe de douleur, armure. Quand elle parle de sa vie, elle n'est que stress, rythme déséquilibré. Elle aimerait pouvoir se baisser, se relever, s'accroupir. Elle ne peut s'installer que dans la position allongée sur le dos.

Je prends le temps de lui apprendre à **plier et déplier ses jambes** et je travaille dans **l'espace entre le thorax et le bassin**. Elle repart plus calme, sa marche est plus facile.

**Madame K** rêve de faire de la marche nordique avec la coordination des jambes et des bras. Pour l'instant elle a une tendinite à l'épaule droite qui la gêne beaucoup. Elle a besoin de **lâcher prise au niveau de la cage thoracique** pour pouvoir bénéficier de la coordination des jambes et des épaules.

J'ai travaillé autour de la **mobilité des hanches, de la flexion de la cage thoracique** et installé une **diagonale de mouvement entre l'épaule gauche et la hanche droite**. A la fin de la séance, je lui propose de l'accompagner dans sa marche en la soutenant au niveau de la

cage thoracique, mais cela ne lui a pas convenu : c'était trop inhabituel pour elle, un soutien sous l'os occipital était plus acceptable.

Après ces 6 séances individuelles et en fonction de leur demande et de leur proximité ou éloignement du « schéma corporel de l'abandon », je construis le déroulement de ce stage :

#### Mardi 23 février

- Horloge du **bassin** : explorer la mobilité du bassin dans les différents plans de mouvement en utilisant l'image du cadran d'une horloge.
- Repérer les deux articulateurs **des mâchoires** et mise en relation du mouvement du bassin dans un plan antéro postérieur avec l'ouverture de la bouche

#### Mercredi 24 février

- Deux par deux : mettre ses mains sur les omoplates de l'autre : repérer le mouvement des omoplates quand les bras se lèvent et explorer le mouvement dans différentes directions de l'espace
- Plier et replier les jambes en utilisant **l'articulation des hanches**
- Travail de la respiration à partir d'un mouvement de pulsation de la **main**

#### Jeudi 25 février

- Localiser le **sternum**, observer sa mobilité ou sa non mobilité, sa respiration
- **La cage thoracique**, son volume, sa respiration / le bassin, son volume, sa **respiration**
- Travail sur les fléchisseurs : glisser les côtes vers le bassin et intégrer les différents mouvements vus précédemment : tête, yeux, mâchoires... **schéma corporel de l'abandon**
- Mouvements de torsion de la colonne vertébrale par l'inclinaison des jambes d'un côté et le mouvement de la tête de l'autre

#### Vendredi 26 février : 2<sup>e</sup> séance individuelle

A chaque personne, je pose les mêmes questions : comment avez-vous vécu ce stage ?

Qu'avez-vous envie de clarifier dans la coordination que nous avons travaillée ?

**Madame F** La semaine a été éprouvante pour elle, très fatigante avec des douleurs plus intenses qu'elle a mises sur le compte des trajets en voiture. J'ai remarqué qu'au fur et à

mesure des séances, elle avait de moins en moins la nécessité de changer de position et qu'elle se prêtait plus facilement à l'exploration des mouvements proposés. Elle a apprécié la séance sur la mobilité du bassin, le travail à deux autour des omoplates et le travail en imagination sans que cela soit une contrainte. Les séances autour de la nuque et de la tête étaient trop difficiles pour elle. En accord avec elle, je ne lui ai pas fait de 2<sup>e</sup> séance puisque je l'ai revue non pas le vendredi mais le jeudi après la séance collective pour lui éviter un trajet supplémentaire. Elle était fatiguée. Elle aurait aimé retravailler autour de la mobilité de **la nuque et l'ouverture de la bouche**.

**Madame G** est surprise par des sensations inhabituelles dans son corps : calme, apaisement, légèreté, l'impression de revenir de loin. Ses douleurs sont différentes. Nous avons repris en séance collective l'inclinaison des jambes et elle a remarqué qu'elle n'avait pas eu cette réaction à la peur en faisant le mouvement. Mais, dans cette même séance, lorsque je l'ai observée à ce moment, elle n'exprimait aucun mouvement.

Elle souhaite retravailler autour des **bras**.

**Madame H** En fin de semaine, elle se sent fatiguée, étrange avec l'impression d'avoir récupéré une certaine coordination. C'était épuisant mais ses jambes marchent mieux. Elle demande à retravailler sur la mobilité du **bassin** qu'elle n'a pas bien perçue. A la fin de la séance, elle dit « *on se sent un être humain... Il existe autre chose que faire un effort... Je n'avais jamais fait le parallèle entre mon corps et celui que je dessine, que je sculpte* »

Elle découvre l'existence d'une corporéité.

**Madame I** Elle a beaucoup apprécié ce travail car elle plie davantage ses genoux et en est très étonnée... Elle se sent plus légère dans sa marche, est très heureuse de ce qu'elle a appris et de plus, son mari lui a dit qu'elle tournait moins dans le lit.

Elle re-demande un travail autour **des jambes**.

**Madame J** a ressenti beaucoup de frissons en fin de séances et une détente progressive. Elle a la sensation d'avoir des jambes plus lourdes et est étonnée que sa colonne vertébrale puisse reposer plus facilement sur le sol et sans effort. Sa demande est de re-travailler sur la **partie basse de la cage thoracique**.

Elle perçoit un calme intérieur à la fin de la séance et dit « *Je préfère Feldenkrais aux perfusions et à l'hospitalisation. On a besoin de se comprendre* »

**Madame K** a perçu des différences entre ses deux épaules et ses deux hanches, du relâchement dans les jambes. Elle a apprécié d'atteindre un confort aussi rapidement en gagnant une qualité de maintien du corps et un « port altier ». Debout, elle a la sensation d'être une liane. En rentrant chez elle, le soir, elle a géré son temps de manière différente en remettant au lendemain certaines corvées ménagères.

Elle aimerait percevoir **le sternum** en mouvement.

Pendant ces cinq jours, j'ai observé chez chacune des changements dans leur façon d'être en relation à la gravité, à l'espace, au groupe. Je me réjouis d'entendre qu'elles ont affiné leur 6<sup>e</sup> sens, le sens kinesthésique qui leur permet de détecter des **différences sensorielles**. Je ne retransmets ici qu'une petite partie des réactions et commentaires de ces femmes. Elles m'ont raconté leur maladie, leur vie au quotidien, leur douleur. Pour différentes raisons, toutes ont terriblement souffert dans leur vie. Les comportements sont différents devant la maladie. Il y a celles qui l'acceptent et celles qui luttent. D'un côté comme de l'autre, je conclus que travailler avec ce schéma corporel de l'abandon, du lâcher prise, est précieux. Il va dans le sens du pattern et toutes les déformations de la colonne vertébrale sont en flexion pour des raisons de sécurité de territoire<sup>24</sup>. Ce parallèle avec le schéma corporel de l'anxiété déplace l'attention de manière exceptionnelle.

Pour quatre d'entre elles, j'ai remarqué que lors de la 1<sup>ère</sup> séance individuelle, le contact de mes mains avait suscité beaucoup de commentaires : chaleur impressionnante, fluide... et en fin de semaine, plus aucune remarque. L'attention qu'elles portaient sur la chaleur de mes mains a disparu pour faire place à une attention sur elles-en-mouvement, sur elles-vivantes. **Leur attention a dû se déplacer !** Pour s'endormir le soir, toutes ont réutilisé soit les mouvements du bassin dans les différentes directions de l'espace, soit le mouvement de pulsation/respiration à partir du mouvement de la main. Elles ont cherché la façon de faire qui utilise le moindre effort, sans mettre l'accent sur le résultat mais plus sur la manière de faire, sur la qualité de leur mouvement.

---

<sup>24</sup> Hubert Godard – notes de ses interventions à Paris 8 - 2209

### c- Le processus attentionnel

**« Celui qui craint la douleur souffre déjà de ce qu'il craint » écrit Montaigne**

Des études scientifiques<sup>25</sup> montrent qu'amener son attention ailleurs que sur la stimulation douloureuse de façon cognitive ou sensorielle diminue les zones d'excitation de la douleur dans le cerveau et allume des zones d'inhibition. *« Des champs entiers restent à explorer : qu'en est-il de l'imagerie mentale de la douleur ? Dans le domaine de la motricité ou de la vision il a été démontré que l'imagerie mentale active les mêmes zones que celles qui sont sollicitées lors des tâches réelles. Il est difficile d'imaginer mentalement une douleur physique et les souvenirs qui apparaissent sont plutôt ceux du contexte ou de l'émotion qui ont accompagné cette douleur qu'une véritable réévocation physique ; mais pour les douleurs chroniques comme les céphalées ou la colopathie fonctionnelle, les patients connaissent si bien la douleur qu'ils peuvent facilement l'anticiper voire même la déclencher pensent certains. Toutes ces études ruinent l'idée naïve d'un traitement de la douleur mécanique et stéréotypé à la façon d'un câblage électrique répondant en fonction du voltage. La douleur est comme toute stimulation sensorielle soumise aux influences de l'attention, de l'anticipation, de l'imagerie mentale, de conditionnements antérieurs... De plus, on découvre que les zones du cerveau activées par les médicaments antalgiques comme la morphine par exemple ou par des stimulations antalgiques du cortex comme la stimulation corticale sont les mêmes que celles sollicitées lors d'interventions non médicamenteuses comme l'hypnose. Ainsi, se trouve encore réduite la dichotomie entre les approches anatomo- biologique et psychologique de la douleur. »*

La personne doit apprendre à faire autrement avec la douleur. L'observer, s'y confronter, être acteur, spectateur, faire corps avec la douleur. Observer les pensées qui vont avec et essayer de regarder cela avec une attention neutre. Infiltrer le monde de la douleur plutôt que de s'identifier à ses émotions. Accepter la douleur, c'est la clef pour aller vers une évolution plus positive et créer moins d'évitement, de dépression, de handicap. Les pensées négatives, la rumination, l'exagération concourent à augmenter le seuil de la douleur.

Je cite le Docteur PICARD : *« Déplacer son attention ou chercher à se distraire de la douleur n'est pas la meilleure stratégie, c'est une stratégie temporaire qui peut aider en cas d'urgence mais sûrement pas au long cours. La meilleure stratégie intentionnelle étant celle*

---

<sup>25</sup> « Douleur, attention et émotions » – Doul. Et Analg. 1, 79-87, 2001 auteurs : L. Garcia Larrea, B. Laurent, P. Convers et R. Peyron.

*d'une attention beaucoup plus large qui inclut les phénomènes douloureux tout en laissant une place importante à une autre sensorialité. Mes lectures sur M. Feldenkrais me poussent à dire que c'est autre chose qu'une distraction cognitive et sensorielle, mais plutôt - une immersion multi sensorielle - dont on connaît aujourd'hui l'impact sur la douleur ».*

Ce commentaire me rappelle une conversation avec une patiente du groupe des neuropathies centrales. Ce jour là, elle souhaitait travailler « *son stress* ». Elle était très fatiguée. A la fin de la séance, elle me pose une question : « *Est-il normal que pendant que vous me touchiez je n'aie pas arrêté de penser à tous mes problèmes ? Je passais de l'un à l'autre, je les ai tous passés en revue, même des problèmes qui étaient moins importants. Je ne sais pas, est-ce que les problèmes changeaient quand je changeais mes mains de place ? Oui, j'ai eu l'impression que cela allait du plus important au moins important. Si je n'arrive pas à dormir c'est justement parce que ces pensées sont toujours là, elles m'embêtent. Je prends des médicaments pour me décontracter mais j'ai du mal. J'ai l'impression là que vous avez résisté pour ne pas vous endormir ? Oui, je reste éveillée parce que je ne veux pas m'endormir ailleurs que chez moi. Vous vous souvenez de ce travail que nous avons fait avec les yeux ? Il vous a permis de vous détendre. Oui j'avais appris aussi avec l'infirmière la respiration, la relaxation, après on doit penser quelque chose... Alors, je fais le baccalauréat avec les lettres et j'ai du mal car je pense mais au bout d'un moment mes pensées repartent... Et là vous les avez laissé émerger ? Oui, je n'ai pas résisté, elles sont toutes passées en revue. Je suis fatiguée, fatigue physique, fatigue nerveuse. Des larmes coulent sur ses joues. J'ai des sensations bizarres dans la nuque... et lorsque vous avez touché mes pieds, il y avait des points douloureux la première fois et puis après quand vous l'avez refait, c'était mieux. Je me suis demandé si c'était la pression de vos doigts qui avait changé mais non je crois que j'avais moins mal. »*

Elle me dira dans cet entretien qu'elle a aimé venir à ces séances. Elle s'est aperçue qu'elle pouvait à nouveau s'asseoir en tailleur alors qu'elle n'avait pas formulé cette demande et de conclure : « *Dans la vie, il faut penser à soi, être égoïste, ne pas penser qu'aux autres.* ».

#### d- De l'évaluation à l'autoévaluation

##### - Evaluations faites par le C.E.T.D.

Concernant les techniques psycho corporelles, l'évaluation du mouvement intérieur, de la sensorialité est un sujet de recherche en France et dans le monde entier, sans propositions validées actuellement. Aussi, le Docteur PICARD a-t-elle décidé d'utiliser des échelles d'évaluation normatives détaillées dans la première partie.

Les patients ont été évalués avant, pendant et après mes interventions. Le recueil des données effectué auprès des patients montre qu'effectivement les données sont très déclaratives car les questionnaires d'évaluation utilisés pour l'évaluation des données thérapeutiques médicamenteuses ne sont pas adaptés pour explorer les alternatives non médicamenteuses. Cela signifie que statistiquement rien n'en ressort sauf le PGIC (Impression globale de changement du patient) qui est malgré tout largement utilisé, et reconnu valide comme outil de référence. Voici les observations transmises par le centre et relatives à mes interventions :

## **FELDENKRAIS**

### **Observations**

#### **Chapitre 1 : Les patients présentant un syndrome fibromyalgique** **Evaluation après 2 séances individuelles et 3 séances de groupe.**

Les 6 patientes reconnaissent que ce travail a été une vraie découverte de leur corps et pour 2 d'entre elles, une révélation.

Toutes relèvent que pendant la semaine de travail et pour 2 ou 3 jours qui ont suivi, elles ont ressenti un changement dans leur attitude corporelle (ancrage, ouverture au niveau scapulaire, port de tête), un changement dans ce qu'elles nomment leur bien être et, pour certaines, une notion de reconnexion de leur globalité corporelle, voire pour une patiente une sensation de déconnexion agréable, synonyme pour elle de « lâcher prise »... Toutes ont été surprises que des petits gestes puissent entraîner de gros changements dans le ressenti corporel, toutes déplorent le manque de prolongation de cette technique à long terme car elles ressentent que c'est avec l'entraînement que le bénéfice à long terme pourrait être opérant. Seule, l'échelle Impression clinique globale du patient (PGIC) est interprétable, les 6 patientes cotant une amélioration moyenne, ce qui correspond à une cotation à 2,5 sur une échelle de 7.

Les patientes ont demandé le contact auvergnat pour poursuivre la méthode.

Une remarque plus particulière pour Madame H : elle fait une analyse très intéressante du travail qui lui a permis d'opérer une reconnexion psyché soma, véritable découverte de l'existence d'une corporéité ; au fil de la conversation, nous avons même pu mettre en évidence qu'en réalité, elle s'était dissociée complètement de son corps ces dernières années, technique qu'elle avait adoptée pour limiter les phénomènes douloureux et que la reconnexion, la réassociation avec celui-ci a réveillé des douleurs qu'elle est peut-être prête maintenant à laisser revenir (malgré une grande appréhension), comprenant que cette dissociation à long terme n'est pas « saine » ; cela nous a donc permis de parler de l'attention globale incluant, au milieu des autres sensorialités, la douleur sans que cette dernière prenne une place privilégiée.

#### **Chapitre 2 : Concernant le groupe Douleurs neuropathiques centrales** **Evaluation après 4 séances individuelles**

A part Monsieur A qui se dit perplexe par rapport à cette méthode où il n'a pas senti grand-chose et qui reconnaît que la difficulté à comprendre le mécanisme d'intervention constitue un frein pour lui, les autres patients ont été surpris de ce qu'ils ont ressenti pendant la séance et du post effet bénéfique qui perdurait en moyenne 2 à 3 jours pour chacun (et plus d'1 mois pour Madame F.).

Les mots qui reviennent le plus souvent pour décrire ce qui a été vécu : ancrage, retrouver un équilibre droite gauche, conscience des mouvements du corps dans le présent, meilleur schéma de marche. Tous déplorent l'absence de continuation de ces séances qu'ils ont vécues de façon bénéfique, même si, à long terme (sauf pour une), l'effet ne perdure pas.

Là encore, les échelles d'évaluation utilisées pour évaluer les traitements allopathiques antalgiques sont inadaptées pour évaluer une méthode qui s'adresse à d'autres items (sensorialité, mouvement, etc.) ; seul, le PGIC se modifie avec, pour 4 patients sur 5, une cotation : moyennement amélioré soit 2,5 sur une échelle de 7.

## - Mes outils d'évaluation

Dans la technique Feldenkrais aucune échelle de référence externe n'est imposée à la personne. Il ne s'agit pas de réussir à faire un mouvement mais d'observer la manière dont il est exprimé. J'ai décidé de mettre en place des outils qui amèneront chaque patient à se penser comme acteur de son mouvement en se référant à des critères de fluidité de mouvement, de plaisir à être se percevoir en mouvement.

Je me suis aussi appuyée sur l'enregistrement de trois entretiens, l'un avec l'équipe soignante, le second avec le Docteur PICARD et le troisième avec les patients neuropathiques et les patientes présentant un syndrome fibromyalgique. Il faut tenir compte pour ces évaluations des conditions climatiques et de l'effet amplificateur de la douleur du froid de l'hiver.

J'ai utilisé ces enregistrements comme des « récits de soi-en-mouvement ».

J'ai conçu :

- une feuille de suivi de séance individuelle pour chaque patient neuropathique établie sur les bases de celles utilisées par Yvan Joly<sup>26</sup>. Elle me permettra de suivre l'évolution de la demande du patient, son ressenti, son questionnement. (annexe 2a)
- un questionnaire (annexe 2b)
- une feuille de bilan récapitulatif par patient, transmise au Docteur PICARD (annexe 2c)
- un tableau récapitulant les demandes des patients et leur autoévaluation -échelle de l'acture- (voir ci-après).

J'ai rempli les annexes 2a après chaque entretien et l'annexe 2b pendant l'entretien.

- L'échelle de « l'acture »

Je la positionne dans les normes des échelles d'évaluation de l'intensité et du retentissement de la douleur : de 0 à 10, du moins au plus de plaisir à être en mouvement.

---

<sup>26</sup> Formateur canadien de la méthode Feldenkrais – Educateur somatique

**TABLEAU RECAPITULATIF DE L'EVOLUTION DE L'ECHELLE DE « L'ACTURE »  
AUTOEVALUATION DES PATIENTS**

<b>Patients</b>	<b>Eléments</b>	<b>âge</b>	<b>Demande en termes d'action</b>	<b>avant</b>	<b>après</b>
Mr. A		53	Amélioration de la marche - jambes		
Mr. B		62	Amélioration de la marche et se redresser	4	7
Mme C		41	Mobilité des jambes et des bras - stress	4/6	6/8
Mr. D		46	Amélioration de ses transferts	3	7
Mme E		52	Améliorer la mobilité de son bras droit	4/5	7/8
Mme F		46	Pouvoir se servir de tout repasser, se gratter le dos	0	5
Mme G		55	Mobilité du bras gauche	1/2	1/2
Mme H		36	Dextérité et aisance dans les bras et les mains	3/5	5/6
Mme I		35	Pouvoir se baisser et assouplir son dos	1	5
Mme J		45	Se baisser, se relever, s'accroupir	2	?
Mme K		45	Marche nordique et lever les bras	0	5

A la lecture de ce tableau, on peut remarquer des cases vides. Je n'ai pas les éléments pour les compléter. Le premier patient, Monsieur A n'a reçu que 3 séances individuelles au lieu de 4 car il est parti en voyage au moment de la 2<sup>e</sup> séance et nous n'avons pas trouvé de moment pour récupérer cette séance.

Certaines patientes fibromyalgiques, comme Mme G et Mme J n'ont pas su mesurer précisément leur ressenti avec l'échelle de l'acture mais je les ai senties vivifiées par l'expérience :

*« Les douleurs ont changé, j'ai l'impression d'avoir quelque chose qui ne m'appartient pas, j'ai rarement eu cette impression, ce sont d'autres sensations, j'ai l'impression de revenir de loin... On ne connaît pas notre corps. »*

*« L'échelle de fluidité du mouvement ? Je reste au même niveau. C'est trop tôt. J'ai l'impression que cela ne m'est jamais arrivé de ma vie de me poser et de penser à mon corps. Cela me fait un peu électrochoc dans ma tête. Il y a un mieux être, cela m'a permis de comprendre certaines choses mais dans mon corps, il faut que je continue. Mon corps est devenu tellement douloureux que je ne pensais pas qu'il pouvait exister des petits mouvements qui font plaisir, qui font du bien dans la tête ».*

Je crois que ce processus d'autoévaluation a été constructif pour chaque patient.

## ET MAINTENANT... POUR CONCLURE

J'ai tenté de rendre compte d'une expérience riche et passionnante. Pour répondre à la problématique que j'ai choisie - « Dans quelle mesure la méthode Feldenkrais peut-elle contribuer à déplacer l'attention du patient et à diminuer le seuil de la douleur ? » il me semble pertinent, pour conclure, de développer l'idée... de construire une échelle de « *l'acture* » qui permette aux patients de s'auto-évaluer en termes de qualité, d'efficacité et de plaisir du mouvement. « *Le mouvement, révélateur de l'ensemble de l'organisation humaine* » dirait Moshé Feldenkrais.<sup>27</sup>

En écoutant parler les patients, j'ai observé une grande richesse de vocabulaire pour décrire la douleur et les sensations afférentes. Le langage de la douleur est multiple, et plus souvent relié à une histoire de vie qu'à une sensation présente. La recherche autour de la construction d'une échelle pour mesurer la qualité du mouvement s'enrichirait d'un langage commun aux techniques du corps et au monde du soin. L'observation de la qualité de mouvement pourrait s'appuyer sur les critères du mouvement « juste » selon Feldenkrais : absence d'effort, absence de résistance, présence de la réversibilité et respiration.<sup>28</sup>

Cette conception ouvre des voies thérapeutiques nouvelles. Une attention soutenue avec intérêt et curiosité développe notre sensibilité bien au delà de nos 5 sens. Le plaisir de se sentir en mouvement vivifie.

Madame H, au cours du premier entretien, me demande : « *A quoi cela sert d'avoir conscience de son corps, si cela le rend plus conscient de la douleur ?* » En apprenant à modifier son attention, à développer ses perceptions sensorielles, elle s'est confrontée à l'idée qu'elle est en droit d'éprouver du plaisir. A la fin de la dernière séance, elle dit : « *C'est extraordinaire de marcher comme cela, je n'ai jamais été comme cela. C'est un grand élément manquant dans ma vie : la conscience du corps, la flexibilité, la fluidité... On se sent un être humain* ». D'autres patientes se sont étonnées d'avoir appris « *une façon si douce, si facile et si organique de se mouvoir* » ; elles ont répété les mouvements chez elle pour retrouver ce plaisir.

Les réactions sont parfois aussi là où je ne les attendais pas : à ma question « *Pensez-vous que cette méthode joue sur le seuil de la douleur ?* Monsieur D répond : « *Ah oui, maintenant je m'énerve moins... je laisser aller par exemple quand quelqu'un prend un emplacement « handicapé » et qu'il n'est pas handicapé... Je ne dis plus rien, j'essaye de*

---

<sup>27</sup> M. Feldenkrais : Le Cas Doris page 132

<sup>28</sup> M. Feldenkrais : La puissance du moi – La posture correcte -

*trouver une autre place pour éviter la contrariété. Je m'assouplis... Cela doit agir sur tout en fin de compte... »*

Au regard des auto-évaluations, oui, la pratique de la méthode Feldenkrais diminue le seuil de la douleur des patients douloureux chroniques. Chacun est à la fois spectateur de soi en « *immersion multi sensorielle* » et acteur de soi, initiateur de changement. « *La grande part de la douleur humaine provient de l'ignorance de soi* » dit M. Feldenkrais. Apprendre c'est « se froter » à un nouveau sens de soi-même, sans risque de s'y piquer. J'ai essayé de ne pas juger, de ne pas vouloir faire à la place du patient, de ne pas avoir d'intention de guérir. L'essentiel s'est déroulé dans la relation avec chacun et selon son degré de curiosité.

Il me semble que des choses ont commencé pour les équipes du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, pour les patients et pour moi-même. Ces quatre mois ont attiré l'attention des uns et des autres sur une autre manière d'aborder le monde singulier de la douleur – ont attiré et déplacé notre attention.

Travailler à l'intérieur de l'hôpital sans être thérapeute, sans être une professionnelle du soin, m'amène à faire deux remarques : d'une part, les patients se sentent en sécurité puisque le travail proposé est « prescrit » par le médecin ; ils ont adhéré facilement à cette technique de corps qui ne correspond en rien à ce qu'ils connaissent ou ont déjà expérimenté, et d'autre part le cadre hospitalier pourrait constituer un frein dans leur évolution vers une autonomie, qui est pourtant l'un des objectifs du centre.

Je ne sais quelles suites pourront être données à ce travail dans l'hôpital mais je sais que pour moi ces temps de préparation, de pratique, de réflexion, de mise en commun, de création d'outils, d'évaluation, de relecture m'ont placée et me placent dans une dynamique d'apprentissage continu. J'ai fait des allers-retours entre le sol et l'ordinateur, entre la pratique et la théorie, l'une soutenant l'autre, constamment. Dans l'instant, je perçois qu'entre le mouvement de la pensée et le mouvement du corps, il n'y a pas de distinction : c'est une seule et même action.

*« Tout sentir de toutes les manières, tout vivre de tous les côtés, être la même chose, en même temps de toutes les façons possibles ».* Fernando Pessoa<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Fragments d'un voyage immobile – Payot et Rivages 1991



## BIBLIOGRAPHIE

### *Techniques du corps*

- FELDENKRAIS, Moshé, *L'Etre et la maturité du comportement*, Paris, Espace du Temps Présent, 1992, 272 pages  
FELDENKRAIS, Moshé, *Energie et bien-être par le mouvement*, St Jean-de-Braye, Dangles, 1993, 211 pages  
FELDENKRAIS, Moshé, *La Conscience du corps*, Paris, Marabout, 1985, 285 pages  
FELDENKRAIS, Moshé, *La puissance du moi*, Paris, Robert Laffont, 1990, 306 pages  
FELDENKRAIS, Moshé, *L'évidence en question*, Paris, L'inhabituel, 1997, 190 pages  
FELDENKRAIS, Moshé, *Le Cas Doris*, Paris, Hachette, 1978, 137 pages  
HANNA, Thomas, *La somatique*, Paris, InterEditions, 1989, 220 pages  
GOLDFARB, Larry, *Articuler le changement*, Paris, Espace du Temps Présent, 1999, 146 p.

### Articles

- Intégration Fonctionnelle : Ce que fait le praticien...* Martin Weiner – Bulletin APMF Hiver 1996  
*Approche verbale de Moshé Feldenkrais dans l'éducation somatique : parallèles avec l'utilisation du langage par Milton Erikson*, Mark Reese – Bulletin APMF Hiver 1996  
*Trouver le neutre* – Post-Formation avec Russell Delman, trainer, Polycopié Feldenkrais France – octobre 2004 - Vesseaux  
*Le geste manquant – entretien avec Hubert Godard*, Daniel Dobbels et Claude Rabant – Etats de corps, èrès n° 5/1994 – revue internationale de psychanalyse  
*Des trous noirs – Scientifiquement danse – Quand la danse puise aux sciences et réciproquement* – Hubert Godard, Editions Contredanse – Bruxelles, 2006 – page 67  
*Le corps pense, pensez au corps* – Franz Wurm

### Ressources Internet :

- L'apprentissage en Feldenkrais et le modèle de dialogue de David Bohm*, Ilana Nevill – Bulletin allemand Feldenkraiszeit  
*Le Feldenkrais – Le corps a ses raisons*, entrevue avec Ivan Joly – par Christian Lamontagne - PasseportSanté.net 2010  
*Le plaisir d'apprendre : soulager la douleur chronique par la méthode Feldenkrais*, Frank Wildman – Le Feldenkrais – Educational Foundation Amérique du Nord, 2010

### Ressources audios :

- DELMAN, Russell, Post-formation Accord Mobile – Paris - septembre 2004

## ***Monde du soin***

### **Articles**

*Douleur, attention et émotions*, L. Garcia Larrea, B. Laurent, P. Convers et R. Peyron - –  
Doul. Et Analg. 1,79-87,2001

*Douleur chronique, hypnose et modification de schéma corporel*, Fanny Nussbaum et Pierre  
Volkman - Revue Hypnose et thérapies brèves –

*Intégration corticale de la douleur : apports de l'imagerie*, Pr Bernard Laurent Dr Roland  
Peyron, La Lettre de l'Institut Ursa de la douleur – Juin 2002 – n° 17

*Animer virtuellement le corps*, Jean-Pierre Roll – revue Pour la Science – page 86

*Les membres fantômes, mémoire du corps*, Régine Roll – revue Pour la science – page 98

### ***Autres lectures***

BERNARD, Michel, *Le corps*, Paris, Editions du Seuil, 1995, 163 pages

CANGUILHEM, Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de  
France, 1966, 224 pages

FOUCAULT, Michel, *Les Anormaux – Cours au Collège de France 1974-1975*,  
Seuil/Gallimard 1999, 351 pages

FOUCAULT, Michel, *Surveiller et punir*, Editions Gallimard – Collection Tel, 1975

NASIO, J.-D., *Mon corps et ses images*, Paris, Payot Rivages, 2007, 264 pages